

درمان وابستگی به مواد

و نقش آن در پیشگیری و مراقبت از HIV و AIDS



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime



International network of drug dependence
treatment and rehabilitation resource centres

| | |
|----|--|
| ۳ | سپاسگزاری |
| ۶ | فصل یکم: پیش گفتار |
| ۱۲ | فصل دوم: درما نه‌ای دسترس پذیر مبتنی بر دارو (فارما کوتراپی) |
| ۱۹ | فصل سوم: اطلاعات، آموزش و ارتباطات درباره‌ی HIV و AIDS |
| ۲۹ | فصل چهارم: خدمات محرومیت از مواد |
| ۳۵ | فصل پنجم: پشتیبانی‌های روانی اجتماعی |
| ۴۲ | فصل ششم: درمان مصرف کنندگان تزریقی مواد با داروی ضد رتروویروسی |
| ۴۷ | فصل هفتم: دسترسی به وسایل تزریقی بهداشتی |
| ۵۴ | فصل هشتم: امداد رسانی |
| ۶۱ | منابع |

نوشته‌ی حاضر یکی از چهار عنوانی است که از سوی «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» (UNODC)، در چارچوب طرح GLOH43 موسوم به Treatnet (شبکه‌ی بین‌المللی درمان وابستگی به دارو و مراکز اصلی بازپروری) تهیه و تدوین شد و اقدامی است در پاسخ به وظیفه‌ی که «بیانیه‌ی کاهش تقاضا و برنامه‌ی عمل» اجرایی آن برای «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» تعیین کرده است تا در عرصه‌ی درمان سوء‌مصرف مواد موفق‌ترین اقدام‌ها و مداخله‌ها را تدارک ببیند و به آگاهی همگان برساند. در مرحله‌ی نخست، این طرح، با این چشم‌انداز که امر انتشار دانش و نمونه‌های موفق را تسهیل کند، شبکه‌ی بین‌المللی از درمان مواد و مراکز اصلی بازپروری را در همه‌ی منطقه‌ها ایجاد کرد. اعضای یکی از چهار گروه کاری که متشکل است از نمایندگان عضو Treatnet، این سند را تدوین کردند که دربرگیرنده‌ی این موضوع‌هاست: درمان اجتماع‌بنیاد، نقش درمان وابستگی به مواد در پیشگیری از HIV و AIDS، اقدام‌هایی برای مصرف‌کنندگان مواد در زندان‌ها، و مدیریت بهبود پایدار.

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

- تامین‌کنندگان اعتبارات مالی طرح GLOH43: دولت‌های کانادا، آلمان، هلند، اسپانیا، سوئد، ایالات متحده آمریکا و بنیاد رابرت وود جانسن به دلیل سخاوت‌مندی‌شان؛
- مراکز اصلی Treatnet (که در فهرست الفبایی کشورها نام‌شان آمده است) و نمایندگانی از آن‌ها که در گروه‌های کاری مربوط به «نقش درمان مواد در پیشگیری و مراقبت از HIV و AIDS» شرکت داشتند؛
- و در پی آن، کارشناسان مسئول Treatnet که برای تهیه و تدوین این نوشته وقت گذاشتند و متعهد شدند:
 - آقای ترور کینگ، «کانون نقطه‌ی عطف الکل و مواد»، استرلیا؛
 - خانم مین ژائو، «مرکز درمانی سوء‌مصرف مواد شانگهای»، چین؛
 - آقای هیتش مارو، بیمارستان ماتاری، کنیا؛
 - خانم مارینا تسوی، دانشگاه پزشکی دولتی پاولوف، روسیه؛
 - خانم نانسی پال، «مرکز درمانی و منابع خیابان استنلی»، ایالات متحده آمریکا.
- متخصصان و کارشناسان مسئول «کاهش تقاضای مواد» در دفاتر منطقه‌ی و کشوری که از اعضای «نیروی ویژه»ی «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» بودند، به دلیل پشتیبانی ایشان از شناسایی موضوع‌های اولویت‌دار، برنامه‌ریزی و تهیه و تدوین و بازبینی پیش‌نویس نوشته‌ی حاضر.
- هم‌چنین «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» و کار گروه «نقش درمان مواد در پیشگیری و مراقبت از HIV و AIDS» از آن دسته از کارشناسان بین‌المللی که نسخه‌های پیش‌نویس این سند را از نظر گذرانند و برداشت‌ها و بازخوردهایشان را عرضه داشتند، قدردانی ویژه می‌کند. اظهارات، پیشنهادها و کمک‌های آنان بی‌اندازه به بهبود بخشیدن و نهایی کردن انتشارات Treatnet یاری رسانده است. نام ایشان به ترتیب حروف الفبا عبارت است از:
 - آقای ویم بیوسمن؛

- خانم مارتا تورنس؛
- آقای محبوب دادا؛
- آقای امیلیس سوباتا؛
- آقای ریچارد عبدول؛
- آقای اکواتو کنتی؛
- خانم نلی کیتازی؛
- رابرتو موگا؛
- آقای اینگو میشلز؛
- خانم داگمر هدریک؛
- آقای جرج وودی.

تکذیب‌نامه

خواهشمند است توجه کنید که این سند که حاوی نمونه‌های مطلوب است در آینده بیش از این توسعه خواهد یافت. نوشته‌ی حاضر را یک گروه کاری که از جهت تخصصی و نیز جغرافیایی گوناگون اند، به مدد شرکت کنندگانی از پنج مرکز درمان وابستگی به مواد تدارک دیدند که در قالب بخشی از طرح «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» زیر عنوان GLOH43 و موسوم به Treatnet (شبکه‌ی بین‌المللی درمان وابستگی به دارو و مراکز اصلی بازپروری) می‌گنجد.

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

هدف از فرآیند بازمینی کسب اطمینان از جامعیت سند «درمان وابستگی به مواد: نقش آن در پیشگیری و مراقبت از HIV و AIDS» است و این که تضمین کنیم که این نوشته در موقعیت‌های گوناگون اجتماعی فرهنگی کاربرد دارد و نیز جلوه‌ی متوازن از دیدگاه‌های گوناگون نسبت به این موضوع در آن نمایانده شده است.

در مرحله‌ی بعدی، نوشته‌ی حاضر به طور رسمی ویراستاری خواهد شد. به خوبی آگاه ایم که برای یک‌دستی اصطلاحات به کار رفته در این نوشته هم‌چنان باید بکوشیم.

| عبارت اصلی | اختصارات | (به ترتیب حروف الفبای فارسی) |
|--|----------|---|
| Information, Education and Communication | IEC | اطلاعات، آموزش و ارتباطات |
| Needle and Syringe Program | NSP | برنامه‌ی سوزن و سرنگ |
| Joint United Nations Program on HIV and AIDS | UNAIDS | برنامه‌ی مشترک ملل متحد در زمینه‌ی اچ‌آی‌وی و ایدز |
| Sexually Transmitted Infection | STI | بیماری‌های واگیر جنسی |
| Sex Workers | SWs | تن فروشان |
| Anti Retroviral Medication | ARV | داروهای ضد رتروویروسی |
| Anti Retroviral Therapy | ART | درمان با داروی ضد رتروویروسی |
| Highly Active Antiretroviral Therapy | HAART | درمان ضد رتروویروسی بسیار فعال |
| Methadone Maintenance Therapy | MMT | درمان نگهدارنده با متادون |
| United Nations Office of Drugs and Crime | UNODC | دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد |
| United Nations Education, Scientific and Cultural Organization | UNESCO | سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد |
| Non Government Organization | NGO | سازمان غیر دولتی |
| Acquired Immune Deficiency Syndrome | AIDS | سندرم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز |
| United Nations Children's Fund (formerly United Nations International Children's Emergency Fund) | UNICEF | صندوق کودکان ملل متحد (پیش از این «صندوق بین‌المللی کودکان در وضعیت اضطراری») |
| People Living With HIV | PLWH | کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند |
| Amphetamine Type Stimulants | ATS | محرک‌های آمفتامینی |
| Shanghai Mental Health Centre | SMHC | مرکز بهداشت روان شانگهای |
| Shanghai Drug Abuse Treatment Centre | SDATC | مرکز درمان سوءاستفاده از مواد شانگهای |
| Centre for Disease Control and Prevention | CDC | مرکز مهار و پیشگیری بیماری |
| Voluntary and Confidential Counseling and Testing | VCCT | مشاوره و آزمایش داوطلبانه و محرمانه |
| Motivational Interviewing | MI | مصاحبه‌ی انگیزشی |
| Injecting Drug Users | IDUs | مصرف‌کنندگان تزریقی مواد |
| Human Immunodeficiency Virus | HIV | ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ‌آی‌وی |
| Hepatitis C Virus | HCV | ویروس هپاتیت C |

از سال ۱۹۸۱، تقریباً ۶۵ میلیون نفر به عفونت‌های ناشی از اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند و چنین تخمین زده می‌شود که ۲۵ میلیون نفر بر اثر بیماری‌های مرتبط با ایدز جان سپرده‌اند. احتمالاً تا پایان سال ۲۰۰۷ حدود ۲۳ میلیون نفر با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کردند که تقریباً ۲/۵ میلیون نفر آن‌ها طی همان سال به تازگی مبتلا به عفونت شده بودند. اکثریت گسترده‌ی این مردم از وضعیت خود بی‌خبر اند. (UNAIDS, 2007).

مصرف تزریقی مواد

در طی ۲۰ سال گذشته، عفونت ناشی از اچ‌آی‌وی به یکی از مخاطره‌های به مراتب جدی‌تر در مصرف‌ناایمن تزریقی مواد بدل شده است. این خطر هم متوجه‌ی مصرف‌کننده‌ی مواد است، هم همسر یا شریک زندگی و هم به طور کلی جامعه. چنین برآورد شده بود که در سال ۲۰۰۵ نزدیک به ۱۳ میلیون نفر مصرف‌کننده تزریقی مواد در سراسر جهان وجود داشته است و این که در همان سال از کسانی که به تازگی به عفونت‌های اچ‌آی‌وی مبتلا شده بودند، ۵٪ تا ۱۰٪ بر اثر مصرف تزریقی مواد بوده است (WHO, 2006). اکنون برآورد می‌شود که یک سوم عفونت‌های جدید اچ‌آی‌وی در بیرون از منطقه‌ی نیمه‌صحرائی افریقا بر اثر مصرف تزریقی مواد باشد. حدود ۸۰٪ مورد‌های اچ‌آی‌وی در اروپا و آسیای مرکزی ناشی از استفاده از وسایل تزریقی آلوده است (UNAIDS, 2006). نویسندگان «گزارش درباره‌ی رواج جهانی ایدز» (۲۰۰۶) اظهار داشتند که:

کم‌تر از ۲۰٪ کسانی که مواد تزریقی مصرف می‌کنند، از خدمات پیشگیری از اچ‌آی‌وی بهره‌مند می‌شوند که این عده دربرگیرنده‌ی کم‌تر از ده درصدی است که در اروپای شرقی و آسیای مرکزی زندگی می‌کنند- جایی که مصرف مواد، عامل محرک اصلی در رواج به سرعت شتابان اچ‌آی‌وی است. در پاره‌ی کشورهای، قوانین و سیاست‌های دارای نتیجه‌ی منفی هم‌چنان دارو درمانی با بوپرنورفین یا متادون را قدغن می‌کنند، با آن که [نام این دو دارو] در فهرست «داروهای اساسی الگوی سازمان جهانی بهداشت» در سال ۲۰۰۵ آمده است. (ص ۱۵).

با آن که به هنگام مصرف مواد تزریقی اگر وسایل آلوده باشد، خطر اچ‌آی‌وی به شدت افزایش می‌یابد اما مصرف‌کنندگان مواد غیر تزریقی نیز در خطر اند. برای نمونه، رفتارهای جنسی پرخطر در ضمن نشنگی می‌تواند خطر ابتلا به عفونت را افزایش دهد (Plankey et al., 2006).

می‌بایست توجه داشت که این سند بر پیشگیری و مدیریت اچ‌آی‌وی متمرکز است. با آن که در این جا به مرگ‌ومیر و بیماری‌های مربوط به ویروس‌های منتقل شونده از راه خون مانند هپاتیت B و هپاتیت C اشاره شده است، ولی بررسی‌های پرتفصیل‌تر را می‌توان در

نوشته‌های دیگر یافت. بی‌شک هر راهبردی که برای کاهش اچ‌آی‌وی و مدیریت موثرتر آن طراحی شود می‌بایست از جمله درستی و مناسب بودن پیام‌های اضافی درباره‌ی بیماری‌هایی را که ممکن است مصرف‌کنندگان مواد با آن روبه‌رو شوند، در نظر بگیرد.

درمان وابستگی به مواد

سند راهنمای تازه‌ی (۲۰۰۴) از سوی «سازمان جهانی بهداشت» (WHO)، «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» (UNODC) و «برنامه‌ی مشترک ملل متحد در زمینه‌ی اچ‌آی‌وی و ایدز» (UNAIDS) شرحی به دست می‌دهد درباره‌ی موثر بودن یک رشته‌ی گسترده از شیوه‌های درمان وابستگی به مواد غیرقانونی در کاهش انتقال احتمالی اچ‌آی‌وی. این شیوه‌ها از جمله عبارت‌اند از:

- دارو درمانی (برای نمونه متادون و بوپرنورفین)؛
- درمان مبتنی بر پرهیز (از جمله رشد مهارت‌ها، پیشگیری از عود، خودیاری و پشتیبانی متقابل)؛
- مداخله‌های رفتاری (پشتیبانی روحی اجتماعی برای تشویق به تغییر رفتاری و احساسی). این موارد می‌تواند بخشی از برنامه‌های مبتنی بر پرهیز یا جایگزین باشد.

تمام چنین رویکردهایی به درمان، توانایی آن را دارد که به طور کلی از مصرف مواد بکاهد. از این گذشته، این رویکردها نشان داده‌اند که از میزان تزریق و نیز سطح رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز کاسته‌اند (WHO/UNAIDS/UNODC, 2004). نویسندگان این سند نتیجه می‌گیرند که 'میزان بسیاری از مدارک و شواهد علمی درباره‌ی موثر بودن دارو درمانی در خصوص اچ‌آی‌وی و ایدز و رفتارهای مربوط به مصرف مواد وجود دارد' که چکیده‌ی آن بدین شرح است:

- بررسی‌های بی‌شماری مدارک و شواهد قوی و یک‌پارچه‌ی به دست داده است از این که دارو درمانی با کاهش اساسی مصرف مواد افیونی غیر مجاز، فعالیت‌های مجرمانه، مرگ‌ومیر ناشی از زیاده‌روی در مصرف مواد، و رفتارهای مخاطره‌آمیز مرتبط با انتقال اچ‌آی‌وی ارتباط دارد؛
- مدارک و شواهدی وجود دارد حاکی از آن که دارو درمانی با متادون وضعیت سلامت آن دسته از مصرف‌کنندگان مواد را که عفونت اچ‌آی‌وی دارند، به طور کلی بهبود می‌بخشد؛
- دارو درمانی از این که هیچ درمانی صورت نپذیرد، یا از درمان‌نمایی یا سم‌زدایی به تنهایی، در پابند نگه داشتن مصرف‌کنندگان مواد به درمان و نیز کاهش مصرف هر دو موثرتر است؛
- دارو درمانی با درآمد بیش‌تر، سطح بهتری از اشتغال و عملکرد اجتماعی - مانند بازگشت به شغل و آموزش - مرتبط است (WHO/UNAIDS/UNODC, 2004, p.1).

در یک بررسی نظام‌مند، ریتز و کامرون (۲۰۰۵) دریافتند که شواهد و مدارکی اساسی وجود دارد که از برنامه‌های سوزن و سرنگ از جهت مفید و موثر و مقرون به صرفه بودن حمایت می‌کند. این شواهد نشان داده است که بدین ترتیب رفتارهای مخاطره‌آمیز، از جمله در معرض اچ‌آی‌وی قرار گرفتن، کاستی گرفته است و اشتیاق به درمان افزایش یافته است. هم‌چنین بحثی در گرفته است به سود آن که می‌بایست، به عنوان بخشی از پاسخ جامع درمانی [به مسئله]، وسایل تزریقی بهداشتی را تامین کرد. چنین کاری به معنای تایید این نکته است که وابستگی به مواد مزمن است و اغلب در حکم وضعیتی برای عود مصرف است که مستلزم آن است تا پاسخ‌های عملی و واقع‌بینانه برای پشتیبانی از آن دسته از مصرف‌کنندگان مواد داده شود که می‌خواهند از مصرف مواد خود را ایمن نگه دارند. ضروری است تا مصرف‌کنندگان مواد را مطمئن ساخت که در طی درمان آن‌ها لزوماً در

معرض آسیب‌های جدی قرار نخواهند گرفت. یکی از گزارش‌های «سازمان جهانی بهداشت» در سال ۲۰۰۴ چنین نتیجه می‌گیرد که

شواهد و مدارک انکارناپذیری وجود دارد دالّ بر این که در دسترس بودن و استفاده از وسایل تزریقی بهداشت برای درمان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، خواه در بیرون خواه در داخل، سهمی اساسی در کاهش میزان انتقال اچ‌آی‌وی دارد (WHO, 2004, p.2).

چالش‌ها

با وجود شواهد و مدارک قوی دالّ بر رابطه‌ی میان مصرف تزریقی نایمن مواد و عفونت اچ‌آی‌وی با دسترس‌پذیری درمان‌های موثر وابستگی به مواد، بسیاری از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به این درمان‌ها دسترسی ندارند (خواه برای درمان مصرف مواد خواه عفونت اچ‌آی‌وی). جمعیت‌های مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد اغلب بسیار ناپیدا هستند و حتی اگر مایل به درمان باشند چه بسا ترس از آنگ خوردن، تبعیض، شرم از خانواده یا ترس از زندانی شدن از درخواست آن‌ها برای کمک جلوگیری می‌کند. شرایط اجتماعی- فرهنگی و اقتصادی ممکن است بر آسیب‌پذیری شماری از مردم در خصوص مصرف و سوء مصرف مواد تاثیر بگذارد یا سبب افزایش آسیب‌پذیری آن‌ها گردد. هم‌چنین در بسیاری از کشورها خدمات پیشگیرانه و درمانی مبتنی بر مدارک و شواهد برای وابستگی به مواد و عفونت اچ‌آی‌وی موجود نیست. خدمات بهداشتی اغلب از هم گسیخته است و موانع قانونی یا نظارتی آن را محدود می‌کند (WHO, 2006). گزارشی از UNAIDS درباره‌ی همه‌گیری جهانی ایدز (۲۰۰۶) تاکید کرد که بیش از ۳۰ کشور ابراز کرده‌اند که آنگ و تبعیض بر ضد کسانی که با اچ‌آی‌وی به سر می‌برند هم‌چنان رایج است. نیمی از کشورهایی که از این وضع گزارشی به دست داده‌اند، اذعان دارند که سیاست‌های موجود است که از دسترسی و موثر افتادن خدمات پیشگیرانه و درمانی اچ‌آی‌وی می‌کاهد. کسانی که دارای وابستگی به مواد و نیز اچ‌آی‌وی و ایدز اند در نتیجه‌ی آنگ و تبعیض چند لایه و نیز نبود دسترسی به درمان اچ‌آی‌وی/ایدز در برنامه‌هایی که برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد تدارک می‌شود، به مراکز درمانی، مراقبتی و حمایتی دسترسی برابر ندارند (WHO, 2006).

اصول اساسی برای درمان و پشتیبانی از کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند و وابستگی به مواد دارند

نبود دسترسی برابر به درمان و مراکز مراقبت و حمایت در برابر اچ‌آی‌وی برای کسانی که به مواد وابستگی دارند، «سازمان جهانی بهداشت» (WHO) را بر آن داشت تا اصول و راهبردهایی را تهیه و تدوین کند که راهنمای عمل سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان خدمات درمانی و تامین‌کنندگان این خدمات قرار گیرد تا امکان دسترسی بهبود یابد. این اصول به شرح زیر در جدول آمده است:

| اصول اساسی برای درمان و پشتیبانی از کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند و وابستگی به مواد دارند | |
|--|---|
| اصل نخست | <p>حقوق بشر کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند و وابستگی به مواد دارند</p> <p>می‌بایستی حقوق بشر کسانی را که دارای وابستگی به مواد و نیز و اچ‌آی‌وی اند، به تمامی رعایت شود تا درمان مناسب و پشتیبانی روانی‌اجتماعی از ایشان تضمین گردد. نمی‌بایست به این کسان به دلیل مصرف مواد در گذشته یا اکنون و نیز به دلیل وضعیت سلامت‌شان- از جمله داشتن اچ‌آی‌وی، نژاد، رنگ پوست، جنس، زبان، دین، آرا و افکار سیاسی یا آرای نقطه نظرهای دیگر، ریشه‌ی ملی یا اجتماعی‌شان، مالکیت، تولد، ناتوانی فیزیکی و ذهنی، گرایش جنسی یا وضعیت مدنی، سیاسی، اجتماعی یا هر وضعیت دیگری، آنگ زد یا بر ضدشان تبعیض روا داشت. این اصل هسته‌ی مرکزی راهبرد اخلاقی و موثر برای مبارزه با وابستگی به مواد و رواج اچ‌آی‌وی را تشکیل می‌دهد.</p> |
| اصل دوم | <p>شواهد و مدارک پایه‌ی برای درمان، مراقبت و پشتیبانی روانی‌اجتماعی</p> <p>مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی برای کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند و وابستگی به مواد دارند می‌بایست بر پایه‌ی مدارک و شواهد مهم و اساسی باشد. مدارک و شواهد برای جلب پشتیبانی همگانی، برنامه‌ریزی و عرضه‌ی مداخله‌های مبتنی بر «نمونه‌های مطلوب» ضروری است.</p> |
| اصل سوم | <p>درمان مناسب و پشتیبانی روانی‌اجتماعی</p> <p>کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند و وابستگی به مواد دارند می‌بایست به خدمات مناسب با کیفیت بالا دسترسی داشته باشند، خدماتی که یک رشته‌ی کامل از مداخله‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی، از جمله درمان وابستگی به دارو، درمان اچ‌آی‌وی و خدمات اولیه‌ی بهداشتی عرضه می‌کند. این خدمات هم‌چنین سم‌زدایی و برنامه‌های پیشگیری از عود، درمان نگهدارنده (یا جایگزین) برای وابستگی به مواد افیونی، مراقبت‌های روانی‌اجتماعی، آزمایش اچ‌آی‌وی و مشاوره‌ی دربار‌ه‌ی آن، درمان با داروی ضد‌رتروویروسی، حمایت از پابندی به درمان، پروفیل‌کسی پس از تماس، درمان عفونت‌های فرصت‌طلب و عفونت‌های همراه دیگر و نیز دسترسی به مداخله‌ها و خدمات کاهش آسیب را در برمی‌گیرد.</p> |
| اصل چهارم | <p>دسترسی برابر به مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی، از جمله درمان با داروی ضد‌رتروویروسی</p> <p>مصرف پیشین یا کنونی مواد نمی‌بایستی برای دسترسی برابر به تمامی خدمات درمانی و مراقبتی دولتی مربوط به اچ‌آی‌وی، از جمله درمان با داروی ضد‌رتروویروسی (ART) و پشتیبانی روانی‌اجتماعی مانع ایجاد کند. می‌بایست در اختیار کسانی که دارای وابستگی به مواد اند، به همان اندازه خدمات درمانی، مراقبتی و روانی‌اجتماعی قرار داد که بقیه‌ی جمعیت دارای اچ‌آی‌وی مثبت در کشور از آن‌ها برخوردار اند و این که هر گونه طرد و ردّ آن‌ها از چنین خدماتی از جهت پزشکی و اخلاقی دفاع- ناپذیر است.</p> |
| اصل پنجم | <p>فراهم آوردن موقعیت‌هایی که درمان، مراقبت و پشتیبانی روانی‌اجتماعی را میسر می‌سازد و تسهیل می‌کند</p> <p>سیاست‌های محدودکننده‌ی که ممکن است از دسترسی افراد مبتلا به وابستگی به مواد و اچ‌آی‌وی به درمان و خدمات موثر جلوگیری کند هم برای بهداشت و ایمنی خود این افراد و هم اجتماع بزرگ‌تر زیان‌آور است.</p> <p>فراهم آوردن موقعیت‌های مفید و هم‌دلانه به مدد برطرف کردن موانعی که از اقدام‌ها و مداخله‌های مناسب جلوگیری می‌کند و نیز با ایجاد شرایطی، هم در سطح ملی و هم محلی، که به کارگیری نمونه‌های مطلوب را گسترش دهد و استفاده‌ی آسان، رضایت‌مندی و دسترسی به درمان و خدمات را افزایش دهد، موثر بودن درمان و خدماتی را که چنین افرادی دریافت می‌کنند به حداکثر می‌رساند.</p> |
| اصل ششم | <p>مشارکت درمان‌جو</p> <p>کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند و وابستگی به مواد دارند نمی‌بایست صرفاً دریافت‌کننده‌ی منفعل درمان باشند بلکه باید به طور کامل در برنامه‌ریزی، تحویل، ارزش‌یابی و نظارت خدمات شرکت کنند.</p> |

| اصول اساسی برای درمان و پشتیبانی از کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند و وابستگی به مواد دارند | |
|--|--|
| اصل | مشارکت اجتماعی و دست‌اندرکاران دیگر |
| هفتم | سازمان‌های اجتماعی و غیر دولتی می‌بایست در گسترش و اجرای درمان، مراقبت و پشتیبانی روانی اجتماعی برای کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند و وابستگی به مواد دارند فعالانه شرکت داشته باشند و برای جلب مشارکت همگانی در این زمینه بکوشند. |

منبع تهیه جدول:

WHO (2006) Basic Principles for Treatment & Social Support of Drug Dependent People Living with HIV/AIDS. Geneva, Switzerland.

مروری بر گزارش

این گزارش نقش درمان وابستگی به مواد را در پیشگیری و مراقبت از اچ‌آی‌وی بررسی می‌کند. هدف آن است که شواهد و نمونه‌هایی از درمان وابستگی به مواد و نیز راهبردهایی برای پیشگیری به دست دهد که نمونه‌های مطلوب در این عرصه را تشکیل می‌دهد. باید یادآور شد که بسیاری از راهبردهایی که نکته‌های اصلی آن‌ها در این گزارش بیان شده است برای مصرف مواد، یا مصرف مواد مسئله‌آفرین و غیروابسته نیز کاربرد دارد. نمونه‌های عملی از سراسر جهان برگزیده شده است تا اقدام‌ها و مداخله‌های گوناگون گسترده‌تری را نشان دهد که می‌توان در موقعیت‌های متفاوت (از جمله در روستا یا در منطقه‌هایی با منابع محدود) به کار بست.

گروه هدف گزارش حاضر تامین‌کنندگان خدمات درمانی در خصوص مصرف مواد اند و از این رو بر در اختیار گذاشتن اطلاعات عملی مبتنی بر مدارک و شواهد تاکید شده است.

فصل دوم: درمان‌های دسترس پذیر مبتنی بر دارو (فارماکو تراپی) شواهد و مدارکی را به دست می‌دهد که درمان-

های مبتنی بر دارو را به مثابه‌ی موثرترین درمان برای درگیر ساختن مصرف‌کنندگان مواد افیونی در درمان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش عفونت و انتقال اچ‌آی‌وی تایید می‌کند. یادآور می‌شویم که مشاوره‌ی منظم، روان درمانی یا خانواده درمانی همراه با دارو درمانی امکان موفقیت درمان را افزایش می‌دهد. این فصل هم‌چنین گوشزد می‌کند که در حال حاضر دارو درمانی برای وابستگی به مواد دیگر که اغلب به شکل تزریقی مصرف می‌شوند، مانند کوکائین و محرک‌های آمفتامینی، وجود ندارد.

فصل سوم: اطلاعات، آموزش و ارتباطات درباره‌ی HIV و AIDS نقش پر اهمیتی را که اطلاعات، آموزش و ارتباطات

(IEC) در پیشگیری از رواج اچ‌آی‌وی و ویروس‌های منتقل شونده از راه خون در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ایفا می‌کند، شناسایی می‌کند. با در نظر گرفتن آن که اغلب مصرف‌کنندگان تزریقی مواد درک بسیار اندکی از اچ‌آی‌وی دارند و نیز چه بسا به خدمات و فرآورده‌هایی که شاید بتواند آن‌ها را در برابر عفونت حمایت کند دسترسی نداشته باشند، چنین راهبردهایی اهمیت دارد.

فصل چهارم: خدمات محرومیت از مواد این نکته را برجسته می‌کند که محرومیت از مواد تنها نخستین گام از فرآیند

بهبود است. در آن چه که اغلب از آن به منزله‌ی شرایط عود مزمن یاد می‌شود، دستیابی به مرحله‌ی محرومیت از مواد- اگر همراه با مراقبت کافی باشد- دشوار نیست. خودداری از مصرف مواد مستلزم یک رشته‌ی گسترده از خدمات پشتیبان است. نقش پر اهمیت خدمات محرومیت از مواد آن فرصتی است که برای عرضه‌ی مشاوره‌ی اختیاری، آزمایش اچ‌آی‌وی و درمان با داروهای ضد رتروویروسی فراهم می‌آورد.

فصل پنجم: پشتیبانی‌های روانی اجتماعی طرحی کلی از یک رشته پشتیبانی‌هایی را عرضه می‌کند که برای درمان موثر وابستگی به مواد و اچ‌آی‌وی ضرورت دارد و تشریح می‌کند که چه‌گونه پشتیبانی‌های خانواده، گروه همگن و نیز حمایت‌های تخصصی با درمان بهتر احتباس و نتیجه‌ی بهتر درمان ارتباط دارد.

