

**پیشگیری، درمان، مراقبت و حمایت**

**در برابر اچ آی وی برای**

**مصرف کنندگان مواد مخدر محرک**

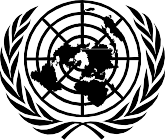
راهنمای فنی

**دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد  
وین**

**پیشگیری، درمان، مراقبت و حمایت   
در برابر اچ آی وی برای   
مصرف کنندگان مواد مخدر محرک**

راهنمای فنی

**راهنمای**



## UNITED NATIONS

Vienna, 2019

روش توصیه شده برای ذکر متن انگلیسی (اصلی) مجلد حاضر:

United Nations Office on Drugs and Crime. HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs. Technical Guide. UNODC; Vienna 2019.

کلیه حقوق برای دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد محفوظ است، 2019.

محتوای این مجلد الزاما حاوی نقطه نظرات دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد یا کشورهای عضو سازمانهای فوق نیست. توصیف و دسته بندی کشورها و سرزمینها در این مجلد و چیدمان مطالب بیانگر هیچ نقطه نظری از سوی دبیرخانه سازمان ملل متحد در خصوص جایگاه حقوقی هیچیک از کشورها، سرزمینها، شهرها یا مناطق و یا مقامات مسئول آنها و یا همچنین سرحدها یا مرزهای آنان یا نظام اقتصادی و میزان توسعه آنها نیستند.

تهیه و انتشار یافته به زبان انگلیسی در بخش انتشار و کتابخانه دفتر سازمان ملل متحد در وین.

ترجمه از متن انگلیسی: حمید مرعشی

**فهرست مطالب**

**سپاسنامه**

**واژه نامه**

**مقدمه**

**فصل 1 – مواد مخدر محرک، اچ آی وی و هپاتیت و جمعیتهای اصلی**

1-1 مواد مخدرمحرک

1-2 مصرف مواد مخدر محرک و خطر انتقال اچ آی وی / هپاتیت بی / هپاتیت سی

1-3 مصرف مواد مخدر محرک و خطر انتقال اچ آی وی میان جمعیتهای اصلی

1-4 تأثیر مجازات کیفری بر انتقال اچ آی وی میان جمعیتهای اصلی

**فصل 2 – مداخلات اصلی**

2-1 کاندوم، ژلهای روان کننده (لوبریکانت) و برنامه های آمیزش جنسی ایمن تر

2-2 برنامه های سوزن و سرنگ و سایر اقلام

2-3 خدمات آزمایش اچ آی وی

2-4 درمان آنتی رترووایرال

2-5 مداخلات روانی-اجتماعی شواهدمبنا و درمانهای وابستگی به مواد مخدر

2-6 پیشگیری، تشخیص و درمان عفونتهای ناقل از تماس جنسی، هپاتیت و سل

2-7 اطلاع رسانی، آموزش و اطلاعات هدفمند

2-8 بیش مصرفی و مدیریت و پیشگیری مسمومیت حاد

**فصل 3 – مراقبت و حمایت از افراد مصرف کننده مواد مخدر محرک**

3-1 حمایت از پایبندی به درمان آنتی رترووایرال

3-2 مراقبتهای سلامت جنسی و باروری

3-3 مراقبتهای سلامت روان

3-4 حمایتهای اجتماعی-اقتصادی

**فصل 4 – عوامل تعیین کننده ارتقای اثربخشی**

4-1 سیاستها و قوانین حمایتی

4-2 توانمندسازی اجتماع و مشارکت معنادار آن

4-3 پاسخ به انگ و تبعیض

4-4 جایگزینهای بازداشت و حبس

4-5 پیشگیری و پاسخ به خشونت

4-6 تعطیل کردن بازداشتگاههای مواد مخدر و مراکز توانبخشی اجباری

**فصل 5 – ملاحظات اجرایی**

5-1- تداخل مابین گروههای مصرف کننده مواد مخدر محرک و خطرات همپوشانی

5-2 آمیزش جنسی شیمیایی و پیشگیری از اچ آی وی

5-3 فعالیتهای یاری رسانی (شامل موارد مجازی)

5-4 مداخلات اجتماع محور

5-5 خدمات معطوف به جنسیت

5-6 جوانان مصرف کننده مواد مخدر محرک

**پیوست – فهرستهای موارد کاهش آسیب آچ آی وی برای افراد مصرف کننده مواد مخدرمحرک**

1. چک لیست برای سیاستگذاران و مدیران

2. اطلاعات برای افراد مصرف کننده مواد مخدر محرک (بدون استفاده از تزریق)

3. چک لیست اطلاعات برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک

4. چک لیست برای خودمراقبتی و مصرف مواد مخدر محرک

**مآخذ**

**سپاسنامه**

این راهنما توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد با همکاری نمایندگان افراد مصرف کننده مواد مخدر و کارشناسان بین المللی این حوزه تدوین شده است.

مارکوس دی (Marcus Day) و مت ساتول (Mat Southwell) هماهنگی تدوین این راهنما را تحت نظارت فابین هاریگا (Fabienne Hariga) کارشناس ارشد بخش اچ آی وی / ایدز دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم انجام دادند. سایر کارکنان دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم که کمکهای شایانی ارائه کردند عبارتند از: گیلبرتو گرا (Gilberto Gerra) رئیس شاخه سلامت و پیشگیری از مواد مخدر، مانیکا بگ (Monica Beg) رئیس بخش اچ آی وی / ایدز و هماهنگ کننده جهانی برای اچ آی وی / ایدز و مانیکا سیوپاگئا (Monica Ciupagea) کارشناس مصرف مواد مخدر و رابط اچ آی وی / ایدز و جامعه مدنی.

در فرایند نگارش این راهنما از مقاله تدوین شده توسط استیو شاپتا (Steve Shoptaw) عضو هیئت علمی گروههای پزشکی خانواده و علوم زیست رفتاری و روانپزشکی دانشگاه کالیفرنیا در لوس آنجلس استفاده شده است. علاوه بر این، راهنمای مذکور با استفاده از داده های علمی حاصله از بررسی جامع ادبیات تهیه شده توسط انا ویلیامز (Anna Williams) برای دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم و همچنین پیامدهای مشورت علمی 2016 آن سازمان در خصوص اچ آی وی و مواد مخدر محرک به روز سازی و غنی شده است. افراد مصرف کننده مواد مخدر با مشارکت معنادار خود نقشی اساسی را در تدوین و نگارش این راهنما ایفا کرده اند.

ما مراتب تقدیر خاص خود را از نگارندگان زیر اعلام می نماییم: لوچی یانو کولونا، مارکوس دی، برون گونزالز، ژان پل گروند، الستر هادسن، لورا لمون، راسل نیوکامب، شریل اوورز، لس پاپاس، شون شلی، ولنتین سیمی یونو، مت ساتول و پاسگال تنگوای.

Luciano Colonna, Marcus Day, Brun González, Jean-Paul Grund, Alastair Hudson, Laura LeMoon, Russell Newcombe, Cheryl Overs, Les Papas, Shaun Shelly, Valentin Simionov, Mat Southwell and Pascal Tanguay.

ما همچنین از افراد زیر که بازبینی را انجام دادند تشکر می نماییم: روت برگین، پیتر لنکن، لی هرتل، مارک کینزلی و جی لوی.

Ruth Birgin, Peter Blanken, Lee Hertel, Mark Kinzly and Jay Levy.

و همچنین افراد بازبینی کننده از سایر آژانسهای سازمان ملل متحد شامل: ورجینیا مک دانلد، فابیو مسکیتا و انت ورستر (سازمان جهانی بهداشت) و بویان کونستانتی نو (برنامه عمران سازمان ملل متحد).

Virginia MacDonald, Fabio Mesquita and Annette Verster (World Health Organization) and Boyan Konstantinov (United Nations Development Programme).

علاوه بر افراد فوق، از سایر کارشناسان که نقطه نظرات خود را از طریق مشورتهای مجازی ارائه کردند تشکر می نماییم:

**جورج آیالا** اقدام جهانی برای حقوق و سلامت مردان همجنسگرا، **گوین بارت** مدیر قسمت پزشکی اعتیاد مراقبتهای سلامت هنپین و دانشیار پزشکی دانشگاه مینسوتا ایالات متحده، **ادم بورن** دانشگاه لاترو استرالیا، **جیمی بریج** کنسرسیوم بین المللی سیاستگذاری مواد مخدر بریتانیا، **دنیل دایمل** مؤسسه تحقیقات پیشگیری و اعتیاد آلمان، دانشگاه کاتولیک علوم کاربردی وستفالیای راین شمالی، **دان دس جارلیس** دانشکده پزشکی ایکان در مانت ساینا، نیویورک ایالات متحده، **اندرو دوپ** مشاور حقوقی و اچ آی وی از استرالیا، **ایوانو جروم** از پارولس آتور دولاسنته گوآدلوپ (بورکینافاسو)، **آندر کاستلیک** مرکز درمان اعتیاد مواد مخدر، بیمارستان روانپزشکی دانشگاه لیوب لیانا و شبکه درمان اعتیاد آدریاتیک اروپای جنوب شرقی (اسلووانی)، **ایگور کودسنوک** بخش روانپزشکی دانشگاه کالیفرنیا در سن دیگو (ایالات متحده)، **شری لارکینز** برنامه یکپارچه سؤمصرف مواد دانشگاه کالیفرنیا در لوس آنجلس (ایالات متحده)، **نیکل لی،** دانشگاه کرتین و لبه 360 (استرالیا)، **هاوی لین**، دانشگاه مالزی، **هلنا ماریا مدایروس لیما**، دانشگاه کاتولیک پونتیفیک سائوپالو (برزیل)، **روت مورگن تامس**، شبکه جهانی پروژه های کار جنسی، **کوین مالوی**، سازمان خدمات سؤمصرف مواد و سلامت روان (ایالات متحده)، **کریس اوبر میر**، عضو هیئت علمی گروه سازمان عمومی فولبرایت وزارت بهداشت اوکراین، **امیلی رو**، سازمان بین المللی کاهش آسیب، **کیتی استون**، سازمان بین المللی کاهش آسیب، **لوکس ویزینگ**، مرکز پایش مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر اروپا.

**George Ayala**, MPact Global Action for Gay Men’s Health and Rights; **Gavin Bart**, Director, Division of Addiction Medicine, Hennepin Healthcare and Associate Professor of Medicine, University of Minnesota (United States); **Adam Bourne**, La Trobe University (Australia); **Jamie Bridge**, International Drug Policy Consortium (United Kingdom); **Daniel Deimel**, German Institute on Addiction and Prevention Research, Catholic University of Applied Science North-Rhine Westphalia (Germany); **Don Des Jarlais**, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York City (United States); **Andrew Doupe**, HIV and legal consultant (Australia); **Evanno Jerome**, Paroles Autour de la Santé, Guadeloupe (Burkina Faso); **Andrej Kastelic**, Centre for Treatment for Drug Addiction, Ljubljana University Psychiatric Hospital and South Eastern European Adriatic Addiction Treatment Network (Slovenia); **Igor Koutsenok**, Department of Psychiatry, University of California San Diego (United States); **Sherry Larkins**, Integrated Substance Abuse Program, University of California Los Angeles (United States); **Nicole Lee**, Curtin University and 360Edge (Australia); **Howie Lim**, University of Malaysia (Malaysia); **Helena Maria Medeiros Lima**, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Brazil); **Ruth Morgan Thomas**, Global Network of Sex Work Projects; **Kevin Mulvey**, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (United States); **Chris Obermeyer**, Fulbright Public Policy Fellow, Ministry of Health of Ukraine (Ukraine); **Emily Rowe**, Harm Reduction International; **Katie Stone**, Harm Reduction International; **Lucas Wiessing**, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

ما همچنین قدردان کارشناسان ذیل هستیم که در مشورتهای سه کشور شرکت داشته اند:

**شهر هوشیمین کشور ویتنام، 5 و 6 دسامبر 2017 (16 و 17 آذر 1396):**

**بین دوئونگ، دکتر بوئی مینه خا**، مرکز استانی ایدز باریا در وونگ تائو، **دکتر بوئی مینه حین**، اف اچ آی 360، **پروفسور بوئی تون حین**، دانشگاه کار و امور اجتماعی، **دکتر کائو کیم توآ**، سازمان کنترل ایدز ویتنام، **کائو تان تانه** شبکه افراد مصرف کننده مواد مخدر ویتنام، **دانگ کوئوک فونگ**، شبکه مردان مردآمیز ویتنام، **پروفسور دکتر دوونگ دوان**، دانشگاه پزشکی و داروسازی شهر هوشیمین، **دکتر هوآنگ دینه کانه**، سازمان کنترل ایدز ویتنام، **دکتر هوینه تانه حین**، بیمارستان سلامت روان شهر هوشیمین، **لاتی هونگ لان**، دای هوک ای دواک شهر هوشیمین، **لای فوئوک تانه هوی**، مرکز استانی ایدز هوشیمین، **له هواینه تای کام هونگ**، دانشگاه پزشکی و داروسازی شهر هوشیمین، **له تانه، جی لینک، له تای بیچ خوین،** شبکه کارگران جنسی ویتنام، **مای انهوسون**، سی بی او خوان هوب-دونگ نای، **مای تای هوآیی سون**، مرکز استانی ایدز در هوشیمین، **انگوین آنه انگوک**، چیلینک (مردان مردآمیز)، **انگوین کونگ هائو**، مرکز ارتقای کیفیت زندگی، **دکتر انگوین هونگ های**، سازمان کنترل ایدز ویتنام، **انگوین هونگ فوک**، مرکز حمایت از ابتکارات عمل توسعه محلی، **انگوین لی لای**، دای هوک مو شهر هوشیمین، **انگوین انگوک فوئونگ**، سی بی او مارس شهر هوشیمین، **دکتر انگوین کوآنگ تونگ**، مرکز استانی ایدز کان تو، **دکتر انگوین تو ترنگ**، دانشگاه پزشکی هانوی، **انگوین توی ان می**، شبکه کارگران جنسی ویتنام، **دکتر انگوین توی آنه**، دانشگاه پزشکی هانوی، **انگوین توی لینه**، مرکز حمایت از ابتکارات عمل توسعه اجتماعی، **انگوین ویت هونگ**، سی بی او مو اوی ترنگ بی آر، **فم هونگ سون**، شبکه جی 3 ویتنام، **دکتر فام تانه تانه**، مرکز استانی ایدز بینه توآن، **تران مانه تانگ**، شبکه افراد مصرف کننده مواد مخدر در ویتنام، **تران انگوک دو**، بخش کار، معلولین و امور اجتماعی هوشیمین، **دکتر تران ترونگ تا**، مرکز استانی ایدز دونگ نای، **وین سنت تریاس**، استر، **ترواونگ انگوک فوئونگ بینه**، مرکز استانی ایدز بینه توآن، **ترو اونگ ، تای انهونگ**، مرکز ارتقای کیفیت زندگی، **ووهوآنگ نم**، سی بی او ترنگ خویت**، وو خوانگ سون**، اف اچ آی 360، **دکتر ووتای نم**، مرکز استانی ایدز کانتو، **ووتای حین،** مرکز حمایت از ابتکارات عمل توسعه اجتماع، **ووتای تو اونگ وی،** دانشگاه پزشکی و داروسازی شهر هوشیمین، **وونگ تائو.**

**Ho Chi Minh City, Viet Nam, 5-6 December 2017:**

**Bình Dương**; **Dr Bùi Mình Kha**, Provincial AIDS Centre Bà Rịa – Vũng Tàu; **Dr Bùi Thị Minh Hiền**, FHI 360; **Prof. Bùi Tôn Hiến**, University of Labor and Social Affairs; **Dr Cao Kim Thoa**, Vietnam Authority of AIDS Control (VAAC); **Cao Tan Thanh,** VNPUD; **Đặng Quốc Phong,** VNMSM; **Prof. Dr Đỗ Văn Dũng**, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy; **Dr Hoàng Đình Cảnh**, Vietnam Authority of AIDS Control (VAAC); **Dr Huỳnh Thanh Hiển**, Mental Health Hospital, Ho Chi Minh City; **La Thị Hồng Lan**, Đại học Y Dược Ho Chi Minh City**; Lại Phước Thanh Huy**, Provincial AIDS Centre Hồ Chí Minh; Lê Huỳnh Thị Cẩm Hồng, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy; Lê Thành, G-link; Lê Thị Bích Huyền, VNSW**; Mai Như Sơn**, CBO Xuân Hợp – Đồng Nai**; Mai Thị Hoài Sơn**, Provincial AIDS Centre Ho Chi Minh; **Nguyễn Anh Ngọc**, G-link (MSM); **Nguyễn Công Hậu** Centre for Life Quality Promotion (LIFE); **Dr Nguyễn Hồng Hải**, Vietnam Authority of AIDS Control (VAAC); **Nguyễn Hồng Phúc**, Centre for Supporting Community Development Initiatives (SCDI); **Nguyễn Ly Lai**, Đại học Mở Ho Chi Minh City; **Nguyễn Ngọc Phương**, CBO MARS HCM City; **Dr Nguyễn Quang Thông**, Provincial AIDS Centre Cần Thơ; **Dr Nguyễn Thu Trang**, Hanoi Medical University; **Nguyễn Thụy An My**, VNSW; **Dr Nguyễn Thùy Anh**, Hanoi Medical University; **Nguyễn Thùy Linh**, Centre for Supporting Community Development Initiatives (SCDI); **Nguyễn Viết Hùng,** CBO Muối Trắng BR; **Phạm Hồng Sơn**, G3VN; **Dr Phạm Thanh Thành**, Provincial AIDS Centre Bình Thuận; **Trần Mạnh Thắng**, VNPUD; **Trần Ngọc Du**, Department of Labour, Invalids and Social Affairs HCM; **Dr Trần Trung Tá**, Provincial AIDS Centre Đồng Nai; **Vincent Trias**, ESTHER; **Trương Ngọc Phương Bình**, Provincial AIDS Centre Bình Thuận; **Trương Thị Nhung**, Centre for Life Quality Promotion (LIFE); **Võ Hoàng Nam**, CBO Trăng Khuyết; **Võ Hoàng Sơn**, FHI 360; **Dr Võ Thị Năm**, Provincial AIDS Centre Cần Thơ; **Vũ Thị Hiền**, Centre for Supporting Community Development Initiatives (SCDI); **Vũ Thị Tường Vi**, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy; **Vũng Tàu**.

**شهر برزیلیا در برزیل، 14 و 15 دسامبر 2017 (25 و 26 آذر 1396):**

**نارا آرا اویو**، برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد، **آیرینا بچی**، ائتلاف ملی دگرباشان، **کلادیو باریروس،** هماهنگی کلی سلامت روان، الکل و سایر مواد مخدر وزارت سلامت، **فرانچسکو بستوس** بنیاد اوزوالدو کروس (فی یوکروز)، **سندرا فرگودس بتیستا**، شبکه کاهش آسیب و حقوق بشر برزیل، **گوستاوو کامیلو،** هیئت تدوین و پروژه های دبیرخانه ملی سیاستهای مواد مخدر، **ماریا انگلیکا کومیس**، سازوکار سیاستهای مواد مخدر برزیل و عضو پروژه *بازدم* مرکز فرهنگی و اجتماع ای دو لی، **آنا کارولینا کون سی چائو**، هماهنگی کلی سلامت روان، الکل و سایر مواد مخدر وزارت بهداشت، **پالا دیم**، بخش مراقبت، پیشگیری و کنترل عفونتهای ناقل از تماس جنسی، اچ آی وی / ایدز و هپاتیت ویروسی وزارت بهداشت، **مارکو دوآرت**، دانشگاه دولتی ریو دوجانیرو، **کلایتون یوزبیو**، برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد، **لیندرو لیندنر**، انجمن کاهش آسیب برزیل، **لئوناردو موریرا**، هماهنگی تحقیق و آموزش دبیرخانه ملی سیاستهای مواد مخدر، **دنیس اتوکو**، بخش مراقبت، پیشگیری و کنترل عفونتهای ناقل از تماس جنسی، اچ آی وی / ایدز و هپاتیت ویروسی وزارت بهداشت، **مونیک پراتا**، کنفدراسیون مرکزی اتحادیه کارگران جنسی، **مارچلو رینگل بلوم**، مرکز فرهنگی و اجتماع ای دو لی، **یوما سانتوس**، شبکه افراد مصرف کننده مواد مخدر آمریکای لاتین.