فصل ششم: درمان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد با داروی ضد رتروویروسی تاکید دارد که دسترسی به درمان با داروی ضد رتروویروسی اچ‌آی‌وی را به بیماری مزمن مهارپذیری بدل کرده است. این فصل این سخن نادرست را که مصرف‌کنندگان تزریقی مواد نمی‌توانند به درمان با داروی ضد رتروویروسی پایبند بمانند، به دور می‌افکند.

فصل هفتم: دسترسی به وسایل تزریقی بهداشتی به بحث در این باره می‌پردازد که شواهد و مدارک حاصل از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تامین سوزن و سرنگ برای درمان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، خواه در داخل خواه در بیرون، موثر است. هم‌چنین با وجود اذعان به این که پاره‌ی شرایط فرهنگی، سیاسی و اقتصادی تامین این خدمات را دشوار می‌سازد، اما این فصل بر اهمیت چنین برنامه‌هایی تاکید می‌ورزد.

فصل هشتم: امداد رسانی نکته‌هایی را به طور کلی درباره‌ی اهمیت چنین خدماتی در دسترسی به جمعیت‌های پنهان برمی-شمارد و بر تامین آموزش، پشتیبانی، دسترسی به خدمات کاهش آسیب و تسهیل دسترسی به درمان تاکید می‌ورزد.

ساختار هر فصل به این ترتیب است که نخست به طور فشرده مروری بر نوشتارگان دارد، یک رشته از اصول ناظر بر نمونه‌های مطلوب را بر می‌شمرد و مثال‌هایی از نمونه‌هایی مطلوب را به دست می‌دهد. نمونه‌های مطلوب بر پایه‌ی تعریفی دست‌چین شده‌اند که «شبکه‌ی درمان» (Treatnet) از «نمونه‌ی مطلوب» تهیه و تدوین کرده است و کلیات آن در جدول زیر آمده است:

| اظهاریه درباره‌ی «نمونه‌ی مطلوب» |
|--|
| «شبکه‌ی درمان» (Treatnet) تعریفی از «نمونه‌ی مطلوب» به مثابه‌ی عبارتی عام به شرح زیر به دست می‌دهد که نمونه‌هایی را در برمی‌گیرد که مبتنی بر شواهد و مدارک و آینده‌دار اند. |
| نمونه‌های مبتنی بر شواهد و مدارک با به کارگیری روش‌شناختی علمی مناسب مورد بررسی قرار گرفته‌اند و در موقعیت‌های چندگانه‌ی جغرافیایی و عملی تکرار شده‌اند. این نمونه‌های نتایج ویژه و یک‌پارچه‌ی را به دست داده‌اند و در فصل‌نامه‌های علمی انتشار یافته‌اند و نیز اغلب به شکل کتابچه‌های دستور عمل مستند شده‌اند. |
| نمونه‌های آینده‌دار، آن دسته از فعالیت‌هایی در این زمینه اند که نشان داده‌اند با به کارگیری معیارهای عینی در یک یا چندین سازمان موثر واقع شده‌اند. این نمونه‌ها ممکن است در مرحله‌ی نخستین خود باشند اما نشان داده‌اند که می‌توان به تکرار آن‌ها و نیز پایداری دراز مدت‌شان امید بست و می‌توانند به نمونه‌های مبتنی بر شواهد و مدارک بدل شوند. |
| از این گذشته، نمونه‌های مطلوب می‌بایست این ویژگی‌ها را دارا باشند: |
| ▪ مرتبط با نیازهای محلی؛ |
| ▪ درستی اخلاقی؛ |
| ▪ امکان پایداری (هزینه‌ی اندک، مقرون به صرفه، نظام‌یافته و مورد حمایت)؛ |
| ▪ تکرارپذیری (در حد کفایت مستند شده باشند). |

فصل دوم: درمان‌های دسترس‌پذیر مبتنی بر دارو (فارماکو تراپی)

وابستگی به مواد عبارت است از وضع سلامتی پیچیده‌یی که غالباً نیازمند درمان و مراقبت دراز مدت است. هنگامی که مواد با وسایل آلوده تزریق می‌شود، این کار با خطر بالای اچ‌آی‌وی و هپاتیت B و هپاتیت C همراه است. در حال حاضر، هپاتیت B علت اصلی مرگ‌ومیر و شدت بیماری مصرف‌کنندگان قدیمی تر مواد است. اگر چه بسیاری از مواد را می‌توان تزریق کرد، با این همه هنوز نوعی دارو درمانی موثر برای اختلال‌ها و بیماری‌های ناشی از مصرف کوکائین و آمفتامین وجود ندارد. درمان مبتنی بر شواهد فقط برای درمان وابستگی به مواد افیونی توسعه یافت. هدف درمان وابستگی به مواد دست‌یابی و حفظ رفاه جسمی، روانی و اجتماعی از طریق کاستن از خطرپذیری مرتبط با مصرف مواد، به مدد کاستن از سطح استفاده از مواد، یا از راه پرهیز کامل از مصرف مواد است (WHO/UNODC/UNAIDS 2004).

تاثیر بالقوه‌ی درمان وابستگی به مواد بر پیشگیری از اچ‌آی‌وی از راه‌های زیر است:

- کاهش تعداد دفعات تزریق؛
- کاهش استفاده مشترک از وسایل تزریق؛
- کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با انتقال اچ‌آی‌وی از راه آمیزش جنسی؛
- افزایش فرصت‌هایی برای آموزش و مراقبت‌های پزشکی در خصوص اچ‌آی‌وی (Sorensen & Copeland, 2000).

سم‌زدایی ساده یا دست کشیدن از مصرف مواد افیونی غالباً ناکافی است. به فرآیندی از درمان نیاز است تا احتمال تغییر رفتار در دراز مدت افزایش یابد. سم‌زدایی گام نخست برای بسیاری از مشکل‌های درمان دراز مدت پرهیزمدار است. هم سم‌زدایی همراه با درمان پرهیزمدار بعدی و هم درمان دارو درمانی جاری اجزای سازنده‌ی اساسی یک نظام درمانی موثر برای کسانی به شمار می‌رود که مبتلا به وابستگی به مواد افیونی اند.

شواهد عملی به روشنی ثابت می‌کند که دارو درمانی موثرترین گزینه برای درمان وابستگی به مواد افیونی مرتبط با انتقال اچ‌آی‌وی، و مراقبت از استفاده‌کنندگان از موادی است که با اچ‌آی‌وی به سر می‌برند. دارو درمانی (یا 'درمان نگه‌دارنده'، 'دارو درمانی آگونستی'، 'درمان نگه‌دارنده به کمک داروهای آگونستی') به صورت اجرای کار تحت نظارت پزشکی داروی تجویز شده با عمل مشابهی با داروی وابستگی تعریف می‌شود. داروهای را که در دارو درمانی به مصرف می‌رسند می‌توان یا با مقادیر رو به کاهش در طی یک دوره‌ی کوتاه (به طور معمول کم‌تر از یک ماه) برای درمان محرومیت با برای سم‌زدایی تجویز کرد و یا در مقادیر نسبتاً ثابت در طی یک دوره‌ی زمانی دراز مدت (به طور معمول بیش از شش ماه). در هر دو مورد، دارو امکان تثبیت کارکردهای مغزی و جلوگیری از وسوسه و محرومیت را فراهم می‌آورد.

در پهنه‌ی جهانی، وسیع‌ترین دارو درمانی که برای استفاده‌کنندگان غیرقانونی مواد به کار گرفته می‌شود، متادون است که با مقادیر نگه‌دارنده حول و حوش ۶۰ تا ۸۰ میلی‌گرم تجویز می‌شود (اما این میزان در برخی کشورها بسیار بالاتر است - برای نمونه، در اوکراین این میزان ۱۲۰+ میلی‌گرم است). میان شواهد پژوهشی و داوری بالینی درباره‌ی مقداربندی موثر، تفاوت وجود دارد (Trafton et al 2006). این امر موجب تفاوت و گوناگونی گسترده در رژیم‌های مقداربندی در پیرامون جهان می‌شود. بوپرنورفین افزوده‌ی اخیرتری است به دارو درمانی‌های وابستگی به مواد افیونی. پژوهش‌ها نشان داده است که بوپرنورفین عامل نگه‌دارنده‌ی موثری است و در مصرف بیش از اندازه‌ی مواد، نمای امنیت‌بخش بهتری عرضه می‌کند تا متادون و دیگر آگونست‌ها. دیدگاه کلی بر آن است که

بوپرنورفین را می‌توان در مقادیر بالاتر در درمان نگه‌دارنده بدون داروهای تسکین‌بخش مفرط تجویز کرد. بوپرنورفین هم‌چنین برای سم‌زدایی، و ایجاد دردناک‌های محرومیت کم‌شدت‌تر و کم‌ممتدتر از متادون موثر است. امتیاز دیگر بوپرنورفین این است نیمه‌ی عمر طولانی‌تری از متادون دارد و قادر است کار مقدار مصرف کم‌تر از یک روز را انجام دهد. پژوهش مبتنی بر شواهد حاکی از آن است که مقدار دو برابر در هر دو روز یک‌بار و مقدار سه برابر در هر سه روز یک‌بار مورد پذیرش درمان‌جو است و تاثیرات آگونیستی یا محرومیت ناخواسته و غیرمترقب را ترغیب نمی‌کند.

ترکیب بوپرنورفین و نالکسون (سابکسون) به وجود آمد تا از سوءاستفاده از بوپرنورفین از راه تزریق جلوگیری کند و به شکل قرص برای تجویز زیربانی تامین گردد.

دارو درمانی آنتاگونیستی عبارت است اجرای کار تحت سرپرستی یک عامل بازدارنده که وابستگی به دارو را از تاثیر سوء باز می‌دارد، و وجد و سرخوشی و دیگر تاثیرات دلخواه را از میان برمی‌دارد. در حال حاضر تنها داروی آنتاگونیستی که در برنامه‌های درمان پیشگیری از عود وابستگی افیونی به کار گرفته می‌شود، نالترکسون است.

مرور نوشتارگان

- شواهد نیرومندی در دست است که درمان مبتنی بر دارو برای وابستگی به مواد افیونی با کاهش معنادار و مهم مصرف مواد غیر مجاز، رفتار مجرمانه (Marsch, 1998; R. Mattick et al., 2002; Gowing et al., 2004) و استفاده‌ی مشترک از وسایل تزریق (Farrell et al., 2005) پیوند دارد. داده‌ها درباره‌ی تغییر رفتار پرخطر جنسی محدود اند، اما همین داده‌ها و اطلاعات حاکی از آن است که دارو درمانی با میزان وقوع پایین‌تری از شریکان جنسی متعدد یا مبادله‌ی سکس در قبال مواد یا پول پیوند دارد، اما هیچ تغییری، یا فقط کاهش‌های اندکی، در عمل جنسی محافظت نشده وجود دارد؛
- دارو درمانی ثابت کرده است که می‌تواند بهداشت عمومی و کیفیت زندگی را بهبود بخشد (Torrens et al., 1997)؛
- درمان با متادون نشان داده است که در قیاس با درمان جویانی که متادون دریافت نمی‌کنند، در کاهش میزان مرگ‌ومیر اهمیت بسیار داشته است (Brugal et al., 2005)؛
- تدارک مشورت دارویی، شناخت درمانی، خانواده درمانی و دیگر اقدام‌ها و دخالت‌های روانی اجتماعی، افزون بر دارو درمانی بر آیند درمان را بهبود می‌بخشد (McLellan et al., 1993)؛
- دارو درمانی انتقال اچ‌ای‌وی و رشد تن‌پادها در خون را کاهش می‌دهد (Gowing et al., 2004). از این جا بر می‌آید که کاهش در رفتارهای پرخطر که از راه دارو درمانی به دست می‌آید به کاهش‌های واقعی در موارد تازه‌ی آلودگی به اچ‌ای‌وی مبدل می‌شود؛
- شواهدی در دست است که دارو درمانی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد دارای اچ‌ای‌وی مثبت در تطابق بهتر با درمان ضد رتروویروسی و نتایج بهتر سلامت پیوند دارد (O'Connor, Selwyn, & Schottenfeld, 1994; Avants et al., 2001)؛

- در مورد زنان حامله و فرزندان متولد نشده‌شان که مورد دارو درمانی قرار دارند در قیاس با کسانی که تحت درمان نیستند، گرفتاری‌های بسیار کم‌تری وجود دارد (Burns et al., 2007)؛
- متادون ۶۰ میل‌گرم در روز یا بیش‌تر در خصوص حفظ و احتباس در روند درمان و کاهش استفاده‌ی مواد غیر مجاز بسیار موثر تشخیص داده می‌شود (Kreek, 2000; Ward et al., 1998)؛
- سرمایه‌گذاری در زمینه‌ی دارو درمانی در قیاس با هزینه‌های درمان بعدی اچ‌آی‌وی و بیماری‌های وابسته از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه‌تر است؛
- دارو درمانی با درآمد و عواید بالاتر، سطوح بهتر اشتغال و کارکرد اجتماعی پیوند دارد (WHO, 2004)؛
- در برخی کشورها که استفاده از متادون مجاز شمرده نمی‌شود، نالترکسون یگانه دارو درمانی در دسترس است که می‌تواند امکانات و فرصت‌های پیشگیری از عود را بهبود بخشد و انتقال اچ‌آی‌وی را کاهش دهد. افزون بر این، نالترکسون گزینه‌ی است برای درمان‌جویانی که به دلیل‌های پزشکی یا هر دلیل دیگری نمی‌توانند از متادون استفاده کنند (Cornish et al., 1997). با این همه، پذیرش نالترکسون از جانب درمان‌جویان غالباً ضعیف است و همین امر به کناره گرفتن از درمان مرحله‌ی بالاتر منجر می‌شود. بررسی‌هایی که در سن پترزبورگ انجام گرفته است نشان داده است که ۴۲ تا ۴۴ درصد در شش ماه از درمان تبعیت کرده‌اند. میزان پابندی به درمان می‌تواند با شیوه‌های جایگاه توزیع مواد بیش از این‌ها بهبود یابد (Krupitski et al., 2004). در مورد کسی که به شدت باانگیزه و هم‌چنان تحت درمان است، از بابت مصرف کاهش‌یافته‌ی مواد و جایگاه روانی-اجتماعی، نتایج به دست آمده خوب است (Gowing et al., 2001).
- پژوهشی در دست است تا درمان‌های مبتنی بر دارو درمانی را برای مواد از نوع آمفتامین گسترش دهد. آمفتامین‌زدایی بسیار مورد تحقیق قرار گرفته است، با این همه شواهد پشتیبان بسیار ضعیف‌اند. بهبودهای عادی با خطر رو به فزونی روان‌پریشی، تداوم مصرف مواد و تغییر مسیر و انحراف از دارو درمانی تجویز شده رو به رو می‌شود. اکنون آزمایش‌هایی در حال اجراست تا عملی بودن مودافینیل (یک عامل هشپاری تازه) را به عنوان یک جانشین محرک‌های آمفتامینی (ANCD 2006) مورد بررسی قرار دهند.

اصول ناظر بر نمونه‌های مطلوب

- دامنه‌ی کامل و گسترده‌ی از دارو درمانی‌ها باید در همه‌ی کشورها در دسترس باشد. دسترسی و توان خرید با تضمین لازم فراهم گردد. با در نظر گرفتن مراقبت نازل در مراکز خدمات سنتی، دسترسی به خدمات چالشی واقعی است. محل و طراحی مرکز خدمات باید موانع فرهنگی، اجتماعی یا اقتصادی در برابر مراقبت و اجرای راهبردها برای پرداختن به این امور را مورد واریسی قرار دهد.
- درمان مبتنی بر دارو درمانی باید با مشاوره و دیگر اقدام و مداخله‌های روانی-اجتماعی که به منظور برآوردن نیازهای درمان‌جو طراحی شده، مورد حمایت قرار گیرد.
- برنامه‌های دارو درمانی باید فرصت‌هایی را برای تشخیص زود هنگام مشکلات بهداشتی دیگر، آزمایش اچ‌آی‌وی و مشاوره، دخالت‌های روانی-اجتماعی و ارجاع برای خدمات اضافی و نیز زمینه‌ی درمان اچ‌آی‌وی، مراقبت و حمایت در برابر آن را فراهم آورد؛

- مقدار و مدت زمان دارو درمانی با متادون باید بر پایه‌ی ارزیابی نیازهای درمان‌جو استوار باشد (مقدارهای بالاتر از ۶۰ تا ۸۰ میلی‌گرم در روز برای دست‌یابی به احتباس در درمان و کاهش مصرف مواد غیر مجاز بهتر است)؛
- کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند باید دسترسی آزادانه و همگانی به برنامه‌ی دارو درمانی دراز مدت داشته باشند و به منظور سلامت آن‌ها مقادیر کافی بدون نیاز به مصرف اضافی مواد غیر مجاز در اختیارشان گذاشته شود؛
- هدایت عمل دارو درمانی باید به دست پژوهش مبتنی بر شواهد باشد و از راه تامین آموزش و نیز ارزش‌یابی به اندازه‌ی کافی پشتیبانی شود؛
- دارو درمانی‌ها باید به صورت خوارکی، به شکل قرص یا محلول باشد تا خطر بیماری‌های عفونی مرتبط با تزریق را کاهش دهد؛
- نالترکسون فقط باید در مورد افراد بسیار با انگیزه با حمایت خانواده، پس از ۷ تا ۸ روز سم‌زدایی اعمال شود. مشارکت والدین یا افراد با اهمیت دیگر در فرآیند درمان نشان داده است که به این ترتیب پابندی به درمان و نگه‌داری و احتباس افزایش می‌یابد؛
- آزمون‌های بیش‌تر مورد نیاز است تا دارو درمانی‌هایی را بتوان تشخیص داد که می‌تواند برای درمان کوکائین و مواد آفتماین‌گونه مورد استفاده قرار گیرد.

دستور عمل‌هایی برای ایجاد خدمات دارو درمانی

- برنامه‌های دارو درمانی باید به روشنی هدف‌های درمان را تعیین کند. این هدف‌ها می‌تواند شامل موارد زیر باشد:
- کاهش دامنه‌ی گسترده‌ی آسیب‌های مرتبط با وابستگی به مواد (از جمله، مصرف بیش از اندازه‌ی مواد، عفونت‌های مربوط به اچ‌آی‌وی و هپاتیت و دیگر مسایل و مشکلات مربوط به بهداشت، امور قانونی و اجتماعی)؛
 - کمک‌رسانی به درمان‌جویان - از راه مراقبت و حمایت مناسب - برای آن‌که سالم بمانند و بتوانند به هدف زندگی‌فارغ از مواد دست‌یابند؛
 - کاهش مصرف مواد غیر مجاز و تجویز نشده از جانب فرد؛
 - کاهش مدت دوره‌های استفاده از مواد؛
 - کاهش امکان عود آتی مصرف مواد؛
 - کاهش نیاز به دست‌زدن به اعمال و فعالیت‌های مجرمانه برای تامین مالی مصرف مواد؛
 - بهبود عملکرد همه‌جانبه‌ی شخصی، اجتماعی و خانوادگی؛
 - درمان وابستگی به مواد افیونی از راه دارو درمانی معمولاً در یک برنامه‌ی درمانی اُپیویدی مورد تایید و مجاز یا در مطب پزشک فراهم می‌آید.
 - دستور عمل‌های درمانی در کشورها مختلف است. پاره‌یی از کشورها دستور عمل‌هایی دارند که مستلزم آن است درمان‌جو دو یا چند سال وابستگی اثبات شده به مواد داشته باشد و در چندین کوشش برای سم‌زدایی و بازپروری ناکام مانده باشد. اغلب، در صورت حاملگی، عفونت ناشی اچ‌آی‌وی یا بیماری‌های جدی دیگر، استثناهایی در نظر گرفته می‌شود. کشورهای دیگر موانع بسیار معدودتری برای دسترسی به دارو درمانی دارند (خدمات آستانه‌ی پایین). درمان-

جویان می‌بایست واکنش‌های حساسیت‌دار (یا آلرژیک) به متادون یا بوپرنورفین نداشته باشند و باید که قادر باشند در جلسه‌های درمان، به ویژه برای مقداربندی دارویی، به طور منظم حضور یابند.

■ برای جدول‌های زمانی و مقدار داروهای جایگزین بنگرید به:

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

[http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf]

■ در تامین و تدارک دارو درمانی برای کسانی که به مواد افیونی وابستگی دارند و با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند می‌باید به موضوع‌های بالینی و روانی اجتماعی مرتبط با هر دو مسئله توجه لازم را معطوف کرد. ترکیب وابستگی به مواد افیونی و عفونت ناشی از اچ‌آی‌وی می‌تواند به موقعیت‌های بالینی ویژه‌ی چون موقعیت‌های زیر بیانجامد:

– وقوع عفونت‌های فرصت‌طلبانه‌ی خاص مرتبط با اچ‌آی‌وی؛

– پنهان کردن دردناک‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی با دارو درمانی‌های مواد افیونی؛

– تداخل میان دارو درمانی‌ها و داروهای که برای مقابله با عفونت ناشی از اچ‌آی‌وی به کار گرفته می‌شود.

■ کسانی که به درمان وابستگی به مواد افیونی در افرادی می‌پردازند که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند باید از موقعیت‌های بالینی آگاه باشند. از سوی دیگر، کسانی که به درمان افرادی می‌پردازند که هم اچ‌آی‌وی و هم وابستگی به مواد افیونی دارند نیاز دارند که با رویکردهای رایج به درمان وابستگی به مواد افیونی و مشکلات مرتبط با آنها آشنا باشند.

■ مدیریت ضعیف وابستگی به مواد افیونی می‌تواند مانع از پابندی به رژیم‌های درمانی برای اچ‌آی‌وی و ایدز گردد، و بنابراین ضروری است که درمان وابستگی به مواد افیونی برای حمایت از پابندی به درمان با داروی ضد رتروویروسی و پی‌گیری و ادامه‌کاری پزشکی آغاز گردد. کسانی که هم وابستگی به مواد افیونی دارند و هم با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند غالباً دو برابر آنگ می‌خورند. در بسیاری از کشورها، به رغم شواهدی که نشان می‌دهد افرادی با وابستگی به مواد افیونی هم اکنون دارند از درمان دارویی به درستی مدیریت شده‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز بهره می‌برند، این کسان را از تامین درمان با داروی ضد رتروویروسی محروم می‌کنند. بنابراین، برنامه‌هایی که دارو درمانی برای وابستگی به مواد را با درمان و مراقبت اچ‌آی‌وی ادغام می‌کنند باید مورد تشویق قرار گیرند. هم‌چنین درمان مستقیماً زیر نظر قرار گرفته‌ی وابستگی به مواد افیونی فرصتی برای اجرای درمان مستقیماً زیر نظر قرار گرفته با داروی ضد رتروویروسی و نیز درمان عفونت‌های فرصت‌طلبانه مانند سل را فراهم می‌آورد.

■ تداخل‌های دارویی میان متادون و داروهای ضد رتروویروسی برای درمان اچ‌آی‌وی و ایدز شناخته شده‌اند و می‌توانند پی‌آمدهای بالینی مهم در بر داشته باشند. متادون تداخل نامطلوبی با داروهای ضد رتروویروسی متعددی دارد و سبب محرومیت می‌شود. بنابراین پزشکان بالینی لازم است اندازه‌ی دارو را بررسی و تنظیم کنند. برای دستیابی به اطلاعات بیش‌تر بنگرید به :

WHO, 2006. HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users. Clinical Protocol for the WHO European Region [http://www.euro.who.int/document/SHA/WHO_Chapter_5_web.pdf]

■ پژوهش درباره‌ی بوپرنورفین حاکی از آن است که این دارو نسبت به متادون دارای برهم‌کنشی‌های معدودتر و کم‌تری است با داروهای ضد رتروویروسی (McCance-Katz et al., 2006).

- لازم است همه‌ی برنامه‌های دارو درمانی به مسئله‌ی انحراف دارویی^۱ پردازند. این امر می‌تواند شامل تقسیم هفت روز هر هفته، مراقبت از درمان‌جویان برای تضمین داروهای که به مصرف می‌رسد و آزمایش ادرار باشد. کوتاهی در به کار بستن این گونه کنترل‌ها احتمالی برای تضعیف اعتماد به چنین برنامه‌هایی را فراهم می‌آورد و می‌تواند به اتخاذ تصمیم‌هایی در جهت توقف این برنامه‌ها بیانجامد.
- لازم است تمامی برنامه‌های دارو درمانی بتوانند استفاده از چند مواد را مدّ نظر قرار دهند زیرا به ندرت پیش می‌آید که مصرف کنندگان مواد منحصر از یکی از آن‌ها استفاده کنند. کوتاهی در درمان همه‌ی شکل‌های مصرف مواد می‌تواند نتایج درمان را جدّاً در معرض خطر قرار دهد.

نتیجه‌گیری

دارو درمانی برای مصرف کنندگان افیونی به اثبات رسانده است که در چارچوب حفظ و احتباس درمان، کاهش مصرف مواد، بهبود عملکرد روانی اجتماعی، و کاهش تزریق ناسالم و رفتارهای جنسی پرخطر موثر خواهد بود. نتایج درمان در صورتی بهبود خواهد یافت که درمان‌های روانی اجتماعی، افزون بر دارو درمانی، عرضه گردد. این شیوه، اقدام بازدارنده‌ی موثری است و درمان اثبات‌شده‌ی است که خطر انتقال اچ‌آی‌وی را به حداقل می‌رساند. این روش شرایط بنیادی را برای کسانی که وابسته به مواد اند و با اچ‌آی‌وی به سر می‌برند، تثبیت می‌کند. نالترکسون گزینه‌ی درمانی بالقوه موثری است برای کسانی که قادر اند از آن تبعیت کنند. نبود یک درمان جایگزین موثر برای کوکائین و مواد نوع آمفتامین ظرفیت مقابله با این گروه فزاینده‌ی مصرف کنندگان تزریقی را در زمینه‌ی درمان کاهش می‌دهد.

گرچه ثابت شده است که دارو درمانی درمان موثری برای وابستگی به مواد افیونی است، اما هم‌چنین اهمیت دارد که محرک‌های ساختاری‌ی را در مدّ نظر قرار دهیم که بر زندگی مصرف کنندگان مواد اثر می‌گذارند و به وسایل دیگر توجه کنیم تا بدین ترتیب به فرآیند بهبود از بیماری یاری برسانیم. برای نمونه، برنامه‌های سوادآموزی و مهارت‌های زندگی و کسب معاش فرآیند دراز مدت درمان بیماری مدد می‌رسانند.

مثال‌هایی از نمونه‌های مطلوب

| درمان نگهدارنده با متادون برای پیشگیری اچ‌آی‌وی و کاهش آسیب |
|--|
| کشور: چین |
| نام پروژه: کلینیک‌های درمان نگهدارنده با متادون برای بیماران سرپائی، مرکز بهداشت روان منطقه‌ی شانگهای هونگ‌کو |
| سال شروع: ۲۰۰۶ |
| سازمان مسئول: مرکز بهداشت روان شانگهای هونگ‌کو، شانگهای، چین |
| سابقه: برای کاهش عفونت اچ‌آی‌وی و دیگر آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد غیرمجاز، وزارت بهداشت چین با وزارت کشور و اداره‌ی |

^۱ در برگردان فارسی این عبارت واژه‌ی 'انحراف' در برابر «divert» به این دلیل به کار رفته است که کاربرد دارو از هدف‌های اصلی آن دور و منحرف شده است. در عین حال گاه عبارت 'انحراف دارویی' به برنامه‌های گفته می‌شود که بنا بر آن مصرف کنندگان مواد را به جای ارجاع به نظام قضایی زیر پوشش برنامه‌های آموزشی و بازپروری قرار می‌دهند. (م).

خوراک و دارو به طور مشترک سند «طرح آزمایشی درمان نگهدارنده با متادون (MMT) برای وابستگی به مواد افیونی» را منتشر کردند. مطابق برنامه‌ی عمل چین برای اچ‌آی‌وی/ایدز (۲۰۱۰-۲۰۰۶) و مقررات پیشگیری اچ‌آی‌وی/ایدز، نخستین کلینیک سرپائی MMT در سال ۲۰۰۴ در ایالت سیچوان تأسیس شد. بر مبنای این موقعیت ویژه، نخستین کلینیک سرپائی MMT در شانگهای در سال ۲۰۰۵ به راه افتاد. با فرارسیدن سال ۲۰۰۷، ۵ کلینیک MMT در شانگهای و بیش از ۳۰۰ کلینیک MMT برای بیماران سرپائی در سراسر چین وجود داشت. کلینیک سرپائی MMT در مرکز بهداشت روان منطقه هونگ کو در ۲۰۰۶ تأسیس شد.

اهداف: هدف‌های برنامه عبارتند از:

- کاهش استفاده از هرئوئین و دیگر مواد افیونی؛
- کاهش انتقال اچ‌آی‌وی، هپاتیت B، هپاتیت C و دیگر ویروس‌های منتقل شونده از راه خون میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد؛
- کاهش اعمال مجرمانه؛ و
- بهبود عملکرد روانی اجتماعی با درمان نگهدارنده با متادون، مشاوره، و دیگر خدمات مرتبط.

فرایند / فعالیت‌ها:

شرایط شرکت‌کنندگان به قرار زیر است:

- مطابقت با معیارهای تشخیص وابستگی به مواد افیونی بنا بر طبقه‌بندی ناهنجاری روانی چین، ردیف ۳ (CCMD-3)
- بیش از ۲۰ سال سن (موارد اچ‌آی‌وی مثبت محدودیت سنی ندارد)، و
- ساکن شانگهای یا بیش از ۶ ماه اقامت در شانگهای با کارت اقامت موقت

معاینه شرکت‌کنندگان مجاز و آزمون‌های آزمایشگاهی مانند نوارقلب، عکس سینه، آزمایش اچ‌سی‌وی، آزمایش اچ‌آی‌وی، عملکرد کبد و کلیه، آزمایش ادرار برای مواد و غیره را پزشکان انجام می‌دهند. سپس MMT، پس از کسب رضایت آگاهانه‌ی شرکت‌کننده برای درمان، آغاز می‌شود. نخستین مقدار متادون بر حسب موقعیت افراد از ۱۰ تا ۳۰ میلی‌گرم است، و طی ۳ تا ۵ روز برای مقدار نگهدارنده (۴۰ تا ۸۰ میلی‌گرم) تنظیم می‌شود. مددکاران اجتماعی و کادر مرکز مهار و پیشگیری بیماری (CDC) در طول درمان نگهدارنده با متادون به ارائه‌ی مشاوره و پشتیبانی روانی اجتماعی می‌پردازند.

نتیجه / دستاوردها:

از زمان راه‌اندازی MMT در سال ۲۰۰۶، ۲۷۲ درمان‌جو وابسته به هرئوئین در آن شرکت کرده‌اند. تا پایان ماه ژوئن ۲۰۰۶، ۲۱۷ درمان‌جو (۷۸٫۶٪)، ۷۸/۸٪ (۱۷۱ مورد) مرد و ۲۱/۲٪ (۴۶ مورد) زن، هنوز در MMT بودند. اکثریت درمان‌جویان (۹۶٪) فقط تا سطح اول دبیرستان درس خوانده بودند، و میانگین سنی ۴۱/۸ سال بود.

آموخته‌ها و چالش‌ها:

ادارات یا سیستم‌های مرتبط بیش‌تری باید همکاری کنند تا آنگ پیرامون وابستگی به مواد از میان برود و بتوان به درمان‌جویان وابسته به مواد کمک کرد که دوباره در جامعه جذب شوند.

مشخصات تماس:

Methadone Maintenance Treatment Outpatient clinics, Shanghai Hongkou

District Mental Health Centre **Address:** 159 Tongxing Rd., Hongkou District, Shanghai, 200083

Tel: 56662531*112 Fax: 56663813 **Contact person:** Yuan Wei Jun

با در نظر گرفتن این نکته که بسیاری از کشورها افزایشی را در عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان مواد گزارش می‌کنند، اطلاعات، آموزش و ارتباطات (IEC) نقشی مهم در جلوگیری از اچ‌آی‌وی و کاهش آسیب در میان مصرف‌کنندگان مواد و شریکان جنسی‌شان ایفا می‌کند. هدف IEC فراهم آوردن اطلاعات درست و معتبر برای تقویت و پیشبرد رفتاری است که میزان خطرپذیری را کاهش می‌دهد. گرچه نکته‌ی زیر در مرکز توجه این سند نیست، ولی این امر از اهمیت حیاتی برخوردار است که هرگونه راهبردی برای IEC اطلاعات مربوط به دیگر ویروس‌های منتقل شونده از راه خون، به ویژه هپاتیت B و هپاتیت C، را در بر می‌گیرد. هر دو به مرگ و میر و بیماری مصرف‌کنندگان مواد در سطح جهانی سهم دارند.

سه عامل ضروری برای پیشگیری موفقیت‌آمیز اچ‌آی‌وی عبارت‌اند از: اطلاع‌رسانی / آموزش با کیفیت، خدمات درمانی مناسب، و شرایط و محیط پشتیبان (Mann, 1993).

شیوه‌های درمانی گوناگون عرضه‌داشت IEC عبارت‌اند از:

- کارزارهای آگاهی‌رسانی همگانی؛
- کارزارهای هدف‌مند؛
- شبکه‌ی گروه‌های هم‌سان و خدمات امدادی دیگر؛
- کارزارهای بازاریابی اجتماعی از طریق خدمات بهداشتی و «برنامه‌های داوطلبانه، مشاوره‌ی محرمانه و آزمایش» (VCCT)، برای نمونه بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، نصب دیوارکوب‌ها در محل‌های استراتژیکی از جمله دانشگاه‌ها، سامانه‌های حمل‌ونقل همگانی (ایستگاه‌های قطارهای زیرزمینی، داخل کوبه‌های قطار، اتوبوس‌ها، تاکسی‌ها)، و باشگاه‌های تفریحی شبانه؛
- کارزارهای مربوط به پابندی به درمان اچ‌آی‌وی با داروهای ضد‌تروویروسی، آموزش درباره‌ی اچ‌آی‌وی و اقدام‌های اطلاع‌رسانانه از راه در اختیار گذاشتن بسته‌های اطلاعاتی بسیار مهم، جزوه‌ها و کتابچه‌ها، ویدئوها و کامپیوتر.

دو رویکرد عملی به IEC عبارت‌اند از رویکرد در سطح فردی و در سطح ساختاری. توجه رویکردهای فردی به تغییر در سطح فرد معطوف است، و به کاوش در این زمینه می‌پردازد که چه‌گونه فرد مصرف‌کننده مواد و شریکان این فرد (خواه شریکان جنسی خواه شریکان تزریقی) را می‌توان ترغیب و تشویق کرد تا رفتارهای خطرناک شناخته شده را کاهش دهند یا از میان بردارند و (یا) فعالیت‌ها و شیوه‌های سالم‌تری را بپذیرند.

رویکردهای سطح ساختاری هدف خود را تغییر زمینه و بافت سیاسی، اقتصادی و اجتماعی و محلی‌یی قرار می‌دهند که افراد در بطن آن به سر می‌برند. به طور معمول این رویکردها نسبت اچ‌آی‌وی و سیاست‌ها و خط‌مشی‌های مربوط به آن در سطح ملی، استانی و محلی طراحی می‌شوند. رویکردهای IEC شامل کار امداد‌رسانی ساختاری و محیطی می‌شود و به پیشبرد توسعه‌ی ساختارهای محلی / محله‌یی ایمن‌تر می‌پردازد. رویکردهای IEC هم‌چنین در میان دیگر گروه‌هایی که به طور منظم و نظام‌یافته محروم‌اند، آنک‌می-خوردند، و طرد و منزوی می‌شوند به کار گرفته می‌شود؛ از آن میان می‌توان به این گروه‌ها اشاره کرد: مهاجران و پناهندگان، تن‌فروشان، اقلیت‌های جنسی و افراد ناتوان. نمونه‌هایی از این طرح‌ها که بر گروه‌های یاد شده متمرکز است، در کتابی با عنوان **راه دیگری برای**

یادگیری^۲ فراهم آمده است. این نمونه‌ها نیاز به دسترسی به جوانان و افراد بالغی را در بیرون از حوزه‌ی مدرسه که نتوانسته‌اند پایه‌های مهمی از آموزش‌شان را تکمیل کنند، برجسته می‌سازد.

شمول IEC در برنامه‌های کاهش آسیب می‌تواند تاثیر مهمی بر رفتارهای خطرناک مرتبط با اچ‌آی‌وی داشته باشد. این برنامه‌های کاهش آسیب نیاز بدان دارد که IEC را بر مبنای موارد زیر فراهم آورد:

- آمیزش جنسی سالم و بهداشتی؛
- تزریق بهداشتی و مراقبت از رگ و ورید؛
- برنامه‌های سوزن و سرنگ؛
- آموزش طریق استفاده از کاندوم برای مرد و زن و توزیع آن؛
- آگاهی از دیگر بیماری‌هایی که از راه آمیزش جنسی و نیز خون انتقال می‌یابد؛
- برنامه‌های درمان مواد از جمله جایگزین درمانی‌ها؛
- دسترس‌پذیری تسهیلات مربوط به « مشاوره و آزمایش داوطلبانه و محرمانه »؛
- درمان با داروهای ضد رتروویروسی.

مرور نوشتارگان

- شواهد و مدارک دربارۀ تاثیرگذاری IEC مسئله‌ی پیچیده‌ی است زیرا بررسی‌های مطلوب مبتنی بر ارزش‌یابی کیفیت نسبتاً معدودی در نوشتارگان بین‌المللی گزارش شده است.
- برای آن که IEC موثر باشد، باید هدف خود را دسترسی به توده‌ی گسترده قرار داد. عناصر لازم برای آن که مداخله‌های رسانه‌بنیاد دسترس‌پذیر برای توده‌ی مردم موثر افتد، از جمله مورد‌های زیر را در برمی‌گیرد: تاکید بر فایده‌های مثبت تغییر رفتار، تاکید بر نتیجه‌ها و فایده‌های کوتاه مدت که محتمل است تاثیر به مراتب بیش‌تری از تاکید بر نتایج دراز مدت داشته باشد (Backer, Rogers, & Sopory, 1992).
- زبان، مجموعه‌ی واژگان و شیوه‌ی ارتباط‌گیری در تضمین موفقیت مهم اند (مداخله‌های چند وجهی و یک‌پارچه که در آن‌ها تبلیغات رسانه‌یی با برنامه‌های درون مدرسه و دیگر فعالیت‌ها در ایجاد تغییر رفتار سالم، به ویژه، موثر ارزیابی شده‌اند (Backer et al., 1992; Perry et al., 1992; Pierce et al., 1990).
- زبیرتحلیلی^۳ دربارۀ موثر بودن برنامه‌های آموزشی (Cross et al., 1998) تاثیر مثبت برنامه‌های آموزشی را بر کاهش رفتارهای تزریقی، استفاده از سفیدکننده و استفاده‌ی مشترک از وسایل تزریقی (با تاثیر کم‌تر اما هم‌چنان مثبت بر استفاده از کاندوم) آشکار ساخت.
- زبیرتحلیل جامع‌تری دربارۀ مداخله‌هایی در خصوص اچ‌آی‌وی در چارچوب برنامه‌های درمانی مصرف مواد نیز به انجام رسیده است (Prendergast et al., 2001). اکثریت برنامه‌هایی که در این بررسی آمده است، عرضه‌داشت

² UNESCO. Another Way to Learn. 2007.

³ meta-analysis، نوعی تحلیلی آماری و کمی است که برای جدا کردن آزمایش‌های مشابه پژوهش‌گران متفاوت و اغلب مستقل به کار می‌رود و مستلزم روی هم انباشتن داده‌ها و استفاده از داده‌های انباشته شده برای آزمودن موثر بودن نتیجه هاست. (به نقل از <http://www.merriam-webster.com/dictionary/meta-analysis>)

ملائقگی و کتابی اطلاعات، مباحثه‌هاست همراه با نوعی اثبات مهارت‌ها. نتایج کار تاثیر مثبت جامعی را برای مداخله- های کاهش‌یابنده‌ی آسیب را در بافت و بستر درمان وابستگی به مواد آشکار ساخته است. تغییرات مهم و معنادار در شناخت، نگرش‌ها و باورها، رفتارهای جنسی، مهارت‌های لازم برای کاهش مخاطره‌ها (اما نه برای شیوه‌های تزریق) گزارش شده‌اند.

■ بررسی‌های گوناگون حاکی از آن است که دخالت‌های توده‌گیر به ندرت در کاهش مستقیم مصرف مواد یا کاستن از رفتاری خطرناک تاثیر داشته‌اند، اگر چه این مداخله‌ها می‌توانند در ارتقای آگاهی و تغییر شناخت موثر افتند (Don & Murji, 1992; Flay & Burton, 1990).

■ هم‌چنین مشارکت فعال مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در ارزیابی موقعیت و نیازسنجی، در تهیه و تدوین برنامه، عرضه و اجرای آن، و نیز در نظارت و ارزش‌یابی برای تضمین موفقیت IEC از اهمیت اساسی برخوردار است (Ball & Crofts, 2001).

اصول ناظر بر نمونه‌های مطلوب

■ برای هر اجتماع اهمیت دارد که برنامه‌ریزی برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی را هر چه زودتر آغاز کند. حتی هنگامی که اچ‌آی‌وی بسیار پا گرفته و تثبیت شده است، باز هم برنامه‌ریزی برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی می‌تواند تاثیر معنادار و مهمی بر گسترش بیش‌تر اچ‌آی‌وی داشته باشد. کوشش‌های آغازین در این زمینه در پایین نگه داشتن سطح شیوع سرمی در بسیاری از موقعیت‌های محلی موفقیت‌آمیز بوده است.

■ کاهش خطرناکی اچ‌آی‌وی در جمعیت مصرف‌کننده‌ی مواد هدفی دست‌یافتنی است. یک هدف از هر تماسی با مصرف‌کنندگان مواد این است که به آن‌ها یاری کنیم تا از مصرف مواد دست بردارند. با این همه، بهبود از وابستگی به مواد چه بسا فرآیندی دراز مدت باشد و عود مصرف مواد حتی ممکن است در میان کسانی رخ دهد که در حال درمان وابستگی به مواد اند. برای پیشگیری از گسترش اچ‌آی‌وی، می‌بایست مصرف‌کنندگان مواد را تشویق و حمایت کرد تا از رفتارهایی را که خودشان و دیگران را در معرض خطر قرار می‌دهد بکاهند یا کنار بگذارند.

■ برنامه‌ریزی برای پیشگیری موثر نیازمند مجموعه‌ی فراگیری از خدمات هماهنگ است. مصرف‌کنندگان مواد و شریکان جنسی در معرض خطر اچ‌آی‌وی آن‌ها بسیار گوناگون و متنوع اند، و هیچ شیوه‌ی پیشگیری واحدی برای همه کس کارآمد نیست. برخی افراد غالباً به مداخله‌های چندگانه و مجموعه‌یی از خدمات پیشگیری، خواه به طور هم‌زمان و خواه در وهله‌های مختلفی از زندگی‌شان، نیاز دارند. شیوه‌ها و راهبردهای جامع از جمله موردهای زیر را در بر می‌گیرد: امدادسانی محلی/محله‌یی، آموزش از سوی گروه‌های هم‌سان/همگن، آزمایش اچ‌آی‌وی و مشاوره درباره‌ی آن، مدیریت پیشگیری از مورد خاص، دارو درمانی و تامین سرنگ ضدعفونی شده. آزمایش اچ‌آی‌وی باید با مشاوره- ی پیش و پس از آزمایش حمایت گردد. «کانون امریکایی مهار بیماری» فناوری تازه‌یی را برای آزمایش سریع، درست و در محل را توصیه می‌کند. برای جزئیات بیش‌تر بنگرید به:

<http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/mm5624a3>.

- برنامه‌های پیشگیری باید بر پایه‌ی ارزیابی کامل و ادامه‌دار از نیازهای اجتماعی محلی و نظارت و مراقبت از مصرف مواد و الگوهای رفتاری ناشی از خطر اچ‌آی‌وی استوار باشد. راهبردهای پیشگیری باید با نیازها و منابع جامعه‌ی محلی تطبیق داده باشد.
- خدمات پیشگیری در فرآیند برقراری ارتباط با جمعیت‌های در معرض خطر، هنگامی بسیار موثر می‌افتند که در محل-های گوناگون در دسترس باشند، و برای آن که بتوان تاثیر کار را افزایش داد و ازدوباره کاری و تکرار پرهیز کرد در مجموعه‌ی از موقعیت‌های خدماتی فراهم آید و هماهنگ و گردد.
- هم‌اکنون از بابت کوشش‌های مربوط به پیشگیری و درمان، مصرف‌کنندگان مواد و شریکان جنسی آن‌ها گروه‌های هدف مهمی به شمار می‌روند. لازم است این افراد در فرآیند درمان درگیر شوند و از طریق IEC به ضرورت تغییرهای رفتاری برای پرهیز از انتقال بیش‌تر اچ‌آی‌وی آگاهی یابند.
- کوشش‌های که برای پیشگیری انجام می‌گیرد باید افراد، زوج‌ها، شبکه‌های خطرزا، و جماعت گسترده‌تر مصرف-کنندگان مواد و شریکان جنسی‌شان را هدف خود قرار دهد. هنجارهای رفتاری در جماعت محلی/محل‌ی مصرف-کننده‌ی مواد که استفاده‌ی مشترک از وسایل تزریقی را مجاز می‌شمارد، هم‌چنین نیازمند حکم و اصلاح است. تکیه بر رهبران فکری در گروه‌ها می‌تواند راهبرد موثری برای تاثیرگذاری در رفتارهای مصرف‌کنندگان مواد عضو شبکه‌های خطرزا باشد. تغییر رفتاری باید بر پایه‌ی مشورت صحیح و سالمی باشد که به مدد راهبردهای IEC فراهم می‌آید.
- امدادرسانی اجتماع‌بنیاد یکی از راهبردهای اساسی پیشگیری اچ‌آی‌وی است و باید که هدف خود را مصرف‌کنندگان مواد در محیط طبیعی‌شان قرار دهد. مصرف مواد به طور معمول فعالیت‌ی پنهانی است و همین امر دسترسی به مصرف-کنندگان مواد و شریکان جنسی‌شان را از طریق مراکز و کانون‌های خدمات بهداشتی و اجتماعی سنتی دشوار می‌سازد. آموزش‌گران عضو گروه‌های هم‌سان که کار امدادرسانی [و دسترسی یافتن به گروه هدف] را بر عهده می‌گیرند و با خُرده‌فرهنگ‌های مصرف‌کنندگان مواد در اجتماعات خود آشنایی دارند، نشان داده‌اند که، به ویژه، عامل‌های موثر تغییر رفتاری به شمار می‌روند. امدادرسانان گروه‌های هم‌سان می‌توانند:
 - به صورت منابع ارجاع به نمایندگی‌ها و مراکز خدماتی و تسهیلات دارو درمانی عمل کنند؛
 - اطلاعات مربوط به اچ‌آی‌وی و ملزومات کاهش خطر را پخش کنند؛
 - نمونه‌های مهارت‌یابی، مانند تمیز کردن سرنگ یا استفاده از کاندوم، را عرضه کنند/به نمایش در آورند؛
- این کسان به صورت رهبران فکری‌ی به کار می‌آیند که به آموزش، تربیت و تاثیرگذاری در همگنان و هم‌سانان خود می‌پردازند تا از خطر اچ‌آی‌وی بکاهند و خود-کارایی رفتاری را افزایش دهند. امدادرسانان باید در هر تماسی که با هر مصرف‌کننده‌ی مواد می‌گیرد به تکرار پیام‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی پردازد تا این نکته را تقویت و تحکیم کند که چه قدر مهم است که از استفاده از مواد دست کشید یا به نحو ایمن‌تری مواد مصرف کرد.
- اقدام‌ها و مداخله‌های پیشگیرانه باید برای هر فرد در معرض خطر صورت شخصی و فردی بیابد. پیشگیری موثر به چیزی بیش از پخش و اشاعه‌ی صرف اطلاعات و تامین وسایل کاهش خطر نیاز دارد. کسانی که در معرض خطر اند باید که در ارزیابی شخصی از رفتارهای خطرناک خود درگیر شوند، در تشخیص موانع و نیز منابع در دسترس برای کمک به این که آن‌ها رفتارشان را تغییر دهند و نیز یاری شوند تا بتوان راهبردهای خاص و دسترس‌پذیری برای حمایت از آن‌ها و دیگران تدوین و مرتب کرد.

- مصرف‌کنندگان مواد و شریکان جنسی‌شان باید با احترام و کرامت و نیز با حساسیت به ویژگی‌های فرهنگی، نژادی/قومی و جنسیتی رفتار کرد. درگیر شدن توأم با موفقیت افراد در معرض خطر در اقدام‌ها و مداخله‌های پیشگیرانه مستلزم آن است که این کسان به این امر پی ببرند که دغدغه و نگرانی درباره‌ی ایشان واقعی است و به آن‌ها به چشم کسانی می‌نگرند که قادر اند رفتار خود را تغییر دهند. رویکردهای امدادسانی باید هم از لحاظ اجتماعی و هم فرهنگی مناسب باشد.
- برای دست یافتن به تغییر رفتاری گسترده، IEC به تنهایی کافی نیست. وسیله‌ی تزریق ضدعفونی شده می‌باست به راحتی در دسترس مصرف‌کننده‌ی تزریقی باشد تا به این ترتیب نیاز به استفاده از وسیله‌ی تزریقی بی‌را که پیش از این مصرف‌کنندگان دیگر از آن استفاده کرده‌اند، کاهش دهد. افراد در معرض خطر بالای عفونت اچ‌آی‌وی و دیگر عفونت‌ها قرار می‌گیرند وقتی که در استفاده از سرنگ یا وسایل تزریقی دیگران (از جمله اجاق، پنبه و آب برای شست‌وشو) شریک شوند یا دوباره از آن‌ها استفاده کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دسترسی به برنامه‌های مبادله‌ی سرنگ و توزیع سرنگ‌های داروخانه‌یی، به عنوان بخشی از برنامه‌ریزی جامع برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی، در کاهش استفاده‌ی مشترک از سرنگ و پیشگیری از گسترش اچ‌آی‌وی موثر است (WHO, 2004).
- اقدام‌ها و مداخله‌هایی که خطرزایی تزریق را نشانه می‌گیرند باید که به استفاده‌ی مشترک از سوزن‌ها و سرنگ‌ها، و دیگر وسایل تزریق (از جمله اجاق، پنبه، آب، و حلال‌های مواد که برای تزریق مهیا شده‌اند) توجه خاص نشان دهند. اگر چه شریک شده در سایر وسایل تزریق از جهت انتقال اچ‌آی‌وی به مراتب کم‌خطرتر از استفاده‌ی مشترک از سرنگ است، ولی در هر حال همین وسایل نیز راه بالقوه‌ی دیگری است برای رواج عفونت اچ‌آی‌وی و بیماری‌های دیگر (هیپاتیت B و هیپاتیت C) و باید به آن توجه شود. استفاده‌ی مشترک از حلال‌های مواد (موادی که برای آماده شدن جهت تزریق با آب آمیخته می‌شود) برای خطر انتقال اچ‌آی‌وی مهم است، اما اغلب نادیده گرفته می‌شود. مداخله‌ها و اقدام‌های هدف‌دار می‌تواند مصرف‌کنندگان را قادر سازد تا خطرهای مرتبط با استفاده‌ی مشترک از وسایل تزریقی و حلال‌های مواد را کاهش دهد. بسیاری از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد اطلاعات درستی ندارند تا بر مبنای آن بتوانند فعالیت‌های خطرزای خود را اصلاح کنند. بر عهده‌ی IEC است که چنین اطلاعاتی را فراهم آورد.
- افزون بر عرضه‌ی اطلاعات درست و روزآمد درباره‌ی رفتارهای خطرزا، برنامه‌های موثر باید توجه خود را به افزایش انگیزه برای تغییر الگوهای رفتار، آموزش‌اندن راهبردهای مشخص و ملموس و تعلیم مهارت‌های رفتاری برای کاهش خطر معطوف کنند، ابزارهایی برای کاهش خطرزایی فراهم آورند، و نیروهای کمکی برای تغییر رفتار آغازین عرضه کنند. IEC یکی از مهم‌ترین اجزای چنین برنامه‌هایی است.
- کوشش‌های پیشگیرانه، از جمله IEC، می‌بایست به خطرهای واگیردار جنسی و نیز خطرهای مرتبط با مصرف تزریقی مواد پردازند. بسیاری از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و شریکان‌شان به دلیل رفتارهای نایمن مرتبط با مصرف مواد، مانند آمیزش جنسی بی‌حفاظ در معرض عفونت اچ‌آی‌وی و انتقال آن قرار می‌گیرند. هم برنامه‌های نمایش نمونه‌ی کاندوم مرد و کاندوم زن و هم برنامه‌های توزیع آن‌ها باید مورد تشویق قرار گیرد و تداوم یابد. برای همه‌ی افرادی که از لحاظ جنسی فعال اند، مصرف مواد و الکل می‌تواند منع‌ها و تحذیرها را کاهش دهد و بر احتمال رفتارهای جنسی نایمن و خطرناک بیفزاید.

- اگر چه مداخله‌های مختصر نشان داده است که تا حد مهم و معناداری خطر اچ‌آی‌وی را در میان شمار درخور توجهی از مصرف‌کنندگان مواد کاهش می‌دهد، اما این مداخله‌ها به عنوان راهبردی واحد و 'یک‌باره' کافی نیستند. به طور معمول آن چه مورد نیاز است مداخله‌های ادامه‌دار و مکرر است. راهبردهای IEC به شرطی حیاتی و مهم شمرده می‌شوند که پیام‌های عرضه شده در طی یک دوره‌ی پایدار و ادامه‌دار تقویت و تحکیم گردند. شاید لازم باشد تا هنگامی که الگوهای مصرف مواد و آسیب تغییر کند، پیوسته روزآمد گردد. شاید هم چنین لازم باشد که پیام‌ها نیز بر پایه‌ی منظم و به‌سامان جانی تازه بیابند تا علاقه و توجه آدم‌ها را در فراهم آوردن اطلاعات جلب کنند.
- برنامه‌های پایدار و خوش‌طرح و شاکله‌ی پیشگیری از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه اند و می‌توانند به کاهش‌های اساسی در هزینه‌های مراقبت بهداشتی و خدمات اجتماعی مرتبط با درمان و مراقبت از افراد دارای اچ‌آی‌وی و بیماری‌های عفونی دیگر منجر شود. IEC جزء سازنده‌ی مهم و حیاتی برنامه‌های پیشگیرانه‌ی اجتماع‌بنیاد است.

نتیجه‌گیری

راهبردهای آموزش، اطلاعات و ارتباطات اجزای سازنده‌ی بسیار مهم و موثر برنامه‌های پیشگیرانه‌ی اجتماع‌بنیاد است. این راهبردها با تمرکز بر کاهش آسیب‌نقشی مهم در راهنمایی و هدایت مصرف‌کنندگان مواد در جهت استفاده از خدمات VCCT، خدمات کاهش آسیب و خدمات و مراقبت‌های بهداشتی (به ویژه تامین داروهای ضد رتروویروسی و دارو درمانی مواد افیونی) ایفا می‌کنند. برنامه‌های IEC باید چنان به درستی مورد حمایت قرار گیرد تا بتواند به گروه‌های هدف دسترسی یابد و در طی زمان پایدار بماند. IEC برای حمایت از تغییر رفتار فرد و جامعه باید هم‌چنین سیاست‌گذاران، شکل‌دهندگان افکار عمومی، رهبران مذهبی و اعضای اجتماع را هدف قرار دهد تا تضمین کند که آن‌ها درک بهتری از مصرف‌کنندگان مواد و نیازهایشان به دست می‌آورند. برای دست‌یابی به تغییر رفتار مهم در سطح جامعه، IEC به تنهایی راهبردی وافی به مقصود نیست. باید با فراهم آوردن گستره‌ی از کاهش آسیب، دارو درمانی و دیگر خدمات پشتیبانی، IEC را مورد حمایت قرار داد.

مثال‌هایی از نمونه‌های مطلوب

| پیشگیری اچ‌آی‌وی/ایدز، اوکراین |
|--|
| کشور: اوکراین |
| نام پروژه: پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد |
| سال شروع: ۱۹۹۶ |
| سازمان مسئول: "Vera, Nadeshda, Ljubov" یکی از سازمان‌های غیردولتی محلی است. بودجه‌ی پروژه را برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز (UNAIDS)، صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF)، و مرکز لیدسمیت تأمین کردند. |
| سابقه: در دهه‌ی ۱۹۹۰ اوکراین بالاترین نسبت موارد اچ‌آی‌وی را در اروپای شرقی داشت. موارد گزارش شده در دوره‌ی پیش از آغاز این پروژه ظرف پنج سال ۲۰٪ افزایش یافته بود. شمار تخمینی افرادی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند ۴۰۰ هزار نفر بود. مصرف تزریقی مواد مسئول ۷۵٪ از عفونت‌های اچ‌آی‌وی به شمار می‌آمد. برآورد می‌شد که در اوکراین دست‌کم ۳۰۰ هزار مصرف‌کنندگان تزریقی مواد هست که همگی در معرض خطر عفونت اچ‌آی‌وی قرار دارند. |

این پروژه نخستین طرح آزمایشی بود که کمیته‌ی ملی/ایدز و شعبه‌ی UNAIDS در اوکراین به طور مشترک اجرا کردند. در مه ۱۹۹۷، جنبش عمومی "Vera, Nadeshda, Ljubov" در آدسا مسئولیت طرح آزمایشی را بر عهده گرفت. در جریان اجرای طرح، این جنبش به خاطر بهره‌گیری از رویکردها و روش‌های بسیار ابتکاری خود شهرت یافت.

اهداف پروژه:

- افزایش آگاهی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد درباره‌ی شیوه‌های انتقال اچ‌آی‌وی و فعالیت‌های پیشگیرانه و بالابردن مهارت‌های رفتاری ایمن‌تر؛
- تأمین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد با وسایل حفاظت از خود مانند سوزن و سرنگ، مواد ضدعفونی و کاندوم؛
- پدید آوردن محیط اجتماعی حمایتگر، با تأمین خدماتی چون حمایت پزشکی و روانی اجتماعی به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد؛
- گروه هدف: مصرف‌کنندگان تزریقی مواد (IDU) و تن‌فروشان

روش: تعویض سوزن و سرنگ، توزیع کاندوم و اطلاع‌رسانی

فرایند/فعالیت‌ها: دو مرکز گذری ثابت و یک سرویس امدادرسان سیار راه‌اندازی شد تا به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد خدمات رایگان و گمنام ارائه دهد. کادر مرکز گروه‌های سه یا چهارنفره‌ی مددکاران داوطلب بود (یکی با آموزش پزشکی و یکی برای تزریق مواد). این سرویس به تأمین سوزن و سرنگ تمیز، توزیع کاندوم، ارائه‌ی اطلاعات و راهنمایی درباره‌ی اچ‌آی‌وی می‌پرداخت و اعلامیه تولید و پخش می‌کرد. خدمات گسترده‌تر شدند تا مردان و زنان جوان تن‌فروش را در برگیرد. سوابق حضور در مراکز همراه با سوابق روزانه‌ی پروژه مواد لازم برای ارزیابی را فراهم آورد.