**Bras**í**lia, Brazil, 14-15 December 2017:**

**Nara Araújo**, UNAIDS; **Irina Bacci**, LGBTI National Alliance; **Cláudio Barreiros**, General Coordination of Mental Health, Alcohol and other Drugs, Ministry of Health; **Francisco Bastos**, Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz); **Sandra Fergutz Batista**, Brazilian Network of Harm Reduction and Human Rights (REDUC); **Gustavo Camilo**, Board of Articulation and Projects of the National Secretariat on Drug Policies (SENAD-MJSP); **Maria Angélica Comis**, Brazilian Platform of Drug Policies, and member of *Respire* Project of the Community and Cultural Centre É de Lei; **Ana Carolina Conceição**, General Coordination of Mental Health, Alcohol and other Drugs, Ministry of Health; **Paula Dame**, Department of Surveillance, Prevention and Control of STIs, HIV/AIDS and Viral Hepatitis, Ministry of Health; **Marco Duarte**, State University of Rio de Janeiro (UERJ); **Cleiton Euzébio**, UNAIDS; **Liandro Lindner**, Brazilian Harm Reduction Association (ABORDA); **Leonardo Moreira**, Coordination of Research and Training of the National Secretariat on Drug Policies (SENAD-MJSP); **Dênis Petuco**, Department of Surveillance, Prevention and Control of STIs, HIV/AIDS and Viral Hepatitis, Ministry of Health; **Monique Prata**, Central Sex Workers Union Confederation (CUTS); **Marcelo Ryngelblum**, Community and Cultural Centre É de Lei; **Juma Santos**, Latin American Network of People who use Drugs (LANPUD).

شهر کیو در اوکراین، 22 و 23 ژانویه 2018 (2 و 3 بهمن 1396)

***از کشور ملدووا*: سوتلانا دولتو**، ای اف آی مولدووا، **لیلیا فیودورووا**، بخش توزیع داروی نارکولوپی جمهوری، **الکساندرگون سیر**، مرکز ایدز، **آلا لتکو**، اتحادیه پیشگیری از اچ آی وی و کاهش آسیب، **وی سسلاو مولیر،** جندرداک-ام، **ناتالیا نیکولا**، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، **روسلان هوورگا**، سمن "ابتکارعمل مثبت"، **رومن سندو**، سمن "زدوروو بودوشی"، **ایوون تورکانو**، کمیسیون ملی ضدمواد مخدر.

**Kiev, Ukraine, 22-23 January 2018**

***From Moldova:* Svetlana Doltu**, AFI Moldova; **Lilia Fiodorova**, Dispensary Department, Republican Narcology Dispensary; **Alexander Goncear**, AIDS Centre; **Ala Latco**, Union for HIV Prevention and Harm Reduction; **Veaceslav Mulear**, GENDERDOC-M; **Natalia Nicula**, UNODC; **Ruslan Poverga**, NGO “Positive Initiative”; **Roman Sandu**, NGO “Zdorovoe Budushee”; **Ion Turcanu**, National Anti-drug Commission.

***از کشور بلاروس*: اولگ آیزبرگ**، بخش روانپزشکی و مخدرشناسی آکادمی تحصیلات تکمیلی بلاروس، **الکسای الکساندرو**، مرکز بالینی منطقه ای "روانپزشکی-مخدرشناسی" مینسک، **لیودمیلا بوزل**، صلیب سرخ بلاروس، **آلیاکسای کرالکو**، مرکز علمی و عملی روانپزشکی و اعتیاد جمهوری، مرکز پایش و پیشگیری شناسی مخدرشناسی جمهوری، **سرگی کریژویچ**، انجمن جمهوری عمومی اجتماعی "فرصت شما"، **الکساندر نورو**، کمیته کشوری تخصص پزشکی قانونی جمهوری بلاروس، **آندری سالادو نیکاو**، اداره کل کنترل مواد مخدر و مقابله با قاچاق انسان وزارت امور داخلی جمهوری بلاروس، **آلنا اسمیرنووا**، انجمن بلاروس باشگاههای یونسکو، **آیرینا استد کبیچ**، انجمن عمومی "نهضت مثبت" بلاروس، **لیودمیلا تروهام**، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در بلاروس.

***From Belarus:* Oleg Aizberg**, Department of Psychiatry and Narcology, Belarusian Academy of Postgraduate Education; **Alexei Alexandrov**, Minsk Regional Clinical Centre “Psychiatry-Narcology”; **Liudmila Buzel**, Red Cross Belarus; **Aliaksei Kralko**, Republican Scientific and Practical Centre for Psychiatry and Addiction, Republican Centre for Narcological Monitoring and Preventology; **Sergei Kryzhevich**, Republican Social Public Association “Your Chance”; **Alexandr Nevero**, State Committee of Forensic Expertise, Republic of Belarus; **Andrei Saladounikav**, Main Directorate for Drug Control and Countering Trafficking in Human Beings, Ministry of Internal Affairs, Republic of Belarus; **Alena Smirnova**, Belarusian Association of UNESCO Clubs; **Iryna Statkevich**, Belarusian Public Association “Positive Movement”; **Liudmila Truhan**, UNODC Belarus.

***از کشور اوکراین*: اولگا بلیاوا**، ای ای سی بی، **یوری بوکوفسکی**، بخش مبارزه با مواد مخدر پلیس ملی، **آندری چرنیشو**، ائتلاف جهانی، **اولگادودینا**، سازمان توسعه بین المللی ایالات متحده، **سرگیئی دووریک**، مؤسسه سیاستگذاری سلامت عمومی اوکراین، **انا گرکوشا**، کاربران اوکراین، **سرگئی گرتسو**، انجمن سلامت اجتماعی جمهوری "فرصت شما"، **ناتالیا ایسیوا**، زندگی قانونی اوکراین، **اوگن کریووشیو**، باشگاه انای، **الکسای کورمنیواسکی**، شبکه اوراسیایی افراد مصرف کننده مخدر، **ویاچسلاو کوشاکوو**, ائتلاف برای سلامت عمومی، **ایگور کیزین**، مرکز سلامت عمومی، **ایگرر کینزمن کوی**، اخبار دی یو، **انا مارتین یوک**، سازمان وولنا کانویک توس اوکراین، **واسیلی ملنیچیوک**، بخش مبارزه با مواد مخدر پلیس ملی، **اکاترینا میخینا،** باشگاه انای، **ناتالیا نیزووا**، مشاور نائب رئیس جمهور، **آیرینا پشک**، برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد، **گنادی روش چوپکین**، ائتلاف اوراسیایی سلامت مردان، **سرگئی رودویی**، دلوئات، **ناتالیا سلبای**، برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد، **سرگئی شوم**، مرکز پزشکی و پایش مواد مخدر و الکل وزارت بهداشت اوکراین، **ولادیمیر تیموشنکو**، ای آی اچ، **جی سک تیسزکو**، برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد، **ولادیمیر یاری ای**، بیمارستان بالینی مخدرشناسی "اجتماع درمانی" شهر کیو، **الکسندر ززی اولین،** مؤسسه سازمان سلامت عمومی اوکراین.

***From Ukraine:* Olga Belyaeva**, EACB; **Yuri Bukovski**, Antidrug Department, National Police; **Andrei Chernyshev**, Alliance Global; **Olga Dudina**, USAID; **Sergii Dvoriak**, Ukrainian Institute on Public Health Policy; **Anna Garkusha**, Users of Ukraine; **Sergei Gartsev**, Republican Social Public Association “Your Chance”; **Natalia Isaeva**, Legalife Ukraine; **Evgen Krivosheev**, Club Enei; **Aleksei Kurmanaevski**, Eurasian Network of People who use Drugs; **Vyacheslav Kushakov**, Alliance for Public Health; **Igor Kyzin**, Public Health Centre; **Igor Kyzmenko**, DUNews; **Anna Martyniuk**, VOLNA Convictus Ukraine; **Vasili Melnichyuk**, Antidrug Department, National Police; **Ekaterina Mikhina**, Club Enei; **Natalia Nizova**, Vice Premier Minister Adviser; **Iryna Pashek**, UNAIDS; **Gennady Roshchupkin**, Eurasian Coalition on Male Health; **Sergei Rudoi**, Deloitte; **Natalia Salabai**, UNAIDS; **Sergii Shum**, Ukrainian Monitoring and Medical Centre for Drugs and Alcohol, Ministry of Health; **Vladimir Tymoshenko,** EIH; **Jacek Tyszko**, UNAIDS; **Vladimir Yarii**, Kyiv City Narcological Clinical Hospital “Sociotherapy”; **Oleksandr Zeziulin**, Ukrainian Institute on Public Health Policy.

متن انگلیسی این مجلد توسط جیمز بائر (James Baer) ویرایش شده است.

**واژه نامه**

|  |  |
| --- | --- |
| محرکهای نوع آمفتامین  amphetamine-type stimulants (ATS) | گروهی از مواد مخدر که اکثرا اساساً صنعتی می باشند و مواد سازنده پایه آنها شامل آمفتامین، مت آمفتامین و متیلن دی اکسی مت آمفتامین (اکستازی)[[1]](#footnote-1) هستند. این نوع محرکها به شکل کریستال (مت آمفتامین)، پودر یا قرص موجود می باشند و در اشکال خوراکی، از طریق بینی (استنشاق)، دخانی به صورت بخار (با استفاده از چپق[[2]](#footnote-2))، استعمال مقعدی یا تزریقی قابل مصرف هستند. |
| آمیزش جنسی شیمیایی  ChemSex | استفاده از ترکیب مت آمفتامین کریستال، مفدرون[[3]](#footnote-3) گاما هیدروکسی بوتیرات یا جی اچ پی و یا گاما بوتبرولاکتون یا جی بی ال[[4]](#footnote-4) توسط مردان قبل و یا حین آمیزش جنسی با مردان به منظور به درازا کشاندن آمیزش جنسی برای چندین ساعت یا حتی چندین روز با شرکای جنسی متعدد. آمیزش جنسی شیمیایی عبارتی است که در ابتدا در اروپای غربی استفاده می شد. در سایر نقاط جهان، عبارات متعددی برای این رفتار بکار می رود مانند مهمانی و بازی[[5]](#footnote-5) یا خوشگذرانی زیاد[[6]](#footnote-6) و خوشگذرانی شیمیایی[[7]](#footnote-7) در آسیا. |
| صمغ گیاه کوکا  coca paste | محصول آنی در فرایند استخراج ئیدروکلرید کوکائین[[8]](#footnote-8) از برگهای کوکا. این محصول در مناطق شهری در آمریکای لاتین تحت عناوین مختلف در کوچه و بازار از جمله باز پاستا، کوکا یا پاکو[[9]](#footnote-9) قابل دسترس است. صمغ کوکا معمولا با تنباکو و یا کانابیس[[10]](#footnote-10) به شکل سیگارت کشیده می شود. |
| کوکائین  cocaine | آلکلوئید[[11]](#footnote-11) اصلی روان فعال[[12]](#footnote-12) گرفته شده از گیاهان کوکا. کوکائین معمولا در دو شکل مصرف مختلف موجود است: ئیدروکلرید کوکائین برای استنشاق، تزریق یا استعمال مقعدی و باز کوکائین که به شکل دخانی مصرف می شود. |
| کرک یا فری بیس  crack or freebase | باز کوکائین (کریستال) که معمولا در چپق یا لوله کشیده می شود. این محصول از ئیدروکلرید کوکائین پودری پس از جدا شدن آن از مولکول ئیدروکلرید تولید می گردد و استنشاق بخارهای گرم شده باز کوکائین باعث بروز سریع عوارض می گردد. باز کوکائین می تواند به باز نمکی خود از طریق استفاده از عامل اسیدی تزریقی باز گردد. |
| انتاکتوژن (یا امپاتوژن)  entactogen (or empathogen) | ماده ای که باعث القای وضعیتی می شود که مصرف کنندگان با احساسات خود و سایرین "ارتباط برقرار می کنند". |
| نشئه زا  euphoriant | ماده ای که نشئگی را القا می نماید. |
| هپاتیت ای  hepatitis A (HAV) | بیماری ویروسی کبدی که باعث ناخوشی خفیف تا حاد شدید می گردد. هپاتیت ای هرگز مزمن نیست و از طریق هضم آب یا غذای آلوده یا تماس مستقیم با فرد مبتلا به این عفونت انتقال می یابد. |
| هپاتیت بی  hepatitis B (HBV) | عفونت ویروسی حمله کننده به کبد که می تواند منجر به بیماری حاد و یا مزمن گردد. ویروس از طریق تماس با خون یا سایر مایعات بدن فرد مبتلا به عفونت انتقال می یابد. عفونت مزمن افراد را با خطر مرگ از سیروز[[13]](#footnote-13) و سرطان کبد مواجه می سازد. از هپاتیت بی می توان با واکسن پیشگیری نمود. |
| هپاتیت سی  hepatitis C (HCV) | عفونت ویروسی که به کبد حمله می کند و می تواند باعث هم هپاتیت مزمن و هم هپاتیت حاد با دامنه گسترده ای از ناخوشی خفیف چند هفتگی تا ناخوشی جدی مادام العمر می گردد. رایجترین شکل انتقال از طریق مواجهه با کمیتهای کوچک خون است. هپاتیت سی همچنین می تواند از طریق جنسی منتقل گردد و از مادر مبتلا به عفونت به طفل خود انتقال یابد. |
| مت آمفتامین  methamphetamine | مواد مخدر محرک صنعتی نوع آمفتامین اغلب در شکل کریستال. این محصول دارای نامهای مختلف عامیانه از جمله کریستال، مت کریستال، یخ، مت، شابو، تینا، تیک و یابا[[14]](#footnote-14) است. |
| مواد روان فعال جدید  new psychoactive substances (NPS) | دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد مواد جدید روان فعال را بعنوان مواد کنترل نشده در کنوانسیون انفرادی 1961 درباره مواد مخدر یا کنوانسیون 1971 درباره مواد روانگردان[[15]](#footnote-15) اما دارای احتمال ایجاد تهدید سلامت عمومی تعریف می نماید. اسامی عامیانه این محصولات در کوچه و بازار عبارتند از: "نشئگی قانونی"، "نمکهای حمام" یا "مواد شیمیایی پژوهشی"[[16]](#footnote-16). بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر این دفتر در سال 2017، 739 محصول جدید روان فعال مابین 2009 و 2016 گزارش شده اند که 36 درصد از آنها مواد مخدر محرک هستند. |
| مواد شبه افیونی  opioid | مواد شبه افیونی عبارت ژنریکی است که هم به مواد افیونی و هم به همسانان صنعتی آنها اطلاق می گردد. مواد افیونی، آلکالوئیدهای طبیعی موجود در خشخاش تریاک هستند. برخی نمونه های آنها عبارتند از مرفین، کدئین و تبائین[[17]](#footnote-17) و همچنین مشتقهای شبه صنعتی آنها از جمله هروئین، ئیدروکودون، اکسی کودون و بوپرنورفین[[18]](#footnote-18). عبارت مواد شبه افیونی همچنین شامل مواد شبه افیونی صنعتی هستند که از لحاظ ساختاری مواد متنوعی می باشند. |
| انتخاب بر مبنای سرم خونی  serosorting | انتخاب شریک جنسی دارای وضعیت سرم خونی مشابه اچ آی وی اغلب برای انجام آمیزش جنسی بدون کاندوم به منظور کاهش خطر ابتلا یا انتقال اچ آی وی. |
| کوبیدن  slamming | تزریق مواد مخدر در آمیزش جنسی شیمیایی (اکثرا محرکهای نوع آمفتامین و مفدرون) که در میان برخی گروههای مردان مردآمیز[[19]](#footnote-19) رایج است. به این رفتار، ترکاندن[[20]](#footnote-20) نیز اطلاق می شود. |
| ماده محرک  stimulant | هر عاملی که فعالیت عصبی را در دستگاه عصبی مرکزی فعال می کند یا بهبود و افزایش می دهد. محرکها روان محرک[[21]](#footnote-21) یا محرکهای دستگاه عصبی مرکزی نیز نامیده می شوند و حاوی محرکهای نوع آمفتامین، کوکائین، کافئین، نیکوتین و غیره هستند. |
| ماده مخدر محرک  stimulant drugs | ماده ای که فعالیت عصبی را در دستگاه عصبی مرکزی از طریق اثرگذاری بر سطح و عملکرد انتقال دهنده های عصبی دوپامین، نوراپینفرین و سراتونین[[22]](#footnote-22) تقویت، بهبود یا افزایش می دهد. |
| انتخاب راهبردی حالت قرار گرفتن (انتخاب حالت قرار گرفتن با توجه به سرم خون)  strategic positioning or sero-positioning | عمل انتخاب حالت قرار گرفتن جنسی یا انجام آمیزش جنسی در میان برخی از مردان مردآمیز با توجه به وضعیت سرم خون اچ آی وی شریک جنسی. این امر عموما بدان معناست که فرد در حال زندگی با اچ آی وی حالت قرار گرفتن پذیرنده ("زیر") را در طی آمیزش مقعدی غیرایمن[[23]](#footnote-23) با شریکی که اچ آی وی منفی فرض می گردد انتخاب می نماید. این رویه بر مبنای آن باور است که احتمال انتقال اچ آی وی از شریک پذیرنده[[24]](#footnote-24) به شریک دخول کننده[[25]](#footnote-25) ("رو") در طی آمیزش جنسی مقعدی غیرایمن پایین است. |

**مقدمه**

بر اساس تخمینهای مربوط به سال 2017، حدود 8/1 میلیون مورد عفونت جدید اچ آی وی در سطح جهانی به مبتلایان موجود اضافه شدند و 47 درصد این موارد مربوط به جمعیتهای اصلی (مردان مردآمیز، مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر، کارگران جنسی، زنان تراجنسگرا[[26]](#footnote-26) و زندانیان) و شرکای جنسی آنها بوده است (بنگرید به مأخذ شماره 1). ذکر این نکته ضروری است که بر مبنای تحلیلها و برآوردها، احتمال زندگی با اچ آی وی در میان اعضای جمعیتهای اصلی بسیار بالاتر از افراد جمعیتهای عمومی است (نکته 1).

|  |
| --- |
| **نکته 1 – جمعیتهای اصلی و خطر اچ آی وی**   * احتمال زندگی با اچ آی وی میان افراد تزریق کننده مواد مخدر 22 برابر افراد جمعیت عمومی است. * زنان کارگر جنسی 13 برابر بیشتر در مقایسه با سایر زنان در معرض خطر هستند. * مردان مردآمیز 28 برابر بیشتر در مقایسه با سایر مردان در معرض خطر هستند. * احتمال ابتلا میان تراجنسگرایان 13 برابر بزرگسالان در جمعیت کلی است. * زندانیان 5 برابر بیشتر از بزرگسالان در جمعیت کلی در معرض خطر می باشند.   منابع: بنگرید به مأخذ شماره 1. برای زندانیان، بنگرید به مأخذ شماره 2. داده های مربوط به زندانیان در سال 2015 و داده های مربوط به سایر جمعیتهای اصلی در سال 2017 جمع آوری شده اند. |

روند پیشگیری، درمان و مراقبت اچ آی وی در میان افراد مصرف کننده مواد مخدر از آغاز همه گیری این بیماری بر نیازهای افراد تزریق کننده مواد مخدر و مخصوصا افراد تزریق کننده مواد شبه افیونی تمرکز داشته است. البته داده های موجود نشانگر خطرات مرتبط با اچ آی وی در مصرف غیرتزریقی مواد مخدر محرک و همچنین تزریق غیرایمن چنین موادی از جمله کوکائین، محرکهای نوع آمفتامین (به استثنای متیلن دی اکسی مت آمفتامین)[[27]](#footnote-27) و مواد محرک جدید روان فعال هستند. علاوه بر این، مصرف مواد محرک با افزایش خطر انتقال اچ آی وی از طریق رفتارهای جنسی غیرایمن نیز در برخی زیرمجموعه های جمعیتهای اصلی توأم بوده است (بنگرید به مأخذ شماره 3).

در سال 2015، مجمع عمومی سازمان ملل متحد اهداف توسعه پایدار[[28]](#footnote-28) را تصویب کرد. در هدف شماره 3 این مجموعه اهداف "تضمین زندگی سالم و ارتقای تندرستی برای همگان در کلیه سنین" تصریح شده است و در هدف 3-3 آن، پایان دادن به همه گیری ایدز و سل تا سال 2030 و مقابله با هپاتیت (در میان سایر بیماریها) ذکر شده است (بنگرید به مأخذ شماره 4). در راهبرد ردیابی سریع 2016 الی 2021 برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد[[29]](#footnote-29)، سه هدف خاص زیر در راستای نیل به هدف مذکور توسعه پایدار تدوین شده اند: 1) هدف درمان "90-90-90" (90 درصد افراد در حال زندگی با اچ آی وی تحت آزمایش قرار می گیرند و نتیجه به آنها اعلام خواهد شد، 90 درصد از افرادی که مطلع هستند که با اچ آی وی زندگی می کنند تحت درمان قرار خواهند گرفت و 90 درصد از افراد تحت درمان به سطوح غیرقابل ردیابی اچ آی وی دست پیدا خواهند کرد)، 2) هدف خاص پیشگیری که طی آن تعداد مبتلایان جدید به عفونت اچ آی وی در سال تا 500 هزار مورد کاهش پیدا می کند و 3) هدف خاص عدم کامل تبعیض (بنگرید به مأخذ شماره 5). راهبرد ردیابی سریع توسط کشورهای عضو نشست عالیرتبه سازمان ملل متحد در خصوص پایان دادن ایدز در 2016[[30]](#footnote-30) تصویب شد (بنگرید به مأخذ شماره 6).