نتایج: در چهارماهه‌ی نخست ۴۸۸۹ مورد مراجعه به مراکز گذری وجود داشت که مربوط به ۱۲۱۶ نفر بود که برای تزریق مواد آمده بودند. میزان تماس با سرویس امدادرسان از تماس با این دو مرکز گذری بیش‌تر بود. در شش ماه نخست ۱۱۴ هزار سرنگ و ۳۶ هزار کاندوم توزیع شد. نزدیک به ۳۰۰۰ مصرف‌کننده‌ی تزریقی در فاصله‌ی ژوئیه تا نیمه‌ی اکتبر ۱۹۹۷ با این سرویس تماس داشتند. داده‌های پیش و پس از مداخله‌گری از بالا بودن میزان رفتارهای پرخطر در میان پاسخ‌دهندگان زیر ۲۵ سال خبر می‌داد. تنها ۴۳٪ می‌گفتند که از سوزن خود برای تزریق استفاده می‌کنند، و استفاده از کاندوم تنها ۱۶٪ درصد بود. در آوریل ۱۹۹۷، نمونه‌گیری تازه‌ای از ۲۰۰ مصرف‌کننده‌ی تزریقی، که در مراکز گذری و پست‌های امدادرسانی ثبت‌نام شده بودند، نشان داد که هر دو رفتار پرخطر تزریقی و جنسی پس از مداخله‌گری بسیار کاهش یافته‌اند.

چالش‌ها و دستاوردها:

این پروژه هم‌چنان اجتماع‌بنیاد باقی مانده است و، با وجود مشکلات مهم بیرونی، توانسته به خدمات خود ادامه دهد. اداره‌ی پروژه تنها بر عهده‌ی داوطلبانی است که ناگزیر شغل‌های دیگری برای تأمین معاش دارند. مشارکت فعال مصرف‌کنندگان تزریقی در طراحی و اجرای برنامه میزان اعتماد به آن را به شدت بالا می‌برد. فعالیت‌های پروژه تأثیر مثبتی در کاهش رفتارهای پرخطر داشته‌اند. اما شرایط نامساعد سیاسی و سازمانی از موانع مهم بوده است. این شرایط به همراه کمبود امکانات اصلی از جمله سرنگ و کتابچه‌های آموزشی و وابستگی به کار داوطلبانه از عوامل محدودکننده به شمار می‌آیند، همراه کمبود شدید منابع مالی.

نشانی تماس:

Tatjana Semikop (Head) Public Movement "Vera, Nadeshda, Ljubov"

برنامه‌های پیشگیری اچ‌آی‌وی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد (HPPIDU)، لتونی

کشور: لتونی

نام پروژه: «برنامه‌های پیشگیری اچ‌آی‌وی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد» (HPPIDU)

سال شروع: ۱۹۹۷

سازمان مسئول: مرکز دولتی پیشگیری/ایدز. از سال ۲۰۰۲ شبکه‌ای از HPPIDUها بر پایه همکاری میان مرکز پیشگیری/ایدز و شهرداری‌های محلی شکل گرفت و در برخی شهرها سازمان‌های غیردولتی نیز دخالت دارند. مثلا، سازمان غیردولتی "DIA+LOGS" in Riga and SAULES SALA در کالدیگا

سابقه: نخستین مورد ثبت‌شده‌ی عفونت اچ‌آی‌وی در لتونی مربوط به سال ۱۹۸۷ است. سه سال بعد نخستین مورد ایدز تشخیص داده شد. نقطه‌ی عطف رواج بیماری در لتونی سال ۲۰۰۰ است که شمار موارد تازه‌ی اچ‌آی‌وی نسبت به سال پیش از آن دوبرابر شد. چهل درصد از موارد اچ‌آی‌وی زیر ۲۴ سال بودند. از ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۷، بیش‌تر موارد عفونت اچ‌آی‌وی از راه آمیزش جنسی رخ داد و اغلب در مردانی که با مردان آمیزش دارند. در سال‌های اخیر، عفونت اچ‌آی‌وی اغلب ناشی از مصرف تزریقی مواد بوده است. در سال ۲۰۰۰ در واقع ۷۲٪ از تمامی موارد تازه به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مربوط می‌شد. هم‌زمان با گسترش سریع اچ‌آی‌وی/ایدز در میان آسیب‌پذیرترین و پُرخطرترین گروه‌های جمعیت، شمار انتقال ویروس از راه آمیزش با جنس مخالف نیز رو به افزایش بود، که نشان می‌داد اچ‌آی‌وی/ایدز در میان تمامی جمعیت گسترش می‌یابد.

اهداف پروژه:

- کاهش موارد تازه‌ی اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد؛
- مشارکت دادن شمار بیش‌تری از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در برنامه‌ها؛
- ارائه اطلاعات و مشاوره به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و اعضای خانواده‌شان؛
- تعویض سرنگ، سوزن، تأمین مصرف‌کنندگان تزریقی با مواد دیگر مانند کاندوم و مواد ضدعفونی؛
- انجام دادن بررسی‌های رفتاری و روند رواج
- آموزش مداوم کادر HPPIDU

گروه هدف: مصرف‌کنندگان تزریقی مواد (IDU) و اعضای خانواده‌شان؛ مصرف‌کنندگان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت و اعضای خانواده‌شان

روش:

- تعویض سوزن
- اطلاع‌رسانی
- مشاوره

فرایند/فعالیت‌ها: برنامه شامل امدادرسانی و خدمات ثابت (از جمله یک سرویس تلفن همراه در جارمالا) بود. کادر امداد از

مددکاران اجتماعی و مصرف‌کنندگان پیشین تشکیل می‌شد، و خدمات ثابت از کادر پزشکی، مددکار اجتماعی، روان‌شناس و مصرف‌کنندگان پیشین بهره می‌گرفت. ارائه‌ی خدمات بر پایه‌ی اصول مراکز کم‌فشار است. مرکز پیشگیری/ایدز هر ماه دو روز برای تمامی اعضای شبکه در ریگا برنامه‌ی کارآموزی ترتیب می‌داد. دست کم سالی یک بار در محل ارائه‌ی خدمت و در خیابان‌ها بررسی‌های رفتاری و روند رواج اچ‌آی‌وی صورت می‌گرفت. اعضای شبکه با بهره‌گیری از الگویی یک‌سان برای گزارش‌دهی در ۱۳ شهر به گردآوری اطلاعات پرداختند. مرکز پیشگیری/ایدز در ریگا این داده‌ها را جمع‌بندی و تحلیل کرد. جمع‌بندی‌های داده‌ها برای شهرها ارسال شد.

نتایج: داده‌های گردآوری‌شده از ۱۹۹۹ تا نوامبر ۲۰۰۳ نشان می‌دهند:

- شمار درمان‌جویان تازه‌وارد - ۱۲،۶۷۶ نفر
- تماس‌ها - ۱۷۰،۱۲۹ نفر
- سرنگ‌های استریل توزیع‌شده - ۳۴۹،۶۲۹ عدد
- سرنگ‌های مصرف‌شده‌ی برگردانده شده - ۳۳۳،۸۶۱ عدد (سرنگ‌ها / سوزن‌های مصرفی در مرکز نابود شدند)

آزمایش اچ‌آی‌وی (داده‌های برگرفته از آمار دولتی اچ‌آی‌وی)

در سال ۱۹۹۹ - ۵۹۰ مورد، اچ‌آی‌وی + ۴۰ نفر (۶، ۷٪)؛ سال ۲۰۰۰ - ۱۴۴۷ مورد، اچ‌آی‌وی + ۱۲۸ نفر (۸، ۸٪)؛ سال ۲۰۰۱ - ۲۲۰۳ مورد، اچ‌آی‌وی + ۳۰۲ نفر (۱۳، ۷٪)؛ سال ۲۰۰۲ - ۱۱۷۸ مورد، اچ‌آی‌وی + ۱۵۴ نفر (۱۳، ۱٪)؛ سال ۲۰۰۳ - داده‌ای وجود ندارد

اطلاع‌رسانی / مشاوره (۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳، ۱۱ ماه) ۲۳،۷۳۵ نفر

مشخصات تماس:

Inga Upmace, Deputy Director of AIDS Prevention Centre,

Klijanu str.7, Riga, LV-1012, Latvia;

Phone no.+371 7377575; FAX +371 7339954; e-mail:inga@latnet.lv

مرکز کاهش آسیب، آلبانی

کشور: آلبانی

نام پروژه: مرکز کاهش آسیب

سال شروع: ۲۰۰۰

سازمان مسئول: آکسیون پلاس

سابقه: آمار رواج مصرف مواد در تیرانا قابل اعتماد نیست؛ اما به نظر برخی کارشناسان در سال ۲۰۰۱ نزدیک به ده هزار مصرف‌کننده‌ی مواد وجود داشت. سوابق مرکز کاهش آسیب نشان‌دهنده‌ی رفتار پُرخطر میان مصرف‌کنندگان مواد است، که بیش‌تر به استفاده‌ی مشترک از سوزن و سرنگ مربوط می‌شود (۷۴٪ از کسانی که تزریق می‌کنند). بنا بر ارزیابی سریع و بررسی نتایج که یونیسف انجام داد، شمار مصرف‌کنندگان تزریقی، به‌ویژه جوانان، جویای درمان در تیرانا افزایش یافته است. بیش از ۸۷٪ از تمامی درخواست‌های درمان از سوی مصرف‌کنندگان هروئین است.

اهداف پروژه:

- پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
- پژوهش در زمینه‌ی رفتارهای مصرف مواد
- اطلاع‌رسانی

روش:

- پیمایش، پرسش‌نامه، ارزیابی سریع موقعیت
- امدادرسانی (تماس با مصرف‌کنندگان مواد، گردآوری اطلاعات، جمع‌آوری سرنگ‌های مصرفی، توزیع کاندوم)
- انتشار بروشورها، پوسترها و مطالب دیگر
- امداد پزشکی و آموزش‌های پزشکی ساده
- ارجاع به خدمات دیگر

فرایند/ فعالیت‌ها: برنامه‌ی تعویض سوزن از طریق مرکزی گذری و امدادرسانی ارائه شد. مرکز روزانه نزدیک به ۱۰ تا ۱۵ درمان‌جو دائمی و یک یا دو درمان‌جو تازه‌وارد داشت. افزون بر تعویض سوزن، این درمان‌جویان از دیگر خدمات مرکز نیز بهره‌مند می‌شدند. تماس با درمان‌جویان تازه بیرون از مرکز در محل مصرف مواد (به‌ویژه در برخی ساعات روز و در مکان‌هایی خاص) پُرشمارتر بود. امدادرسانان با مصرف‌کنندگانی از طیف‌های اجتماعی گوناگون، مانند جامعه‌ی رُوما، تن‌فروشان و غیره در تماس بودند. سرنگ‌ها را تعویض می‌کردند، و به دادن کاندوم، اعلامیه، بروشور، و اطلاعاتی درباره‌ی مرکز کاهش آسیب می‌پرداختند و روی‌هم‌رفته آگاهی را درباره‌ی آسیب‌های وابسته به مصرف مواد بالا می‌بردند.

مرکز کاهش آسیب در سال ۲۰۰۲، با همکاری موسسه‌ی بهداشت عمومی، کارزاری برای واکسینه کردن مصرف‌کنندگان تزریقی در برابر هیپاتیت B به راه انداخت.

افزون بر آن، مرکز در طول روز گستره‌ای از فعالیت‌های غیررسمی مانند دوره‌های آموزش گیتار، زبان انگلیسی، یوگا و نقاشی، و در آخر هفته‌ها برنامه‌های ورزشی و گلگشت (بیرون از تیرانا) عرضه می‌کرد.

نتیجه‌ها: آمار مرکز در سال ۲۰۰۳ نشان داد:

- توزیع روزانه نزدیک به ۲۰ سرنگ در مرکز
- توزیع روزانه نزدیک به ۵۰ سرنگ در محل مصرف مواد
- جمع‌آوری روزانه نزدیک به ۵ سرنگ به کمک امدادرسانان
- از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۳، مرکز با نزدیک به ۹۰۰ مصرف‌کننده‌ی مواد در تیرانا تماس گرفت

نشانی تماس:

Genci Mucollari

Tel. + 355 4 272 414 or 0682152081

Address: Rr. Ferit Xhajko; P.59/8; Sh.3; Ap.55. Tirana/Albania

For more information contact:

Email; <mailto:gencaxonp@albmail.com>

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

محرومیت به گروهی از عارضه‌ها یا نمودهایی با شدت‌های گوناگون اشاره دارد که هنگام ترک یا کاهش مصرف مواد پس از دوره‌ی طولانی مصرف و/یا مصرف با مقادیر بالا رخ می‌دهند. بروز عارضه‌های محرومیت نتیجه‌ی وابستگی جسمی یا روانی به مواد است. پژوهش نشان داده است که عود با رخداد عارضه‌های محرومیت، نگرانی درباره‌ی از سر گذراندن‌شان، و تحت مراقبت نبودن در زمان محرومیت ارتباط دارد. بنابراین مدیریت درست عارضه‌های محرومیت از گام‌های ضروری برای موفقیت درازمدت در مهار وابستگی به ماده روان‌گردان است. کنترل محرومیت را اغلب سم‌زدایی می‌نامند - مجموعه‌ی از مداخله‌ها با هدف مهار مسمومیت حاد و بازگیری است. سم‌زدایی نظارت‌شده می‌تواند از مشکلات دیگری که ممکن است در صورت درمان نشدن درمان‌جو پیش بیایند جلوگیری کند. باید توجه داشت که برخلاف بعضی موارد بازگیری از الکل و دیگر انواع مواد آرام‌بخش، بازگیری از مواد افیونی به‌ندرت خطر مرگ دارد.

برای برخی از افراد وابسته به مواد، سم‌زدایی نخستین تماس با نظام درمان و نخستین گام در بهبودیابی است؛ فرصتی منحصر به فرد برای آموزش کاهش خطر آسیب و شناسایی زود هنگام عفونت اچ‌آی‌وی. برنامه‌های سم‌زدایی می‌توانند آغازگاهی برای ارائه‌ی درمان ضد رتروویروسی بسیار فعال (HAART) به درمان‌جویان ایدز فراهم سازند.

هدف اصلی خدمات سم‌زدایی کنترل محرومیت در محیطی امن و راحت با مداخله‌ی پزشکی و غیر پزشکی است. بعید است که سم‌زدایی پزشکی، به تنهایی، بتواند در کمک به افراد برای رسیدن به بهبود ماندگار مؤثر واقع شود. بهتر است این مرحله را آمادگی برای درمان مستمر با هدف حفظ پرهیز و ترغیب به بازپروری دید. شواهد نشان داده‌اند که معنای سم‌زدایی تنها بازگیری درمان‌جویان از مواد تحت نظارت طبی نیست. سم‌زدایی، فارغ از محل انجام آن، در بیمارستان، در خانه، یا به صورت سرپایی، اغلب نخستین برخورد درمانی میان درمان‌جو و درمان‌گر است.

رخداد‌های سم‌زدایی، فارغ از نوع ماده‌ی روان‌گردان، باید فرصتی برای ارزیابی زیست‌پزشکی (شامل روان‌پزشکی)، ارجاع به مراکز خدمات درمانی مناسب، و ارتباط دادن با دیگر خدمات درمانی به دست دهد. اهداف خاص کنترل محرومیت باید شامل کمینه‌سازی عارضه‌ها، کنترل مطمئن مشکلاتی چون اچ‌آی‌وی و دیگر بیماری‌های عفونی، موفقیت در پرهیز و بالا بردن انگیزه برای پیگیری درمان و بازپروری باشد. در طول زمان مورد نیاز برای سم‌زدایی و پایدارسازی، درمان‌جو باید از مشاوره، درمان پزشکی و پشتیبانی در زمینه‌ی مسایل هرروزه‌ی زندگی برخوردار شود. طرح کنترل جامع باید با سنجیدگی از شیوه‌های درمانی که در بالا گفته شد عناصری را به کار بگیرد که بهتر می‌توان با نیازهای درمان‌جو سازگار کرد.

مرور نوشتارگان

- بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که ارائه‌ی سم‌زدایی به تنهایی، بدون پیگیری تا سطح درمان مناسب، به هدر دادن امکانات محدود است. افراد درگیر با مشکلات شدیدی که به پیش از وابستگی‌شان به مواد مربوط می‌شود - مثلاً از هم‌پاشی خانواده، نداشتن مهارت‌های شغلی، بیسوادی، یا اختلالات روانی - پس از سم‌زدایی نیز احتمال دارد هم‌چنان درگیر این مشکلات باشند مگر آن‌که خدمات ویژه برای کمک به آنان برای کنار آمدن با این عوامل وجود داشته

باشد. داده‌ها نشان داده‌اند که درمان اختلالات روانی هم‌زمان با درمان مواد برای بهتر شدن نتایج درمان درازمدت ضروری است (Gerstein and Harwood, 1990)

■ سم‌زدایی اثربخش، گذشته از تثبیت طبی درمان‌جو و بازگیری از مواد به شیوه‌ی مطمئن و انسانی، ورود به مرحله‌ی درمان یا بازپروری را نیز دربرمی‌گیرد. موفقیت در پیوند دادن سم‌زدایی به درمان سوء‌مصرف مواد روان‌گردان یا بازپروری سبب کاهش پدیده‌ی «درِ چرخان» یعنی بازگیری‌های مکرر، صرفه‌جویی در هزینه‌های میان‌مدت و درازمدت، و ارائه‌ی مراقبت معقول و انسانی موردنیاز درمان‌جو می‌شود (Australian Commonwealth, 2002). اعتقاد بر این بوده که لازم است میان سرویس‌های سم‌زدایی و خدمات درمانی لازم برای بهبودیابی کامل پیوند محکم‌تری برقرار شود (Mark et al 2003, p.3).

■ ترکیب درمان اچ‌آی‌وی با خدمات درمان وابستگی به مواد (شامل کاهش آسیب، سم‌زدایی و دارو درمانی) و خدمات روانی اجتماعی موفقیتی چشمگیر داشته است. بنا بر شواهد، درمان وابستگی به مواد برای افراد وابسته‌ی که عفونت اچ‌آی‌وی دارند در کاهش سرایت اچ‌آی‌وی مؤثر بوده است. درمان وابستگی به مواد می‌تواند با افزایش احترام به خود در درمان‌جویان آلوده به اچ‌آی‌وی، بالا بردن احساس سلامتی و کمک به پرورش معنویت در آنان، کیفیت زندگی‌شان را بهبود دهد. بنابراین برنامه‌های درمان وابستگی به مواد باید درمان‌جویان را به مشاوره و آزمایش برای عفونت اچ‌آی‌وی ترغیب کند. اگر امکان آزمایش در محل وجود نداشته باشد، برنامه‌ها باید پیوندهایی با مراکز آزمایش اچ‌آی‌وی برقرار سازند (دفتر منطقه‌ی WHO در آسیای جنوب شرقی و پاسیفیک، ۲۰۰۶).

■ سم‌زدایی فرصتی استثنائی برای مداخله در دوران بحران به دست می‌دهد و واداشتن درمان‌جو به دست زدن به تغییراتی در جهت سلامت و بهبودیابی. بنابراین، یکی از هدف‌های اصلی کادر سم‌زدایی باید به وجود آوردن این پیوند درمانی و برانگیختن درمان‌جو به آغاز درمان باشد. وابستگی روانی، رخداد هم‌زمان درمان طبی و روان‌پزشکی، حمایت‌های اجتماعی، و شرایط محیطی در احتمال پرهیز موفق و پایدار از مواد روان‌گردان تأثیری شدید دارند. تحقیقات نشان می‌دهند که توجه به مسایل روانی اجتماعی در طول سم‌زدایی این احتمال را به شدت بالا می‌برد که درمان‌جو از سم‌زدایی خاطر جمع شود و به مشارکت در درمان سوء‌مصرف ماده روان‌گردان ادامه دهد. توانایی کادر درمانی در پاسخ به نیازهای درمان‌جویان به شیوه‌ی دلسوزانه می‌تواند تفاوت میان بازگشت به سوء‌مصرف مواد و آغاز یک زندگی تازه (و مثبت‌تر) را رقم بزند (NIDA, 1999).

اصول ناظر بر نمونه‌های مطلوب

- اصولی که برای مراقبت در طول خدمات سم‌زدایی در همه‌جا کاربرد دارد وابسته به چند معیار است:
- سم‌زدایی به معنای درمان مواد نیست بلکه بخشی از پیوستار رسیدگی به اختلالات وابسته به مواد است. سم‌زدایی نخستین گام در راه بهبودیابی است و «نخستین در»ی که درمان‌جو از آن می‌گذرد تا به درمان وارد شود.
- خدمات سم‌زدایی مناسب برای درمان‌جو باید موجود و به راحتی در دسترس باشند. همه تصدیق دارند که این خدمات را اغلب می‌توان برای عمل در محیط‌هایی با امکانات محدود سازگار ساخت.
- برخورد با درمان‌جویان باید همواره محترمانه و با متانت باشد. مراقبت باید بدون داوری، حمایت‌گر و محرمانه باشد.

- فرآیند سم‌زدایی از سه مرحله‌ی اساسی و پیاپی زیر تشکیل می‌شود:
 - ارزشیابی؛
 - پایدارسازی؛ و
 - برانگیختن آمادگی در درمان‌جو برای اقدام به درمان و آغاز آن
- هر فرآیند سم‌زدایی که این هر سه مؤلفه‌ی اصلی را نداشته باشد ناکامل و نامناسب تلقی می‌شود.
- برنامه‌های سم‌زدایی باید قادر به اجرای ارزیابی‌های خطر اچ‌آی‌وی و ارائه‌ی آموزش و مشاوره‌ی اچ‌آی‌وی به درمان‌جویان باشند. افزون بر این، باید امکان دسترسی به آزمایش اچ‌آی‌وی و مشاوره‌های پیش و پس از آزمایش را فراهم سازند. اگر برنامه‌ها نتوانند آزمایش و مشاوره‌های وابسته‌ی آن را در محل فراهم کنند، باید مناسباتی رسمی با مراکز دیگر داشته باشند تا این خدمات به درمان‌جویان ارجاعی از این برنامه ارائه شود.
- برنامه‌ها باید پذیرش درمان‌جویان اچ‌آی‌وی مثبت را در اولویت قرار دهند با این قصد که آنان را از کاربرد سوزن بازدارند و مانع از سرایت بیشتر اچ‌آی‌وی شوند.
- از هیچ کوششی برای بهبود نشانه‌ها و عارضه‌های محرومیتِ درمان‌جویان نباید فروگذار شود. هنگام به‌کارگیری رژیم‌های دارویی یا دیگر روش‌های سم‌زدایی، درمان‌گران باید تنها از تشریفاتی بهره بگیرند که ایمنی و کارایی آن‌ها به اثبات رسیده است. آگاهی از دیگر داروهایی که درمان‌جو مصرف می‌کند و توجه به تداخل احتمالی اثر داروها ضروری است.
- شایسته است که تمامی متخصصان بهداشت دست‌اندرکار مراقبت از درمان‌جو هیچ فرصتی را برای تشویق او به بازپروری و فعالیت‌های نگهدارنده و اتصال او به درمان مناسب برای سوءمصرف مواد بی‌درنگ پس از مرحله‌ی سم‌زدایی، از دست ندهند.
- برخی از گروه‌ها به دلیل نیازهای ویژه‌ی خود، در طول سم‌زدایی به توجه خاص نیاز دارند. این گروه‌ها عبارت‌اند از افراد زندانی، زنان، نوجوانان، سالمندان، کسانی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند و آنان که مشکلات پزشکی دیگری دارند. مسایل مربوط به درمان در زندان‌ها و هنگام آزادی از بند در یکی از پیوست‌های این مجموعه با عنوان «درمان سوءمصرف مواد و بازپروری در محل زندان‌ها» بررسی می‌شود.
- با هر درمان‌جو متناسب با پیشینه، فرهنگ، اولویت‌ها، گرایش جنسی، وضعیت معلولیت، ضعف‌ها، و قوت‌های او رفتار می‌شود.
- مدیران برنامه‌ی سم‌زدایی وظیفه دارند از وجود آموزش مناسب برای کادر درمانی اطمینان یابند.

مثال‌هایی از نمونه‌های مطلوب

| پروژه‌ی Aware، درمان و تدبیرهای استتلی استری (SSTAR)، ایالات متحده آمریکا | |
|---|--|
| کشور: ایالات متحده آمریکا | |
| نام پروژه: پروژه Aware | |

سازمان مسئول: درمان و تدبیرهای استنلی استریت (SSTAR)

سابقه: پروژه **Aware** از سال ۱۹۸۹ خدمات مشاوره و آزمایش و ارجاع (CTR) درباره اچ‌آی‌وی را به شکل سرویسی تکمیلی به تسهیلات درمانی چندمنظوره‌ای برای بیماران بستری افزوده است که در فاولریور واقع در ایالت ماساچوست آمریکا عرضه می‌شود. تأمین مالی خدمات آزمایشگاهی بر عهده‌ی اداره‌ی بهداشت عمومی ماساچوست است. در این هفده سال خدمات CTR درباره اچ‌آی‌وی تکامل یافته است تا نیاز و پیچیدگی‌های کار با افرادی را که به‌شدت در معرض خطر اچ‌آی‌وی، اچ‌سی‌وی، و دیگر بیماری‌های واگیر جنسی قرار دارند برطرف سازد.

با آغاز خودنمایی بیماری واگیردار اچ‌آی‌وی در درمان‌جویان SSTAR، لازم شد که کارکنان این سازمان بتوانند راهی برای اطمینان از وضعیت اچ‌آی‌وی خود پیش پای درمان‌جویان بگذارند، و بتوانند برای افرادی که اچ‌آی‌وی مثبت از کار درمی‌آیند، زمینه‌ی مراقبت و درمان به‌شیوه‌ی سازگار با فرهنگ را فراهم سازند.

اهداف: رسیدن به توانایی حمایت از افراد نیازمند مراقبت از نظر سطح مناسب درمان، و پیشگیری از رواج بیماری از طریق افرادی که شاید از وضعیت و خطر خود خبر نداشته باشند، آن را نپذیرند یا انکار کنند. ارائه‌ی آموزش و مشاوره و آزمایش در قالب طرح سم‌زدایی بیمار بستری

فرآیند / فعالیت‌ها:

- گروه‌بندی‌های هفتگی پیش از آزمایش، برای بالا بردن آگاهی از اچ‌آی‌وی و ویروس‌هیپاتیت C
- برگزاری جلسات مشاوره‌ی پیش از آزمایش، متمرکز بر درمان‌جویان بستری، که می‌تواند به چند موضوع بپردازد
- جلسات پس از آزمایش که در زمینه‌ی کاهش خطر و آزمایش‌های پیگیرانه به مصرف‌کننده کمک می‌کند
- ارجاع توأم با پشتیبانی به مراقبت‌های دیگر یا تکمیلی بر اساس نقشه‌ی خدماتی خودخواسته‌ی مختص به هر درمان‌جو

نتیجه/دستاوردها: در حال حاضر، پروژه **Aware** سالانه ۱۲۰۰ آزمایش اچ‌آی‌وی با نرخ عود ۸۹٪ انجام می‌دهد.

چالش‌ها: آموزش و تأمین کادر در موفقیت برنامه‌ی نقشه‌ی اساسی دارد. نظارت بالینی هر دو ماه یک‌بار توسط مددکاران خبره‌ی بیرونی انجام می‌شود که در زمینه‌ی اچ‌آی‌وی، بیماری‌های واگیردار و اعتیاد تخصص دارند. عوض شدن کادرها پُرهزینه است. پشتیبانی و نگهداری کادر در این کار که اغلب تکراری اما حیاتی است، بی‌نهایت اهمیت دارد.

آموخته‌ها: برنامه‌های موفق باید رویکردی فارغ از داوری و مجازات داشته باشد. به اصل رازداری باید پابند بود.

مسائل مرتبط با فرهنگ یا موقعیت در این پروژه: برای عرضه‌ی این خدمت لازم است آگاهی فرهنگی از عرصه‌ی نژاد و قومیت بسیار فراتر برود. کادر اجرایی این خدمت باید با همه‌ی افراد فارغ از شیوه‌ی زندگی‌شان رفتاری اعتمادپذیر و بدون داوری داشته باشند. حساسیت به مسائل جنسی، ترانس‌سکسوال، جنسیت، پویش قدرت میان جنسیت‌ها، خشونت خانگی و آزار جنسی، اعتیاد، عود، شرم، سرزنش و احساس گناه همگی در درستی این فرآیند برای کسانی که در وضعیتی پُرخطر به سر می‌برند، نقش دارند.

داده‌های ارزش‌یابی موجود مرتبط با پروژه: داده‌های کلی برای ایالت ماساچوست را می‌توان در گزارش سالانه‌ی واگیرشناسی در

این نشانی یافت: <http://www.mass.gov/dph/cdc/aids/aidsprog.htm>

Address: 386 Stanley St. Fall River, MA, 02720-6009, USA

Contact person: Robert Hitt, Director: roberthitt@sstar.org

Website: www.sstar.org

مرکز درمان سوء مصرف مواد شانگهای، چین

کشور: چین

نام پروژه: مرکز درمان سوء مصرف مواد شانگهای (SDATC): پیوندهایی برای درمان اچ آی وی / ایدز و بهداشت روانی
سابقه: SDATC یکی از بخش‌های مرکز بهداشت روان شانگهای (SMHC) است. این مرکز بزرگ‌ترین و جامع‌ترین سرویس بهداشت روان در چین به شمار می‌آید. SDATC شامل واحد بیماران بستری و کلینیک‌های سرپائی است و نقشی چندمنظوره دارد که خدمات بالینی، تدریس و کارآموزی، تحقیق و پیشگیری و غیره را در بر می‌گیرد.

از آنجا که مصرف غیرمجاز مواد و رواج اچ آی وی / ایدز در دو دهه‌ی گذشته در چین رو به افزایش داشته است، کمبودی در سرویس‌های مجاز برای تأمین درمان داوطلبانه‌ی افراد وابسته به مواد مشاهده می‌شود. در سال ۱۹۹۷ کمیسیون کنترل مواد مخدر شانگهای و اداره بهداشت عمومی شانگهای به SDATC مجوز کار دادند. این مرکز نخستین و تنها مرکز درمان مواد در حوزه‌ی شانگهای در چین است که حمایت دولت را دارد.

اهداف: ارائه‌ی خدمات سم‌زدایی مجاز و برقراری پیوندهایی میان اچ آی وی / ایدز و خدمات بهداشت روان برای افرادی که با مشکلات مصرف مواد دست‌وپنجه نرم می‌کنند.

فرآیند/فعالیت‌ها: سم‌زدایی نخستین گام برای درمان سوء مصرف درازمدت مواد، یا بازپروری، است و SDATC متعهد شده که پیوندهای لازم با دیگر درمان‌ها و خدمات را برقرار سازد. کادر SDATC در قالبی گروهی کار می‌کنند تا نیاز مختص به هر درمان‌جو را بر اساس ارزیابی کامل بالینی از جمله در زمینه‌ی رفتارهای پرخطر اچ آی وی / ایدز برطرف سازند. فعالیت‌های اصلی SDATC به این قرار است:

- سم‌زدایی بیمار بستری با کاهش تدریجی متادون و طب چینی به شکلی اثربخش و ایمن زیر نظارت پزشک. فرایند سم‌زدایی متشکل از معاینه‌ی کامل بالینی و ارزیابی، پایدارسازی و ایجاد انگیزه در درمان‌جو برای درمان و شروع آن است.
- استفاده از مداخله‌گری‌های گوناگون روانی اجتماعی مانند درمان انگیزشی، گروه‌درمانی، درمان رفتاری شناختی، مداخله‌ی خانواده برای ایجاد انگیزه در درمان‌جو برای ادامه‌ی بازپروری
- یک‌پارچه‌سازی اطلاعات و آموزش و اطلاع‌رسانی (IEC) و مشاوره و آزمایش داوطلبانه و محرمانه (VCCT) در قالب خدمات سم‌زدایی بیمار بستری: در همکاری نزدیک با متخصصانی از مرکز مهار و پیشگیری بیماری (CDC) شانگهای برای ارائه اطلاعات و آموزش و اطلاع‌رسانی درباره اچ آی وی / ایدز و مشاوره و آزمایش داوطلبانه و محرمانه برای بیماران بستری.
- برقراری پیوند با خدمات بهداشت روان. ارجاع درمان‌جویانی با تشخیص دوگانه به خدمات بستری و سرپائی بهداشت

روان در مرکز بهداشت روان شانگهای.

- اجرای پروژه‌های تحقیقاتی درباره‌ی مصرف مواد و مسایل مرتبط با اچ‌آی‌وی/ایدز برای کاهش مصرف مواد و مشکلات وابسته به اچ‌آی‌وی/ایدز

- ارائه‌ی برنامه‌های آموزشی و کارآموزی به متخصصان حوزه‌ی سوءمصرف مواد به منظور گسترش دانش و مداخله‌گری‌های مبتنی بر شواهد در مورد سوءمصرف مواد و مسایل مربوط به اچ‌آی‌وی/ایدز

نتایج: SDATC به سبب خدمات و کارشناسی خود نام و آوازه‌ای یافته و نقش مهمی در حوزه‌ی درمان مواد مخدر در چین بازی کرده است. دیگر سازمان‌های دولتی و غیردولتی از کارشناسان این مرکز برای آموزش و نظارت و مشاوره در سیاست‌گذاری دعوت می‌کنند. این مرکز میان درمان‌جویان خود و خویشاوندان‌شان شهرت خوبی دارد و ترجیح می‌دهند برای کمک به از این مرکز مراجعه کنند. شمار درمان‌جویان سوءمصرف مواد، با سالانه ۵۰۰ بیمار بستری و ۱۰۰۰ بیمار سرپائی در سال ۲۰۰۶، هم‌چنان رو به افزایش است.

چالش‌ها: نیاز به روان‌شناسان یا مددکاران آموزش‌دیده برای تأمین مداخله‌گری‌های روانی‌اجتماعی در طول زمان بستری بیمار و سم‌زدایی پس از آن برای تشویق درمان‌جو به بازپروری

آموخته‌ها: رابطه‌ی درمانی میان کادر و درمان‌جو اهمیت فراوانی در برقراری پیوند با درمان‌ها/بازپروری‌های بعدی دارد.

مشخصات تماس:

Address: 3210 Humin Rd., Shanghai, 201108, China

Director: Min Zhao

E-MAIL: drminzhao@gmail.com; drzhaomin@sh163.net

TELEPHONE: 86-21-64901737-2046 (extension); 86-21-64904740 - **FAX:**

86-21-64900320

WEB SITE: www.shjiedu.com

پشتیبانی روانی اجتماعی یکی از جنبه‌های حیاتی مراقبت از بیماران اچ‌آی‌وی و وابستگی به مواد است. این پشتیبانی شامل طیف وسیعی از مداخله‌ها و اقدام‌هاست برای توانمند ساختن افراد در جهت بهبود عملکردشان در عین زیستن با بیماری‌های هم‌زمان. پشتیبانی روانی اجتماعی می‌تواند کمک کند تا آثار و پی‌آمدهای بیماری و واگیردار دوگانه را بر افراد مبتلا، خانواده‌های آن‌ها و جوامعی که در آن سکونت دارند تخفیف و تقلیل دهد. این پشتیبانی‌ها می‌تواند پابندی به رژیم‌های دارویی را بهبود بخشد و می‌تواند از کسی که در پی درمان اعتیاد خود است حمایت کند و نیز می‌تواند نتیجه‌های کار را در هر دو عرصه بهبود بخشد.

کارگروه‌های روانی اجتماعی «شبکه‌ی جایگاه اجتماعی اقتصادی و سلامت وابسته به بنیاد مک‌آرتور» پشتیبانی روانی اجتماعی را به عنوان کمکی که مردم از طریق پشتیبانی عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی از دیگران دریافت می‌کنند، طبقه‌بندی کرد. پشتیبانی عاطفی به کارهایی اشاره دارد که مردم انجام می‌دهند تا ما احساس کنیم دوست‌مان دارند و برای‌مان اهمیت قایل اند (برای نمونه، حرف زدن، بازخوردهای مثبت)؛ پشتیبانی ابزاری به کمک‌های ملموس و مشخصی که دیگران فراهم می‌آورند، اشاره دارد؛ و پشتیبانی اطلاعاتی به کمکی اشاره دارد که دیگران می‌توانند از راه فراهم آوردن اطلاعات عرضه کنند (Macarthur Foundation, 1998).

مراقبت روانی اجتماعی را می‌توان به مدد متخصصان، شبه‌متخصصان و غیر متخصصان، از جمله خانواده، فراهم آورد. مهارت‌های لازم برای مراقبت روانی اجتماعی را می‌توان به غیرمتخصصان آموزش داد. فراهم آوردن این مراقبت‌ها می‌تواند فعالیتی پایدار و اجتماع‌بنیاد باشد که اگر هم به منابع بیرونی نیاز داشته باشد، این نیاز اندک است. این نکته در مورد منطقه‌هایی از جهان که دستخوش کمبود منابع اند، از نهایت اهمیت برخوردار است. در این منطقه‌ها سرمایه‌ی پولی و سرمایه‌ی انسانی متخصص برای درمان بیماری‌های واگیردار دوگانه به آسانی و همواره در دسترس نیست. پشتیبانی روانی اجتماعی از خود تیمارداران (مراقبت‌کنندگان) عنصر لازم برای آن دسته از به‌ورزان/کارورزان بهداشت و کسانی است که به مراقبت از افراد مبتلا می‌پردازند.

شکل‌های متعددی از پشتیبانی‌های روانی اجتماعی در کار است، از جمله:

مدیریت موردی

مدیریت موردی عبارت است از راهبردی حمایتی فعالی که برای کمک به افراد آسیب‌پذیر در نظر گرفته شده است تا با نظام‌های مراقبت بهداشتی توافقی صورت گیرد که افراد آسیب‌پذیر به خدماتی که نیاز دارند دسترسی یابند. افرادی که دارای عفونت اچ‌آی‌وی و نیز وابستگی به مواد اند با نظام عرضه‌ی خدمات پیچیده و غالباً پراکنده سروکار دارند. مدیریت موردی توجه خود را به نیازهای درمان‌جویان معتاد و دارای عفونت اچ‌آی‌وی معطوف می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا بر موانع بر سر راه دست‌یابی به خدمات ضروری چیرگی یابند.

مدیریت موردی موثر از اهمیت حیاتی برای تضمین این نکته برخوردار است که به تک تک مصرف‌کنندگان کمک می‌شود تا در طیفی از فعالیت‌ها و سازمان‌ها درگیر شوند که به بهبود آن‌ها یاری خواهند رساند. نکته فقط بر سر دسترسی به درمان نیست. برای آن که بتوان تغییر پایدار پدید آورد، لازم است تشویق و ترغیب و دل‌گرمی فراهم آید و از طرح‌هایی پشتیبانی مالی شود که به مهارت‌های معیشتی و آموزش پایه (سوادآموزی، ریاضی و نوشتن) می‌پردازند. این برنامه‌های پرورش مهارت می‌توانند برای مصرف‌کنندگان مواد وجه معاشی فراهم آورند و میزان بازیابی سلامت را در دراز مدت افزایش دهند.

مدیریت موردی باید چنان انعطاف پذیر باشد که بتواند خود را با نیازهای پزشکی و اجتماعی ویژه‌ی درمان‌جویان دارای پس‌زمینه‌های متفاوت و مرحله‌های گوناگون سلامت و بیماری تطبیق دهد.

کارکردهایی که به طور کلی مدیریت موردی را در برمی‌گیرد، عبارت‌اند از:

- ارزیابی؛
- برنامه‌ریزی؛
- برقراری ارتباط؛
- نظارت؛
- جلب پشتیبانی همگانی (حمایت‌گیری).

این خدمات باید بازتاب فلسفه‌ی باشد که بر حق درمان‌جویان بر کیفیت زندگی، حریم خصوصی، مَحْرمانگی، استقلال فردی؛ عدم تبعیض، دل‌سوزی، مراقبت فارغ از قضاوت، شان و کرامت، و احترام صحنه بگذارد.

مصاحبه‌ی انگیزشی

مصاحبه‌ی انگیزشی عبارت از روشی مددجو محور و مستقیم است برای افزایش انگیزش درونی برای ایجاد تغییر از طریق کاوش و حل و رفع تردید و تزلزل و دودلی. مصاحبه‌ی انگیزش عبارت است از یک راهبرد حمایت فعال و تخصصی که برای آن طراحی شده است تا به مردم کمک کند تغییرات مثبتی در سبک زندگی خود پدید آورند. این نوع مصاحبه در بسیاری از جمعیت‌های خاص و در بسیاری از محیط‌های درمانی گوناگون موثر از آب درآمده است. مصاحبه‌ی انگیزشی در تغییر کردارهای جنسی مردان دارای اچ‌آی-وی مثبت، در میان جمعیت‌های سوء‌مصرف‌کننده‌ی مواد، و در انواع محیط‌ها مانند مطب پزشکان، درمانگاه‌های سوء‌مصرف مواد، و در مراکز پشتیبانی روانی اجتماعی موثر افتاده است (Miller and Rollnick 2002).

کمک‌رسانی همگنان / هم‌سانان

غالباً هنگامی که مردم در زندگی دستخوش رویدادهای منفی می‌شوند، برای کمک گرفتن به متخصصان، بلکه به دوستان‌شان رو می‌آورند. «برنامه‌ی کمک‌رسانی همگنان» به تحکیم و تقویت حمایتی می‌پردازد که دوستان باید عرضه کنند و توانایی شخص را برای یافتن راه‌حل‌های ایمن و رضایت‌بخش افزایش می‌دهد. همگنان آموزش‌دیده می‌توانند تعیین کنند که آیا فرد مورد نظر نیازی به مراجعه به متخصصان را دارد یا نه.

مشخصه‌ی کمک‌رسانی همگنان به طور معمول شامل اجزای زیر می‌شود:

- همگنان یا خود داوطلب می‌شوند یا اعضای گروه همگنان انتخاب‌شان می‌کند؛
- همگنان نیروی داوطلب‌اند، اما ممکن است نوعی پاداش دریافت دارند؛
- همگنان از رهبران صاحب صلاحیت همگنان آموزش‌های نیازنیاد، هدف‌مدار و تجربی دریافت می‌کنند؛
- داوطلبان همگنان بر پایه‌ی منظم و به‌قاعده‌ی مورد بازبینی و نظارت قرار می‌گیرند؛
- همگنان باتجربه در گزینش، آموزش و مدیریت همگنان دیگر مشارکت می‌کنند.

گروه‌های پشتیبانی همگنان

گروه‌های پشتیبان برای افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند زمینه‌ی حمایت و منفعت‌های اجتماعی، آموزشی و پزشکی فراهم می‌آورند. این گروه‌ها می‌توانند انزوای جسمانی و عاطفی را کاهش دهند و افرادی را که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند توانمند سازند. یک گروه پشتیبان غالباً نخستین جایی است که این کسان می‌توانند اذعان کنند دچار عفونت شده‌اند و در همین جاست که می‌توانند دیگرانی را ببینند که در همین مسئله با آنان سهیم‌اند. این اذعان و تصدیق و توانایی برای شریک شدن می‌تواند قدرت‌آنگ‌زنی اچ‌آی-وی را کاهش دهد. [خدمات] گروه‌های پشتیبان به طور معمول رایگان است و این امر در جاهایی که پولی برای درمان در دسترس نیست این گروه‌ها را منبعی ارزشمند می‌سازد.

پشتیبانی روانی اجتماعی از راه بازدید خانگی

«اعلامیه‌ی گابورون درباره‌ی مراقبت خانگی اجتماع‌بنیاد» (۲۰۰۱) پشتیبانی روانی اجتماعی از راه بازدید خانگی را این گونه توصیف می‌کند:

مراقبت و تیماری که به فرد در محیط طبیعی‌اش از طریق خانواده عرضه می‌شود و از طریق کارشناسان آموزش دیده‌ی رفاه اجتماعی و نیز اجتماع مورد پشتیبانی قرار می‌گیرد نه تنها نیازهای جسمی و بهداشتی بلکه هم‌چنین نیازهای معنوی، مادی و روانی-اجتماعی را نیز برآورده می‌سازد.

افراد بالغ دارای اچ‌آی‌وی که برای آن‌ها درمان با داروهای ضد رتروویروسی تجویز شده است، در صورتی که از بازدیدهای خانگی پرستار و کارورز اجتماعی برخوردار شوند، در قیاس با درمان‌جویانی که تمامی بازبینی و نظارت پزشکی خود را در محیط درمانگاه دریافت کرده‌اند، از میزان پابندی به درمان بسیار بالاتری برخوردار اند (Williams, 2006).

پشتیبانی روانی اجتماعی خانواده

خانواده‌ها می‌توانند نقشی بسیار مهم در بهبود هر کسی داشته باشند که با مرض‌های بیماری‌زای مشترک وابستگی به مواد و اچ-آی‌وی زندگی می‌کنند. آن چه اهمیت دارد این است که برنامه‌های بهبود به خانواده‌ها کمک کنند تا وابستگی به مواد و فرآیند بهبود را دریابند، و درباره‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز بیاموزند. هم‌چنین تجربه‌ها و نیازهای خانواده نیز باید مورد توجه قرار گیرد (Daley & Miller, 2001). لازم است خانواده‌ها در طی این فرآیند از خود مراقبت کنند. در بسیاری از کشورها گروه‌هایی هستند که پشتیبانی خانوادگی عرضه می‌کنند. در درمان وابستگی به مواد گروه‌هایی مانند آلتون و آلتین وجود دارند. مراکز درمان اچ‌آی‌وی هم‌چنین غالباً از طریق گروه‌های پشتیبان تیماردار (مراقبت‌کننده) حمایت خانوادگی عرضه می‌کنند.

مراقبت آرامش‌بخش (آرامش‌بانی)

بنا بر «سازمان جهانی بهداشت» (۱۹۹۸)، «مراقبت آرامش‌بخش» عبارت است از:

رویکردی که کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌هاشان را که به سبب تهدید خانمان‌برانداز بیماری با دشواری‌هایی دست به گریبان

اند از طریق پیشگیری و تخفیف و تسکین درد از راه شناسایی
زودرس و ارزیابی بی‌عیب و نقص درمان درد و دیگر مشکلات
جسمی، روانی اجتماعی و روحی بهبود می‌بخشد.

درمان جویانی که دست به گریبان مسایل متعدد اعتیاد، اچ‌آی‌وی و هپاتیت C اند دارای دوره‌هایی از بیماری هستند که بر اثر
عامل‌های چندگانه با هم خلط و اشتباه می‌شوند. «مراقبت آرامش‌بخش» باید از همان نقطه‌ی تشخیص به صورت بخشی از مراقبت
درآید، نه این که توجه را صرفاً به مرحله‌ی پایانی یک دوره از بیماری معطوف کند.

مرور بر نوشتارگان

- پژوهش نشان می‌دهد که فراهم آوردن پشتیبانی روانی اجتماعی برای این جمعیت هدف عملکرد و کیفیت زندگی را در
پهنه‌های متعدد بهبود می‌بخشد. افرادی که پشتیبانی اجتماعی رضایت‌بخشی را گزارش می‌کنند محتمل‌تر است که سطح
پایین‌تری را در نشانه‌های سلامت مرتبط با اچ‌آی‌وی را گزارش کنند. این امر حاکی از آن است که پشتیبانی اجتماعی،
مستقل از مینا و معیار وضعیت سلامت، نشانه‌ی نیرومندی از نتایج سلامت در طی زمان است (Ashton, et al, 2005).
- یافته‌ها نشان می‌دهد که شبکه‌های پشتیبانی اجتماعی جداً مراقبت‌کننده و از لحاظ اجتماعی موثر و کارآمد نقشی مثبت
در محافظت از سطوح بالاتر کارکرد جسمانی دارند و سرانجام درد و نشانه‌های بیماری را کاهش می‌دهند
- (Lubeck and Fries, 1998)؛
- بررسی تجربی آزمایشی، زیر عنوان "مداخله‌ی همگنان محور"، به کاوش در ساختار پشتیبانی‌های بدیل دست زد و به
صورت معادل مفید و عملی برای دارو درمانی در جهت افزایش پابندی مصرف‌کنندگان مواد به درمان اچ‌آی‌وی
درآمد. این تجربه‌ی آزمایشی ثابت کرد که یک ساختار پشتیبانی اجتماعی بدیل برای درمان مواد در جهت افزایش
پابندی مصرف‌کنندگان مواد به خدمات درمانی امکان‌پذیر است (Broadhead and Heckathorn 1998)؛
- در یک بررسی در سوئد، درمان با متادون همراه با پشتیبانی روانی اجتماعی نشان داد که بیش‌ترین پی‌آمدهای موثر را در
بردارد (Kakko and Svanborg, 2003). در همین بررسی، پژوهش‌گران دریافتند که ترکیب بوپرنورفین و
پشتیبانی روانی اجتماعی بسیار ثمربخش است و باید به گزینه‌های درمانی افزوده شود.

اصول ناظر بر نمونه‌های مطلوب

- گنجاندن پشتیبانی روانی اجتماعی در شمار خدمات در تضمین پی‌آمدهای مثبت برای درمان‌جویان اهمیت اساسی دارد.
- اجتماعی‌هایی که به اجرای برنامه‌های مدیریت موردی توجه دارند باید نخست به ارزیابی دسترسی‌پذیری خدمات
اجتماعی مرتبط با جمعیت هدف پردازند و سپس توانایی خود را برای پیشبرد و گسترش و اجرای نظام‌های ارجاع
[درمان‌جو] ارزش‌یابی کنند.
- پشتیبانی روانی اجتماعی از خود تیمارداران (مراقبت‌کنندگان) یک جزء سازنده‌ی ضروری برای به‌ورزان و کسانی است
که به مراقبت از افراد مبتلا به عفونت می‌پردازند.

- مصاحبه‌ی انگیزشی در ترکیب با اقدام‌ها و مداخله‌های دیگر برای بهبود بخشیدن به کاربرد داروی ضد رتروویروسی - حتی در میان مصرف‌کنندگان - مواد، عملی، شدنی و ثمربخش است.
- رهبران گروه‌های همگن باید از رهبران صاحب صلاحیت گروه‌های همگن آموزش مهارت‌های نیازبنیاد، هدف‌محور و تجربی را دریافت دارند و مورد نظارت و بازبینی مداوم قرار گیرند.
- گروه‌های پشتیبان کسانی که با وابستگی با مواد و اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند می‌توانند منافع‌های اجتماعی، آموزشی و پزشکی فراهم آورند.
- بازدیدهای خانگی کیفیت زندگی و تاب‌آوری در برابر مرحله‌های گوناگون بیماری را به مدد اطلاعات درست و کمک مادی به خانواده‌های تنگ‌دست بهبود می‌بخشد.
- آرامش‌بخشی/مراقبت آرامش‌بخش باید به صورت بخشی از خدمات از زمان تشخیص بیماری تا مرگ درآید، نه آن که صرفاً در مرحله‌ی پایانی زندگی عرضه شود.

نتیجه‌گیری

از روی پژوهش و اجرای درست و مناسب روشن شده است که پشتیبانی‌های روانی اجتماعی از جنبه‌های مهم مراقبت و تیمار از بیماران وابسته به مواد و دارای اچ‌آی‌وی به شمار می‌رود. راهبردهایی را که در این بخش مورد بحث قرار گرفت می‌تواند به تنهایی یا در ترکیب با راهبردهای دیگر به کار گرفت تا امر رفاه و آسایش جمعیت هدف را پیش برد. متخصصان یا داوطلبانی که در این شیوه - های درمانی آموزش دیده‌اند می‌توانند پشتیبانی‌های روانی اجتماعی فراهم آورند. این پشتیبانی‌ها می‌تواند در محیط درمانگاه، مراکز اجتماعی محلی/محلّه‌یی یا در خانه فراهم آید و به ویژه با محیط‌های درمانی غیر رسمی و محیط‌هایی که از لحاظ منابع ضعیف‌اند، سازگار درمی‌آید. کسانی که به برنامه‌ریزی طرح‌های درمانی می‌پردازند کار را بهتر انجام می‌دهند اگر برنامه‌های روانی اجتماعی را نیز به برنامه‌های خود - برای حمایت از طرح‌ها - بیفزایند، هم‌چنان که شواهد حاکی از آن است که این کار توجه و پابندی [درمان‌جو] را به طرح تقویت و تحکیم می‌کند.

مثال‌هایی از نمونه‌های مطلوب

| همکاری مرکز رسیدگی روانی اجتماعی به مصرف‌کنندگان الکل و مواد دیگر با مرکز پیشگیری برای بیمارانی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند |
|--|
| شهر/کشور: سانتو آندره، برزیل |
| نام پروژه: همکاری مرکز رسیدگی روانی اجتماعی به مصرف‌کنندگان الکل و مواد دیگر (NAPS Ad) با مرکز پیشگیری اچ‌آی‌وی/ایدز |
| سال شروع: ۲۰۰۲ |
| سابقه پروژه: در سال ۲۰۰۲ اداره‌ی بهداشت شهرداری سانتو آندره، با همکاری جامعه‌ی اروپائی (از طریق پروژه‌ی Rub-AL) پروژه‌ای تحقیقاتی برای ترسیم وضعیت مصرف مواد در میان زنان تن‌فروش تدارک دید. این پروژه به تحقیق درباره استنمار |

جنسی و مصرف مواد در مورد نوجوانان خیابانی نیز می‌پرداخت.

در پایان بررسی، اداره بهداشت تصمیم گرفت پروژه را ادامه و گسترش دهد. گروه‌های دیگری که به پروژه افزوده شدند مبدل‌پوشان، مردان ترنس‌سکسوال و مردانی که با مردان دیگر آمیزش جنسی دارند. روسپی‌خانه‌ها (باشگاه‌های شبانه‌ی مرکز تجارت سکس) نیز مورد توجه قرار گرفت.

اهداف:

- کمینه‌سازی سطح آسیب‌پذیری، بیماری و خطر در جمعیت هدف
- افزایش دسترسی این جمعیت به خدمات بهداشتی
- کاهش بیماری و مرگ در میان این جمعیت
- کمینه‌سازی حذف اجتماعی و پیش‌پنداشت اجتماعی

فعالیت‌ها: کادرهای این دو مرکز همراه با یک‌دیگر خدمات زیر را ارائه دادند:

- آشناسازی با حقوق مدنی و بهداشت
- خدمات مشاوره‌ی پرستاری
- توزیع مواد برای پیشگیری از بیماری، شامل کاندوم (برای زنان و مردان)، سوزن و سرنگ، محافظ لب، ژل روان‌ساز، آب معدنی، آب نارگیل (برای تغذیه و آب‌رسانی)، عسل (برای تغذیه و حفاظت از سیستم تنفسی)، شکلات (برای تقویت بنیه) و غیره
- واکسینه کردن (هیپاتیت B؛ سرخک و سرخچه)
- ارجاع به شبکه بهداشتی
- هدایت به شبکه‌ی اسکان و حمایت
- تأمین مطالب آگاهی‌دهنده‌ی به صورت چاپ شده
- هدایت به مراکز آزمایش اچ‌آی‌وی، هیپاتیت و دیگر ویروس‌ها
- هدایت به سرویس معاینات پیشگیرانه‌ی سرطان (دهانه رحم و پروستات)

گروه‌های ذینفع

افرادی در موقعیت‌های فردی یا اجتماعی به شدت آسیب‌پذیر که در معرض خطر مصرف، سوءمصرف و وابستگی به مواد قرار دارند. این افراد شامل مردان و زنان تن‌فروش (از جمله مبدل‌پوشان، ترنس‌سکسوال‌ها، مردانی که با مردان دیگر آمیزش جنسی دارند، زنانی که با زنان دیگر آمیزش جنسی دارند)؛ نوجوانان که در معرض بهره‌کشی جنسی اند؛ افراد بی‌خانمان؛ قانون‌شکنان، و امثال آنان

مسائل مورد توجه این نمونه‌پژوهی

این نمونه‌پژوهی خدماتی را شرح می‌دهد که با همکاری میان مرکز رسیدگی روانی/اجتماعی به مصرف‌کنندگان الکل و مواد دیگر و مرکز پیشگیری برای بیمارانی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند شکل گرفت. جمعیت هدف این پروژه شامل افراد درگیر روسپی‌گری یا بهره‌کشی جنسی (سرگرم کار در خیابان‌ها و/یا باشگاه‌های شبانه) بود که در مصرف مجاز یا غیرمجاز مواد نیز

دست داشتند. این پروژه به منظور کمینه‌سازی آسیب‌پذیری و رفتار پُرخطر و بیماری با دست زدن به اقداماتی سازمان‌یافته در جهت دخیل‌سازی، آشناسازی و عملی‌سازی راهبردهای پیشگیری و درمان طراحی شد. پروژه برای امدادسانی از به‌ورزان گروه‌های همگن («کاهش‌گران آسیب») بهره‌گرفت.

نتیجه / دستاوردها:

برخی داده‌ها:

- ۶۵۰ نفر در ژانویه و دسامبر ۲۰۰۶ در برنامه شرکت کردند
- ۵۰۰ نفر در همین مدت واکسینه شدند.
- ۴۱۴ نفر در ژانویه و ژوئن ۲۰۰۷ حضور یافتند.
- شرکت در برنامه‌ی شهرداری در حوزه‌ی مبارزه با مواد و بیماری ایدز ۱۰۰ درصد افزایش یافت.
- مشارکت مصرف‌کنندگان مواد بالاتر رفت، و گواه آن حضور بسیاری از مصرف‌کنندگان در گروه‌های، کمیته‌ها، حرکت‌های اجتماعی و غیره بود.
- افزایشی در اقدام به کاهش آسیب در باشگاه‌های شبانه‌ی شهوت‌رانی، پارک‌های شهر و دبیرخانه آموزش شهروندان (مراکز نادیده‌نگاری) پدید آمد.
- پنجاه درصد از حاضران در برنامه واکسینه شدند.
- آموخته‌ها:
- پروژه سبب شد که تأثیرگذاری جداگانه‌ی هر دو مرکز فعال در آن افزایش یابد.
- بهره‌گیری از مددکاران همسان ظرفیت پروژه را از نظر دسترسی، کارآیی و اثربخشی بالا برد.
- استفاده‌ی مشترک از مصالح، امکانات موجود برای هر دو مرکز را تقویت کرد.
- همکاری میان دو برنامه‌ی بهداشتی سبب افزایش آگاهی آن‌ها از مراکز ی‌کدیگر شد، به شبکه‌سازی کمک کرد و خدمات اثربخش بیشتری در اختیار درمان‌جویان گذاشت.
- کار مشترک احساس مسئولیتی مشترک پدید آورد و به ارائه‌ی خدماتی بهتر انجامید.
- پروژه نشان داد که درمان‌جویان با گرفتن کمک می‌توانند سطح مراقبت از خود، خودباوری و شناخت حقوق و مسئولیت‌های شهروندی خود را بهبود بخشند.