به منظور تحقق هدف خاص 3-3 و راهبرد ردیابی سریع برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد برای پایان دادن ایدز تا سال 2030، توجه به نیازهای افراد مصرف کننده داروهای محرک و در معرض خطر اچ آی وی و توجه خاص به موارد تلاقی مابین جمعیتهای اصلی بسیار ضروری است. پایان یافتن همه گیری ایدز فقط با حصول اطمینان از دسترسی افراد درست به خدمات درست، ارائه شده در مکان درست در زمان درست و عدم جاماندگی هیچکس میسر خواهد بود.

**هدف این راهنما**

هدف این مجموعه عبارت است از ارائه راهنمایی پیرامون اجرای برنامه های اچ آی وی، هپاتیت سی و هپاتیت بی برای افراد مصرف کننده داروهای محرک و افراد در معرض خطر ابتلا به این ویروسها. راهنمای مذکور در پی تحقق موارد ذیل است:

* افزایش آگاهی نسبت به نیازها و مسائل گروههای متأثر از جمله وجود تلاقی مابین جمعیتهای مختلف اصلی.
* ارائه راهنمایی اجرایی برای کمک به ایجاد و گسترش دسترسی به خدمات اولیه پیشگیری، درمان، مراقبت و حمایتی از اچ آی وی و هپاتیت.

متن حاضر سندی است جهانی که باید با شرایط و بستر خاص از جمله انواع مواد محرک مصرف شده (کوکائین، محرکهای نوع آمفتامین یا محرکهای جدید روان فعال) و جمعیتهای اصلی درگیر که در هر منطقه بسیار متغیرند منطبق گردد.

راهنمای حاضر حاوی بسته ای از مداخلات اصلی است که از راهنماهای موجود بین المللی اقتباس شده اند:

* راهنمای فنی سازمان جهانی بهداشت، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد برای کشورها به منظور تدوین اهداف در راستای دسترسی همگانی به پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ آی وی در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر (بنگرید به مأخذ شماره 7).
* ویراست 2016 راهکارهای نهایی شده سازمان جهانی بهداشت در خصوص پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت در برابر اچ آی وی در میان جمعیتهای اصلی (بنگرید به مأخذ شماره 8).
* اجرای برنامه های جامع اچ آی وی و هپاتیت سی برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر: راهنمای عملی برای مداخلات توأم با همکاری (بنگرید به مأخذ شماره 9).

این راهنما همچنین حاوی نکاتی درباره ابزار اجرا برای سایر جمعیتهای اصلی است:

* اجرای برنامه های جامع اچ آی وی / عفونتهای ناقل از تماس جنسی[[31]](#footnote-31) در میان کارگران جنسی: رویکردهای عملی از مداخلات توأم با همکاری (بنگرید به مأخذ شماره 10) .
* اجرای برنامه های جامع اچ آی وی و عفونتهای ناقل از تماس جنسی در میان مردان مردآمیز: راهنمای عملی برای مداخلات توأم با همکاری (بنگرید به مأخذ شماره 11).
* اجرای برنامه های جامع اچ آی وی و عفونتهای ناقل از تماس جنسی میان تراجنسگرایان: راهنمای عملی برای مداخلات توأم با همکاری (بنگرید به مأخذ شماره 12).

با این وجود، هیچیک از این اسناد و ابزار راهنمایی به نیازهای خاص مصرف کنندگان مواد مخدر محرک و افراد در معرض خطر اچ آی وی و هپاتیت بی و سی پاسخ نمی دهند و لذا انتشار راهنمای حاضر ضرورت داشت.

.

**جمعیت هدف**

این راهنما برای استفاده سیاستگذاران، مدیران برنامه و ارائه کنندگان خدمات از جمله سازمانهای اجتماع محور[[32]](#footnote-32) در کلیه سطوح ملی، منطقه ای یا محلی متمرکز بر پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ آی وی تدوین شده است. علاوه بر این، راهنمای حاضر حاوی اطلاعات مفید برای مؤسسات توسعه محور و تأمین مالی و دانشگاهیان است.

**ساختار**

راهنمای حاضر متشکل از 5 بخش است.

* فصل 1 که در آن ماهیت و اثرات مواد محرک، خطرات مرتبط با انتقال هپاتیت و اچ آی وی و مسائل مربوط به استفاده از مواد محرک و خطرات اچ آی وی و همچنین هپاتیت در جمعیتهای اصلی خاص و سایر گروههای آسیب پذیر تشریح شده اند.
* فصل 2 حاوی بسته مداخلات اصلی اچ آی وی برای جمعیتهای اصلی مصرف کننده مواد مخدر محرک است.
* در فصل 3، رویکردهای مراقبت و حمایت از مصرف کنندگان مواد مخدر محرک مخصوصا با توجه به اچ آی وی و هپاتیت توضیح داده شده اند.
* فصل 4 شامل تشریح عوامل تعیین کننده ارتقای اثربخشی شش گانه یا مجموعه ای از فعالیتها و راهکارهای ضروری برای تضمین دسترسی به مداخلات در بسته اصلی می باشد.
* در فصل 5، ملاحظات بیشتری برای مرحله اجرای برنامه ها تصریح شده اند.

منابع و مآخذ بیشتری در هر فصل درج گشته اند و مطالعات موردی نیز در کل راهنمای حاضر برای توضیح جوانب خاص مربوط به برنامه های اجرا شده در کشورهای مختلف ارائه شده اند.

راهنمای حاضر همچنین شامل پیوستی از فهرستهای موارد و سایر ابزار عملی برای سیاستگذاران و مجریان است

**اصول**

دو اصل مهم کلی در تمام این راهنما مورد تأکید واقع شده اند. اصل اول عبارت است از ادغام بهتر خدمات اچ آی وی، هپاتیت بی و سی و عفونتهای ناقل از تماس جنسی برای مصرف کنندگان مواد خدر محرک در خدمات موجود کاهش آسیب اچ آی وی[[33]](#footnote-33) و خدمات درمانی مواد مخدر برای مصرف کنندگان تزریقی در چارچوب خدمات سلامت جنسی و باروری و سایر خدمات اچ آی وی برای جمعیتهای اصلی. اصل دوم نیز عبارت است از مشارکت معنادار مصرف کنندگان مواد مخدر محرک، افراد در حال زندگی با اچ آی وی و سایر جمعیتهای اصلی در مداخلات برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزیابی چراکه مشارکت آنها نقش کلیدی را در موفقیت و پایداری این مداخلات ایفا می نماید.

نهایتا اجرای خدمات مرتبط با اچ آی وی برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک باید مطابق با اصول حقوق بشر بنا به مندرجات ابزار اجرایی فوق الذکر (مآخذ شماره 9 الی 12) باشد.

**روش شناسی**

هیئت هماهنگی برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد در نشست ژوئن 2009 خود "کشورهای عضو، سازمانهای جامعه مدنی و برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد را به افزایش توجه در خصوص گروههای خاص مصرف کننده غیرتزریقی مواد مخدر و مخصوصا مصرف کنندگان کراک، کوکائین و محرکهای نوع آمفتامین که بیشتر در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی از طریق رفتارهای پرخطر جنسی هستند" فراخواند. در این راستا، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد بررسی این مسئله را به عهده گرفت و نشست فنی گروه کارشناسی جهانی را پیرامون مواد محرک و اچ آی وی در برزیل در سال 2010 برگزار نمود. سند مباحثات پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ آی وی میان مصرف کنندگان (غیرتزریقی) کراک و کوکائین یا سایر مواد مخدر محرک مخصوصا محرکهای نوع آمفتامین در سال 2012 تدوین شد.

گروه سازمانهای جامعه مدنی اچ آی وی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در سال 2013 کارگروه مواد مخدر محرک و اچ آی وی را با حضور نمایندگانی از جامعه مدنی و کارشناسان اچ آی وی و مواد مخدر محرک تأسیس نمود. گروه مذکور جلسات مشورتی را با نمایندگان سازمانهای جامعه مدنی و اجتماع محور از جمله در حاشیه کنفرانس بین المللی کاهش آسیب در شهر کوآلالامپور در سال 2015 برگزار نمود.

در دسامبر 2014، گروه مشورتی راهبردی سازمان ملل متحد در زمینه اچ آی وی و مصرف تزریقی مواد مخدر شامل نمایندگانی از شبکه ها و سازمانهای مصرف کنندگان مواد مخدر، دانشگاهیان، حامیان مالی ، مجریان و آژانسهای سازمان ملل متحد انجام مروری جدید را بر ادبیات مواد مخدر محرک و اچ آی وی و هپاتیت سی توصیه نمودند. در سال 2015، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد همراه با سازمان جهانی بهداشت و برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد گستره این مرور جدید ادبیات را تعریف نمودند و متعاقبا دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم تهیه آن را برای موارد زیر سفارش داد: پوشش میزان، اشکال و توزیع جغرافیایی مصرف تزریقی و غیرتزریقی مواد مخدر محرک (به ویژه کراک، کوکائین، محرکهای نوع آمفتامین و مواد روان فعال جدید) میان مردان مردآمیز، کارگران جنسی و سایر گروههای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک و همچنین ارتباط احتمالی آنها با انتقال و آسیب پذیری اچ آی وی و هپاتیت بی و سی و مداخلات اثربخش برای پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ آی وی و هپاتیت بی و سی میان مصرف کنندگان اینگونه مواد مخدر محرک. یافته های این مرور ادبیات توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم در طی 5 سند پوشش دهنده موضوعات زیر در سال 2016 انتشار یافتند:

* روش شناسی و خلاصه (بنگرید به مأخذ شماره 3).
* محرکهای نوع آمفتامین (بنگرید به مأخذ شماره 13).
* کوکائین و کراک کوکائین (بنگرید به مأخذ شماره 14).
* مواد روان فعال جدید (بنگرید به مأخذ شماره 15).
* درمان و پیشگیری از اچ آی وی، هپاتیت بی و سی میان مصرف کنندگان مواد مخدر محرک (بنگرید به مأخذ شماره 16).

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد متعاقبا در چارچوب روندهای آمادگی برای نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد پیرامون مشکل جهانی مواد مخدر[[34]](#footnote-34) و نشست عالیرتبه 2016 مشورت علمی را درباره اچ آی وی و مصرف مواد مخدر شامل مواد مخدر محرک برگزار نمود. اسناد مرتبط با مواد مخدر محرک ارائه شده در کمیسیون مواد مخدر[[35]](#footnote-35) در مارس 2016 موارد ذیل را پوشش می داد: مصرف کوکائین و کراک کوکائین و اچ آی وی در ایالات متحده، محرکهای نوع آمفتامین و مردان مردآمیز در آسیا و درمان آنتی رترووایرال[[36]](#footnote-36) و مصرف مواد مخدر محرک. توصیه های دانشمندان درگیر تدوین اسناد مذکور بعنوان بخشی از بیانیه علمی ارائه شده در نیویورک در حاشیه نشست ویژه سازمان ملل متحد و جلسه عالیرتبه 2017 خلاصه شدند (بنگرید به مأخذ شماره 17). در این بیانیه، نیاز به توجه به اچ آی وی میان مصرف کنندگان مواد مخدر محرک شامل عوامل میانجیگر ساختاری، اجتماعی و شخصی انتقال اچ آی وی مانند مصرف مواد مخدر متعدد، عفونتهای ناقل از تماس جنسی، سلامت روان، همجنسگرایی هراسی[[37]](#footnote-37)، تبعیض و قوانین جزایی مورد تأکید قرار گرفته اند. دانشمندان مذکور ارائه درمان آنتی رترووایرال را برای تمامی افراد در حال زندگی با اچ آی وی و مصرف کننده مواد مخدر محرک و اجرای ابزار جدید پیشگیری مانند پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن[[38]](#footnote-38) و همچنین کاربرد شبکه های اجتماعی برای اطلاع رسانی توصیه نمودند. علاوه بر این، بیانیه مذکور تأکید دارد که درمان آنتی رترووایرال با حمایت مناسب از پایبندی به درمان بر افراد در حال زندگی با اچ آی وی و مصرف کننده مواد مخدر محرک اثربخش است.

در سال 2017، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد تهیه و تدوین مجلد حاضر را تحت عنوان *پیشگیری، درمان، مراقبت و حمایت در برابر اچ آی وی برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک: راهنمای فنی* سفارش داد. نسخه اولیه این سند تحت نظارت کارگروه سازمانهای جامعه مدنی، مواد مخدر محرک و اچ آی وی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد بر مبنای نتایج بررسیهای علمی و نشستهای گروه کارشناسی و همچنین راهنمایی بین المللی و عملکردهای کشوری که در پاسخ به نیازهای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک اثربخش شناسایی شده اند تدوین شد. نسخه مذکور توسط بررسی کننده های همسان خارج از سازمان، آژانسهای سازمان ملل متحد و نمایندگان اجتماعات از طریق مشورتهای الکترونیک و همچنین سه جلسه مشورتی حضوری برگزار شده در ویتنام (2017)، برزیل (2017) و اوکراین (2018) مورد بررسی قرار گرفت.

**فصل 1**

**مواد مخدر محرک،   
اچ آی وی و هپاتیت   
و جمعیتهای اصلی**

براساس تخمینهای مندرج در *گزارش جهانی 2019 مواد مخدر*، حدود 29 میلیون نفر محرکهای نوع آمفتامین و حدود 18 میلیون نفر کوکائین در سال 2017 مصرف نمودند (بنگرید به مأخذ شماره 18). هیچ تخمینی از تعداد کل مصرف کنندگان مواد روان فعال جدید موجود نیست. اکثریت مصرف کنندگان مواد مخدر محرک فقط در برخی موارد خاص به صورت "تفریحی[[39]](#footnote-39)" چنین موادی را مصرف می کنند و دچار وابستگی و یا سایر مشکلات سلامتی نمی گردند.

شواهدی دال بر افزایش شیوع مصرف محرکهای نوع آمفتامین مخصوصا مت آمفتامین ها در برخی مناطق از جمله آمریکای شمالی، اقیانوسیه و برخی قسمتهای آسیا موجود می باشند. علاوه بر این، براساس گزارشات طی سالهای 2009 و 2016، 739 مواد روان فعال جدید وجود داشتند که 36 درصد آنها بعنوان مواد مخدر محرک دسته بندی شدند (بنگرید به مأخذ شماره 19).

فقط نسبت کوچکی از مصرف کنندگان مواد مخدر محرک آنها را تزریق می کنند و اکثر افراد اینگونه مواد را به صورت دخانی، استنشاقی، خوراکی یا به صورت مقعدی مصرف می کنند. البته براساس گزارش جهانی 2017 مواد مخدر، 30 درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک یا آن را بعنوان انتخاب اول خود و یا همراه با مواد افیونی مصرف می کنند.

علیرغم شواهد دال بر در معرض بیشتر اچ آی وی قرار داشتن برخی گروههای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک، دامنه و مقیاس برنامه های پیشگیری، آزمایش و درمان این گروههای جمعیتی در سطح جهانی محدود مانده اند و به نیازهای خاص آنها در غالب موارد بی توجهی شده است.

**1-1 مواد مخدر محرک**

مواد مخدر محرک شامل مواد متنوع شیمیایی دارای ظرفیت مشابه فعال سازی، افزایش یا ارتقای فعالیتهای عصبی دستگاه عصبی مرکزی هستند که این مواد باعث پیدایش مجموعه مشترک عوارض در اکثر مصرف کنندگان آنها از جمله افزایش سطح هوشیاری، انرژی و یا نعشگی می گردند[[40]](#footnote-40).

در راهنمای حاضر، 3 دسته از مواد مخدر محرک مطرح شده اند که داده های موجود مؤید ارتباط آنها با افزایش خطر اچ آی وی میان برخی جمعیتهای اصلی هستند:

* *کوکائین*: موجود در اشکال گوناگون مانند کوکائین دخانی، کراک کوکائین، فری بیس، صمغ یا باز سمغی، پاکو، بازوکو[[41]](#footnote-41). این ماده را بسته به شکل آن می توان به شکلی آرام یا محکم استنشاق کرد، تزریق نمود، خورد یا از طریق مقعد استعمال نمود.
* *محرکهای نوع آمفتامین*:آمفتامینها و مت آمفتامینها (متیلن دی اکسی مت آمفتامین) در اشکال مختلف مانند کریستال (مت آمفتامینها)، پودر یا قرصهای فرموله شده موجودند (بنگرید به مأخذ شماره 20 ). این مواد را می توان به شکل خوراکی، دخانی با چپق، استنشاقی، مقعدی یا تزریق در مایع مصرف نمود.
* *مواد جدید محرک روان فعال*: این مواد نیز در اشکال گوناگون از جمله کاتینون صنعتی، فنتیلامینها، آمینوئیندانها و پایپرازینها[[42]](#footnote-42) موجودند و برخی اوقات از آنها با عنوان "نمکهای حمام" یاد می شود (بنگرید به مآخذ شماره 21 و 22). مواد روان فعال جدید را بسته به شکل آنها می توان به صورت خوراکی، دخانی، مقعدی یا تزریقی استفاده نمود.

کلیه اشکال مواد مخدر محرک دارای عوارض مشترک هستند:

* *روانی*: نعشگی، افزایش میل جنسی، کاهش اشتها و میل به خواب، افزایش ادراک، بالا رفتن هوشیاری، بهبود شناختی و کاستیها (توجه، حافظه کوتاه مدت، حافظه بلند مدت) هیجان پذیری و شدت هیجانی و افزایش اعتماد بنفس.
* *رفتاری*: پرحرفی، گوش بزنگی[[43]](#footnote-43)، بیش فعالی، افزایش اجتماعی بودن، حس عدم محدودیت، تغییرات در رفتار جنسی (شامل طولانی تر شدن آمیزش جنسی از حد معمول)، واکنش سریعتر و فعالیت تکراری ("بهبود از طریق تغییرات ریز")، هیجان پذیری شدید، بی خوابی، ناآرامی، اضطراب، رفتارهای غیرمعقول و برخی اوقات رفتارهای تهاجمی یا خشونت آمیز (بنگرید به مأخذ شماره 23).
* *جسمانی*:افزایش ضربان قلب (شامل تپش)، افزایش دمای بدن، تغییرات در دستگاه گردش خون (افزایش فشار خون، انقباض عروقی، افزایش میزان تنفس، خشکی دهان، دندان قروچه، به هم فشردن فکها، حرکات سریعتر چشمها و اتساع مردمکها.

بروز و تداوم این عوارض مطابق با نوع، شکل، میزان مصرف، روش مصرف، ویژگیهای فرد مصرف کننده و شرایط مصرف ماده مخدر متغیر است.

مصرف مزمن مواد مخدر محرک می تواند به موارد زیر بی انجامد: وابستگی روانی، ایجاد مقاومت، تخریب بافت بینی در صورت استنشاق، برونشیت مزمن (که می تواند به بیماری انسدادی تنفسی مزمن[[44]](#footnote-44) منجر گردد)، سؤتغذیه و از دست دادن وزن، بی احساسی، سردرگمی، ابهام، خستگی ناشی از بی خوابی و روان پریشی پارانوئید[[45]](#footnote-45). مرحله کناره گیری می تواند همراه با بازه طولانی خواب و افسردگی باشد.

**کوکائین**

کوکائین عموما در دو شکل با روشهای مصرف مختلف موجود است: ئیدروکلرید کوکائین که پودری است قابل استنشاق، تزریق یا مصرف مقعدی و باز کوکائین (کراک، فری بیس یا کریستال) که قابل مصرف دخانی است و معمولا با چپق مصرف می شود. نوع سوم آن یا سمغ کوکا (باز پاستا، پاکو، پاستای کوکا و غیره) محصول میانی فرایند استخراج ئیدروکلرید کوکائین از برگهای کوکا است. این ماده که اکثرا در آمریکای لاتین موجود است به شکل سیگارت کشیده می شود.