اطلاعات تکمیلی:

وضعیت پروژه - در جریان

منابع مالی - بودجه دولتی (شهرداری)

مشخصات تماس:

Graziella Barbosa Barreiros – NAPS Ad Coordinator +55.11.4992.3668

Ana Lúcia Spiassi - HIV/AIDS Prevention Centre Coordinator

+55.11.4432.3733

Silvia Moreira da Silva – Outreach Team Coordinator +55.11. 4433.3092

یکی از قطعنامه‌های مجمع عمومی ملل متحد که در ۲۳ دسامبر ۲۰۰۵ صادر شد از برنامه‌ی مشترک ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز خواست که به اقدام زیر یاری رساند:

تسهیل فرایندهای فراگیر ویژه‌ی هر کشور، با برخورداری از
نظریات مشورتی ذینفعان مرتبط، شامل سازمان‌های غیردولتی،
جامعه‌ی مدنی و بخش خصوصی، در چارچوب راهبردهای ملی
ایدز، به منظور بالا بردن مقیاس پیشگیری از اچ‌آی‌وی، درمان،
مراقبت و حمایت با قصد هرچه نزدیکتر شدن به این هدف که تا سال
۲۰۱۰ تمامی کسانی که در سطح جهان به درمان نیاز دارند به آن
دسترسی داشته باشند.

برآوردهای جهانی حاکی از آن است که بیش از ۱۳ میلیون مصرف کننده‌ی تزریقی مواد وجود دارند (Aceijas, et al 2004) و ۵ تا ۱۰ درصد از تمامی عفونت‌های تازه‌ی اچ‌آی‌وی را می‌توان به مصرف تزریقی مواد در سراسر جهان نسبت داد (WHO 2006). این رقم با کنار گذاشتن آفریقا به ۳۰ درصد می‌رسد.

در بسیاری از منطقه‌ها، دلیل رواج اچ‌آی‌وی مصرف تزریقی مواد است؛ و مهم‌ترین یا دومین عامل خطر ساز برای اچ‌آی‌وی در هفت منطقه از مناطق ده‌گانه‌ی برنامه مشترک ملل متحد در زمینه‌ی ایدز (UNAIDS) به شمار می‌آید که ۹۰ درصد از جمعیت جهان را دربرمی‌گیرد (Wodak and Coony 2005). رواج اچ‌آی‌وی از طریق مصرف کنندگان تزریقی مواد در اروپای شرقی و آسیای مرکزی به شدت بالا رفته است (Rhodes and Simic 2005). مصرف تزریقی مواد مهم‌ترین عامل در رواج اچ‌آی‌وی در فدراسیون روسیه، اوکراین و ازبکستان است (UNAIDS 2007). دسترسی به داروهای ضد رتروویروسی اچ‌آی‌وی/ایدز را به یکی از بیماری‌های مزمن مهارپذیر تبدیل کرده است. درمان با داروهای ضد رتروویروسی امید به شفا بخشی و کیفیت زندگی را برای کسانی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند بالا برده است. اما، مصرف کنندگان تزریقی مواد هم‌چنان دسترسی ضعیف و ناعادلانه‌ی به درمان با داروهای ضد رتروویروسی دارند، به‌ویژه در اروپای شرقی (UNAIDS 2007).

مرور نوشتارگان

- داده‌های گردآوری شده از ۵۰ کشور رو به توسعه و در حال گذار نشان داد که در پایان سال ۲۰۰۴، تنها ۳۶۰۰۰ نفر از مصرف کنندگان تزریقی مواد پیشین یا کنونی از درمان ضد رتروویروسی بهره‌مند می‌شدند. از این تعداد، ۳۰ هزار نفر در برزیل بودند (Aceijas, et al, 2004). یافته‌های یکی از پیمایش‌های مؤسسه جامعه‌ی باز (۲۰۰۶) حاکی از این بود که حذف مصرف کنندگان تزریقی مواد از درمان در کشورهای زیر بسیار گسترده است:

- در اروپای شرقی و مرکزی و آسیای شرقی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد نزدیک به ۸۰ درصد از مواردِ اچ‌آی‌وی بودند اما کمتر از ۱۴ درصدشان داروهای ضد رتروویروسی دریافت می‌کردند.
- در روسیه، که نزدیک به ۸۰ درصد از کل موارد اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است، حدود ۱۰۰ هزار نفر به داروی ضد رتروویروسی نیاز دارند. اما فقط ۵۰۰۰ نفر آن را دریافت می‌کنند. بسیاری از درمانجویان به جای ترکیب سه داروی ضد رتروویروسی که استاندارد جهانیِ درمان است، یک یا دو دارو می‌گیرند.
- در تایلند، که کوشش‌های دولت از سال ۲۰۰۳، شمار درمان‌جویان بهره‌مند از داروهای ضد رتروویروسی را سه برابر کرده است، شمار مصرف‌کنندگان فعال مواد که به درمان اچ‌آی‌وی دسترسی دارند بسیار اندک است، اگر صفر نباشد.
- در مالزی، و ویتنام، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ماه‌ها یا سال‌ها به‌زور در مراکز سم‌زدایی و بازپروری مجبوس می‌شوند. هرچند بسیاری از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد اچ‌آی‌وی مثبت هستند، مراکز عرضه درمان با داروهای ضد رتروویروسی اندک است.
- در مالزی، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ۷۵ درصد از همه‌ی موارد اچ‌آی‌وی را تشکیل می‌دهند اما تنها ۱۲ درصدشان داروهای ضد رتروویروسی دریافت می‌کنند.
- در چین مقررات تازه درباره اچ‌آی‌وی/ایدز از مارس ۲۰۰۵ تصریح کرده است که درمان برای کسانی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند باید در دسترس باشد.

- دلایل اصلی این نابرابری برداشت نادرست از اثر مصرف مواد بر پابندی به درمان، انکار حمایت‌های پایه مانند متادون که می‌تواند درمان اچ‌آی‌وی را تسهیل کند، و آنگ‌خوردن در مراکز مراقبت بهداشتی است («ائتلاف بین‌المللی برای آمادگی درمان»، ۲۰۰۵؛ UNAIDS، ۲۰۰۶؛ برنامه مشترک WHO، UNODC و سازمان ملل در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۰۴).
- داده‌های هم‌خوانی درباره‌ی پابندی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به درمان با داروهای ضد رتروویروسی وجود دارد. پابندی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به داروهای ضد رتروویروسی به اثبات رسیده است. با حمایت مناسب، پابندی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به درمان و نتایج درمان فرقی با دیگر درمان‌جویان ندارد (Open Society Institute, 2006). تحقیق درباره مصرف‌کنندگان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت نشان داده که درمان با داروهای ضد رتروویروسی در کاستن از مرگ‌ومیر و بالا بردن منافع زنده ماندن بسیار مؤثر است (Muga et al 2007).
- در واقعیت، کنترل مصرف‌کنندگان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت با دیگر کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند چندان تفاوتی ندارد، و شامل تشخیص بالینی و ایمن‌شناختی بیماری، پاک‌سازی و درمان عفونت‌های فرصت‌طلب و درمان با داروهای ضد رتروویروسی است. معیارهای آغاز به درمان با داروهای ضد رتروویروسی در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت فرقی با توصیه‌های عمومی «سازمان جهانی بهداشت»، «جامعه بین‌المللی ایدز- امریکا» (IAS-USA)، «اداره بهداشت و خدمات انسانی امریکا» (BHIVA)، و «انجمن اچ‌آی‌وی انگلستان» (DHHS) ندارد.

- از سوی دیگر، چندین بررسی مشکلاتی را ثبت می‌کنند که مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در دسترسی به دوره‌ی کامل مراقبت اچ‌آی‌وی، پابندی به آن و نتیجه‌گرفتن از آن دارند، و نیز امکان غلبه بر این موانع از راه درمان وابستگی به مواد، برنامه‌های امدادسانی، توقف مصرف دارو تحت نظارت، و درمان با مراقبت مستقیم (WHO, 2005) را بررسی می‌کند.
- دارو درمانی با متادون یا بوپرنورفین به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد امکان می‌دهد مصرف مواد را متوقف یا کمتر کنند، زندگی خود را پایدار سازند، بنیه خود را تقویت کنند، دسترسی به مراقبت را افزایش دهند و تحت درمان باقی بمانند (Open Society Institute, 2004). نکته‌ی شایان اهمیت آن است که «سازمان جهانی بهداشت» اخیراً متادون و بوپرنورفین را به فهرست داروهای ضروری خود افزود.
- نرخ‌های بالای احتباس و مطابقت قابل قبول با درمان در برنامه‌های دارو درمانی راه را برای درمان با داروهای ضد رتروویروسی هموار می‌سازد، که در برنامه‌های ویژه‌ی بیماران سرپایی یا در همکاری نزدیک با واحدهای اچ‌آی‌وی/ایدز در بیمارستان‌ها ارائه می‌شود. برنامه‌های درازمدت دارو درمانی امکان مشاهده‌ی دوره‌ی درمان با داروهای ضد رتروویروسی و تدارک بهتر برای رفع عوارض جانبی آن را فراهم می‌کند. احتمال تداخل اثر داروهای ضد رتروویروسی با متادون و دیگر مواد روان‌گردان جایگزین کم نیست. خصوصیات دردگشی مواد افیونی می‌تواند پیش‌نشانه‌های عوارض داروهای اچ‌آی‌وی را از نظر ببوشاند. رابطه‌ی خوب میان پزشک و درمان‌جو برای پرداختن به این مشکلات ضروری است.

اصول ناظر بر نمونه‌های مطلوب

- مراقبت طبی باید در دسترس درمان‌جو و واقع در تسهیلاتی که بخشی از زیرساخت عمومی مراقبت بهداشتی است، رایگان و دوستدارمصرف‌کننده باشد، و برخوردار از کادری بدون پیش‌داوری و بی‌طرف.
- وابستگی به مواد و اچ‌آی‌وی/ایدز دو مورد از بیماری‌های مزمن شمرده می‌شوند که به مراقبت یک‌پارچه و راهبردهای درمانی درازمدت نیاز دارند.
- مراقبت پزشکی باید جامع باشد و تا حد ممکن برخوردار از ضروری‌ترین خدمات موردنیاز موجود در یک محل. برنامه‌های کاهش آسیب باید در طرح‌ریزی درمان اچ‌آی‌وی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، در امدادسانی به مصرف‌کنندگان مواد برای آزمایش اچ‌آی‌وی، و در پیگیری مداوم وضعیت مصرف‌کنندگانی که درمان را رها می‌کنند، گنجانده شوند.
- شدت مراقبت پزشکی که به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد عرضه می‌شود باید در حد توان فرد باشد تا او را از درمان فراری نکند.
- راهبردهای امدادسانی مؤلفه‌ی اساسی در مراقبت از اچ‌آی‌وی به شمار می‌آیند با مؤثرترین برنامه‌ها که با سازمان‌های اجتماع‌نهادی که نمایندگی گروه‌های ذینفع را بر عهده دارند پیوندهای محکمی برقرار می‌کنند، و از آموزش‌گران و مشاوران گروه‌های همگن که از میان همین گروه‌ها برخاسته‌اند، بهره می‌گیرند.

- تداوم مراقبت از ملاحظات مهم در جریان پیشرفت خدمات پزشکی و برای نگهداشتن افرادی است که تحت درمان قرار دارند
- توجه دقیق به کنترل بیماری‌های دیگری با همین میزان گسترش مانند سیل، هپاتیت B و C، بیماری روان‌تنی و تداخل دارویی از جمله دارو درمانی مواد افیونی ضروری است. پیشگیری و درمان این بیماری‌ها میزان گسترش و مرگ‌ومیر را کاهش می‌دهد و راه را برای جذب مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به مراقبت یک‌پارچه‌ی اچ‌آی‌وی هموار می‌سازد.

نتیجه‌گیری

واکنشی جامع به اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد باید ترکیبی از پیشگیری، درمان، و دیگر خدمات حمایتی باشد تا بهره‌ی بیشینه از خدمات را تا حد ممکن تضمین کند. خدمات اجتماعی، آموزش، حمایت متعهدانه، دارو درمانی مواد افیونی و دیگر درمان‌های وابستگی به مواد از عناصر اصلی هر برنامه‌ی مراقبتی مؤثر برای اچ‌آی‌وی است. این واکنش باید هم در زمینه‌ی بهداشت عمومی و هم بر اساس حقوق بشر جامه‌ی عمل بپوشد. سیاست‌گذاران با ترویج درمان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد اچ‌آی‌وی مثبت در کشور خود در تضمین این امر نقشی کلیدی دارند.

مثال‌هایی از نمونه‌های مطلوب

درمان اچ‌آی‌وی / ایدز، برزیل

شهر/کشور: برزیل

نام پروژه: الگوی برزیل

سابقه‌ی پروژه: برزیل در مقابله با رواج اچ‌آی‌وی/ایدز روشی مختص به خود داشته است. مراقبت، پیشگیری و حقوق بشر مبنای روش برزیلی است. این کشور دسترسی رایگان به درمان با داروی ضدترتروویروسی را برای همه فراهم می‌سازد. این راهکار نتیجه تصویب قانون فدرال برزیل در نوامبر ۱۹۹۶ است. مطابق این قانون: «افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی و/یا افرادی که با ایدز زندگی می‌کنند باید، به‌رایگان، تمامی داروهای لازم برای درمان خود را از نظام بهداشت ملی دریافت کنند.» در سال ۲۰۰۳، ۱۲۵ هزار برزیلی از درمان رایگان با داروی ضدترتروویروسی بهره‌مند شدند، که ۱۰۰٪ موارد ثبت‌شده‌ی ایدز را پوشش داد که البته تنها ۲۰ درصد از موارد برآوردشده است.

اهداف: تأمین دسترسی رایگان به درمان با داروی ضدترتروویروسی برای همه‌ی کسانی که در برزیل با ایدز زندگی می‌کنند.

فرآیند/فعالیت‌ها: دولت برزیل با شرکت‌های داروسازی درافتاده تا بهای داروها را پایین بیاورند، و از تولید داروهای ژنریک در داخل کشور حمایت کرده که به صرفه‌جویی‌های هنگفت انجامیده است. در سال ۱۹۹۷ هزینه‌ی درمان هر درمان‌جو سالانه ۴۸۶۰ دلار بود. در سال ۲۰۰۴ این رقم به ۱۰۰۰ دلار در سال رسید. هزینه‌ی تأمین درمان همگانی با داروی ضدترتروویروسی با اثربخشی بسیار بالا (HAART)، ۲/۳ درصد از بودجه بهداشت عمومی برزیل را به خود اختصاص داد.

دسترسی به HAART و خدمات کاهش آسیب با حمایت دولت از عناصر اصلی مقابله‌ی برزیل با رواج اچ‌آی‌وی/ایدز به شمار می‌آیند. وزارت بهداشت برزیل از شکل‌گیری شبکه‌ی جامع برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه‌ی رایگان و محرمانه در سراسر کشور حمایت کرده است. در سال ۲۰۰۱ بیش از ۱۴۰ واحد آزمایش اچ‌آی‌وی در کشور وجود داشت. گروه‌های امدادرسان ویژه

برای رفع نیازهای افراد خاص مانند زنان باردار، مردان درگیر آمیزش با مردان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به وجود آمد تا دسترسی به مشاوره و آزمایش داوطلبانه رایگان و محرمانه افزایش یابد.

نتایج:

در سال ۲۰۰۱، ۴۲۴ شبکه‌ی تسهیلاتی از وزارت بهداشت برزیل مجوز گرفتند تا درمان با داروی ضد رتروویروسی را به کسانی که با ایدز زندگی می‌کنند برسانند. ۱۱۱ عدد از این شبکه‌ها به ۶۵٪ از درمان‌جویانی که داروهای ضد رتروویروسی دریافت می‌کردند خدمات مراقبتی ارائه دادند. وزارت بهداشت از این پروژه‌ها حمایت مالی و سیاسی می‌کند. تخمین زده می‌شود که پروژه‌های کاهش آسیب به ۴۰٪ از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در کشور دسترسی دارند.

شبکه‌ی برزیلی حمایت از حقوق بشر در حوزه‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز که در سال ۱۹۹۷ شروع به کار کرد کسانی را که با ایدز زندگی می‌کنند، کنش‌گران، سازمان‌های غیردولتی و طیفی از نهادهای عمومی را که در حوزه‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز کار می‌کنند گرد هم آورده است.

آموخته‌ها: الگوی برزیل درس‌های مهمی برای کشورهای روبه‌رشد دارد چون دسترسی به داروهای ضد رتروویروسی همه‌گیرتر می‌شود، و نهادهای دولتی و غیردولتی به راه‌اندازی پروژه‌ها و بهبودبخشی برنامه‌ها و سیاست‌ها ادامه می‌دهند تا اطمینان یابند که در عمل تمامی کسانی که با ایدز زندگی می‌کنند از مراقبت‌های بالینی و روانی‌اجتماعی لازم و شایسته برخوردار می‌شوند.

منبع:

F.I. Bastos , D. Kerrigan, M. Malta, C. Carneiro-da-Cunha, and S.A. Strathdee. Treatment for HIV/AIDS in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research. *AIDScience* Vol. 1, No. 15, November 2001 (<http://www.aidsscience.com/Articles/aidsscience012.asp>)

F. Mesquita. Brazil: Giving Injecting Drug Users Access to Highly Active Antiretroviral Therapy as a Response to the HIV/AIDS Epidemic (from Breaking down the barriers. Lessons on Providing HIV Treatment to Injecting Drug Users. New York, International Harm Reduction Programme (Open Society Institute, 2004).

مراقبت یکپارچه برای مصرف‌کنندگان تزریقی آلوده به اچ‌آی‌وی / ایدز، بالتیمور، ایالات متحد آمریکا

کشور: ایالات متحد آمریکا

پروژه/الگو: مراقبت یکپارچه برای مصرف‌کنندگان تزریقی مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز، بالتیمور

سابقه‌ی پروژه: قانون درمان اعتیاد به مواد در سال ۲۰۰۰ (آمریکا) و مجوز «اداره کل دارو» (FDA) برای استفاده از بوپرنورفین در درمان اعتیاد به مواد افیونی، فرصتی تازه پدید آورد تا درمان اعتیاد و مراقبت پزشکی برای کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند، یکپارچه شود. شواهد نشان می‌دهند که الگوی مراقبت یکپارچه که درمان اچ‌آی‌وی و سوءمصرف مواد روان‌گردان، مراقبت روان‌پزشکی، و خدمات تأمین اجتماعی را به هم می‌پیوندد به نتایج بهتری در درمان اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان مواد می‌انجامد. مراقبت یکپارچه دسترسی به جمعیت متنوع درمان‌جویان را تسهیل می‌کند، و سبب همکاری بیش‌تر میان تأمین‌کنندگان خدمات پزشکی، روان‌پزشکان و متخصصان سوءمصرف مواد روان‌گردان می‌شود. مهم‌تر از آن، داده‌های آزمون‌های

کنترل‌شده‌ی تصادفی نشان داده‌اند که ی‌کیارچه‌سازی خدمات در مکانی واحد می‌تواند نتایج را در هر دو زمینه‌ی درمان پزشکی و درمان سوءمصرف مواد روان‌گردان بهبود بخشد.

فرآیند/فعالیت‌ها: گروه تحقیقات مدرسه پزشکی جانز هاپکینز (بالتیمور، آمریکا) در سال ۲۰۰۱ مطالعه‌ی تجربی را ترتیب داد تا دریابد درمان با داروی ضد رتروویروسی به شیوه‌ی سرپرستی آشکار (DAART) در کلینیک‌های نگهدارنده با متادون چه اندازه پذیرفتنی و عملی است. در میان ۵۰ نفری که ثبت‌نام شدند، نرخ تخمینی برای خودداری سه‌ماهه ۷۸٪ و برای خودداری دوازده‌ماهه ۵۴٪ بود.

مقایسه‌ی آینده‌نگر میان (۱) گروه DAART؛ (۲) درمان‌جویانی با سابقه‌ی مصرف مواد که درمان نگهدارنده با متادون دریافت می‌کردند؛ و (۳) درمان‌جویانی بدون سابقه‌ی مصرف مواد به عمل آمد.

دستاوردها: نتایج نشان داد که نرخ‌های بالای فرونشانی و ویروسی به شرکت‌کنندگان گروه DAART مربوط می‌شد. در چارچوب زمانی شش تا دوازده ماه، ۴۶٪ از درمان‌جویان DAART به فرونشانی ویروسی رسیدند، در مقایسه با ۲۴٪ از گروه مصرف‌کننده‌ی مواد که متادون می‌گرفتند، و ۳۸٪ از گروهی که مصرف‌کننده‌ی مواد نبودند. مداخله‌ی شدید با استقبال خوب شرکت‌کنندگان در بررسی روبرو شد. هم‌چنین DAART به تغییراتی در «فرهنگ» اچ‌آی‌وی در درمانگاه‌های متادون انجامید. از جمله گفت‌وگوی بیش‌تر میان درمان‌جویان و کادر درمانی درباره‌ی اچ‌آی‌وی و درمان آن، و همکاری بیش‌تر میان تأمین‌کنندگان خدمات پزشکی و تأمین‌کنندگان خدمات سوءمصرف موارد روانگردان.

آموخته‌ها: برنامه‌های DAART می‌توانند برحسب اصول برنامه، کادر اجرائی و شیوه‌ی ارائه متفاوت باشند. درمان با داروی ضد رتروویروسی به شیوه‌ی سرپرستی آشکار تنها یکی از الگوها برای غلبه بر برخی از موانع رویاروی مصرف‌کنندگان مواد اچ‌آی‌وی مثبت و تأمین مراقبتی کارساز برای آنان است.

منابع:

- i) G.M. Lucas. United States, Baltimore: Drug Use and HIV: Effective Models of Integrated Care and Directly Administered Antiretroviral Therapy. From Breaking down the barriers. Lessons on Providing HIV Treatment to Injecting Drug Users. New York, International Harm Reduction Programme (Open Society Institute, 2004)
- ii) F. L. Altice, R. D. Bruce. Directly Administered Antiretroviral Therapy for Injection Drug Users (from Delivering HIV Care and Treatment for People Who Use Drugs. New York, International Harm Reduction Programme (Open Society Institute, 2006)
- iii) Integrated Buprenorphine and HIV Care Evaluation and Support Centre's website (<http://www.bhives.org/>)

گنجاندن «برنامه‌های سوزن و سرنگ» (NSP) در این مقاله‌ی مربوط به درمان مواد متکی بر شواهدی است که تأمین گسترده‌ی جامع و متنوعی از خدمات درمانی را مؤثرتر از راهبردهای جداگانه یا محدود برای کنترل سرایت اچ‌آی‌وی نشان می‌دهند (WHO, 2005). «برنامه‌ی سوزن و سرنگ» برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، خواه تحت درمان باشند یا نباشند، نقش مهمی بازی می‌کند. در مورد گروه تحت درمان، شواهد بسیاری وجود دارد که اگرچه درمان‌های دارویی مانند درمان نگهدارنده با متادون می‌توانند در کاهش مصرف هرئین، استفاده از سوزن مشترک و رفتار جنسی پرخطر مؤثر باشند، اما اغلب این عادت‌ها را از میان نمی‌برند (Farrel et al., 2005). دسترسی به سوزن، سرنگ و کاندوم هم‌چنان از راهبردهای بهداشتی مهم برای حمایت از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در طول زمانی است که برای تثبیت، کاهش یا توقف مصرف مواد و آسیب‌های وابسته به آن تحت درمان قرار دارند.

پژوهشگران درباره‌ی مشکلات روش‌شناختی که در گزارش‌های ارزش‌یابی NSP به‌وفور دیده می‌شود هشدار می‌دهند، اما در گزارش آنان یافته‌های پژوهشی مثبت و هم‌خوانی نیز هست که اثربخشی و باصرفه بودن NSP حکایت می‌کند (WHO, 2005; Ritter, 2005). قوت شواهد پژوهشی سبب اظهارنظر خالی از ابهام «سازمان جهانی بهداشت» شد:

‘ شواهدی محکم حاکی از آن است که افزایش دسترسی و کاربرد وسایل تزریق استریل برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، تحت درمان یا غیر آن، نقش مهمی در کاهش نرخ گسترش اچ‌آی‌وی دارد. (WHO, 2004)

بیانیه‌ی مشترک سازمان جهانی بهداشت، برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز، و دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد در سال ۲۰۰۴ نیز به همین اندازه روشن بود:

‘جمعیت‌ها یا کشورهایی که در معرض خطر رواج عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد قرار دارند یا گرفتار آن شده‌اند باید بی‌درنگ اقداماتی برای افزایش دسترسی و کاربرد وسایل تزریق استریل و نابودی وسایل استفاده‌شده انجام دهند.’

«اعلامیه‌ی تعهد در برابر اچ‌آی‌وی/ایدز» در ژوئن ۲۰۰۶ اقدام زیر را ضروری شمرد:

‘دسترسی گسترده‌تر به تسهیلات ضروری از جمله کاندوم‌های مردانه و زنانه و وسایل تزریق استریل...’

برخی کشورها شاید به دلیل عدم حمایت فرهنگی و سیاسی و اقتصادی برای پیاده کردن این مسئولیت‌های سیاست‌گذاری در برنامه‌های عملی با دشواری‌هایی روبه‌رو باشند. با وجود چنین محدودیت‌هایی هم‌چنان لازم است که از منطبق چنین برنامه‌هایی آگاهی داشت، راه‌های گوناگون تأمین چنین خدماتی را شناخت، و با شواهد پژوهشی که مبنای آن‌ها بوده‌اند، آشنایی یافت.

این مسئله به خوبی جاافتاده است که مصرف کنندگان تزریقی مواد به دلیل استفاده‌ی مشترک از سوزن و سرنگ و دیگر وسایل آماده‌سازی برای مصرف مواد در برابر اچ‌آی‌وی و دیگر عفونت‌هایی که از راه خون انتقال می‌یابند، آسیب‌پذیر می‌شوند. برآوردها نشان می‌دهد که ۵ تا ۱۰٪ از عفونت اچ‌آی‌وی در سطح جهان نتیجه‌ی استفاده‌ی مشترک از این وسایل است (Farrell et al., 2005).

بررسی‌های اخیر در مورد گزارش‌های «برنامه‌ی سوزن و سرنگ» (NS) را می‌توان به شرح زیر جمع‌بندی کرد:

- NSP باصرفه‌ترین راهبرد در پیشگیری از اچ‌آی‌وی به شمار می‌آید (Australian Commonwealth Department of Health and Ageing 2002)؛
 - NSP در کاهش ویروس هپاتیت C کمتر اثر دارد (Ritter and Cameron 2005)؛
 - شواهدی وجود ندارد که NSP مصرف یا تزریق مواد را افزایش داده باشد (Ritter and Cameron 2005)؛
 - NSP می‌تواند شمار مراجعه‌کنندگان برای درمان مواد را بیشتر کند (WHO 2004)؛
 - شواهدی وجود ندارد که NSP به افزایش خطر عفونت اچ‌آی‌وی از راه جراحی ناشی از نوک سوزن‌های دورانداخته‌شده‌ی عمومی بیانجامد (Ritter and Cameron 2005)؛
 - شواهدی وجود ندارد که NSP (با افزایش بی‌نظمی عمومی یا سرنگ‌های دورانداخته‌شده) آسایش مردم و دلپذیری محیط پیرامون خود را کاهش دهد (Ritter and Cameron 2005)؛
 - شواهدی وجود ندارد که میزان وقوع جرم در محل استقرار NSP بالا رفته باشد (Ritter and Cameron 2005)؛
 - تنها شواهدی اندک که استفاده از مواد رنگ‌بر و دیگر مواد ضد‌عفونی به جای NSP را تأیید می‌کنند (WHO 2004)؛
 - زمینه‌های برنامه‌ی سوزن و سرنگ؛
- هدف اصلی برنامه‌ی سوزن و سرنگ (NSP) کاهش سرایت بیماری‌های عفونی و برقراری و حفظ تماس با گروه‌هایی است که تحت درمان نیستند. این برنامه‌ها می‌توانند از نظر شیوه‌ی عمل و خدماتی که ارائه می‌دهند شکل‌های جوراجوری داشته باشند. این برنامه‌ها را می‌توان به شیوه‌های زیر راه‌اندازی کرد:
- با همکاری سرویس‌های درمان مواد (به صورت ی‌کپارچه یا اشتراک در محل)؛
 - به صورت ایستگاه‌های مستقل برای عرضه‌ی خدمات؛
 - به صورت خدماتی فرعی که دیگر سازمان‌های بهداشتی و بهزیستی عرضه می‌کنند؛
 - به صورت پایگاهی امدادرسان (شامل گشتی‌های پیاده و کاروان‌های سیار)؛
 - در محل‌های خاص مانند زندان‌ها؛
 - توزیع از طریق داروخانه‌ها؛
 - توزیع از طریق ماشین‌های خودکار.

خدماتی که NSP عرضه می‌کند می‌تواند تنوعی چشمگیر داشته باشد. برخی از این برنامه‌ها در اصل برای تضمین دسترسی به وسایل (سوزن و سرنگ، آب، سوآب، بسته‌های یک‌بارمصرف یا کاندوم) راه‌اندازی می‌شوند. برخی دیگر آموزش، مشاوره، ارجاع به مراکز درمان مواد، ارجاع به مراکز آزمایش اچ‌آی‌وی و مشاوره، تأمین یا ارجاع به درمان طبی و ارجاع به دیگر خدمات بهداشتی و بهزیستی را نیز در بر دارند. بعضی از سرویس‌ها بر مبنای تبادل پایاپای عمل می‌کنند، اما برخی دیگر چندان به میزان نتیجه‌گیری از خدمات اهمیت نمی‌دهند.