کوکائین محرک قوی همراه با عوارضی است که اثرات آن سریع از بین می روند و مصرف کننده را به استفاده مکرر در میزان بیشتر وا می دارد. این ماده در هنگام مصرف استنشاقی جریان آرام نعشگی را ایجاد می کند که متعاقب آن یک مرحله پایداری یکسان ایجاد خواهد شد و نهایتا فرد دچار "فروکش[[46]](#footnote-46)" می شود.

کوکائین دخانی دارای عوارض با شدت و سرعت بیشتر است. اضطراب شدید قابل پیش بینی درباره فروکش بعدی شاید به تکرار مصرف منجر گردد که این چرخه حدود 5 تا 10 دقیقه به درازا می انجامد.

مصرف کوکائین در شمال و جنوب آمریکا بیش از سایر نقاط جهان است.

**محرکهای نوع آمفتامین**

آمفتامین و مت آمفتامین مواد مخدر صنعتی با عوارضی از جمله نعشگی، تحریک و فعال سازی روانی-حرکتی هستند. این نوع مواد را می توان به شکل خوراکی، از طریق بینی، مصرف دخانی به شکل بخار (چپق)، استعمال مقعدی یا تزریقی استفاده کرد. افراد فورا پس از تزریق یا کشیدن آن حس "جریان سریع[[47]](#footnote-47)" لذت بخشی را تجربه می کنند و مصرف خوراکی و استنشاق آن از طریق بینی نعشگی تدریجی یا "بالا رفتن[[48]](#footnote-48)" را القا می نمایند.

عوارض مت آمفتامین بسته به میزان تحمل می توانند چهار ساعت و یا حتی 24 ساعت برای فردی که اولین بار است این ماده مخدر را تجربه می کند به درازا بکشد (بنگرید به مأخذ شماره 24). برخی مصرف کنندگان مت آمفتامین شاید حس شکست ناپذیری را توأم با میل شدید به ارتکاب رفتارهای پرخطر تجربه نمایند و دچار آسیب پذیری در برابر اچ آی وی گردند (بنگرید به مأخذ شماره 25). اثرات مستقیم محرکهای نوع آمفتامین بر سلامتی شامل بی خوابی و استرس قلبی-عروقی هستند. عوارض منفی درازمدت آن وابستگی جسمانی به دوپامین، وابستگی روانی، روان پریشی و پارانویا و همچنین افسردگی ذکر شده اند.

مصرف آمفتامین و مت آمفتامین در همه مناطق دنیا گزارش شده است.

**مواد روان فعال جدید محرک**

انواع گوناگون مواد جدید روان فعال محرک با ساختارهای مولکولی متفاوت موجودند که البته اکثریت آنها صنعتی و کاتینون با ساختار مولکولی مشابه به کاتینون یافت شده در گیاه قات هستند. کاتینونهای صنعتی رایج شامل مفدرون، پنتدرون، متیلون یا متکاتینون[[49]](#footnote-49) هستند و در دو دسته اصلی قرار می گیرند: مواد نعشه زا و مواد انتاکتوژن. مواد جدید روان فعال محرک را می توان به شکل خوراکی، استنشاقی یا استعمال مقعدی مصرف نمود و کمتر تزریق می گردند. این دسته از مواد عوارض روانی، جسمانی و رفتاری مشابه مواد مخدر محرک مرسوم از جمله کوکائین، آمفتامین و مت آمفتامین تولید می کنند. کاتینونهای صنعتی و سایر مواد روان فعال جدید محرک برای بهبود تجربه جنسی نیز استفاده می شوند (بنگرید به مأخذ شماره 26).

مصرف کاتینون صنعتی از جمله مفدرون (که برخی اوقات "نمکهای حمام" خوانده می شوند) اخیرا مطرح شده است (بنگرید به مأخذ شماره 18). مطالعات کشورهای مجارستان (بنگرید به مآخذ شماره 27 الی 29)، ایرلند (بنگرید به مآخذ شماره 30 و 31)، اسرائیل (بنگرید به مأخذ شماره 32)، رومانی (بنگرید به مأخذ شماره 33) و بریتانیا (بنگرید به مأخذ شماره 34) نشان می دهند که بخش قابل ملاحظه ای از مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر به علت کمبود عرضه هروئین و دسترسی آسان به کاتینون صنعتی به تزریق کاتینون صنعتی در سالهای اخیر روی آورده اند.

**1-2 مصرف مواد مخدر محرک و خطر انتقال اچ آی وی آی وی / هپاتیت بی / هپاتیت سی**

خطر اچ آی وی / هپاتیت بی / هپاتیت سی مرتبط با مصرف مواد مخدر محرک همراه با شیوع بالاتر آمیزش جنسی واژینال و مقعدی بدون کاندوم و استفاده مشترک از چپق، نی و تجهیزات تزریق در برخی گروههای مردان مردآمیز، کارگران جنسی، مصرف کنندگان تزریقی و زندانیان است.

خطرات انتقال از طریق مصرف همزمان مواد مخدر محرک و آمیزش جنسی غیرایمن .استفاده غیرهمیشگی مصرف کنندگان مواد مخدر محرک از کاندوم بعنوان اولین روش ابتلا به عفونتهای ناقل از تماس جنسی از جمله اچ آی وی شناسایی شده است و بطور خاص ناشی از مصرف همزمان مواد مخدر محرک با فعالیت جنسی طولانی مدت مکرر با شرکای متعدد و یا گروهی می باشد. مصرف مواد مخدر محرک همچنین می تواند زمان دخول را افزایش دهد (که خود باعث پاره شدن کاندوم می شود) و انجام اعمال شدید را از جمله ورود مچ دست داخل واژن یا مقعد که باعث افزایش احتمال پارگی یا خونریزی آنها را دارد تسهیل می نماید.

خطرات ریسک از طریق استفاده از تجهیزات تزریقی مشترک

تزریق مت آمفتامین، کوکائین یا مواد روان فعال جدید توأم با خطر مشابه تزریق سایر مواد مخدر با استفاده از تجهیزات تزریق و سوزنهای مشترک است. با توجه به کوتاهتر بودن مدت اثرگذاری بسیاری از مواد مخدر در مقایسه با مواد شبه افیونی، مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر فراوانی بالاتر تزریق را با تزریقهای مجدد اجباری و احتمال بیشتر مصرف مشترک یا مصرف مجدد سرنگها و سوزنهای آلوده گزارش کرده اند (بنگرید به مآخذ شماره 22 و 34). خطر اچ آی وی و هپاتیت سی همچنین با مصرف مشترک کوکائین یا کراک با هروئین شامل تزریق هروئین و کوکائین ("توپ سرعت[[50]](#footnote-50)") افزایش می یابد (بنگرید به مأخذ شماره 35).

مصرف تزریقی مواد مخدر و آمیزش جنسی غیرایمن همزمان احتمال انتقال اچ آی وی و هپاتیت را مخصوصا در اجتماعات دارای شیوع بیشتر بالا می برد. این شکل خاص بعنوان مثال با استفاده از محرکهای نوع آمفتامین دست ساز مانند بولتوشکا[[51]](#footnote-51) در اوکراین دیده شده است. افراد تزریق کننده بولتوشکا بیشتر به رفتارهای پرخطر تزریقی و مصرف بعد از رفتارهای پرخطر جنسی مبادرت می نمایند. آنها جوان و فقیر هستند و اکثریت آنها در حال زندگی با اچ آی وی می باشند (بنگرید به مأخذ شماره 36).

انتقال هپاتیت سی از طریق نی یا چپق

هپاتیت سی از طریق خون و به میزان کمتری از طریق تماس جنسی انتقال می یابد. این بیماری از طریق استفاده مشترک از نی یا چپق با فرد مبتلا و دارای زخمها یا پارگیها در دهان یا بینی انتقال می یابد (بنگرید به مآخذ شماره 37 الی 40). در مقایسه با جمعیتهای کلی، میزان بالاتر شیوع هپاتیت سی از 3/2 الی 17 درصد در میان مصرف کنندگان دخانی یا استنشاقی مواد مخدر محرک مشاهده شده است (بنگرید به مأخذ شماره 41). البته تعیین انتقال هپاتیت سی در این موارد از طریق در معرض خون قرار گرفتن، فعالیت جنسی یا هر دو مورد دشوار است.

**1-3 مصرف مواد مخدر محرک و خطر انتقال اچ آی وی میان جمعیتهای اصلی**

مردان مردآمیز

به نظر می آید که ارتباط صریحی مابین مصرف محرکهای نوع آمفتامین توسط مردان مردآمیز و خطر ابتلا به عفونت اچ آی وی وجود داشته باشد. مصرف مت آمفتامین با افزایش فراوانی آمیزش جنسی غیرایمن مابین مردان مردآمیز مرتبط است و آسیب پذیری را در برابر عفونتهای ناقل از تماس جنسی، هپاتیت بی و اچ آی وی افزایش می دهد (بنگرید به مآخذ شماره 42 الی 45). نتیجه مطالعات نشانگر میزان شیوع مابین 17 الی 61 درصد اچ آی وی میان مردان مردآمیز مصرف کننده مت آمفتامین و شیوع 71/2 به ازای هر 100 نفر-سال (بنگرید به مأخذ شماره 46) تا پنج نفر به ازای هر 100 نفر-سال (بنگرید به مأخذ شماره 47) است.

مصرف مواد مخدر محرک توسط مردان مردآمیز با هدف تسهیل آمیزش جنسی (که به آن آمیزش جنسی شیمیایی نیز اطلاق می گردد[[52]](#footnote-52)) همراه با کاهش مصرف کاندوم، آمیزش جنسی با شرکای متعدد و سایر رفتارهای جنسی پرخطر افزایش دهنده احتمال انتقال اچ آی وی و هپاتیت سی است (بنگرید به مآخذ شماره 48 و 49). افزایش رفتارهای پرخطر جنسی شامل آمیزش جنسی غیرایمن توأم با جراحات بالقوه مقعد یا رکتوم ناشی از آمیزش جنسی مکرر و شدید تحت تأثیر مواد مخدر می تواند انتقال عفونتهای ناقل از تماس جنسی را میان مردان مردآمیز از جمله هپاتیت سی میان این دسته از مردان که با اچ آی وی زندگی می کنند افزایش دهد. راهکارهای کاهش خطر برای پیشگیری از اچ آی وی از جمله انتخاب بر مبنای سرم خونی[[53]](#footnote-53) و عمل انتخاب حالت قرار گرفتن[[54]](#footnote-54) در پیشگیری از سایر عفونتهای ناقل از تماس جنسی، هپاتیت بی یا هپاتیت سی چندان اثربخش نیستند. ارتباط مابین آمیزش جنسی شیمیایی، مصرف مواد مخدر و عفونت حاد هپاتیت سی ناقل از تماس جنسی میان مردان در حال زندگی با اچ آی وی که با مردان رابطه جنسی دارند در تعدادی از کشورها و مناطق ثبت شده است (بنگرید به مأخذ شماره 50).

آمیزش جنسی شیمیایی اکثرا با مصرف غیرتزریقی مواد مخدر مرتبط است اگرچه برخی از افراد شاید به تزریق کاتینونهای صنعتی، آمفتامینها و مت آمفتامینها (که به آنها در شرایط آمیزش جنسی شیمیایی، کوبیدن یا ترکاندن نیز اطلاق می گردد) نیز (بنگرید به مأخذ شماره 51) با میزان بالای استفاده از تجهیزات مشترک تزریق مبادرت می کنند و در نتیجه خطر انتقال اچ آی وی و هپاتیت سی بالا می رود (بنگرید به مآخذ شماره 52 الی 54). مصرف مفدرون میان مردان مردآمیز در شرایط آمیزش جنسی شیمیایی ظاهرا افزایش پیدا کرده است (بنگرید به مأخذ شماره 54).

مصرف داروها برای اختلالات نعوظی از جمله سیلدنافیل[[55]](#footnote-55) اغلب میان مردان مردآمیز مصرف کننده مت آمفتامینها گزارش شده است و میزان آمیزش جنسی غیرایمن و خطرات هپاتیت بی، سیفلیس و اچ آی وی را افزایش داده است (بنگرید به مآخذ شماره 46، 48 و 55).

مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر

تزریق مواد مخدر محرک توأم با بالاترین میزان خطر ابتلا به هپاتیت سی یا اچ آی وی در درجه اول به علت استفاده مشترک از سرنگها و سوزنهای آلوده است. افراد تزریق کننده کوکائین، محرکهای نوع آمفتامین یا هروئین در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی به میزان به ترتیب 6/3، 0/3 و 8/2 مرتبه بیشتر از افراد مصرف کننده مواد مخدر محرک بدون تزریق هستند (بنگرید به مأخذ شماره 56). شیوع بالای اچ آی وی یا هپاتیت سی در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر تا حدی ناشی از افزایش مصرف کاتینون صنعتی بعنوان جایگزین هروئین در یونان (بنگرید به مأخذ شماره 57)، مجارستان (بنگرید به مأخذ شماره 29) و رومانی (بنگرید به مآخذ شماره 33 و 58) است.

مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک از جمله محرکهای نوع آمفتامین شیوع بیشتر رفتارهای پرخطر جنسی را در مقایسه با مصرف کنندگان تزریقی مواد افیونی و مشابه مصرف کنندگان غیرتزریقی محرکهای نوع آمفتامین نشان دادند (بنگرید به مآخذ شماره 52 الی 62).

کارگران جنسی

ارائه خدمات جنسی به ازای دریافت کراک کوکائین یا پول به همراه تعدادی رفتارهای پرخطر اچ آی وی است که از میان آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرذ: برخورداری از تعداد بیشتری از مشتریان در هر هفته (بنگرید به مأخذ شماره 63)، میزان بالاتر آمیزش جنسی غیرایمن (بنگرید به مأخذ شماره 64)، به اشتراک گذاشتن کراک کوکائین با مشتریان (بنگرید به مأخذ شماره 65) و مصرف بیشتر کراک و همچنین آسیب پذیریهای ساختاری مانند بی خانمانی و بیکاری (بنگرید به مأخذ شماره 66) . طبق نتایج یک مطالعه، شیوع بیشتر اچ آی وی میان افراد ارائه کننده خدمات جنسی در ازای مواد مخدر یا پول بیشتر از افرادی است که به این تبادل مبادرت نکرده اند (بنگرید به مأخذ شماره 67). افراد دارای وابستگی به مواد مخدر که خدمات جنسی را به ازای مواد مخدر ارائه می کنند از توان و کنترل کمتری بر تعاملات جنسی برخوردارند (بنگرید به مأخذ شماره 68). مصرف مت آمفتامین توسط زنان کارگر جنسی همراه با مبادرت به آمیزش جنسی غیرایمن است (بنگرید به مأخذ شماره 69).

زنان کارگران جنسی که کوکائین دخانی مصرف می کنند اغلب بی خانمان یا ساکن منازل نامناسب در محله های محروم اقتصادی هستند و دسترسی کافی به خدمات سلامت شامل خدمات اچ آی وی، خدمات بارداری و باروری و حمایتهای اجتماعی ندارند. کارگران جنسی اعم از مردان، زنان یا تراجنسگرایان شاید مجبور به مصرف مواد مخدر با مشتریان خود گردند که خطر آمیزش جنسی غیرایمن و خشونت را افزایش می دهد.

کارگران جنسی مرد، زن و تراجنسگرا با موانع دسترسی و استفاده از خدمات مواجهند. این موانع با انگهای متعدد مربوط به مصرف مواد مخدر، کارگری جنسی و گرایش جنسی که در بسیاری از نظامهای قضایی کشورهای مختلف جهان به میزانی متفاوت جرم نگاری شده اند مرتبط هستند.

تراجنسگرایان

مصرف مت آمفتامینها، کوکائین دخانی یا کوکائین مابین زنان تراجنسگرا همراه با خطر بالاتر انتقال اچ آی وی مخصوصا از طریق آمیزش جنسی است (بنگرید به مآخذ شماره 70 و 71). بعنوان نمونه، پیمایش انجام شده میان زنان تراجنسگرا در خیابانها و اماکن پرخطر شهر لوس آنجلس ایالات متحده مؤید مصرف اخیر مت آمفتامین و یا کوکائین دخانی همراه با خطر دو برابر شدن وضعیت گزارش شده اچ آی وی مثبت بوده است (بنگرید به مأخذ شماره 72).

افراد ساکن در زندان و سایر اماکن بسته

احتمال مبادرت به تعدادی از رفتارهای پرخطر جنسی از جمله مصرف مت آمفتامینها در شرایط ارتکاب به آمیزش جنسی و عدم استفاده همیشگی از کاندوم در میان افراد مصرف کننده مواد مخدر محرک از جمله مت آمفتامین در زندانها بالاتر است (بنگرید به مآخذ شماره 73 و 74).

زنان مصرف کننده مواد مخدر

زنان مصرف کننده مواد مخدر با انگ و سایر موانع دسترسی به خدمات اساسی سلامت و اچ آی وی از جمله خشونت جنسیت محور[[56]](#footnote-56)، ترس از سقط جنین یا عقیم شدن اجباری یا از دست دادن حضانت فرزندان مواجه هستند. انگ میان فرهنگی مرتبط با زنانی که نقشهای جنسیتی را مانند مراقبت از خانواده خود، بارداری و مادر اطفال و کودکان بودن را کنار می گذارند چالشی اساسی است (بنگرید به مأخذ شماره 75). بسیاری از زنان مصرف کننده مواد مخدر با معادلات نابرابر قدرت در روابط و میزان بالاتر فقر دست و پنجه نرم می کنند و این عوامل مانع از دسترسی آنها به اقلام و خدمات سلامت باروری شامل کاندوم و سایر لوازم پیشگیری می‌شوند. (بنگرید به مأخذ شماره 76).

افراددرحالزندگیبااچآیوی

اگرچه مصرف کوکائین یا مت آمفتامین دارای اثر منفی بر دستگاه ایمنی مخصوصا میان افراد در حال زندگی با اچ آی وی است اما عوارض سرکوب دستگاه ایمنی در میان افراد در حال زندگی با اچ آی وی که مواد مخدر محرک مصرف می کنند و به درمان آنتی رترووایرال پایبند هستند از بین می روند (بنگرید به مأخذ شماره 77).

افراد در حال زندگی با اچ آی وی مصرف کننده مواد مخدر محرک بدترین پیامدهای اچ آی وی را در شرایطی که از ابتلای خود به اچ آی وی بی خبر هستند یا امکان دسترسی به آنتی رترووایرال ندارند تجربه می کنند.

مروری بر ادبیات موجود نشانگر آن است که عوامل روانی، رفتاری و اجتماعی همگی نقشی را چه به شکلی مجزا و چه در ترکیب با یکدیگر در تعیین پیامدهای اچ آی وی میان بیماران، دسترسی آنها به خدمات سلامت و پایبندی به آنتی رترووایرال ایفا خواهند کرد:

* مصرف مرتب مت آمفتامین در میان افراد در حال زندگی با اچ آی وی دارای عوارض منفی ملموس بر کارکرد عصبی-روانی (بعنوان مثال کمبود در حافظه رویدادها، کارکردهای اجرایی و سرعت پردازش اطلاعات) است (بنگرید به مأخذ شماره 78) و میزان این عوارض بیش از عوارض منفی عصبی- شناختی ناشی از اچ آی وی و هپاتیت سی می باشد (بنگرید به مأخذ شماره 79). این روند می تواند بر رفتار حفاظت از سلامت، جستجوی خدمات سلامت، دسترسی به درمانگاههای اچ آی وی و پایبندی به درمان آنتی رترووایرال اثرگذار باشد. علاوه بر این، استرس تروماتیک خاص اچ آی وی و عوارض منفی مرتبط با آن به صورت جداگانه همراه با افزایش رفتارهای پرخطر مواد مخدر محرک و کاهش پایبندی به درمان آنتی رترووایرال هستند (بنگرید به مأخذ شماره 80).
* کوکائین و محرکهای نوع آمفتامین اثرات منفی بر دستگاه ایمنی به جای می گذارند و آسیب پذیری را در برابر بیماریهای در کمین افزایش می دهند و همچنین پیشرفت اچ آی وی را میان افراد غیرپایبند به درمان آنتی رترووایرال تسریع خواهند کرد (بنگرید به مآخذ شماره 77 و 81). برای اطلاعات بیشتر در خصوص تعاملات مابین درمان آنتی رترووایرال و مواد مخدر محرک، بنگرید به بخش 4-2.
* برخی از جمعیتهای مصرف کننده مواد مخدر محرک بسیار به حاشیه رانده شده، به شدت فقیر و دارای منابع محدود از جمله عدم برخورداری از تغذیه کافی می باشند که این روند بر دسترسی آنها به خدمات مربوط به عفونت اچ آی وی اثرگذار است.

به منظور دسترسی به افرادی که مرتبا مواد مخدر محرک را مصرف می کنند و آنها را در رژیمهای درمانی اثربخش اچ آی وی حفظ می کنند، موانع دسترسی و پایبندی مرتبط با درمان اچ آی وی باید دقیقا شناسایی گردند و به آنها پاسخ داده شود. عوامل مهمی را که باید به آنها در حین ارزیابی چرایی جدا شدن فرد مصرف کننده مواد مخدر محرک در روند پیگیری توجه کرد عبارتند از انگ، تبعیض، سلامت روان، وضعیت اشتغال، فقر، بی خانمانی، مهاجرت، در معرض خشونت بودن، حبس، ترس از جرم انگاری و مسئولیتهای خانوادگی. برای اطلاعات بیشتر، بنگرید به فصل 4.

**1-4 تأثیر مجازات کیفری بر انتقال اچ آی وی میان جمعیتهای اصلی**

انگ، تبعیض و مجازات کیفری علیه مصرف کنندگان مواد مخدر، مردان مردآمیز، تراجنسگرایان، کارگران جنسی و افراد در حال زندگی با اچ آی وی اثری مستقیم بر توانایی و تمایل آنها به دسترسی و برخورداری از خدمات اچ آی وی و سایر خدمات سلامت دارند. این موارد همچنین مانع توانایی افراد فوق الذکر مابین جمعیتهای اصلی در دسترسی به اقلام یا خدمات مورد نیاز برای انجام رفتارهای مراقبتی شامل مصرف کاندوم و دسترسی به تجهیزات تزریق استریل، آزمایش اچ آی وی و درمان آن هستند.

در بررسی نظام‌مند 106 مطالعه داوری شده انتشار یافته بین سال‌های 2006 و 2014، ارتباط مابین مجازات کیفری برای مصرف مواد مخدر و پیامدهای مرتبط با درمان و پیشگیری اچ آی وی بین مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر (بنگرید به مأخذ شماره 92) بررسی شد. اگرچه این مطالعات اکثرا در آمریکای شمالی و آسیا انجام شده بودند اما براساس نتایج آنها، مجازات کیفری عامل ایجاد موانع اساسی برای مداخلات پیشگیری و درمان اچ آی وی در میان مصرف کنندگان مواد مخدر بوده است.

**فصل 2**

**مداخلات اصلی**

پیرو مرور گسترده ادبیات و مشورتهای فنی در سطح کشوری و جهانی، کارشناسان شرکت کننده در تعدادی از جلسات مشورتی در مورد بسته هشت گانه مداخلات اصلی برای پیشگیری، درمان، مراقبت و حمایت در برابر اچ آی وی میان مصرف کنندگان مواد مخدر محرک که در خطر ابتلا به اچ آی وی هستند به توافق رسیدند. این مداخلات از بسته جامع سازمان جهانی بهداشت / دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد / برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد برای اچ آی وی و مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر و همچنین از بسته نهایی شده سازمان جهانی بهداشت برای اچ آی وی و جمعیتهای اصلی اقتباس شده اند (بنگرید به مآخذ شماره 7 و 8).

1. کاندوم، ژلهای روان کننده (لوبریکانت[[57]](#footnote-57)) و برنامه های آمیزش جنسی ایمن تر
2. برنامه های سوزن و سرنگ و سایر اقلام
3. خدمات آزمایش اچ آی وی
4. درمان آنتی رترووایرال
5. مداخلات روانی-اجتماعی شواهدمبنا[[58]](#footnote-58) و درمانهای وابستگی به مواد مخدر
6. پیشگیری، تشخیص و درمان عفونتهای ناقل از تماس جنسی، هپاتیت و سل
7. اطلاع رسانی، آموزش و اطلاعات هدفمند
8. بیش مصرفی[[59]](#footnote-59) و مدیریت و پیشگیری مسمومیت حاد

مداخلات اصلی باید با نیازهای خاص جمعیتهای اصلی گوناگون مطابقت پیدا کنند. ارزیابی جمعیت مورد هدف خدمات به ارائه شواهد مورد نیاز برای طراحی بسته مشتری محور خدمات که به نیازهای خاص پاسخ می دهد کمک خواهد نمود.

**2-1 کاندوم، ژلهای روان کننده (لوبریکانت) و برنامه های آمیزش جنسی ایمن تر**

احتمال مبادرت به رفتارهای پرخطر جنسی مخصوصا آمیزش جنسی غیرایمن در میان افرادی که تحت تأثیر مواد مخدر محرک به آمیزش جنسی می پردازند بالاتر است (بنگرید به مأخذ شماره 83). این افراد شاید دچار محدودیتهای جنسی کمتر و حس شکست ناپذیری باشند که انتخاب یا یادآوری مصرف کاندوم را برای آنان چالش برانگیز می نماید. سایر عوامل کمک کننده به مصرف غیرهمیشگی کاندوم شامل موارد ذیل هستند: عدم دسترسی به کاندوم و ژلهای روان کننده در صورت نیاز، مهارتهای نامناسب مذاکره برای آمیزش جنسی ایمن تر، استفاده از پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن (بنگرید به مأخذ شماره 84) و بکارگیری راهکارهای کاهش خطر از جمله حالت قرار گرفتن راهبردی یا انتخاب حالت قرار گرفتن با توجه به سرم خون. این راهکارها محدودیتهای خاص خود را در زمینه خطر انتقال اچ آی وی دارند مخصوصا اگر افراد تحت تأثیر مواد مخدر محرک باشند و از انتقال سایر عفونتهای ناقل از تماس جنسی مانند هپاتیت بی و هپاتیت سی پیشگیری نکنند.

|  |
| --- |
| مصرف مواد مخدر محرک احتمال افزایش رفتارهای پرخطر جنسی را می تواند افزایش دهد و بر ظرفیت مهارت و پایبندی به آمیزش جنسی ایمن اثرگذار باشد. |

ترویج مصرف کاندومهای مردانه و زنانه و ژلهای روان کننده مناسب همچنان راهکار اصلی پیشگیری از اچ آی وی برای افراد مصرف کننده مواد مخدر محرک و شرکای جنسی آنها است. کاندوم همراه با حفاظت در برابر اچ آی وی، از سایر عفونتهای ناقل از تماس جنسی از جمله سیفلیس و سوزاک و انتقال جنسی بالقوه هپاتیت بی یا هپاتیت سی هم جلوگیری می‌کند. کاندوم همچنین می تواند از بارداری ناخواسته پیشگیری نماید.

کاندوم و ژلهای روان کننده باید به شکلی گسترده و بدون هزینه موجود باشند. توزیع هدفمند کاندوم رایگان به غلبه بر موانع مرتبط با هزینه های آنها کمک می نماید و باعث تقویت مقبولیت اجتماعی مصرف کاندوم می گردد. توزیع کاندوم و اطلاع رسانی آموزش جنسی توسط همسانان و نیروهای یاری رسانی[[60]](#footnote-60) نقش مهمی را از جمله در کوچه و بازار و درون میهمانیها ایفا می نمایند.

توجه به انواع کاندومهای موجود برای برآورده ساختن ترجیحات جمعیتهای اصلی و توزیع آنها به منظور موجود بودن گسترده کاندوم و ژلهای روان کننده و همچنین دسترسی به آنها در اماکنی که افراد همزمان به مصرف مواد مخدر محرک و آمیزش جنسی مبادرت می کنند اهمیت دارد. بعنوان مثال، صرف در دسترس قرار دادن کاندوم در جاهای معمول مانند سرویسهای بهداشتی یا کنار میز بار در اماکن یا باشگاههای شبانه ای که آمیزش جنسی در آنها انجام می گردد نمی تواند متضمن در اختیار داشتن این اقلام هنگام نیاز افراد باشد. مشورت با ذینفعان برای تضمین دسترسی آسان بسیار ضروری است. علاوه بر این، راهکارهایی باید برای حصول اطمینان از دسترسی به کاندوم در زندانها بنا بر نوع معماری، قوانین و مقررات و شکل تردد زندانیان داخل هر زندان برنامه ریزی گردند.

آموزش جنسی ایمن تر برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک باید موارد ذیل را پوشش دهد:

* ترویج مصرف کاندوم و ژلهای روان کننده.
* اطلاع رسانی در خصوص انتقال جنسی اچ آی وی، هپاتیت و عفونتهای ناقل از تماس جنسی.
* راهکارهای مذاکره برای آمیزش جنسی ایمن.
* اطلاع رسانی در خصوص راهکارهای کاهش خطر انتقال اچ آی وی (حالت قرار گرفتن راهبردی یا انتخاب حالت قرار گرفتن با توجه به سرم خون) شامل محدودیتهای آنها.
* اطلاع رسانی در زمینه پروفیلاکسی پیش از در معرض اچ آی وی قرار گرفتن.

|  |
| --- |
| **نکته 2 – اطلاع رسانی اینترنتی در زمینه کاهش آسیب هنگام آمیزش جنسی شیمیایی**  تارنمای "بی اخلاقی بدون عواقب"[[61]](#footnote-61) ایجاد شده توسط دو سازمان هلندی[[62]](#footnote-62) حاوی اطلاعات در خصوص کاهش خطر هپاتیت، اچ آی وی و سایر عفونتهای ناقل از تماس جنسی و همچنین اطلاعات درباره آمیزش جنسی ایمن برای مردان مردآمیز که به آمیزش جنسی شیمیایی مبادرت می کنند است.  این تارنما شامل اطلاعات درباره اقداماتی است که باید در حین برگزاری مهمانی آمیزش جنسی شیمیایی در منزل خود رعایت نمود (مانند تأمین کاندوم، اقلام ضدعفونی کننده و غیره). در تارنمای مذکور، همچنین اقلامی را که باید با خود هنگام رفتن به جای دیگر برای داشتن آمیزش جنسی تحت تأثیر مت آمفتامینها داشت تا خطر انتقال هپاتیت یا اچ آی وی کاهش یابد درج شده اند. |

*منابع بیشتر*

راهنماهای چهارگانه اجرای جمعیت اصلی (بنگرید به مآخذ شماره 9 الی 12) حاوی اطلاعات کلی مفید پیرامون کاندوم، ژلهای روان کننده و برنامه ریزی آمیزش جنسی ایمن تر برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر، مردان مردآمیز، کارگران جنسی و تراجنسگرایان است.

**2-2 برنامه های سوزن و سرنگ و سایر اقلام**

با توجه به ماندگاری کوتاه عوارض مواد مخدر محرک، این مواد معمولا مکررا با فواصل کوتاه تزریق می گردند تا جایی که برخی از افراد بیش از 20 تزریق در هر روز را گزارش می دهند. تزریق شاید به شکل گروهی انجام گردد و افراد از مواد مخدر محرک گوناگون و سایر انواع مواد مخدر در یک نشست استفاده کنند. چنین اشکال مصرفی احتمال استفاده یا تبادل تجهیزات غیراستریل را افزایش می دهند و خطر ابتلا به هپاتیت و اچ آی وی را نیز بالا می برند.

در قابلیت دسترسی و طراحی برنامه های سوزن و سرنگ باید به ماهیت مواد مخدر محرک و اشکال مصرف آنها توجه شود. مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک باید تحت آموزش، تشویق و حمایت برای گرفتن سرنگهای استریل مناسب قرار گیرند. دستورالعملها و سیاستهای برنامه های سوزن و سرنگ باید به مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک امکان دسترسی به تجهیزات کافی تزریق برای خود و سایر همسانان خود را فراهم نمایند. تبادل یک به یک یا سایر اشکال دسترسی محدود به سوزنها و سرنگها در هیچ وضعیتی توصیه نمی گردند و مخصوصا برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک نامناسب هستند (بنگرید به مآخذ شماره 85 و 86).

در باشگاهها و مهمانیها، تزریق مواد مخدر محرک بیشتر خارج از ساعات معموا ارائه خدمات کاهش آسیب اچ آی وی رخ می دهد. برنامه های سوزن و سرنگ و سایر خدمات اجتماعی مواد مخدر الزاما با باشگاهها و مراکز برگزاری مهمانیها همکاری ندارند که این خود بر نبود ارائه خدمات یا پیام دهی پیشگیری از اچ آی وی اثرگذار است. عدم دسترسی فوق الذکر به شکلی خاص برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک مشکل آفرین است چراکه آنها می توانند از دسترسی به برنامه های سوزن و سرنگ و سایر خدمات بهره مند گردند.

راهکارهای خلاق را می توان برای موجود ساختن سرنگها و سوزنهای استریل میان مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک مخصوصا خارج از ساعات کار و در اماکن فروش یا مصرف اینگونه مواد بکار بست. چنین راهکارهایی شامل موارد زیر هستند: برنامه های اقماری سوزن و سرنگ در پروژه ها یا درمانگاهها برای جمعیتهای اصلی، دستگاههای توزیع سوزن و سرنگ، طرحهای یاری رسانی، برنامه های ثانویه سوزن و سرنگ، طرح‌های ایمن سازی باشگاهها، یاری رسانی در مراکز انجام آمیزش جنسی (بار، سونا، باشگاه و غیره)، برنامه های یاری رسانی در جشنواره ها و طرح‌های بسیج اجتماعی.

|  |
| --- |
| بر مبنای شواهد موجود، تزریق با سرنگهای دارای فضای مرده کم[[63]](#footnote-63) باعث کاهش میزان خون در سرنگ استفاده شده در مقایسه با سرنگهای معمول یا دارای فضای مرده بالا هستند. توصیه سازمان جهانی بهداشت آن است که سرنگهای دارای فضای مرده کم برای کاهش خطر انتقال هپاتیت ویروسی در صورت استفاده مشترک بکار روند (بنگرید به مأخذ شماره 87). |

برنامه های سوزن و سرنگ طراحی شده برای پاسخ به نیازهای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک شامل تمامی جمعیتهای اصلی از امکان مناسب ارائه نقطه ورود به مجموعه آبشاری هماهنگ شده خدمات با نقطه آغاز خدمات داوطلبانه آزمایش اچ آی وی برخوردارند و اطلاعات را در خصوص چگونگی کاهش خطرهای مرتبط با مصرف مواد مخدر، توزیع کاندومهای زنانه و مردانه و ژلهای روان کننده و همچنین تأمین مداخلات گذار مسیر ارائه می کنند (بنگرید به توضیحات ذیل). تلاشها برای شناخت شرایط مصرف مواد مخدر توسط افراد، تجهیزات تزریقی مورد نیاز آنها و رفتارهای جنسی همزمان آنها به تضمین استفاده از پیام رسانی مناسب کمک می نمایند.

برنامه های سوزن و سرنگ باید توأم با آموزش، توصیه و تجهیزات در راستای حمایت از رویه های تزریقی ایمن از جمله ضرورت نظافت دستها، اجتناب از تبادل هرگونه موارد جنبی (فیلتر، آب) مرتبط با تزریق و دور نگاه داشتن حتی کمترین مقدار خون از محل آماده کردن مواد مخدر برای تزریق باشند. علاوه بر این، ضرورت دارد که سطلهای پسماندهای سرنگی یا سطلهای پلاستیک یا ظروفی را برای دفع ایمن تجهیزات تزریقی استفاده شده فراهم نمود که این عمل به نوبه خود در پیشگیری از جراحات ناشی از سوزن و کاهش خطر یا ایجاد گرفتاری برای جامعه گسترده مرتبط با تزریق غیرقانونی مواد مخدر بسیار حائز اهمیت است.

سرنگهای دارای کدهای رنگی نمونه ای از عملکرد مناسب حامی مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک به شکل گروهی است چراکه رنگ خاصی به هر شرکت کننده اختصاص می یابد و سرنگهای رنگی که فقط وی اجازه استفاده از آن سرنگ را دارد به او داده می شود. این اقدام باعث کمک به کاهش تبادل تصادفی تجهیزات تزریقی مخصوصا در صورت استفاده مجدد از آنها می گردد.

*منابع بیشتر*

*راهنمای آغاز و مدیریت برنامه های سرنگ و سوزن* (بنگرید به مأخذ شماره 88).

*اجرای برنامه های جامع اچ آی وی و هپاتیت سی با مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر: راهنمای عملی برای مداخلات توأم با همکاری* (بنگرید به مأخذ شماره 9).

*راهنمای پیشگیری از هپاتیت بی و سی ویروسی میان مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر* (بنگرید به مأخذ شماره 87).

مداخلات تغییر روش

مداخلات تغییر روش به منظور حمایت از مصرف کنندگان مواد مخدر برای اجتناب از تزریق و همچنین تشویق مصرف کنندگان تزریقی به استفاده غیرتزریقی ارائه می شوند. مداخلات رفتاری، برنامه های آموزش همسانان و ارائه اقلام مشوق روشهای جایگزین تزریق مانند چپق، پوشش دهان و کاغذ فویل آلومینیومی را می توان برای مصرف کنندگان تزریقی هروئین و یا مواد مخدر محرک استفاده نمود

|  |
| --- |
| **نکته 3 – برنامه کاهش آسیب برای مصرف کنندگان دخانی کوکائین یا مت آمفتامینها در شمال غربی اقیانوسیه ایالات متحده**  ائتلاف کاهش آسیب مردمی برنامه کاهش آسیب همسان محور برای مصرف کنندگان مواد مخدر در شمال غربی اقیانوسیه ایالات متحده است که در سال 2007 تأسیس شد. این ائتلاف در طی اولین سال فعالیت خود تجهیزات تزریق استریل و سرنگ تأمین می نمود اما براساس چارچوب همسان محور و بازخورد مراجعه کنندگان به سرعت نیاز گسترش خدمات برای پوشش مصرف کنندگان دخانی مواد مخدر مشخص شد. در سال 2008، ائتلاف مذکور برنامه چپق کراک را برای دسترسی به گروه متفاوتی از مصرف کنندگان مواد مخدر راه اندازی نمود. این برنامه به نقطه تماسی برای دسترسی بیشتر این افراد به خدمات تبدیل شده است. با توجه به آنکه شرکت کنندگان در برنامه اطلاع دادند که عدم دسترسی به چپق باعث روی آوردن آنها به تزریق بیشتر از معمول شده است، برنامه مذکور در سال 2015 گسترش یافت تا چپقهای مت آمفتامین را نیز شامل گردد.  هر دو برنامه چپق باعث افزایش پوشش مصرف کنندگان دخانی کراک و مت آمفتامین در ائتلاف کاهش آسیب مردمی و مرتبط سازی آنها با سایر مراکز خدمات اساسی سلامت شده اند. این ائتلاف در سال 2016 خدمات خود را مجددا گسترش داد و برنامه استنشاق را برای مصرف کنندگان غیرتزریقی آغاز نمود. |

فرصتهای پیشگیری از اچ آی وی و هپاتیت سی برای مصرف کنندگان دخانی مواد مخدر محرک.

کراک کوکائین، باز کوکائین و مت آمفتامین را می توان در چپق به شکل دخانی مصرف نمود و اثرات ناشی از مصرف بالا را تجربه کرد. استفاده مکرر چپقهای کراک گرم شده می تواند باعث تاول، شکاف و زخم در زبان، لب، صورت، بینی و انگشتان گردد که به نوبه خود شاید باعث تسهیل انتقال هپاتیت سی از طریق لوازم غیراستریل گردد (البته این مسئله هنوز کاملا مشخص نشده است). مصرف کنندگان دخانی مواد مخدر محرک با استفاده از چپق نیازمند تجهیزات یک بار مصرف نیستند اما بهتر است که تجهیزات دخانی شخصی داشته باشند و تشویق گردند که از چپقها بطور مشترک استفاده نمایند. اصل مذکور در مورد نی برای دمیدن کوکائین نیز صدق می کند.

توزیع چپقها، محافظ دهان و سایر تجهیزات چپق باعث تشویق به استفاده از راهکارهای عملی مصرف دخانی مواد مخدر محرک و ارتقای پیام "چپقها را به صورت مشترک مصرف نکنید" می گردد. اصول توزیع لوازم و پیام رسانی در خصوص پیشگیری اچ آی وی و هپاتیت میان مصرف کنندگان دخانی مواد مخدر محرک نیز همچنان پابرجا هستند.

|  |
| --- |
| **نکته 4 – نمونه محتوای بسته های مصرف دخانی ایمن تر**   * چپق‌ها (پایپ‌ها) * محافظهای دهان یا لب: بند لاستیکی، چپق لاستیکی یا موارد تهیه شده خاص * پدهای الکلی برای تمیز کردن چپقها و کاهش خطرات مرتبط با مصرف مشترک * مرطوب کننده های لب حاوی ویتامین ای برای مراقبت و درمان لبهای ترک خورده یا زخم شده * پانسمان استریل برای زخمها یا موارد سوختگی ناشی از مصرف دخانی کراک * آدامس بدون قند که می تواند به تولید بزاق برای مراقبت از دندانها و کاهش خرابی آنها کمک نماید * کاندوم و ژلهای روان کننده برای حمایت از رفتارهای جنسی ایمن تر * جزوه های ارتقای سلامت |

روشهای ایمن خالکوبی یا تتو[[64]](#footnote-64) کردن

کاربرد روشهای غیرایمن تتو کردن در برخی از جمعیتهای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک رایج است که خود همراه با خطر انتقال هپاتیت سی است. این مسئله بطور خاص در زندانها مطرح است چراکه تتو کردن در آنجا ممنوع می باشد و مخفیانه و بدون استفاده از روشهای بهداشتی انجام می گردد. برنامه های سوزن و سرنگ و سایر خدمات دارای آستانه پایین می توانند همراه با آموزش و اطلاعات ایمن تتو کردن و تجهیزات ایمن باشند.