اصول ناظر بر نمونه‌های مطلوب

- دسترسی به سوزن و سرنگ استریل از مؤلفه‌های اصلی برنامه‌های مؤثر برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی است
- پیشگیری مؤثر اچ‌آی‌وی بهتر است گستره‌ای از راهبردهای دیگر، افزون بر دسترسی به سوزن و سرنگ، را در بر گیرد
- نیاز به NSP برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان مواد باید پس از مشورت با گروه‌های دست-اندرکاران اصلی شامل مصرف‌کنندگان مواد، پلیس، به‌ورزان و مانند آن‌ها به اثبات برسد تا از آزادی‌عمل و حمایت لازم برای استقرار و ادامه‌ی کار برخوردار شود
- وجود مقررات قانونی در مورد سوزن و سرنگ لازم است تا تضمین شود که مصرف‌کنندگان مواد و مددکارانی که وسایل را در دسترس می‌گذارند، با مجازات روبرو نمی‌شوند.
- NSP برای مؤثر بودن باید پوششی گسترده داشته باشد. با توجه به مجموعه شواهد بین‌المللی، پروژه‌های کوچک آزمایشی برای تعیین مؤثرترین شیوه‌ی ارائه خدمات در سطحی محلی باید گسترش یابند تا این پوشش را به حداکثر برسانند.
- در طراحی NSP باید به رفع نیازهای زیرگروه‌های پُرخطر (تن‌فروشان و هم‌پندان کانون‌های اصلاحی) توجهی ویژه داشت.
- برنامه‌های سوزن و سرنگ به‌تنهایی برای کنترل عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد کافی نیست.
- شواهد استفاده از رنگ‌برها و دیگر شکل‌های مواد ضد‌عفونی سابقه‌ی خوبی را تأیید نمی‌کنند و نباید به جای تأمین سوزن و سرنگ استریل در نظر گرفته شوند.

مثال‌هایی از نمونه‌های مطلوب

| «برنامه‌ی سوزن و سرنگ»، جزئی ناگسستنی از درمان وابستگی به مواد |
|--|
| کشور: استرالیا |
| نام پروژه: برنامه‌ی سوزن‌وسرنگ و درمان وابستگی به مواد ترنینگ بوینت |
| سال شروع: ۱۹۹۵ |
| سازمان مسئول: مرکز الکل و مواد ترنینگ بوینت، ملیورن، ویکتوریا |
| سابقه: نخستین برنامه‌ی سوزن‌وسرنگ در استرالیا در سال ۱۹۸۶ به راه افتاد. این برنامه واکنشی سریع به ظهور اچ‌آی‌وی در |

میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بود. هم‌اکنون ۳۰۰۰ برنامه در سراسر کشور در عرصه‌های جوراجور، با بهره‌گیری از شیوه‌های گوناگون (مکان‌های ثابت سوزن و سرنگ، توزیع توسط امدادرسنان، وانت‌های سیار، توزیع در داروخانه و استفاده زیر نظارت بهداشتی و خدمات تخصصی درمان وابستگی به مواد) کار می‌کنند. اکنون (در کشوری با جمعیت ۲۳ میلیونی) سالانه بیش از ۳۰ میلیون سوزن و سرنگ توزیع می‌شود. دولت‌های استرالیا در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۰ بالغ بر ۱۳۰ میلیون دلار در برنامه‌های سوزن‌وسرنگ سرمایه‌گذاری کرده‌اند. ارائه‌ی سریع خدمات (آموزش، امدادسانی، درمان وابستگی به مواد شامل دارودرمانی، توزیع سوزن و سرنگ و کاندوم) از دلایلی شمرده شده است که مصرف‌کنندگان تزریقی تنها ۵٪ از عفونت اچ‌آی‌وی در استرالیا را تشکیل می‌دهند.

مرکز ترنینگ پوینت در سال ۱۹۹۴ تأسیس شد تا در زمینه‌ی درمان وابستگی به مواد به تأمین خدمات، تحقیق، تدریس و کارآموزی بپردازد. خدمات بالینی متشکل از بازگیری بیمار به صورت سرپائی و در خانه، مشاوره‌ی گروهی و فردی، دارودرمانی (متادون و بوپرنوفین) و خدمات دیگر است. از زمان تأسیس این مرکز در سیزده سال پیش، توزیع سوزن و سرنگ یکی از اجزاء مهم ارائه‌ی خدمات بالینی به شمار می‌آید. ارائه‌ی این خدمات مطابق با رهنمودهای *اداره‌ی خدمات انسانی ویکتوریا* است.

<http://www.health.vic.gov.au/drugservices/pubs/needle.htm>

درمان‌جویانی از هر سن، خواه تحت درمان ترنینگ‌پوینت یا جای دیگر، یا کسانی که تحت درمان نیستند، تشویق می‌شوند از خدمات موجود در محل که هر روز در طول هفته ارائه می‌شود استفاده کنند. این خدمت محرمانه است. در صورت نیاز، مراجعانی که به دیگر خدمات درمانی ترنینگ‌پوینت دسترسی دارند می‌توانند در همان‌زمان از برنامه‌ی سوزن‌وسرنگ هم استفاده کنند - و اغلب این کار را می‌کنند.

اهداف: هدف این برنامه کمینه‌سازی انتقال اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی و سی و دیگر ویروس‌هایی که از راه خون منتقل می‌شوند میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، شریک‌های جنسی آن‌ها و فرزندان‌شان، و از آن‌ها به جامعه‌ی مصرف‌کنندگان غیرتزریقی است. افزون بر آن، این برنامه روش‌های مطمئن برای امحای سوزن و سرنگ را ترویج می‌کند؛ امکان پیوند و ارجاع به درمان مواد و دیگر خدمات بهداشتی و بهزیستی را فراهم می‌سازد؛ آموزش با بهره‌گیری از مددکاران همسان را تسهیل می‌کند و اطلاعاتی روزآمد درباره‌ی مسایل مرتبط به مصرف مواد به دست می‌دهد.

فرآیند/فعالیت‌ها: کار این سرویس تحویل رایگان سوزن‌وسرنگ استریل، سواب‌های الکلی، کاندوم و روان‌سازهای آب‌بنیاد، زباله‌خردکن‌های تیز، و مطالب آموزشی است (منابع مالی را دولت تأمین می‌کند). آب پاکیزه نیز به بهایی اندک موجود است.

نتیجه/دستاوردها: ترنینگ‌پوینت در سیزده سال گذشته بی‌وقفه به کار خود ادامه داده است. نظارت بر برنامه نشان می‌دهد که سالانه بیش از ۱۲۰ هزار سوزن و سرنگ به مراجعان (۱۴ هزار مراجعه به مرکز) تحویل می‌شود. در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۳ در استرالیا، سرایت اچ‌آی‌وی از کسانی که در «برنامه‌های سوزن و سرنگ» حضور دارند ۱٪ بود. در یکی از پیمایش‌های ترنینگ‌پوینت درباره مراجعان به «برنامه‌ی سوزن و سرنگ» (که در طول ماه فوریه در ۲۰۰۶ صورت گرفت) موارد زیر برجسته شد:

جنس: ۷۳٪ مرد

سن: ۷۳٪ ۲۱ تا ۳۵ ساله (۲٪ زیر ۱۸ سال)

تازه‌وارد: ۵٪

استفاده اخیر مراجعان از سوزن مشترک: ۲/۴٪

اثر بخشی خدمات سوزن و سرنگ در سراسر استرالیا به اثبات رسیده است (ریتر و کامرون ۲۰۰۵). میزان عفونت اچ‌آی‌وی در میان جامعه‌ی مصرف‌کنندگان تزریقی در استرالیا بسیار پایین است. سرمایه‌گذاری استرالیا در «برنامه‌های سوزن و سرنگ» به پیشگیری نزدیک به ۲۵ هزار مورد اچ‌آی‌وی و ۲۱ هزار مورد هپاتیت C در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد انجامیده است. صرفه‌جوئی نظام بهداشتی در بی‌نیازی از هزینه‌های درمان مادام‌العمر ۲/۴ تا ۷/۷ بیلیون دلار برآورد می‌شود.

منبع:

Commonwealth of Australia. 2002. Return on investment in needle and syringe programs in Australia, Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.

مشخصات تماس:

Turning Point Alcohol and Drug Centre

54-62 Gertrude St Fitzroy

Melbourne, Victoria

Australia, 3065

Ph: +61 3 8413 8413

Contact person: Melissa Reed. E: Melissar@turningpoint.org.au

Website: www.turningpoint.org.au

«برنامه‌ی سوزن و سرنگ»، جمهوری مردمی بنگلادش

کشور: بنگلادش

نام پروژه: پروژه‌ی شاکتی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، سازمان CARE بنگلادش (پروژه شاکتی)

سازمان مسئول: سازمان CARE بنگلادش

سال شروع: ۱۹۹۸

سابقه: میزان سرایت اچ‌آی‌وی در بنگلادش بسیار پایین‌تر از دیگر کشورهای جنوب آسیا است. در پایان سال ۲۰۰۳، شمار کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند در بنگلادش ۲۵۰۰ تا ۱۵۰۰۰ نفر تخمین زده شد. شمار مصرف‌کنندگان مواد ۱۰۰۰ تا ۱۰۰ تا ۱/۷ میلیون نفر برآورد می‌شود که ۲۰ تا ۲۵ هزار تن از آنان را مصرف‌کنندگان تزریقی مواد تشکیل می‌دهند.

سه «برنامه‌ی سوزن و سرنگ» و طرح‌های وابسته به آن‌ها در بنگلادش وجود دارد که همگی با همت و بودجه‌ی سازمان CARE بنگلادش، و چند برنامه‌ی درمان وابستگی به مواد، راه‌اندازی شده‌اند.

داکا با جمعیتی ۱۲ میلیونی پایتخت بنگلادش است. شمار مصرف‌کنندگان تزریقی در این شهر ۷۶۵۰ نفر تخمین زده می‌شود. پیمایش‌های منظم رفتاری نظام مراقبت تعداد افراد اچ‌آی‌وی مثبت میان مصرف‌کنندگان تزریقی را اندک تشخیص داده است. پروژه‌ی شاکتی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد (پروژه‌ی شاکتی)، متعلق به سازمان CARE بنگلادش، در مه ۱۹۹۸ در داکا به راه افتاد. پیش از شروع پروژه، ارزیابی سریعی از موقعیت به عمل آمد که بر مبنای آن تخمین زده شد نزدیک به ۷۶۵۰ مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد در داکا وجود دارد. نتایج دیگر از این قرار بود:

- مواد دلخواه برای مصرف‌کنندگان تزریقی، بوپرتورفین تزریقی بود و دیگر داروهای تجویز شده مانند دیزپام، پرومتازون و فنرامین که همراه بوپرتورفین به کار می‌روند.
 - بیش از ۸۰٪ از مصرف‌کنندگان تزریقی از سوزن و سرنگ مشترک استفاده کرده بودند، ۹۰٪ وسایل تزریقی مشترک دیگر به کار برده بودند، ۳۰٪ بی‌خانمان بودند، ۴۶٪ تحصیلاتی نداشتند، ۸۴٪ سابقه‌ی دستگیری و ۶۶٪ سابقه‌ی زندان داشتند. کادر پروژه‌ی شاکتی با همکاری راهنماها که مصرف‌کنندگان واقعی مواد بودند، و دیگر خبرچین‌های عمده، با بازدیدهای میدانی و مشاهدات خود ۴۲ محل تزریق مواد در سطح شهر کشف کردند، که برخی از آن‌ها مراکز فروش مواد نیز بود. پروژه کار خود را با آموزش ۱۲ نفر از مصرف‌کنندگان تزریقی فعال در مقام امدادرسانان همسان آغاز کرد. کارآموزی پنج‌روزه شامل موضوع‌های متنوعی بود از جمله:
 - آموزش دادن به دیگر مصرف‌کنندگان تزریقی درباره‌ی عفونت‌های آمیزشی، اچ‌آی‌وی، و مسایل مرتبط با مواد
 - عرضه خدمات بهداشتی در مورد آبنسه و عفونت‌های آمیزشی، تعویض سوزن و سرنگ، و توزیع کاندوم
- نخستین مرکز گذری در آوریل و مه ۱۹۹۸ راه‌اندازی شد. تا ژوئن ۱۹۹۸ امدادرسانان همسان به ۱۵۰ مصرف‌کننده‌ی تزریقی دسترسی یافته و ۱۷۵۳ سوزن و سرنگ توزیع کرده بودند. تا ژوئن ۱۹۹۹ میانگین دسترسی روزانه به مصرف‌کنندگان تزریقی ۱۹۴۵ نفر و برخی روزها بیش از ۲۲۰۰ نفر بود. شش مرکز گذری دیگر نیز به راه افتاد. ۲۶ امدادرسان همسان و ۲۰ داروفروش آموزش‌دیده، و ۱۶۰ مربی همگن/همسان داوطلب وجود داشت. وسعت این برنامه در نهایت به ۱۱ مرکز گذری و ۵۰ امدادرسان همسان رسید.
- در داکا، ۱۱ مرکز گذری وجود دارند که به مصرف‌کنندگان تزریقی خدمات پیشگیری از اچ‌آی‌وی، تشخیص و درمان در مورد عفونت‌های آمیزشی و مراقبت اولیه‌ی بهداشتی، بیش‌تر درمورد درمان آبنسه، عرضه می‌کنند. افزون بر آن، مراکز گذری به صورت پایگاهی برای کارآموزی امدادرسانان و مربیان همسان، و برای آموزش گروهی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به کار می‌روند؛ درمان‌جویان را به خدمات دیگر مانند کلینیک‌ها برای مشکلاتی که رسیدگی پزشکی جدی‌تری نیاز دارد، آزمایش اچ‌آی‌وی، یا درمان مواد ارجاع می‌دهند؛ و مکانی مطمئن برای وقت‌گذرانی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به حساب می‌آیند.
- سازمان CARE، با بهره‌گیری از تجربه‌ی داکا، برنامه‌های مشابهی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در راج‌شاهی در شمال‌غربی بنگلادش در مه ۱۹۹۹، در چاپای نوآب‌گنج در مارس ۲۰۰۱ و در چار نارنددر در فوریه ۲۰۰۲ راه‌اندازی کرد.
- «برنامه‌های سوزن و سرنگ» در مراکز گذری مستقر نشدند، زیرا مشاوره‌های عمومی از نگرانی همسایگان خبر داد که مبادا این برنامه‌ها مراکز گذری را به محل تزریق مواد تبدیل کنند. به‌جای آن، ارائه‌ی این خدمات بر عهده امدادرسانان همگن/همسان گذاشته شد که از مراکز گذری به عنوان پایگاه گردآوری منابع امدادرسانی، برگزاری جلسات امدادرسانان، تکمیل فرم‌های پایش و غیره، و نگهداری تجهیزات مصرف‌شده بهره می‌گیرند. تجهیزات مصرف‌شده، نزدیک به ۲۵ تا ۳۰ هزار سوزن و سرنگ، هر ماه از تمامی مراکز گذری جمع‌آوری و به یکی از تأسیسات تحقیقات پزشکی انتقال می‌یابند تا در دستگاه زباله‌سوز پزشکی سوزانده شوند. با زیرپا گذاشتن شهر و مصاحبه با مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، افزون بر ۴۲ محل شناسائی‌شده‌ی پیشین، ۳۰ محل دیگر برای فروش و مصرف تزریقی مواد کشف شد؛ تمامی این مکان‌ها تحت پوشش امدادرسانی قرار دارند.
- میزان دسترسی «برنامه‌های سوزن و سرنگ» به مصرف‌کنندگان تزریقی نزدیک به ۳۰۰۰ نفر در ۱۹۹۸، ۸۰۰۰ نفر در ۱۹۹۹،

و ۹۶۳۰ نفر در سال ۲۰۰۰ بود که از آن پس چندان افزایشی نشان نداده است. نزدیک به ۷۰ تن از این مصرف‌کنندگان تزریقی (۸٪) زن هستند.

بنا بر گزارش سازمان BODAR، از ژانویه ۲۰۰۰ تا نوامبر ۲۰۰۲ نزدیک به ۱۲۰ مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد در کمپ‌های سم‌زدایی درمان شده بودند. بیمارستان درمان اعتیاد می‌تواند سالانه ۱۰۲۰ نفر دیگر را درمان کند؛ اما، این بیمارستان به همهی افراد وابسته، از جمله معتادان به هروئین و الکل‌ها، خدمات می‌دهد. شمار مصرف‌کنندگان تزریقی درمان‌شده در این بیمارستان معلوم نیست.

منبع: این نمونه‌پژوهی برگرفته از منبع زیر است:

Burrows, D (2006) *High Coverage Sites: HIV Prevention Among Injecting Drug Users in Transitional & Developing Countries*. UNAIDS Best Practice Collection.

ارزیابی: برای تعیین اثر «برنامه‌ی سوزن و سرنگ» در داکا، یک پروژه‌ی تحقیقاتی به اجرا درآمد. داده‌های نظام ملی نظارت بر رواج سرمی‌اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی (۲۰۰۲-۲۰۰۰) با استفاده از شیوه‌ی مدل‌سازی ریاضی برون‌یابی شد. این مدل پیش‌بینی کرد که مداخله‌گری می‌تواند وقوع اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد را ۹۰٪ کاهش داده باشد (۹۴-۷۴٪ CI ۹۵٪). که نتیجه‌ی آن رسیدن سرایت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی به ۱۰٪ (۱۹-۴٪ CI ۹۵٪) پس از ۸ سال مداخله‌گری است. به جای ۴۲٪ (۴۷-۳٪ CI ۹۵٪) که رخ می‌داد اگر مداخله‌گری در کار نبود.

نویسندگان نتیجه گرفتند که این تحلیل امکان سرایت سریع اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در داکا را به‌روشنی نشان می‌دهد، و نظر دادند که مداخله‌گری می‌تواند سرایت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد را به‌شدت کاهش داده باشد. تأمین بودجه‌ی پایدار و گسترده‌تر برای مداخله‌گری در داکا و دیگر مناطق بنگلادش برای پایین نگه داشتن سرایت اچ‌آی‌وی ضروری است.

منبع:

Foss, A, Watts, C, Vickerman, P, Azim, T, Guinness, L, Ahmed, M, Rodericks, A and Jana, S., (2007) Could the CARE-SHAKTI intervention for injecting drug users be maintaining the low HIV prevalence in Dhaka, Bangladesh? *Addiction* 102 (1), 114-125.

مشخصات تماس:

Care-Bangladesh
Md. Ruhul Motin
Media Support Officer-External Relations
10th Floor, RPR Centre
20-21 Kawran Bazar, Dhaka-1215, Bangladesh
Phone: 88-02- 9112-315, 8114-207, Ext-279
88-02-9111-948 (Direct)
E-mail- motin@carebangladesh.org

امداد رسانی خدمات و اطلاعات مرتبط با سلامتی را به جمعیت‌های هدفی عرضه می‌کند که در غیر این صورت ممکن است به دلیل انزوای جغرافیایی یا بی‌اعتمادی به خدمات رسمی یا متخصصان پزشکی از آن محروم بمانند. امداد رسانی از مؤلفه‌های ضروری پیشگیری و مداخله‌ی زودهنگام برای آن دسته از مصرف‌کنندگان مواد است که تحت درمان نیستند و در معرض خطر اچ‌آی‌وی و دیگر بیماری‌های واگیردار قرار دارند.

طیف گسترده‌ی سازمان‌های خدماتی راهبردهایی ابتکاری برای امداد رسانی پدید آورده‌اند تا افراد محروم از خدمات را جذب کنند و تحت پوشش نگه دارند. برنامه‌های امداد رسانی شامل سر زدن به خانه‌ها، امداد رسانی در خیابان و سرویس‌های سیار (مثلاً کاروان یا اتوبوس) است. خدمات امداد رسانی می‌تواند برای جمعیت‌هایی ویژه مانند زنان و نوجوانان، اقلیت‌های نژادی و قومی و زندانیان آزاد شده از بند سودمند باشد. بسیار مهم است که برنامه‌های امدادی به گونه‌ای طرح‌ریزی شوند که افراد را به دلخواه و در بستر فرهنگی خودشان جذب و درگیر کنند.

در «اتحادیه اروپا»، برای امداد رسانی در زمینه‌ی مواد چهار هدف کلی در سطح سیاست‌گذاری‌های ملی تعیین شده است:

- شناسایی و برقراری تماس با جمعیت‌های پنهان؛
- ارجاع اعضای این جمعیت‌ها به خدمات مراقبتی موجود؛
- راه‌اندازی فعالیت‌هایی با هدف پیشگیری و کاهش تقاضا؛ و
- ترویج راه‌های ایمن‌تر برای رابطه جنسی و مصرف مواد

چند کشور مورد دیگری را نیز به سیاست ملی افزودند: شناسایی نیازها و تصوراتی که مصرف‌کنندگان مواد از خدمات مراقبتی موجود در زمینه‌ی مواد دارند، و بازخورد این اطلاعات به آن مراکز خدماتی. این نقش تازه‌ی امداد رسانی می‌تواند اثربخشی و هماهنگی مراکز خدمات مراقبتی را از کسانی که به مواد وابستگی دارند، به میزانی چشمگیر بالا ببرد.

کاهش آسیب و مرحله‌های الگوی تغییر برای تغییر رفتار دو چارچوب نظری مورد استفاده در چندین طرح است که بر پایه‌ی این رویکرد امداد رسانی درمانجو-مدار بنا شده‌اند. به استناد وسترمه‌یر (۱۹۹۹) تعریفی برای کاهش آسیب از این قرار است:

سلامت و بهداشت فرد مهم‌ترین هدف است؛ اگر افراد در این‌زمان مایل یا قادر به تغییر رفتار وابسته‌ی خود نباشند، نباید از خدمات محروم شوند. باید اقداماتی صورت گیرد که آسیب عادت‌های آنان تا حد ممکن کاهش یابد (ص ۱).

تأمین کمک‌امدادی مؤثر باید بر پایه‌ی تصدیق و پذیرش این اصل باشد که برخی افراد آمادگی دست برداشتن از رفتار پُرخطر را ندارند. برقراری ارتباط با دیگر شیوه‌های کمک‌رسانی می‌تواند آسیب را کاهش دهد و راه را برای مداخله‌ی بیشتر باز کند.

الگوی فرانظری (پروچاسکا، ۱۹۹۷) فرض را بر این می‌گذارد که تغییر رفتار بهداشتی مستلزم گذر از شش مرحله‌ی تغییر است: پیش‌مراقبه، مراقبه، آماده‌سازی، اقدام، نگهداری، و خاتمه. ده فرآیند تغییر شناسائی شده‌اند که این گذر را همراه با تعادل در تصمیم‌گیری، خودکارائی و وسوسه‌ها به وجود می‌آورند. یکی از چشمگیرترین نتایجی که تاکنون برای برنامه‌های سازگار با مرحله به دست آمده شباهت موجود میان مشارکت‌کنندگانی است که به‌شکلی واکنشی از میان کسانی ثبت‌نام شدند که برای کمک به ما مراجعه کردند، و مشارکت‌کنندگانی که کنش‌گرانه از میان کسانی ثبت‌نام شدند که ما برای امداد به سراغ‌شان رفتیم. این الگو به‌ویژه زمانی کارساز است که برنامه‌های امدادسانی به مصرف‌کنندگان فعال طراحی می‌شوند.

بنا بر یافته‌های کورف و دیگران (۱۹۹۹):

امدادسانی در حوزه‌ی مواد روشی مبتکرانه است که متخصصان و داوطلبان آموزش‌دیده یا همسان‌ها برای برقراری ارتباط با مصرف‌کنندگان مواد به کار می‌گیرند. اهداف آن دادن اطلاعات به این افراد درباره خطرات مرتبط با مصرف مواد، پشتیبانی از آنان در کاهش یا حذف چنین خطرانی، و/یا کمک به آنان در بهسازی موقعیت جسمی و روانی اجتماعی خود به شیوه‌های فردی یا جمعی است (ص ۸۵).

بانینگ (۱۹۹۳) دیدگاهی مشابه دارد و امدادسانی به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد را شامل این وظایف می‌داند: دسترسی به افراد محروم از دسترسی؛ یاری مصرف‌کنندگان مواد در پرهیز از خطرات مهم برای سلامتی؛ و برقراری ارتباط افراد با دیگر سازمان‌ها. امدادسازان باید از این توانایی نیز برخوردار باشند که اطلاعات مربوط به الگوهای مصرف، شیوع و رفتار پُرخطر مرتبط با ایدز را در اختیار سازمان و سیاست‌گذاران خود قرار دهند.

مرور نوشتارگان

- انبوه شواهد محکم نشان می‌دهد که مداخله‌های امدادمحور در این زمینه‌ها مؤثر واقع شده‌اند: دستیابی به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که تحت درمان نیستند، فراهم آوردن امکانات برای تغییر رفتار، و القای تغییر در جهت مطلوب. یافته‌ها گواه مطمئنی به دست می‌دهند از این که مشارکت در برنامه‌های پیشگیری امدادمحور می‌تواند به کاهش میزان بروز اچ‌آی‌وی در میان مشارکت‌کنندگان در برنامه منتهی شود (Coyle, Needle et al., 1998).
- یک بررسی در فیلادلفیای آمریکا که یکی از برنامه‌های پیشگیری اچ‌آی‌وی برای جمعیت زنان را کندوکاو می‌کرد، به بررسی شاخص‌های دسترسی به رسانه‌های چاپی و دسترسی به امداد در محل پرداخت. در این مطالعه رابطه‌ی میان در معرض مداخله بودن و رفتار استفاده از کاندوم ارزیابی شد. نتایج نشان دادند که دسترسی کارزار رسانه‌های چاپی به زنان از همه بیشتر است. البته زنانی که بیش از همه در معرض خطر بودند چندان در دسترس رسانه‌های چاپی قرار نداشتند، و بیشتر در حوزه‌ی دسترسی امدادسانی بودند. یکی از یافته‌های مهم تحلیل این بود که امدادسانی موفق به ارتباط با بخش متفاوتی از جمعیت هدف شد و اثرات این دسترسی بر رفتار مصرف‌کنندگان در آن بخش از جمعیت هدف متفاوت بود (Walls et al., 1995).

■ بررسی دیگری در دنور، کلرادو، در آمریکا، به تأثیر کار امدادرسنان بر بودجه‌ی نظام‌ها و سیاست‌های مراقبت بهداشتی پرداخت. با بهره‌گیری از طرح اندازه‌گیری‌های مکرر درازمدت، بازگشت سرمایه‌ی امدادرسانی که کارکنانی در استخدام شرکت صداهای جامعه‌ی بهداشتی دنور انجام دادند ارزیابی شد. داده‌ها شواهدی حاکی از نقش اقتصادی امدادرسنان در کل نظام ایمنی جامعه به دست داد و به سیاست‌گذاری در زمینه‌ی پایدار ماندن برنامه کمک کرد (Whitley, 2006).

■ مورس، کلسین و دیگران (۱۹۹۶) الگویی برای امدادرسانی را شرح می‌دهند بر مبنای پیش‌بینی ایجاد رابطه‌ی اطمینان‌بخش و معنادار میان امدادرسنان و جمعیت هدف. آنان پنج وظیفه‌ی معمول نهفته در این الگوی امدادرسانی را برمی‌شمارند (برقراری تماس و اعتمادپذیری، شناسایی افراد بیمار روانی، جذب درمانجویان، طرح‌ریزی ارزیابی و درمان، و تأمین خدمات جاری). دیگر مسایل مورد بحث عبارتند از پاسخ به نیازهای وابستگی و تشویق به استقلال، محدودیت‌گذاری ضمن حفظ انعطاف، و مقاومت در برابر گزینه‌های درمان و خدمات پیگیرانه. هرچند این مقاله درباره‌ی امدادرسانی به جمعیت بیمار روانی بی‌خانمان بود، می‌تواند برای جمعیت معتادان مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی نیز کاربرد داشته باشد.

اصول ناظر بر روش‌های مطلوب

- امدادرسنان برای مؤثر بودن باید از توانایی‌های زیر برخوردار باشند:
 - شناخت فلسفه‌ی امدادرسانی از دیدگاهی نظری و عملی؛
 - درک معنای وابستگی به مواد؛
 - درک معنای بیماری و تندرستی در زمینه‌ی مصرف مواد، به‌ویژه از نظر ارتباطی که با مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، اچ‌آی‌وی، هپاتیت و عفونت‌های واگیردار جنسی دارد؛
 - درکی از شیوه‌ی جذب جمعیت‌هایی که دسترسی به آن‌ها دشوار است؛
 - درکی از معنای راهبردهای مناسب برای مداخله؛
 - امکانات برای حمایت از درمانجو؛ و
 - درکی از شیوه‌ی حمایت از خود (افرادی که خدمات امدادی و آموزشی در محل عرضه می‌کنند).
- هدف راهبردهای امدادرسانی باید دسترسی و جذب افراد به‌دلخواه خودشان، مطابق با فرهنگ‌شان و در محیط معمول خودشان باشد.
- کاهش آسیب و مراحل الگوی تغییر برای تغییر رفتار دو مدل نظری است که روش‌های مناسب امدادرسانی را ترویج می‌کند.
- توجه به این نکته مهم است که تأمین کمک و اطلاعاتی که در رفع نیازهای فوری افراد مانند تغذیه و مسکن مؤثر اند، مقدم بر رسیدگی به نیازهای بهداشتی آنان است.

■ از داده‌های امدادرسانی باید برای کمک به سیاست‌گذاری و شناسایی نیازهای مصرف‌کنندگان مواد اچ‌آی‌وی مثبت و تصور آن‌ها از سرویس‌های مراقبتی موجود بهره‌گیری کرد، و این اطلاعات را به صورت بازخورد به آن سرویس‌ها انتقال داد.