**2-3 خدمات آزمایش اچ آی وی**

|  |
| --- |
| کلیه آزمایشات اچ آی وی باید داوطلبانه، محرمانه و همراه با مشاوره پس از آزمایش بر مبنای نتایج خاص این آزمایشات و نیازهای افراد باشند (بنگرید به راهکارهای نهایی شده سازمان جهانی بهداشت درخصوص خدمات آزمایش اچ آی وی – مأخذ شماره 89). |

آزمایش اچ آی وی فرصتی را برای ارائه پیامهای پیشگیری از این عفونت و مرتبط ساختن افراد به پیشگیری از آن و سایر خدمات مرتبط سلامت و حمایت فراهم می نماید. خدمات آزمایش اچ آی وی همچنین نقطه ورود تعیین کننده ای به درمان آنتی رترووایرال است (بنگرید به بخش 4-2). با توجه به شواهد نشانگر عدم انتقال اچ آی وی توسط افراد پایبند به درمان آنتی رترووایرال که توانسته اند ویروس را در بدن خود سرکوب نمایند، خدمات آزمایش اچ آی وی بخش مهمی از برنامه های پیشگیری از این عفونت است.

افزایش فرصتهای دسترسی و برخورداری مصرف کنندگان مواد مخدر محرک از آزمایش محرمانه، ساده و مناسب اچ آی وی که متعاقب آن خدمات درمان آنتی رترووایرال در اختیار افراد با نتیجه مثبت قرار می گیرد ضروری است. خدمات آزمایش اچ آی وی سریع اجتماع محور فرصتی را برای ارائه فوری نتایج ایجاد می نمایند. این مسئله مخصوصا برای آن دسته از مصرف کنندگان مواد مخدر محرک که در خیابان و اماکن عمومی مستقر هستند ضرورت دارد چراکه به جای انتظار برای مراجعه این افراد به مراکز خاص آزمایش، روش اصلی تعامل با آنها از طریق برنامه های یاری رسانی در محل حضور آنهاست. از سایر فرصتهای یاری رسانی می توان برای توزیع بسته های خود آزمایش اچ آی وی استفاده نمود.

فارغ از روش بکار رفته آزمایش، مهم است که دستورالعمل کمک به افراد برای آزمایش تأییدی در صورت مثبت بودن نتیجه آزمایش اولیه تدوین شده باشد که امکان دسترسی و برخورداری موفق آنها را از خدمات مراقبت و درمان اچ آی وی در صورت نیاز از جمله دسترسی فوری به درمان آنتی رترووایرال و پروفیلاکسی پیش یا پس از در معرض قرار گرفتن بنا به ضرورت میسر می سازد.

آزمایش اچ آی وی در محل می تواند توأم با چالشهایی از جمله احتمال عدم رعایت محرمانگی مخصوصا در اجتماعات بسته و کوچک باشد. از این رو افراد یاری رسان و ارائه کنندگان خدمات باید نسبت به داوطلبانه بودن همیشگی آزمایش اچ آی وی و غیرقابل قبول بودن استفاده اجباری از بسته های خودآزمایش توسط اشخاص ثالث از جمله نیروهای انتظامی یا کارفرمایان برای آزمایش افراد (مانند کارگران جنسی) اطمینان حاصل نمایند.



|  |
| --- |
| **نکته 5 – افزایش دسترسی جمعیتهای اصلی به آزمایش اچ آی وی در برزیل: زنده باد ملهور سبندو**  سازمان مراقبت، پیشگیری و کنترل عفونتهای ناقل از تماس جنسی، اچ آی وی / ایدز و هپاتیت ویروسی در وزارت بهداشت برزیل در سال 2014 راهکار "زنده باد ملهور سبندو" را تدوین نمود. هدف از راهکار مذکور که در سطح ملی با مشارکت سازمانهای جامعه مدنی اجرا شد افزایش دسترسی جمعیتهای اصلی به آزمایش اچ آی وی از طریق انجام آزمایش سریع مایعات دهان بود.  آزمایش داوطلبانه، محرمانه و رایگان اچ آی وی در محل زندگی و معاشرت جمعیتهای اصلی از جمله در کوچه و خیابان، منازل زنان کارگر جنسی و مردان زنانه پوش ، سونا و سینمای همجنسگرایان، مناطق حضور کارگران جنسی، بار و باشگاه شبانه، مهمانی و اماکن مصرف مواد مخدر ارائه می شد. روشهای متفاوتی برای ایجاد ارتباط استفاده شدند اما اکثرا علاقمند به روش یک به یک بودند و بر رعایت احتیاط لازم در اماکن از جمله نقاط حضور کارگران جنسی یا مناطق مصرف مواد مخدر تأکید داشتند.  تعامل اجتماعی نقش اصلی را در دسترسی به این گروههای جمعیتی در سایر زمانها و مکانها و خارج از ساختارهای خدمات سلامت ایفا می کرد. مربیان همسان آموزش دیده کلیه فعالیتها را انجام می دادند و اطلاعات را در خصوص پیشگیری، تشخیص و درمان اچ آی وی ارائه می کردند. مشاوره پس از آزمایش در اختیار کلیه افراد آزمایش شده قرار می گرفت و افراد دارای نتیجه مثبت به خدمات سلامت ارجاع می شدند. سازمانهای جامعه مدنی مسئول پایش این افراد تا زمان تعیین تشخیص و آغاز درمان بودند.  براساس داده های استخراج شده از 43 هزار فرد شرکت کننده در راهکار زنده باد ملهور سبندو مابین سالهای 2014 و 2016، 43 درصد زن، 32 درصد مردان دگرجنسگرا ، 20 درصد مردان مردآمیز و 5 درصد مردان زنانه پوش بودند. شیوع مصرف مواد مخدر 62 درصد بود که بیشترین میزان آن را مردان دگرجنسگرا (79 درصد) و مردان مردآمیز (72 درصد) تشکیل می دادند. در میان مصرف کنندگان مواد مخدر، 52 درصد تحت آزمایش اچ آی وی برای اولین بار قرار گرفتند و نتیجه آزمایش 4/2 درصد آنها مثبت بود. |

*منابع بیشتر*

*راهکارهای نهایی شده در خصوص خدمات آزمایش اچ آی وی –* سازمان جهانی بهداشت (بنگرید به مأخذ شماره 89).

*راهکارهای خودآزمایش اچ آی وی و اطلاع به شریک: مکمل راهکارهای نهایی شده در خصوص خدمات آزمایش اچ آی وی* – سازمان جهانی بهداشت (بنگرید به مأخذ شماره 90).

برای آشنایی با اطلاعات تفصیلی در مورد آزمایش و مشاوره اچ آی وی، بنگرید به مآخذ شماره 9 الی 12.

**2-4 درمان آنتی رترووایرال**

درمان آنتی رترووایرال عبارت است از درمان افراد در حال زندگی با اچ آی وی با استفاده از داروهای سرکوب کننده تکثیر ویروس. در حال حاضر، درمان استاندارد متشکل است از داروهای آنتی رترووایرال که برای کلیه افراد در حال زندگی با اچ آی وی فارغ از شمارش سی دی 4[[65]](#footnote-65) آنها تجویز می گردد. این درمان باعث کاهش میزان بیماری و مرگ و میر میان افراد در حال زندگی با اچ آی وی می شود، کیفیت زندگی آنها را ارتقا می بخشد و خطرات انتقال اچ آی وی را کاهش می دهد. علاوه بر این، داروهای آنتی رترووایرال به برخی گروههای افراد در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی چه پیش از در معرض قرار گرفتن و چه پس از آن ارائه می گردند. درمان آنتی رترووایرال همچنین برای پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به فرزند ضروری است.

مصرف کوکائین و مواد مخدر محرک با پیشرفت سریعتر بیماری در میان افراد در حال زندگی با اچ آی وی بنا به تضعیف دستگاه ایمنی آنها توسط این مواد مخدر مرتبط است. با این وجود، اثربخشی درمان آنتی رترووایرال در صورت پایبندی به آن در میان مصرف کنندگان مواد مخدر محرک کاهش نمی یابد چراکه این درمان میزان ویروس را کاهش می دهد و باعث بهبود کارکرد ایمنی همانند سایر افراد در حال زندگی با اچ آی وی می شود (بنگرید به مأخذ شماره 77).

|  |
| --- |
| کلیه کارکنان خط مقدم بخش سلامت و تمامی افراد تحت درمان آنتی رترووایرال باید نسبت به کارکرد این درمان، تعاملات احتمالی آن با مواد مخدر محرک (شامل عوارض جانبی و خطرات بیش مصرفی) و مزایا و محدودیتهای درمان آنتی رترووایرال آگاهی داشته باشند. |

راهکارهای حمایت از پایبندی به درمان آنتی رترووایرال متشکل از حمایتهای همسانان و یاری رسانی در بخش 1-3 تشریح شده اند.

عوارض جانبی داروهای آنتی رترووایرال و تعاملات آنها با مواد مخدر محرک

داروهای آنتی رترووایرال همانند بسیاری از داروهای دیگر دارای عوارض جانبی گوناگون از جمله تغییرات حاد یا مزمن کارکرد کلیوی یا اختلال کبدی هستند. برخی از این داروها می توانند باعث عوارض جانبی مانند افسردگی در دستگاه عصبی مرکزی گردند.

مسمومیت کبدی یکی از رایج ترین عوارض جانبی گزارش شده مرتبط با مصرف داروهای آنتی رترووایرال است که دامنه این تبعات شامل بالا رفتن بدون علامت آنزیمهای کبدی تا نارسایی این اندام است. ریسک عوارض جانبی مرتبط با مصرف داروهای آنتی رترووایرال برای کبد در موارد مصرف کوکائین، مصرف مفرط الکل، عفونت همراه با هپاتیت بی یا سی، فیبروز کبد، درمان همزمان سل و سن بالا افزایش می یابد.

اثرگذاری مواد مخدر محرک بر سطح سرم داروهای آنتی رترووایرال

کوکائین، مفدرون و مت آمفتامینها در ترکیب با تعدادی از داروهای آنتی رترووایرال بر سطح سرمی داروها و خطر عوارض جانبی اثرگذار هستند. با پیشرفت دانش علمی، رژیمهای جدید داروهای آنتی رترووایرال با پتانسیل تعامل با مواد جدید روان فعال رایج در بازار پیشنهاد خواهند شد. دانشگاه لیورپول تارنمایی را در خصوص تعاملات داروهای اچ آی وی شامل تعامل داروهای آنتی رترووایرال با مواد مخدر محرک ایجاد کرده است که اطلاعات مندرج در آن مرتبا به روز می شود[[66]](#footnote-66).

اثرگذاری داروهای آنتی رترووایرال بر سطح سرمی مواد مخدر محرک

سطح سرمی مت آمفتامینها می تواند در صورت استفاده توسط شخص مصرف کننده داروهای محدودکننده پروتئاز[[67]](#footnote-67) مخصوصا ریتوناویر[[68]](#footnote-68) تا سه برابر افزایش پیدا کند. موارد مرگبار مرتبط با محدودسازی متابولیسم متیلن دی اکسی مت آمفتامین و آمفتامینها توسط ریتوناویر گزارش شده اند.

پروفیلاکسی خوراکی پیش از در معرض قرار گرفتن

پروفیلاکسی خوراکی پیش از در معرض قرار گرفتن عبارت است از مصرف داروهای آنتی رترووایرال به منظور پیشگیری از ابتلا به عفونت اچ آی وی توسط افراد غیرمبتلا. براساس توصیه سازمان جهانی بهداشت، پروفیلاکسی مذکور را بعنوان گزینه پیشگیری برای افراد در معرض خطر قابل ملاحظه اچ آی وی می توان بکار گرفت (بنگرید به مأخذ شماره 91) و آن را در طی بازه های خطر کم یا نبود خطر می توان متوقف نمود. مصرف اینگونه پروفیلاکسی مطابق با تجویز می تواند خطر ابتلا به اچ آی وی را در آمیزش جنسی با فرد مبتلا به این ویروس با بیش از 90 درصد کاهش داد (بنگرید به مأخذ شماره 92).

پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن در جوامعی که روش اصلی انتقال جنسی است (مانند مردان مردآمیز) اثربخش بوده است و لذا برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک روش مناسبی است. اینگونه پروفیلاکسی جایگزین مداخلات پیشگیری از اچ آی وی از جمله برنامه ریزی جامع کاندوم برای کارگران جنسی و مردان مردآمیز نخواهد بود چراکه انتقال هپاتیت و سایر عفونتهای ناقل از تماس جنسی را متوقف نمی سازد.

در خدمات ارائه شده برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک، مداخلات جامع شواهدمبنای پیشگیری مانند برنامه های سوزن و سرنگ، کاندوم و ژلهای روان کننده باید اولویت دهی شوند. پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن همواره باید برای مردان مردآمیز که مواد مخدر محرک را چه به شکل تزریقی و چه به شکل غیرتزریقی مصرف می کنند و به رفتار پرخطر جنسی مبادرت می نمایند تجویز گردد.

پایبندی به پروفیلاکسی بیش از در معرض قرار گرفتن بسیار ضروری است و شاید برای افرادی که مواد مخدر محرک را چند روز متوالی مصرف می کنند چالش برانگیز باشد. مصرف کنندگان مواد مخدر محرک را که همزمان به آمیزش جنسی می پردازند باید به منظور مصرف توأمان کاندوم، ژلهای روان کننده و پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن تشویق و حمایت شوند تا حفاظت بهتر در برابر اچ آی وی و پیشگیری از سایر عفونتهای ناقل از تماس جنسی و همچنین هپاتیت سی و بی تضمین گردد.

اثربخشی پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن مانند سایر ابزار پیشگیری در صورت اجرای مداخلات توسط جوامع ذینفع آتی با مشورت تنگاتنگ آنان به حداکثر میزان خود خواهد رسید.

*منابع بیشتر*

*ابزار اجرایی برای پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن عفونت اچ آی وی –* سازمان جهانی بهداشت(بنگرید به مأخذ شماره 93).

پروفیلاکسی پس از در معرض قرار گرفتن

پروفیلاکسی پس از در معرض قرار گرفتن عبارت است از مصرف داروهای آنتی رترووایرال در کوتاه مدت (یک ماه) برای پیشگیری از عفونت اچ آی وی پس از قرار گرفتن در معرض اچ آی وی از طریق آمیزش جنسی غیرایمن یا تماس با خون. این پروفیلاکسی باید به کلیه افرادی که احتمالا در معرض اچ آی وی چه از طریق آمیزش جنسی غیرایمن (شامل حملات جنسی)، مصدومیتهای ناشی از سوزن یا مصرف مشترک تجهیزات تزریقی قرار گرفته اند در اسرع وقت و در بهترین حالت در 72 ساعت اولیه ارائه شود.

مصرف کنندگان مواد مخدر محرک که همزمان به آمیزش جنسی مبادرت می کنند معمولا دارای شرکای جنسی متعدد هستند. احتمال آمیزش جنسی غیرایمن یا پارگی کاندوم با مصرف مواد مخدر محرک یا بالا رفتن تعداد شرکا افزایش می یابد. فرایند مشارکتی دست اندرکاران باید به تدوین دستورالعملها برای دسترسی اجتماعات به پروفیلاکسی پس از در معرض قرار گرفتن از سطوح محلی به ملی منجر گردد تا بتوان نسبت به قابل دسترس بودن سریع و مصرف داروهای مورد نیاز توسط افراد نیازمند آنان اطمینان حاصل نمود. مصرف کنندگان مواد مخدر محرک که به این نوع پروفیلاکسی دسترسی مرتب دارند باید بعنوان کاندیداهای احتمالی پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن ارزیابی گردند.

*منابع بیشتر*

*راهکارهای نهایی شده سازمان جهانی بهداشت در خصوص مصرف داروهای آنتی رترووایرال برای درمان پیشگیری عفونت اچ آی وی. توصیه ها برای رویکرد سلامت عمومی – ویراست دوم* (بنگرید به مأخذ شماره 162).

**2-5 مداخلات روانی-اجتماعی شواهدمبنا و درمانهای وابستگی به مواد مخدر**

اثرگذاری هر ماده مخدر از طریق تعاملات پیچیده مابین آن ماده، وضعیت ذهنی فرد و شرایط مصرف تعیین می گردد که این تعاملات نقش میانجیگری اثرات ماده مخدر مذکور را بر فرد شامل حرکت به سمت مصرف پرخطر یا وابسته به آن ایفا می کنند (بنگرید به مأخذ شماره 94). اکثریت قریب به اتفاق مصرف کنندگان مواد مخدر محرک در مواقع خاصی به صورت "تفریحی" این مواد را مصرف می کنند و دچار وابستگی نمی گردند. گروه مذکور نیاز کمی به مداخلات جدی دارد. بخش ذیل حاوی نگاه کلی به مداخلات ممکن (اکثرا از نوع روانی-اجتماعی) می باشد که نشانگر اثرگذاری خاص بر کاهش رفتارهای پرخطر و ارائه حمایت از مصرف کنندگان مستمر مواد مخدر محرک شامل افراد در حال زندگی با اچ آی وی است.

|  |
| --- |
| مصاحبه های انگیزشی، مدیریت اقتضایی و مداخلات مختصر برای وابستگی به مواد مخدر محرک می توانند باعث کاهش رفتارهای جنسی پرخطر مرتبط با مواد مخدر و افزایش پایبندی به درمان آنتی رترووایرال و پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن گردند. |

درمان کوکائین یا وابستگی به محرکهای نوع آمفتامین مستلزم اتخاذ رویکردهای فشرده زمانی می باشد که در این بخش مجال پرداخت به آنها نیست. علیرغم وجود درمان برای وابستگی به مواد شبه افیونی، در حال حاضر داروهای جایگزینی برای درمان وابستگی به کوکائین یا محرکهای نوع آمفتامین موجود نمی باشند (بنگرید به مآخذ شماره 95 و 96). برخی رویه های نوظهور پیرامون توزیع دگزآمفتامین[[69]](#footnote-69) بعنوان جایگزینی برای وابستگی کوکائین یا مت آمفتامین مؤید موفقیتهای اولیه بوده اند اما نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه است.

مداخلات رفتاری، آموزش خودتنظیمی[[70]](#footnote-70) و مشاوره روانی-اجتماعی می توانند حامی اهداف پیشگیری و درمان اچ آی وی / هپاتیت سی میان مصرف کنندگان مواد مخدر محرک باشند و در عین حال به تحقق اهداف درازمدت و گسترده سلامت و تندرستی کمک نمایند. براساس شواهد موجود، مداخلات مختصر متمرکز بر ارائه اطلاعات درباره رفتارهای ایمن و کاهش آسیب بر تعدیل آسیبهای مرتبط با مواد مخدر (بنگرید به مأخذ شماره 97) و حفظ پایبندی به درمان آنتی رترووایرال برای افراد در حال زندگی با اچ آی وی اثربخش هستند (بنگرید به مأخذ شماره 98).

توجه به خطرات بالقوه مرتبط با همزمانی مصرف مواد مخدر و اچ آی وی مستلزم اتخاذ رویکردهای فردی، ساختاری و ترکیبی است (بنگرید به مأخذ شماره 99). خدمات روانی-اجتماعی از جمله مصاحبه های انگیزشی، مداخلات مختصر، مدیریت اقتضایی[[71]](#footnote-71) و درمان رفتاری شناختی برای حمایت اثربخش از درمان و پیشگیری از اچ آی وی میان مصرف کنندگان مواد مخدر محرک بسیار ضروری هستند. بررسی مداخلات روانی-اجتماعی برای ناهنجاریهای مصرف مواد مخدر محرک در سال 2016 نشان داد که کلیه موارد در اثر درمان آنتی رترووایرال در مقایسه با عدم کاربرد مداخلات دچار ماندگاری بهبود یافته شدند. البته در این بررسی، هیچ مداخله ای برتر از سایر مداخلات شناخته نشد (بنگرید به مأخذ شماره 100).

خدمات روانی-اجتماعی باید بر مبنای اصول مشارکت و فراگیر بودن اجتماع، حمایت از همسانان و نیازهای فرد باشند. هنگام طراحی مداخلات پیشگیری از اچ آی وی، گنجاندن شرکای جنسی مصرف کنندگان مواد مخدر محرک در این فرایند با تمرکز بر خطرات اچ آی وی مرتبط با مصرف مواد مخدر توأمان با رفتارهای جنسی مهم است.

مصاحبه های انگیزشی

مصاحبه انگیزشی رویکردی شخص محور و شبه دستورالعملی برای کشف انگیزش و دوسوگرایی[[72]](#footnote-72) با هدف تسهیل عبارات خودانگیزشی و تغییرات رفتاری است. این نوع مصاحبه متشکل از ایجاد شراکت مابین ارائه کننده و فرد و توانمندسازی فرد به آگاهی از تفاوت مابین وضعیت فعلی و ارزشهای آنان می باشد. تکنیک مذکور متکی بر اصول چهارگانه بیان همدلی، ایجاد تفاوت، کنار آمدن با مقاومت و حمایت از خودکارآمدی[[73]](#footnote-73) است. کارکنان غیرمتخصص آموزش دیده از جمله یاری رسانان می توانند این مصاحبه ها را به راحتی در مشاوره رسمی و غیررسمی، فرایند اطلاعات، آموزش و اطلاع رسانی و همچنین سایر مکالمات اجرا نمایند. موفقیت مصاحبه های انگیزشی که عموما فقط یک یا دو جلسه زمان می برند باعث اجرای آنها بعنوان رویکرد "فراگیر" موارد مختلف در راستای ایجاد تغییر در حوزه هایی مانند پایبندی به درمان، ترک استعمال دخانیات و رژیم غذایی و تمرینات جسمانی شده است (بنگرید به مأخذ شماره 101). بررسی کاکرین[[74]](#footnote-74) در سال 2012 نشانگر آن بود که مصاحبه انگیزشی می تواند رفتار پرخطر جنسی را کاهش دهد و در کوتاه مدت به پایین آمدن میزان ویروس در افراد جوان در حال زندگی با اچ آی وی منجر گردد (بنگرید به مأخذ شماره 102). بر مبنای یافته های پژوهشی، مصاحبه های انگیزشی باعث کاهش بروز آمیزش مقعدی غیرایمن مابین مردان مردآمیز (بنگرید به مأخذ شماره 103) و همچنین میزان استفاده از مواد مخدر (بنگرید به مأخذ شماره 104) می گردند.

مداخلات مختصر

مداخلات مختصر عبارتند از تعاملات کوتاه و اغلب فرصت طلبانه که در طی آنها مراقبین سلامت توصیه و اطلاعات هدفمند را در اختیار افراد در طی سایر فعالیتها از جمله توزیع تجهیزات تزریقی استریل یا اجرای آزمایش اچ آی وی قرار می دهند. مداخلات مختصر باعث کاهش مصرف مواد مخدر و همچنین خطرات مرتبط و رفتارهای پرخطر جنسی می شوند. پژوهشهای فراتحلیلی[[75]](#footnote-75) حاکی از تفاوت کم میان پیامدهای مداخلات طولانی و فشرده و مداخلات مختصر هستند و در عین حال، مداخلات مختصر گزینه های عملی و هزینه اثربخش با موانع معدود اجرایی می باشند (بنگرید به مأخذ شماره 105).

مدیریت اقتضایی

مدیریت اقتضایی رویکردی است که در طی آن افراد با دریافت جوایز از جمله مبالغ نقدی منوط به کسب مجموعه ای از نتایج از پیش تعریف شده تشویق می گردند. مدیریت اقتضایی توأم با تأثیر متوسط اما یکنواخت بر مصرف دسته بندیهای مختلف مواد مخدر بوده است (بنگرید به مأخذ شماره 106). اثربخشی این رویکرد مدیریتی باعث تقویت این نقطه نظر است که جوایز کوچک و مرتب به ایجاد انگیزه در افراد در راستای اصلاح رفتارهای مضر خود منجر می شوند. نگاه مثبت و باور اظهار شده خود فرد مراجعه کننده نسبت به توانایی دستاورد اهداف مدنظر عاملی تعیین کننده در بهبود نتایج مورد توافق می باشند.

درمان شناختی رفتاری

درمان شناختی رفتاری رویکرد ساختارمندی برای مشاوره است که بر فرض یادگیری و تقویت رفتارها بعنوان نتیجه ساختارهای شناختی و کمبودها در تاب آوری استوار است. هدف این درمان "پاک شدن" رفتارهای غیرمفید از ذهن افراد مانند رفتار پرخطر اچ آی وی یا اشکال خاص مصرف مواد مخدر است. اگرچه به نظر می رسد که نتایج در طی یک بازه زمانی حفظ می گردند اما درمان شناختی رفتار فشرده و زمان بر است و مستلزم حضور متخصصین و درمان فردی است (بنگرید به مأخذ شماره 107).

ذهن آگاهی[[76]](#footnote-76)

ذهن آگاهی توانایی تمرکز باز و غیرقضاوت گرایانه بر تجربه کامل پدیده های داخلی و خارجی و لحظه به لحظه است. پیامدهای مثبت شامل کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر و همچنین در طی پیشگیری از عود بیماری در فرایند آموزش ذهن آگاهی بعنوان بخشی از رویکردهای کاهش آسیب برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک گزارش شده اند (بنگرید به مآخذ شماره 108 الی 110).

درمان جایگزین مواد شبه افیونی و مصرف مواد مخدر محرک

افراد تحت درمان جایگزین مواد شبه افیونی برای هروئین یا سایر موارد وابستگی به مواد شبه افیونی شاید از مواد مخدر محرک به علت خستگی ناشی از این درمان، عدم توانایی تجربه حس لذت یا میل به مرتبط ماندن با مصرف کنندگان مواد مخدر استفاده کنند. درمان جایگزینی مواد شبه افیونی برای مقابله با مصرف مواد مخدر محرک طراحی نشده است و استفاده توأمان مواد مخدر محرک در حین درمان جایگزین مواد شبه افیونی را نباید بعنوان نقض این درمان در نظر گرفت و همچنین این نباید به کاهش یا توقف این درمان منجر گردد. مزایای درمان مذکور جدا از مصرف مواد مخدر محرک است (بنگرید به مأخذ شماره 111). ارائه کنندگان موجود این درمان باید نسبت به این قضیه آگاه گردند و بکارگیری فرصتهای ناشی از ارائه مرتب این درمان و مدیریت مراجعه کنندگان به آنها به منظور پشتیبانی از انجام مداخلات مندرج در این راهنما آموزش داده شود.

*منابع بیشتر*

*راهنمای مداخله سازمان جهانی بهداشت برای ناهنجاریهای روانی-عصبی و مصرف مواد مخدر در مراکز غیرتخصصی سلامت* (بنگرید به مأخذ شماره 112).

*مداخلات درمانی سازمان جهانی بهداشت برای مصرف کنندگان محرکهای نوع آمفتامین* (بنگرید به مأخذ شماره 113).

*کاهش آسیب و مداخلات مختصر سازمان جهانی بهداشت برای مصرف کنندگان محرکهای نوع آمفتامین* (بنگرید به مأخذ شماره 114).

*راهکارها برای مدیریت ناهنجاریهای مصرف مت آمفتامین در میانمار –* وزارت بهداشت و ورزش میانمار، 2017(بنگرید به مأخذ شماره 115).

*راهنمای کار با مصرف کنندگان کوکائین و کراک در مراقبتهای اولیه –* کالج سلطنتی پزشکان عمومی، 2004(بنگرید به مأخذ شماره 116).

*اصول درمان وابستگی به مواد مخدر* – دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، 2008(بنگرید به مأخذ شماره 117).

*توانبخشی و درمان سؤمصرف مواد مخدر: راهنمای عملی برنامه ریزی و اجرا* – دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، 20*03* (بنگرید به مأخذ شماره 118).

*استانداردهای با کیفیت شبکه درمان برای خدمات درمان و مراقبت وابستگی به مواد مخدر* – دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، 2012(بنگرید به مأخذ شماره 111).

*راهکارها برای درمان دارویی وابستگی به مواد شبه افیونی با کمک خدمات روانی-اجتماعی –* سازمان جهانی بهداشت، 2009 (بنگرید به مأخذ شماره 163).

*درمان ناهنجاریهای مصرف مواد مخدر محرک: روندهای جاری و دورنماهای آتی –* دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، 2019 (بنگرید به مأخذ شماره 164).

**2-6 پیشگیری، تشخیص و درمان عفونتهای ناقل از تماس جنسی، هپاتیت و سل**

غربالگری مصرف کنندگان مواد مخدر محرک برای بیماریهای عفونی از جمله عفونتهای ناقل از تماس جنسی، هپاتیت بی، هپاتیت سی و سل بخش بسیار مهم رویکردی جامع است. علاوه بر اچ آی وی، این عفونتها اغلب با مصرف مواد مخدر غیرقانونی و مواد مخدر محرک همراه هستند.

پیشگیری، تشخیص و درمان عفونتهای ناقل از تماس جنسی

آمیزش جنسی غیرایمن می تواند به عفونتهای حاد ناقل از تماس جنسی منجر گردد که باعث ناباروری و بیماری شدید خواهند شد. عفونتهای متعدد ناقل از تماس جنسی مخصوصا موارد شامل زخمهای تناسلی یا پیرامون مقعد باعث تسهیل انتقال جنسی عفونت اچ آی وی می گردد. کارگران جنسی، تراجنسگرایان و مردان مردآمیز اغلب در معرض افزایش خطر عفونتهای ناقل از تماس جنسی از جمله سیفلیس، سوزاک، کلامیدیا[[77]](#footnote-77) و تبخال قرار دارند. بنابراین، ارائه اطلاعات، ژلهای روان کننده و کاندوم زنانه و مردانه و همچنین غربالگری، تشخیص و درمان عفونتهای ناقل از تماس جنسی و حتی المقدور واکسن ویروس زگیل تناسلی به مصرف کنندگان مواد مخدر محرک که در برابر عفونتهای ناقل از تماس جنسی و اچ آی وی آسیب پذیرند ضروری است.

*منابع بیشتر*

*منابعی در خصوص عفونتهای ناقل از تماس جنسی و مجرای باروری* – تارنمای سازمان جهانی بهداشت شامل راهنمای بالینی، سیاستگذاری و برنامه ریزی، پایش و ارزیابی و مدافعه گری(بنگرید به مأخذ شماره 119).

پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت بی و سی

مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک با خطر بیشتر ابتلا به هپاتیت بی و هپاتیت سی به علت تزریق مکرر و مصرف مشترک تجهیزات تزریق مواجه هستند. خطر مصرف مشترک در شرایط تزریق در مراکز اجتماعی بالاتر است. انتشار هپاتیت سی بسیار بیشتر از اچ آی وی است و ویروس آن در خارج از بدن در دمای اتاق و روی سطوح پیرامون تا سه هفته زنده می ماند (بنگرید به مأخذ شماره 120) که انتقال آن را از طریق مصرف مشترک سرنگ و سایر لوازم تزریق ساده تر می نماید. واکسیناسیون هپاتیت بی یا هپاتیت ای-بی، دسترسی به اقلام پیشگیری و غربالگری و درمان داوطلبانه هپاتیت بی و سی باید در اختیار جمعیتهای اصلی مصرف کننده مواد مخدر محرک قرار گیرند.

پیشگیری

برنامه های سوزن و سرنگ و ابتکارات عمل بسیج اجتماعی باید به توزیع تجهیزات مربوطه شامل سرنگهای دارای فضای مرده کم برای تزریق، استنشاق و استعمال دخانی بپردازند (بنگرید به بخش 2-2). برنامه ریزی کاندومهای زنانه و مردانه نیز بخشی از مداخلات پیشگیری هپاتیت بی و سی و همچنین خدمات سلامت جنسی و باروری هستند. آموزش باید شامل پیام رسانی در خصوص خطرهای انتخاب بر مبنای سرم خونی و رویه های شدید جنسی شامل آسیب بالقوه به مخاط برای ابتلا و انتقال هپاتیت سی میان افراد در حال زندگی با اچ آی وی باشد (بنگرید به مأخذ شماره 50).

واکسیناسیون هپاتیت ای و هپاتیت بی

مجموعه ای از موارد ایمن سازی در برابر هپاتیت بی باید در اختیار جمعیتهای اصلی قرار گیرد. توصیه های سازمان جهانی بهداشت عبارتند از:

* ارائه رژیم واکسیناسیون سریع هپاتیت بی به افراد (در روزهای صفر، 7 و 21 الی 30).
* انگیزه دادن به مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر به منظور افزایش پایبندی به واکسیناسیون هپاتیت بی و سی حداقل تا دوز مصرف دوم.
* حتی ایمن سازی غیرکامل نیز تا حدودی باعث حفاظت از دستگاه ایمنی می گردد (بنگرید به مأخذ شماره 87).

ایمن سازی هپاتیت ای یا ترکیب هپاتیت ای و بی باید در اختیار مردان مردآمیز که مواد مخدر محرک مصرف می کنند قرار گیرد.

ایمن سازی باید به راحتی قابل دسترس باشد و در مراکز و اماکن مورد مراجعه مصرف کنندگان مواد مخدر محرک از جمله مراکز گذری، مراکز مجری برنامه های سوزن و سرنگ و سایر مراکز ارائه خدمات اجتماعی ارائه گردند.

غربالگری برای هپاتیت بی و هپاتیت سی

غربالگری داوطلبانه برای هپاتیت بی و یا هپاتیت سی باید برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک که در معرض خطر ابتلا به عفونتها هستند اجرا گردد. آزمایش و تشخیص عفونت هپاتیت بی و هپاتیت سی نقطه آغاز برای ارزیابی هم خدمات پیشگیری و هم خدمات درمان است. شناسایی بهنگام افراد مبتلا به عفونتهای هپاتیت بی یا هپاتیت سی آنها را قادر به دریافت مراقبت و درمان لازم برای پیشگیری یا به تأخیر انداختن پیشرفت بیماری کبد می نماید. آزمایشات سریع هپاتیت سی باعث دسترسی بهتر به تشخیص شامل آزمایش اجتماع محور خواهند بود.

درمان هپاتیت سی یا بی مزمن

کلیه افراد مبتلا به هپاتیت سی باید تحت درمان قرار گیرند. داروهای آنتی وایرال عمل کننده مستقیم[[78]](#footnote-78) در طی بازه 8 الی 12 هفته بیش از 95 درصد افراد مبتلا به عفونت هپاتیت سی را درمان می نمایند و خطر مرگ ناشی از سرطان کبد و سیروز را کاهش می دهند. درمان آنتی وایرال برای هپاتیت بی مزمن می تواند سرعت پیشرفت سیروز را آهسته نماید و خطر ابتلا به سرطان کبد را کاهش دهد (بنگرید به مأخذ شماره 162).

افرادی که به شکلی فعال مواد مخدر تزریق می کنند مانند هر جمعیت دیگری مخصوصا هنگام ارائه حمایتهای اجتماعی، عاطفی و عملی به رژیمهای درمانی هپاتیت سی پایبند می مانند (بنگرید به مأخذ شماره 122). بنابراین، کلیه مصرف کنندگان مواد مخدر محرک که در حال زندگی با هپاتیت سی هستند باید از دسترسی به داروهای آنتی وایرال بدون تبعیض برخوردار گردند.

*منابع بیشتر*

*راهنمای پیشگیری از هپاتیت بی و سی وایرال میان مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر* – سازمان جهانی بهداشت، 2012 (بنگرید به مأخذ شماره 87).

*راهکارهای غربالگری، مراقبت و درمان افراد مبتلا به عفونت مزمن هپاتیت سی* – سازمان جهانی بهداشت، 2016 (بنگرید به مأخذ شماره 123).

*راهکارهای نهایی شده استفاده از داروهای آنتی رترووایرال برای درمان و پیشگیری از عفونت اچ آی وی. توصیه ها برای رویکرد سلامت عمومی، ویراست دوم* – سازمان جهانی بهداشت، 2016(بنگرید به مأخذ شماره 162).

پیشگیری، تشخیص و درمان سل

در سال 2016، 4/10 میلیون نفر به سل مبتلا شدند. این بیماری عامل اصلی مرگ و میر افراد در حال زندگی با اچ آی وی می باشد بطوری که در همان سال، 40 درصد موارد فوتی از اچ آی وی ناشی از بیماری مذکور بودند (بنگرید به مأخذ شماره 124).

انتقال سل به آسانی از طریق ذرات منتشر در هوا از جمله از طریق بوسیدن، سرفه، عطسه یا فریاد زدن تسهیل می گردد. سل به راحتی در زندانها و در سایر اماکن دربسته و همچنین در فضاهای پرازدحام و دارای تهویه نامناسب که اکثرا در اجتماعات فقیر یا میان افراد بی خانمان دیده می شوند منتشر می گردد.

مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر بیشتر در خطر ابتلا به سل فارغ از وضعیت اچ آی وی خود هستند و سل عامل اصلی مرگ و میر میان مصرف کنندگان تزریقی این مواد و مبتلا به اچ آی وی می باشد (بنگرید به مأخذ شماره 125). مصرف کنندگان غیرتزریقی مواد مخدر نیز دچار میزان ابتلای بیشتر به سل هستند. برخی از زیرگروههای خاص مصرف کنندگان مواد مخدر محرک از جمله آنهایی که چندین روز متوالی مرتبا مواد مخدر محرک مصرف می کنند شاید دچار ضعف ایمنی بدن به علت بی خوابی و غذا نخوردن باشند که این خود انتقال سل را تسهیل می نماید. بنابراین، ضرورت دارد که پیشگیری، غربالگری و درمان سل را در اجتماعات و خدمات گنجاند.

*منابع بیشتر*

*ادغام خدمات توأم با همکاری سل و اچ آی وی در بسته جامع مراقبت برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر: راهکارهای نهایی شده* – سازمان جهانی بهداشت 2016 (بنگرید به مأخذ شماره 125).

**2-7 اطلاع رسانی، آموزش و اطلاعات هدفمند**

برای کاهش خطر ابتلا به عفونتهای ناقل از تماس جنسی یا اچ آی وی، مصرف کنندگان مواد مخدر محرک نیازمند دانش و حمایت هستند. روند اطلاعات، آموزش و اطلاع رسانی دانسته ها، انگیزه، آموزش و یادگیری مهارتها را در اختیار افراد برای اتخاذ رفتارهای مراقبت کننده از سلامت آنان قرار می دهد.

اطلاع رسانی اثربخش در زمینه سلامت با هدفگذاری مصرف کنندگان مواد مخدر محرک مستلزم پاسخ به دو چالش زیر است:

* طراحی پیامهای برطرف کننده هراس و عدم اعتماد بجا مانده از دوران گذشته.

|  |
| --- |
| با توجه به تنوع میان مصرف کنندگان مواد مخدر محرک، پیام رسانی باید با توجه به جنس، جنسیت، گرایش جنسی، سن و وضعیت دریافت کنندگان اطلاعات، آموزش و اطلاع رسانی باشد. سطوح سواد، فراگیری یا حذف اجتماعی و سایر متغیرهای فرهنگی و اجتماعی را نیز باید مورد توجه قرار داد. |

* یافتن روشهای اثربخش دسترسی به مصرف کنندگان مواد مخدر محرک با استفاده از پیامها و مطالب نجات بخش زندگی.

نکته کلیدی برای پاسخ به این چالشها عبارت است از مشارکت معنادار با هدفگذاری مصرف کنندگان مواد مخدر محرک. نمایندگان اجتماعات باید در کلیه مقاطع تدوین اطلاعات، آموزش و اطلاع رسانی شامل مفهوم و راهبرد کلی و تدوین، آزمایش، توزیع و ارزیابی پیامها حضور داشته باشند. همکاری با اجتماع به تضمین صحت ابزار و مطالب کمک می نماید و چنین ابزار و مطالبی مورد اعتماد و استفاده قرار خواهند گرفت. دریافت کنندگان اطلاعات، آموزش و اطلاع رسانی که ایده ها و وقت خود را سرمایه گذاری کرده اند احتمالا پشت این یافته ها قرار خواهند داشت و شرکت کنندگان فعالی نه صرفا در خصوص سلامت خود بلکه در ارتقای سلامت اجتماع خود خواهند بود.