نتیجه‌گیری

راهبردهای امدادی برای دسترسی به افراد مصرف‌کننده‌ی مواد که در معرض خطر اچ‌آی‌وی قرار دارند باید بخشی از مجموعه‌ی پیوسته‌ی مراقبت از جامعه باشد. امدادسازان باید آموزش ببینند و تحت نظارت قرار گیرند، و بیش‌ترین اثربخشی را زمانی دارند که از درون جامعه‌ی برخورداران که می‌خواهند به آن خدمت کنند. نیازهای اولیه‌ی هر فرد اغلب باید پیش از نیازهای بهداشتی برطرف شوند. راهبردهای کاهش آسیب همراه با مراحل الگوی تغییر در برنامه‌های امدادرسانی کارآیی دارند. گردآوری داده‌های امدادرسانی باید گذشته از رفع نیازهای تأمین خدمات، به قصد اطلاع‌رسانی به سیاست‌گذاران درباره‌ی خدمات موجود باشد و حوزه‌های تازه‌ی که نیاز به رسیدگی دارند.

مثال‌هایی از نمونه‌های مطلوب

| دسترس‌ی به مصرف‌کنندگان جوان تزریقی مواد با امدادرسانی و پشتیبانی همگان |
|---|
| <p>کشور: فدراسیون روسیه</p> <p>نام پروژه: کاهش آسیب - مسکو: دسترسی به مصرف‌کنندگان جوان تزریقی مواد در جامعه و در بیمارستان‌ها با امدادرسانی و پشتیبانی هم‌سازان/همگان</p> <p>سال شروع: ۱۹۹۶</p> <p>سازمان مسئول: پزشکان بدون مرز با مین‌لاین (آمستردام) و با موسسه بهداشت عمومی و اعتیاد هلند، موسسه تریمبوس، اوترخت</p> <p>سابقه: در سال ۱۹۹۶، که این پروژه راه‌اندازی شد، نخستین موارد عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در آمار رسمی بازتاب یافته بود. در سال ۱۹۹۵ سه مورد گزارش شده بود، اما گزارش سال ۱۹۹۶ از ۶۶۶ مورد خبر داد. تا نوامبر ۱۹۹۶ شمار موارد شناسایی‌شده‌ی اچ‌آی‌وی در میان جمعیت ۱۴۷ میلیونی روسیه ۲۰۱۵ نفر بود (UNAIDS و WHO، ۱۹۹۸، ص ۵). بر پایه‌ی بررسی‌های نظام نظارت بر بیماری‌های واگیردار، شمار بزرگسالان و کودکانی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کردند در پایان سال ۱۹۹۷ نزدیک به ۴۰ هزار نفر برآورد شد (UNAIDS و WHO، ۱۹۹۸) و دو سال بعد به ۱۳۰ هزار نفر رسید. (UNAIDS، ۲۰۰۰)</p> <p>این طرح یکی از نخستین طرح‌هایی بود که در فدراسیون روسیه برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به اجرا درآمد و طرحی انقلابی است از این نظر که بر پایه‌ی اصل بهره‌گیری از حمایت هم‌سازان استوار شده، که شامل آموزش پیشگیری از اچ‌آی‌وی برای مصرف‌کنندگان مواد است و این آموزش را مصرف‌کنندگان باتجربه و آموزش‌دیده ارائه می‌کنند که امدادرسانی را بر عهده دارند. این اصل به مصرف‌کنندگان مواد امکان داده است که نقشی تعیین‌کننده در فعالیت‌های طرح بازی کنند و سیاست‌های آن را از آغاز شکل دهند. برنامه‌های آموزش گروه هم‌سان و امدادرسانی تنها گزینه‌ی مناسب برای فدراسیون روسیه در سال ۱۹۹۶ بود، چون برنامه‌های تعویض سوزن یا نگهداری با متادون برای مصرف‌کنندگان ممنوع بود.</p> |

بودجه‌ی این کار را سازمان پزشکیان بدون مرز تأمین کرد. پروژه از ساختار اداری و لجستیکی دفتر پزشکیان بدون مرز هلند در مسکو بهره می‌گیرد.

اهداف: هدف کلی پروژه افزایش دانش درباره‌ی شیوه‌های انتقال ویروس اچ‌آی‌وی و پیشگیری از بیماری‌های عفونی میان جوانان مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد در مسکو بود (یعنی در رده‌ی سنی ۱۵ تا ۲۵ سال). هدف‌های جزئی طرح به این قرار بود:

- دسترسی به جوانان مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد با حمایت هم‌سانان و امدادسانی
- پخش اطلاعات و مطالب آموزشی میان این گروه
- بالابردن آگاهی نسبت به اچ‌آی‌وی و دیگر خطرات مرتبط با مواد و ایجاد انگیزه برای رفتار ایمن‌تر به مدد آموزش هم‌سانان

فرآیند/فعالیت‌ها: یک گروه امدادسان از میان مصرف‌کنندگان پیشین مواد ثبت‌نام شدند و بر اساس رهنمودهای European Peer Support Manual (Trautmann and Barendregt, 1994) آموزش دیدند. کارکنان طرح:

- در محل‌های اصلی معامله‌ی مواد در سطح شهر، و سپس در دو بیمارستان بزرگ مسکو، به امدادسانی پرداختند.
 - در بیمارستان‌های درمان اعتیاد برای درمان‌جویان هم‌اندیشی‌های اطلاعاتی برگزار کردند که تمامی موضوع‌های مرتبط با پیشگیری اچ‌آی‌وی را در بر می‌گرفت. قرارومداری رسمی میان بیمارستان‌ها و هماهنگ‌کننده‌ی طرح گذاشته شد.
 - با امدادسانی میان تن‌فروشان مسکو که مصرف‌کننده‌ی مواد بودند به توزیع مطالب آموزشی و کاندوم پرداختند و آنان را راهنمایی کردند.
 - مجموعه‌ی از بروشورها با اقتباس از تجربه‌های بین‌المللی تهیه کردند که با لوگوی «از خودت حمایت کن» منتشر شد. بروشورها به اچ‌آی‌وی، هپاتیت B و هپاتیت C، مراقبت از رگ‌ها، زیاده‌روی در مصرف مواد، مسایل قانونی، سم‌زدایی و درمان اعتیاد می‌پرداخت.
 - تماس‌هایی با متخصصان بهداشت در مسکو برقرار کردند که به پروژه امکان داد از نظرات کارشناسی آنان در تهیه مطالب آموزشی بهره بگیرد.
 - ماهی دو بار سمینارهای داخلی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد برگزار کردند، و مصرف‌کنندگان اچ‌آی‌وی مثبت از راهنمایی‌های گروه‌های هم‌سان و روان‌شناس طرح بهره‌مند شدند.
 - کار را مستند کردند و هر پیشرفت محلی تازه‌ی در مصرف مواد را به‌دقت زیر نظر گرفتند.
 - به دفاع از حقوق انسانی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد پرداختند و تجربه‌ی طرح را در رسانه‌های عمومی (مثلا مصاحبه با روزنامه‌های خارجی و مسکو و در تلویزیون) و در تماس‌های شخصی با مقامات دولتی و سیاست‌گذاران معرفی کردند.
- سازمان غیر دولتی مین‌لاین از راه ایمیل مشاوره‌ی دائمی عرضه می‌کرد، مثلا درباره‌ی شیوه‌ی انتخاب مکان‌های امدادسانی، مدیریت گروه‌های امدادسان و کار در گروه‌های مختلطی که از مصرف‌کنندگان تزریقی فعال، پیشین و مصرف‌کنندگان غیرتزریقی تشکیل می‌شد.

نتیجه/ برون‌داد: در سال ۱۹۹۷، که نخستین سال برنامه بود، امدادسانان دسترسی به حدود ۱۰ هزار نفر از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و توزیع ۲۰ هزار اعلامیه و کاندوم را گزارش کردند.

در سال‌های ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹، توجه بر آموزش عادت‌های تزریقی مطمئن‌تر و رفتار جنسی کم‌خطرتر با بهره‌گیری از همسان‌ها، و ارائه سخنرانی‌هایی درباره‌ی پیشگیری از اچ‌آی‌وی در بیمارستان‌های درمان اعتیاد متمرکز شد. در نتیجه، شمار دسترسی گروه به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به ۵۰ تا ۲۵۰ نفر در ماه رسید. در شش‌ماه‌هی نخست سال ۲۰۰۰، ۱۰۵۰ تماس تازه برقرار شد. میزان ارجاع به نهادهای پزشکی، برنامه‌های سم‌زدایی، مراکز بازپروری و تسهیلات آزمایش اچ‌آی‌وی، در مقایسه با شمار بالای تماس‌های برقرارشده با مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، چندان بالا نبود. این مسئله ناشی از کمبود خدمات بدون ذکر نام بیمار و نیز این واقعیت بود که بسیاری از مصرف‌کنندگان تزریقی از مراجعه به ساختارهای رسمی می‌ترسیدند زیرا نمی‌خواستند نام‌شان به عنوان مصرف‌کننده‌ی مواد ثبت شود. اخیراً، تسهیلات بیش‌تری برای آزمایش بدون ذکر نام بیمار در دسترس است.

برنامه‌ی کاهش آسیب- مسکو الگویی برای فعالیت‌های پیشگیری اچ‌آی‌وی در دیگر شهرها شد. اعلامیه‌های آگاهی‌دهنده‌ی آن نسخه‌برداری و تکثیر و پخش شده‌اند و تجربه‌ی طرح و کادر اجرایی آن اطلاعات ارزش‌مندی در اختیار کارگاه‌های آموزش عملی در سراسر فدراسیون روسیه می‌گذارد.

این برنامه با استقبال فراوان وزارت بهداشت و رسانه‌های عمومی روسیه روبرو شد، و به آگاهی و بحث درباره‌ی موضوع اچ‌آی‌وی و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، هم میان متخصصان و هم در میان عامه‌ی مردم، دامن زد.

ارزیابی: طرح به طور منظم مورد ارزش‌یابی‌های داخلی قرار می‌گرفت. سازمان مشاور آن، مین‌لاین، چهار بار در سال به ارزش‌یابی و پایش طرح در محل می‌پرداخت.

در سال‌های ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹، واگیرشناسان پزشکان بدون مرز دو پیمایش رفتاری میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در خیابان‌ها و بیمارستان‌های درمان اعتیاد انجام دادند. پیمایش سال ۱۹۹۸ دریافت که بیش‌تر مصرف‌کنندگان تزریقی هم‌چنان از تجهیزات مشترک برای تزریق استفاده می‌کنند، اما تازه‌ترین پیمایش تأیید کرد که مصرف‌کنندگان تزریقی نسبت به اچ‌آی‌وی هوشیار شده‌اند و میزان استفاده مشترک از وسایل کاهش یافته است. هم‌چنین، بر مبنای مشاهدات امداد‌رسانان، تلقی مصرف‌کنندگان مواد درباره‌ی استفاده‌ی مشترک رو به تغییر است و روزبه‌روز این کار را بیش‌تر رفتاری «شرم‌آور» می‌شمارند.

لازم است این تغییرات رفتاری پایش شود تا میزان تأثیری که این پروژه در تغییر رفتار داشته است، معلوم گردد.

چالش‌ها: قصد طرح این است که با ارائه‌ی آموزش ایدز به کمک گروه‌های هم‌سان و تشویق به رفتار مطمئن‌تر، نقشی در کاهش میزان سرایت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بازی کند. اما چون تنها دو برنامه در سطح شهری ۱۰ میلیونی وجود دارد که این طرح یکی از آن‌ها است، طبیعتاً میزان اثرش محدود است. کارکنان طرح این نظر را رواج دادند که اجرای برنامه‌ی جامع درباره‌ی پیشگیری از اچ‌آی‌وی در سطح کلان، شامل امداد‌رسانی گروه‌های هم‌سان، برای این شهر و به‌طور کلی برای فدراسیون روسیه ضروری است.

آموخته‌ها: مهم‌ترین درس آن بود که بدون مشارکت خود مصرف‌کننده‌ها تغییری دائمی در رفتارها و پیشگیری اثربخش اچ‌آی‌وی نمی‌تواند رخ دهد. بسیار مهم است که برنامه‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی بر مبنای اصل حمایت همسان‌ها اجرا شود که افراد جامعه‌ی مصرف‌کننده‌ی مواد را دخیل می‌سازد.

گروه پروژه دریافته است که حفظ ارتباط سازمان‌یافته و منظم میان برنامه‌های گوناگون پیشگیری از اچ‌آی‌وی که در یک شهر کار می‌کنند، میان شهرهای گوناگون و حتی میان کشورها، شامل بحث درباره موضوع‌های گوناگون، اهمیت فراوانی دارد.

بسیار مهم است که فعالیت‌های پیشگیرانه‌ی اچ‌آی‌وی، از طریق تبادل دائمی اطلاعات میان ساختارهای دولتی و سازمان‌های غیردولتی، با ساختارهای موجود مراقبت بهداشتی پیوند بخورند یا در آن‌ها گنجانده شوند. کسانی که با جمعیت مصرف‌کننده‌ی مواد کار می‌کنند باید مدافع خدمات مناسب برای مصرف‌کنندگان مواد باشند، جامعه‌ی بزرگ‌تر را از پیشرفت‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی باخبر سازند، از حقوق بشر حمایت کنند و به مقابله با آنگ زدن به این گروه هدف برخیزند.

مشخصات تماس:

Contact person: Alec Khachatryan, Information and Resource Manager

Address: Médecins sans Frontières—Holland

15-5 Chayanova Street

Moscow 125 267, Russian Federation

Telephone: + (7) (095) 250-6352, 933-2730

Facsimile: + (7) (095) 250-6352, 933-2730

Email: <mailto:infocenter@msfholru.org>

- Aggleton, P, Jenkins, P, Malcolm, A., (2005) HIV/AIDS and injecting drug use: Information, education and Communication. *International Journal of Drug Policy*, 19 (1), 21–30.
- Alling, F, (1992) Detoxification and treatment of acute sequelae. In: Lowinson, J.H., Ruiz, P., and Millman, R.B., eds. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- American Society of Addiction Medicine., (1998) *Guidelines for HIV Infection and AIDS in Addiction Treatment*. Chevy Chase, MD.
- American Society of Addiction Medicine. (2001) *Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders: ASAM PPC-2R*. 2nd ed. Revised. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
- Ashton, E, Vosvick, M, Chesney, M., (2005) Social Support and Maladaptive Coping as Predictors of the Change in Physical Health Symptoms Among Persons Living with HIV/AIDS; *AIDS Patient Care and STD's*, 19 (9), 587-598.
- Aszalos, R, McDuff, D.R, Weintraub, E, Montoya, I, and Schwartz, R., (1999) Engaging hospitalised heroin-dependent patients into substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1–2), 149–158.
- Australian National Council on Drugs., (2006) *Methamphetamines: Position Paper*, Canberra.
- Baker, T, Rogers, E, Sopory, P., (1992) *Designing health communication campaigns; What works?* Newbury Park, Sage.
- Ball, A, Beg, M, Doupe, A, Weiler, G., (2005) Evidence for Action: A critical tool for guiding policies and programmes for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*. 16(1), 1-6.
- Broadhead, R, Heckathron, D, O'Connor, P, Selwyn, P., Increasing active drug users' adherence to HIV therapeutics. *International Conference on AIDS 1998*, Jun 28-Jul 3; 12:588 (abstract no. 393/32336).
- Brugal, M, Domingo-Slavany, A, Puig, R, Barrio, G, Garcia de Olalla, P, and de la Fuente, L (2005) Evaluating the impact of methadone maintenance on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain, 100(7), 981-989
- Buning, E., (1993) Outreach work with drug abusers and overview, *The International Journal of Drug Policy*, 4 (2) <http://www.drugtext.org/library/articles/934203>
- Burns, L, Mattick, R, Lim, K, and Wallace, C., (2007) Methadone in pregnancy: treatment retention and neonatal outcomes. *Addiction* 102 (2), 264–270.
- Burrows, D., (2001) *A best practice model of harm reduction in the community and in prisons in the Russian Federation* (final project report). Washington/Moscow: World Bank.

- Centre for Substance Abuse Treatment. (1993). Screening for Infectious Diseases among Substance Abusers. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 6*. DHHS Publication No. (SMA) 95-3060. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Centre for Substance Abuse Treatment. (1995) Treatment for HIV-Infected Alcohol and Other Drug Abusers. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 15*. DHHS Pub. No. (SMA) 95-3038. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Centre for Substance Abuse Treatment. (1995) Detoxification from Alcohol and Other Drugs. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 19*. DHHS Publication No. (SMA) 95-3046. Rockville, MD: Centre for Substance Abuse Treatment.
- Centre for Substance Abuse Treatment. (2000) Substance Abuse Treatment for Persons with HIV/AIDS. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 37*. DHHS Publication No. (SMA) 00-3459. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Centre for Substance Abuse Treatment (2006) Detoxification and Substance Abuse Treatment. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 45*. DHHS Publication No. (SMA) 06-4131. Rockville, MD: Centre for Substance Abuse Treatment.
- Clare, G., (2003) Outreach Competencies: Minimum Standards for Conducting Outreach to Hard-to-Reach Populations. *Abstract Book 2003 National HIV Prevention Conference July 27 30 2003 Hyatt Regency Atlanta Hotel Atlanta Ga*. Abstract no. MP-068.
- Clarke, S, Keenan, E, Ryan, M, Barry, M, & Mulcahy, F., (2002) Directly Observed Antiretroviral Therapy for Injection Users with HIV Infection. *AIDS Reader*, 12(7), 312–316.
- Coyle SL, Needle RH, Normand J., (1998) Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health Report*. 113 (1), 19-30.
- Cross, J.E, Saunders, C.M, Bartelli, D., (1998) The effectiveness of educational and needle exchange programs: A meta-analysis of HIV prevention strategies for injecting drug users. *Quality and Quantity*, 32(2), 165-180.
- Daley, D, & Miller, J., (2001) *Addiction in your family: Helping yourself and your loved ones*. Holmes Beach, FL: Learning Publications.
- Dorn, N, & Murji, K., (1992). *Drug Prevention: A review of English language literature* (ISDD Research Monograph 5). London: ISDD.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., (1999) *Outreach work among drug users in Europe: Concepts, practice and terminology*, Final Report; <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=2896>
- Farrell, M, Gowing, L, Marsden, J, Ling, W and Ali, R., (2005). The effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*, (16S), S67- S75.

- Fisher, D and Ryan, R., (2003) The Effect of a Brief MI-related Intervention upon the High-Risk Sexual Practices of HIV+ Men; <http://motivationalinterview.org/clinical/HIVrisk.html>
- Flay, B. R., Burton, D., (2001) Effective mass communication strategies for health campaigns. In G.B. Hastings, M. Caraher, K. Aston, C. Rose (Eds). 2001. *Let's get real: Communicating with the public about drugs*. London: Anti-Drugs Coordinating Unit.
- Gaborone., (2001) Declaration on Community Based Home Care. <http://www.procaare.org/archive/procaare/200108/msg00005.php>
- Gerstein, D, Johnson, R, Harwood, H, Fountain, D, Suter, N, and Malloy, K., (1994) *Evaluating Recovery Services: The California Drug and Alcohol Treatment Assessment (CALDATA)*. Sacramento, CA: Department of Alcohol and Drug Programs. <http://www.adp.cahwnet/>
- Gowing, L, Proudfoot, H, Henry-Edwards, S and Teesson, M., (2001) *Evidence Supporting Treatment: The Effectiveness of Interventions for Illicit Drug Use*. Australian National Council on Drugs, Canberra.
- Grassly, N, Lowndes, C, Rhodes, T, Judd, A, Renton, A, and Garnett, G., (2003) Modeling emerging HIV epidemics: the role of injecting drug use and sexual transmission in the Russian Federation, China and India. *International Journal of Drug Policy*, 14, 25–43.
- Grella, C and Stein, J (2006), Impact of program services on treatment outcomes of patients with comorbid mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 57 (7), 1007 – 1015.
- Higginson, I., (1993) Palliative care: a review of past changes and future trends; *Oxford Journals, Journal of Public Health*, 15, 3-8.
- Kakko, J, Svanborg, K, (2003) One year retention and social function after Buprenorphine assisted relapse prevention for heroin treatment in Sweden: a randomised, placebo controlled trial, *Lancet*, 361(9358), 662-668.
- Kandall, S, Albin, S, Gartner, L, Lee, Kertesz, Horton, Friedmann, D, Saitz, R, and Samet, J., (2003) Slowing the revolving door: Stabilization programs reduce homeless persons' substance use after detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24 (3), 197–207.
- Korf, D, Riper, H, Freeman, M, Lewis, R, Grant, I, Jacob, E, Mouglin, M and Nilson, M., (1999) *Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology*. Lisbon: EMCDDA.
- Kreek, M., (2000) Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909, 186-216.
- Krupitski, E, Zvartau, E, Masalov, D, Tsoi, M, Burakov, A, Egorova, V, Didenko, T, Romanova, T, Ivanova, E, Bepalov, A, Verbitskaya, E, Neznanov, N. Grinenko, A, O'Brien, C, Woody, G, (2004), Naltrexone for heroin dependence treatment in St. Petersburg, Russia, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26,(4), 285-294.

- Lubeck, D, Fries, J., (1998) Social support, social functioning and health status in HIV positive men. *International Conference on AIDS*. Jun 28-Jul 3; 12:253 (abstract no. 14356)
- Macarthur Foundation., (1998) Network on Socioeconomic Status and Health: <http://www.macses.ucsf.edu/Default.htm>
- Mann, J., (1993) AIDS in the 1990s. Public lecture. Australia: Prince of Wales Hospital. Cited in D.Burrows, Peer education among injecting drug users. Sydney: Australian Federation of AIDS Organisations (Unpublished draft discussion paper).
- Mark, T, Dilonardo, J, Chalk, M, and Coffey, R., (2002) Substance Abuse Detoxification: Improvements Needed in Linkage to Treatment. DHHS Pub. No. (SMA) 02-3728. Rockville, MD: Centre for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Marsch, L, A., (1998) The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis. *Addiction*, (93), 515-53.
- Mattick, R, Breen, C, Kimber, J, & Davoli, M., (2002) Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence [Cochrane Review]. In *The Cochrane library* (Issue 4). Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.
- Mattick, R, and Hall, W., (1996) Are detoxification programs effective? *The Lancet*, (347)97–100.
- McCance-Katz, E, Moody, D, Morse, G, Friedland, G, Pade, P, Baker, J, Alvanzo, A, Smith, P, Ogundele, A, Jatlow, P and Rainey, P (2006), Interactions between buprenorphine and antiretrovirals, *Clinical Infectious Diseases*, 43 (4), S224-234.
- McCorry, F, Garnick, D, Bartlett, J, Cotter, F, and Chalk, M., (2000) Developing performance measures for alcohol and other drug services in managed care plans. Washington Circle Group. Joint Commission. *Journal on Quality Improvement*, 26(11), 633–643.
- McLellan, A, Arndt, I, Metzger, D, Woody, G and O'Brien, C (1993) The effects of psychological services in substance abuse services, *JAMA*, 269 (15).
- Mesquita F. Brazil., (2004) Giving IDUs access to HAART as a response to the HIV/AIDS epidemic. In: *Breaking Down Barriers. Lessons on Providing HIV treatment to IDUs*. New York, International Harm Reduction Development (IHRD), Open Society Institute.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Morse, G, Calsyn, R, Miller, J, Rosenberg, P, West, L, and Gilliland, J., (1996) Outreach to homeless mentally ill people: Conceptual and clinical considerations. *Community Mental Health Journal*, (32), 261-274.

- Muga, R, Langhor, K, Tor, J, Sanvisens, A, Serra, I, Rey-Joly, C and Munoz, A (2007) Survival of HIV-infected injection drug users in the highly active antiretroviral therapy era, relative to sex and age-specific survival of HIV-uninfected IDUs, *Clinical Infectious Diseases*, 45, 370-376.
- National Association of Social Workers., (2004) Social Work Services in Nursing Homes: Toward Quality Psychosocial Care
<http://www.socialworkers.org/research/naswresearch/0605psychosocial/default.asp>
- National Institute of Drug Abuse (NIDA)., (1999) Principles of Drug Addiction Treatment. NIH Publication NO. 99 4180. NIDA., (2000) A Manual To Reduce the Risk of HIV and Other Blood-Borne Infections in Drug Users; <http://www.nida.nih.gov/PDF/CBOM/Manual.pdf>
- Onken, L, Blaine, J, and Boren, J., (1997) Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment. NIDA Research Monograph 165. NIH Publication No. 97-4142. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Perry, C, Kelder, S, Murray, D, Klepp, K., (1992) Community-wide smoking prevention: Long-term outcomes of the Minnesota heart health program and the class of 1989 study. *American Journal of Public Health*, 82, 1210-16.
- Pierce, J, MacAskill, P, and Hill, D. (1990) Long-term effectiveness of mass media led antismoking campaigns in Australia. *American Journal of Public Health*, 80, 565-569.
- Plankey, M, Ostrow, D, Stall, R, Cox, C, Li, Xiuhong, Peck, J and Jacobson, L (2006), 'The relationship of methamphetamine and popper use with HIV seroconversion among MSM in the multicenter AIDS cohort study (MACS)', XVI International AIDS Conference, abstract THPE712.
- Prendergast, M.L., Urada, D., Podus, D. (2001). Meta-analysis of HIV risk reduction interventions within drug abuse treatment programs. *Journal of Counselling & Clinical Psychology*, 69(3), 389-405.
- Prochaska, J, and Velicer, W., (1997) The transtheoretical model of behaviour change. *American Journal of Health Promotion*. 12(1), 38-48.
- Rhodes, T and Simic, M., (2005) Transition and the risk environment. *British Medical Journal*, 331, 220 – 223.
- Ritter, A and Cameron, J., (2005) Monograph 06: A systematic review of harm reduction. DPMP Monograph Series. Fitzroy, Turning Point Alcohol and Drug Centre Rollnick, S, & Miller, R., (1995) What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Sambamoorthi, U, Warner, L, Crystal, S, and Walkup J., (2000) Drug abuse, methadone treatment and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*, (60) 77–89.
- Seeman, T., (1998) Psychosocial working group; John D. and Catherine T MacArthur Foundation; 1998, <http://www.macses.ucsf.edu/Research/psychosocial/notebook/socsupp.html>

- Sorensen, J, & Copeland, A., (2000) Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug & Alcohol Dependence*, 59(1), 17-31.
- Stajduhar, K and Davies, B., (1998) Palliative care at home: reflections on HIV/AIDS family care giving experiences. *Journal of Palliative Care*, summer; 14(2), 14-22.
- Torrens, M, San, L, Martinez, A, Castillo, C, Domingo-Salvany, A and Alonso, J., (1997) Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92, 707 – 716.
- Trafton, J, Minkel, J and Humphreys, J, (2006) Determining Effective Methadone Doses for Individual Opioid-Dependent Patients, *PLoS Med.* 3(3): e80. On-line publication <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?&pubmedid=16448216>
- UNAIDS (2007) Fact Sheet: Key Facts by Region, 2007 AIDS Epidemic Update. Geneva, Switzerland.
- UNAIDS (2007) Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support. Geneva, Switzerland.
- UNAIDS, (2007) AIDS Epidemic Update (2007) Geneva, Switzerland.
- UNESCO, (2007) Another Way to Learn: Case Studies, <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001518/151825e.pdf>
- Walls, CT, Lauby, J, Lavelle, K., (1998) Exposure to a community-level HIV prevention intervention: who gets the message, *Journal of Community Health*, 23(4), 281-99.
- Ward, J, Mattick, R, & Hall, W., (1998) The use of methadone during maintenance treatment: pharmacology, dosage and treatment outcome. In: Ward J, Mattick R and Hall W; eds., *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, Amsterdam Harwood Academic Publishers, 205-238.
- Walls, C, Bond, L, Lauby, J, and Semaan, S., (1995) A process evaluation of a community level HIV prevention project. HIV Infected Women Conference, Washington DC, Feb 22-24.
- Westermeyer, R., (1999) Reducing Harm: A Very Good Idea. <http://www.habitsmart.com/harm.html>
- Whitley, M, Everhart, M, and Wright, R., (2006) Measuring return on investment of outreach by community health workers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17 (1), 6-15.
- World Health Organisation. (1998) Definition of Palliative Care: Geneva, Switzerland. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- WHO/UNODC/UNAIDS. (2004) Reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment. Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief. Geneva,

Switzerland. <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependencetreatmenten.pdf>, (accessed 17 April 2006).

- Wodak, A, and Cooney, A., (2005) Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy*, 16S, S31 –S44.
- World Health Organisation., (2004) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. *Evidence For Action Technical Paper*, Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation., (2004) Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy brief*: Geneva, Switzerland.
- WHO/UNODC/UNAIDS., (2004) *Position Paper: Substitution Maintenance Therapy In The Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation. (2005) *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Antiretroviral therapy and injecting drug users: Evidence for Action Policy Brief*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation., (2005) Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users: *Evidence for Action Technical Paper*. Geneva, Switzerland.. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/en/drugdependencefinaldraft.pdf> (accessed 17 April 2006).
- World Health Organisation. (2006) *HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users. Clinical Protocol for the WHO European Region*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation., (2006) *Basic Principles for Treatment and Psychosocial Support of Drug Dependent People Living with HIV/AIDS*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation: Regional Offices for South East Asia and the Pacific. (2006) *HIV/AIDS Care and Treatment for People who Inject Drugs in Asia: A Guide for Essential practice (Unpublished draft report)*.
- Woody, G., (2003) Research on therapy of addictive disorders, *American Journal of Addiction*. 2003, 12 (2), 19-26.