مطالب باید به راحتی قابل فهم و صریح باشند. استفاده از مطالب تعاملی در سازوکار دیجیتال می تواند پیام رسانی را مطابق با وضعیت خاص کاربر خدمات نماید و در حفظ توجه اغلب مفید واقع می شود. از طرف دیگر، مطالب چاپی مرسوم دارای مزیت عدم نیاز به رایانه، تلفن یا دسترسی به اینترنت هستند. علاوه بر این، اینگونه مطالب فرصتی را برای کارکنان یاری رسان یا کارکنان سایر برنامه های توزیع مطالب به منظور تعامل با کاربران خدمات و روشی برای تبادل ساده اطلاعات آنها با دیگران ایجاد می نمایند.

استفاده از فناوری اطلاعات با هدف حمایت از مداخلات رفتاری

شبکه های اجتماعی و برخط[[79]](#footnote-79) می توانند روش هزینه اثربخش دسترسی به جمعیتهای هدف باشند. ارزیابی محلی نشان خواهد داد که این فناوریها در کجا مفید و مناسب واقع می شوند. دسترسی رایگان به اینترنت در مراکز گذری و سایر نقاط اجتماعی گردهمایی فرصتهایی را برای دسترسی و استفاده ایجاد می نماید. در مواردی که مصرف کنندگان مواد مخدر محرک دارای گوشیهای هوشمند هستند، می توان از تارنماها و برنامه های نرم افزاری کمافی السابق برای دسترسی به سایر جمعیتهای اصلی استفاده نمود.

کاربرد فناوری نتایج مثبتی را برای ارتقای سلامت جنسی یا پایبندی به درمان آنتی رترووایرال در مراکز مختلف شامل مراکز دارای منابع محدود نشان داده است (بنگرید به مآخذ شماره 126 و 127). برنامه های اینترنتی حاوی فرصتی برای دسترسی به مخاطبین بزرگتر در هر زمان هستند و اطلاعاتی را درباره خدمات سلامت و موجود ارائه می کند. اینگونه موارد امکان تعاملات و یاری رسانی برخط را با افراد علاقمند به بحث و گفتگو در خصوص مسائل یا افراد دارای سئوال به وجود می آورند.

با این وجود، اطلاعات مرتبط با مصرف مواد مخدر یا سایر رفتارهای مجرمانه، استفاده از برخی شبکه های دیجیتال نگرانیهایی را پیرامون گمنام ماندن افراد مورد تماس ایجاد می نماید و خطرات احتمالی مرتبط با اجرای قانون را باید در نظر گرفت. همکاری با اجتماعات و ارائه کنندگان خدمات دارای آستانه پایین به فرایند آگاه سازی پتانسیلهای محلی پویشها و مطالب دیجیتال و همچنین تضمین امنیت افراد دارای دسترسی به اطلاعات کمک می نماید.

نکته 6 – ابزار غربالگری سلامت اینترنتی برای مصرف کنندگان محرکهای نوع آمفتامین در استرالیا

ابزار اینترنتی بررسی سلامت برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک (کتامین، مفدرون و مت آمفتامین) توسط سازمانی همسان محور در استرالیا با حمایت سازمان سلامت سنت وینسنت در استرالیا طراحی و تهیه شد.

همچنین بنگرید به نکته 2 در بخش 1-2.

*منابع بیشتر*

مرکز پیشگیری و کنترل بیماری اروپا[[80]](#footnote-80) اسناد راهنمایی را برای کاربرد اثربخش شبکه های اجتماعی تهیه کرده است. اگرچه این ابزار برای اروپا و مشخصا برای مردان مردآمیز تدوین شده است اما راهنمایی پیرامون مزایای نسبی شبکه های گوناگون مانند فیسبوک، یاری رسانی برخط، گوگل ادز، پیامک و یوتیوب[[81]](#footnote-81) است که در سایر موقعیتها نیز مفید واقع می گردند.

*کاربرد اثربخش سازوکارهای دیجیتال برای پیشگیری از اچ آی وی میان مردان مردآمیز در اتحادیه اروپا / منطقه اقتصادی اروپا: معرفی راهنماهای مرکز پیشگیری و کنترل بیماری اروپا، 2017* (بنگرید به مأخذ شماره 128).

**2-8 بیش مصرفی و مدیریت و پیشگیری مسمومیت حاد**

مصرف زیاد مواد مخدر محرک در بازه کوتاه زمانی می تواند باعث زجر حاد تنفسی[[82]](#footnote-82)، سینه درد، تپش یا سکته قلبی گردد (بنگرید به مأخذ شماره 112). در شرایط حاد، این امر می تواند به ایست قلبی منجر گردد. علایم اولیه مسمومیت ناشی از مواد مخدر محرک عبارتند از بیش فعالی، گفتار سریع و مردمکهای انبساط یافته.

بیش مصرفی در موارد مصرف مواد مخدر متعدد می تواند ناشی از ترکیب مواد مخدر محرک با سایر مواد مخدر شامل مواد شبه افیونی یا داروهای خواب آور باشد.

درمان مسمومیت ناشی از مواد مخدر محرک علامت دار و مستلزم پایش منظم فشار خون، ضربان قلب، میزان تنفس و دمای بدن است (نمودار 1).

سندروم سروتونرژیک[[83]](#footnote-83) ناشی از ازدیاد سروتونین در دستگاه عصبی مرکزی مرتبط با استفاده از محرکهای نوع آمفتامین است. سندروم مذکور می تواند به اسپاسمهای عضلانی غیرقابل کنترل، لرزش، رعشه، روان پریشی، فشار خون بالا، دمای بالای 40 درجه بدن (هیپرترمی[[84]](#footnote-84)) و آزادسازی میوگلوبین[[85]](#footnote-85) از عضلات و انعقاد خون در رگها (انعقاد درون وریدی انتشار یافته) منجر گردد و بیماریهای شدید و حتی مرگ و میر را باعث شود.

مصرف کنندگان مواد مخدر محرک باید نسبت به چگونگی کاهش خطرات مسمومیتهای حاد آگاه شوند (بنگرید به چک لیست اطلاعات برای خودمراقبتی و مواد مخدر محرک در پیوست). اطلاعات در خصوص تعامل و خطرات احتمالی مصرف کوکائین و محرکهای نوع آمفتامین نسبت به سطوح سرم باید در اختیار افراد تحت پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن، درمان آنتی رترووایرال یا درمان هپاتیت قرار گیرد (بنگرید به بخش 4-2). مصرف کنندگان مواد مخدر محرک باید در زمینه تشخیص بیش مصرفی، ارائه کمکهای اولیه از جمله احیای قلبی-ریوی و تماس فوری با امدادگران حرفه ای اورژانس در صورت مشاهده بیش مصرفی تحت آموزش قرار گیرند.

*منابع بیشتر*

*کاهش آسیب و مداخلات مختصر برای مصرف کنندگان محرکهای نوع آمفتامین –* سازمان جهانی بهداشت، 2011 (بنگرید به مأخذ شماره 114) .

*راهنمای مداخلات برای ناهنجاریهای روانی-عصبی و مصرف مواد مخدر در مراکز غیرتخصصی سلامت –* سازمان جهانی بهداشت، 2010 (بنگرید به مأخذ شماره 112).

*مدیریت اجتماعی بیش مصرفی مواد شبه افیونی –* سازمان جهانی بهداشت، 2014 (بنگرید به مأخذ شماره 116).

**نمودار 1 – مدیریت موارد اورژانسی مسمومیت ناشی از مواد مخدر محرک**

* تماس سریع با آمبولانس یا انتقال فرد به اورژانس
* مجبور کردن فرد به نوشیدن زیاد مایعات

مراقبین سلامت:

* دیازپام 5 الی 10 میلی گرم را به شکل خوراکی یا درون وریدی در دوزهای اندازه گیری شده به فرد بدهید تا وی آرام و کمی خواب آلوده گردد
* در طی مقطع پس از مسمومیت، مراقب تمایلات یا اقدامات خودکشی از سوی وی باشید

آیا فرد در وضعیت بیش مصرفی یا مسمومیت حاد مواد مخدر محرک است؟

* مردمکهای انبساط یافته
* هیجان زده، افکار پی در پی، تفکر نامنظم، پارانویا
* مصرف اخیر کوکائین یا سایر مواد مخدر محرک
* افزایش فشار خون و ضربان
* رفتار تهاجمی، غیرمعقول یا توأم با خشونت

در صورت ابتلای فرد به سینه درد، ضربان نامنظم و سریع قلب یا سایر علایم نورولوژیک:

* انتقال به بیمارستان

اقتباس از: منبع مندرج در مأخذ شماره 112.

**فصل 3**

**مراقبت و حمایت از افراد مصرف کننده مواد مخدر محرک**

به منظور بهبود نتایج و پیامدهای سلامت و محدودسازی انتقال اچ آی وی، هپاتیت سی، هپاتیت بی و همچنین سل، ضرورت دارد که برنامه های پیشگیری و درمان قابل دسترس باشند، پایبندی به رژیمهای درمانی حفظ گردد و مصرف مواد مخدر و آمیزش جنسی با استفاده از مداخلات مراقبتی ایمن تر گردند.

در ارائه حمایت و مراقبت خاص باید به انواع مختلف مصرف مواد مخدر محرک، گروههای مختلف جمعیتی و شرایط متغیر اقتصادی، قانونی و اجتماعی توجه داشت.

تأمین دسترسی به خدمات اجتماعی و خدمات حمایتی از جمله خدمات حمایتی همسانان به یکدیگر و خدمات یاری رسانی به منظور تأمین منابع مورد نیاز برای پایبندی به درمان آنتی رترووایرال و پیشگیری از انتقال اچ آی وی در میان افراد در حال زندگی با اچ آی وی و مصرف کننده مواد مخدر محرک ضروری است.

**3-1 حمایت از پایبندی به درمان آنتی رترووایرال**

بسیاری از مصرف کنندگان مواد مخدر محرک فاقد دسترسی به خدمات سلامت، آموزش، مراقبت و خدمات حمایت اجتماعی مورد نیاز خود هستند و افراد در حال زندگی با اچ آی وی که مواد مخدر محرک مصرف می کنند اکثرا به درمان آنتی رترووایرال دسترسی ندارند. طبق یافته های مطالعه ای در کشور کامبوج، احتمال تحت مراقبت قرار گرفتن زنان کارگر جنسی مصرف کننده مواد مخدر محرک 91 درصد کمتر از آنهایی بود که اینگونه مواد را مصرف نمی کردند (بنگرید به مأخذ شماره 129).

زنان مصرف کننده مواد مخدر محرک که در حال زندگی با اچ آی وی هستند و در عین حال یا مادرند و یا باردار در معرض انگهای متعدد و همچنین چالشهای جدی جسمانی، اجتماعی و اقتصادی در دسترسی به مراقبتهای سلامت جنسی و باروری هستند. بنابراین، در درمانگاههای ارائه کننده مراقبتهای بارداری و پس از زایمان باید تضمین دسترسی به درمان آنتی رترووایرال بعنوان بخش پیشگیری جامع برنامه انتقال از مادر به فرزند[[86]](#footnote-86) مورد توجه قرار گیرد.

خدمات برای تضمین دسترسی به درمان آنتی رترووایرال برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک باید به شکلی دوستدار کاربران، پاسخ دهنده به جنسیت، غیرقضاوت گرایانه، قابل دسترس فیزیکی و انعطاف پذیر به میزانی باشند که با نیازها و سبک زندگی مصرف کنندگان مواد مخدر محرک منطبق گردند. کارکنان یاری رسانی شامل مربیان همسان آموزش دیده نقش مهمی را در کمک به افراد در حال زندگی با اچ آی وی و مصرف کننده مواد مخدر محرک برای آغاز و پایبندی به درمان آنتی رترووایرال ایفا می نمایند. بعنوان نمونه، آنها فرد را به مرکز درمان آنتی رترووایرال مشایعت می کنند و در مقام راهنمای آن فرد در کل فرایند خدمات مربوطه سلامت و همچنین خدمات خارج از بخش سلامت مانند خدمات اسکان یا حقوقی عمل می کنند.

راهکارهای نوآورانه اطلاعات، آموزش و اطلاع رسانی برای پاسخ به چالشهای خاص مطرح شده از سوی افراد در حال زندگی با اچ آی وی که معمولا مواد مخدر محرک مصرف می کنند ضرورت دارند. بعنوان مثال، استفاده از پیامکها در گوشی همراه برای یادآوری انجام درمان به بیماران نتایج را برای آنان در شرایط همراه با منابع محدود (بنگرید به مأخذ شماره 130) بهبود می بخشد و این روند را می توان برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک نیز اجرا نمود (بنگرید به نکته 7).

ترکیب خدمات همچنین می تواند دسترسی به درمان آنتی رترووایرال را افزایش دهد. این بدان معناست که مردان مردآمیز که با اچ آی وی زندگی می کنند و همچنین شرکای بالقوه آنها تحت مشاوره در خصوص مصرف مواد مخدر و آمیزش جنسی ایمن تر قرار دارند و دسترسی آنها به آزمایش غیرقضاوت گرایانه، پروفیلاکسی پیش و پس از در معرض قرار گرفتن (برای شرکا) و ارجاع به درمان عفونتهای ناقل از تماس جنسی و اچ آی وی سریع خواهد بود. دانش دقیق پیرامون درمان اچ آی وی باعث پایبندی بیشتر و رفتارهای جنسی ایمن تر خواهد بود.

افراد در حال زندگی با اچ آی وی که مواد مخدر محرک مصرف می کنند باید در راستای پایبندی به درمان آنتی رترووایرال از طریق مداخلات روانی-اجتماعی حمایت گردند (بنگرید به بخش 5-2)، در فعالیتهای حمایت گروهی مشارکت نمایند، شبکه های حمایتی را بسیج کنند و حتی المقدور در خصوص مصرف مواد مخدر محرک خود با مراقب سلامت حمایتگر گفتگو کنند. این افراد را به علت ادامه مصرف مواد مخدر نباید از زنجیره خدمات حذف نمود اما تعاملات این دسته از مواد مخدر با درمان آنتی رترووایرال باید به منظور تشویق آنها به کاهش خطرات توضیح داده شوند.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نکته 7 – ارسال پیامک رفتارهای پرخطر اچ آی وی را میان مردان مردآمیز که مت آمفتامین مصرف می کنند کاهش می دهد** | | | |
| حمایت اجتماعی | حمایت اطلاع رسانی | "آیا او عفونت جنسی را به تو منتقل نمود؟ این کار را باید انجام بدهی." | |
| "مراقب بدن خودت باش، از واکسن هپاتیت ای و بی استفاده کن." | |
| حمایت عاطفی | "با شریک خودت بمان اما زندگی خودت را نابود نکن." | |
| "تو ارزش سوزن جدید را داری." | |
| حمایت ابزاری | "محرکهای نوع آمفتامین تو را پایین می آورند اما داروها تو را بالا می برند." | |
| "لباس که می پوشی، کاندوم و روان کننده یادت نره." | |
| باور سلامت | تهدید سلامت | "آیا سوزاک داری؟" | |
| "محرکهای نوع آمفتامین می تواند دندانهایت را از بین ببرند." | |
| رفتارهای سلامت برای کاهش خطر | "داروهایت را مصرف کن و جزو آمار بیماری و مرگ و میر قرار نگیر." | |
| "تمیز تزریق کن زیرا چرک دردسر ایجاد می کند." | |
| آگاهی از خطرات سلامت | "50 درصد مردان مبتلا به کلامیدیا علایمی ندارند." | |
| "استفاده از محرکهای نوع آمفتامین در جمع می تواند مخاطره انگیز باشد." | |
| اجتماعی-شناختی | مهارتهای خودتنظیمی | "آیا آخر هفته ها طولانی تر می شوند؟" | |
| "وارد رابطه توأم با زخمهای باز نشو." | |
| خودکارآمدی | "از همان اول بگو که مثبت هستی. تو می توانی." | |
| "حتی می توانی در وسط مهمانی داروهای خود را مصرف کنی." | |
| محتوای پیامهای نظری روزی چند بار توسط همسانان مربی سلامت به مردان مردآمیز و مصرف کننده مت آمفتامین در لوس آنجلس ایالات متحده ارسال می شد. اجرای آزمایشی دوهفتگی حمایت فنی از پروژه توسط مربیان سلامت با ارسال حداکثر 4 گفتگوی پیامکی در روز متشکل از حداکثر 20 پیامک در هر مکالمه انجام شد و در نتیجه، مصرف مت آمفتامین و رفتارهای پرخطر جنسی در ارزیابیهای پیگیری دوماهه به میزان قابل ملاحظه ای کاهش یافتند.  منبع: مأخذ شماره 131. | | |

*منابع بیشتر*

برای دستیابی به اطلاعات بیشتر در زمینه دسترسی اجتماع محور به جمعیتهای خاص، بنگرید به مآخذ شماره 9 الی 12.

*ارائه خدمات برای اچ آی وی به تفکیک: چارچوب تصمیم گیری برای ارائه درمان آنتی رترووایرال به تفکیک برای جمعیتهای اصلی* (بنگرید به مأخذ شماره 167).

تارنمای مخصوص انجمن بین المللی ایدز در خصوص ارائه خدمات به تفکیک[[87]](#footnote-87).

3-2 مراقبتهای سلامت جنسی و باروری

مصرف کنندگان مواد مخدر محرک نیازمند دسترسی به خدمات و اطلاعات سلامت باروری و جنسی شامل درمان و تشخیص عفونتهای ناقل از تماس جنسی، تنظیم خانواده و غربالگری و درمان سرطانهای رکتوم و دهانه رحم هستند.

استعمال مقعدی مواد مخدر محرک خطر جراحات مقعد و رکتوم را مخصوصا در آمیزشهای طولانی و شدید جنسی افزایش می دهد.

زنان باردار و شیرده مبتلا به اچ آی وی نیازمند دسترسی به دور از تبعیض به مراکز خدمات بارداری و پس از زایمان، خدمات پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به فرزند، سیفلیس و هپاتیت و همچنین اطلاعات و حمایت در طی بارداری و پس از زایمان هستند.

3-3 مراقبتهای سلامت روان

مصرف کنندگان مواد مخدر محرک دارای دامنه وسیعی از نیازهای سلامت روان مرتبط با خود آن مواد، تنش و یا سایر مسائل شخصی مرتبط با عفونت اچ آی وی و یا برخی درمانهای آنتی رترووایرال هستند. مصرف بالای مواد مخدر محرک و بازه های زمانی طولانی مصرف، دوره های طولانی بی خوابی و بازه های سؤتغذیه می توانند به پارانویا، افسردگی شدید یا ارتکاب به خودکشی مخصوصا بعد از تمام شدن عوارض مواد مخدر محرک منجر گردد. وابستگی و مصرف مزمن مت آمفتامینها احتمالا با "روان پریشی مت آمفتامین" مرتبط است که خود نیازمند مراقبتهای اورژانس سلامت روان می باشد.

3-4 حمایتهای اجتماعی-اقتصادی

حمایت اجتماعی-اقتصادی بعنوان بخشی از حمایتهای روانی-اجتماعی معمولا به میزان حداقل است اما در کانون برنامه جامع پیشگیری اچ آی وی قرار دارد. خدمات مذکور باید با هدف ایجاد محیط تسهیلگر رفتارهای حمایت کننده، پایبندی به درمان آنتی رترووایرال و سرکوب ویروس ارائه گردند. بعنوان نمونه، احتمال ارتکاب به رفتارهای متنوع پرخطر اچ آی وی در میان افراد فاقد محل اقامت با ثبات (بنگرید به مأخذ شماره 132) و داشتن میزان قابل ردیابی ویروس (بنگرید به مأخذ شماره 99) بالاتر است. ارائه یا تسهیل خدمات اسکان و سایر خدمات اجتماعی اثر مثبت قابل ملاحظه ای بر اقدامات اچ آی وی و مرتبط با مواد مخدر دارد (بنگرید به مأخذ شماره 133). اشتغال نیز پیامدها و نتایج را بهبود داده است (بنگرید به مأخذ شماره 134).

|  |
| --- |
| **نکته 8 – حمایت جامع اجتماعی و سلامت از افراد بی خانمان مصرف کننده کراک: برنامه دوبراکوس ابرتوس**  شهرداری سائوپالو در برزیل برنامه دوبراکوس ابرتوس ("با آغوش باز") را در ژانویه 2014 با هدف ادغام مجدد اجتماعی مصرف کنندگان کراک و افراد بی خانمان ساکن قسمتی از شهر که اصطلاحا کراکولندیا (سرزمین کراک) شناخته می شد و همچنین ترمیم کیفیت زندگی آنها اجرا کرد. در این منطقه، میزان بالای خشونت شایع بود و افراد به شکلی فزاینده در کوچه و خیابان به مصرف کراک می پرداختند.  این پروژه برخلاف تلاشهای سنتی تأمین امنیت عمومی از طریق اتخاذ رویکرد سرکوب گرایانه، با رویکردی سلامت محور و مبتنی بر حقوق بشر اجرا شد و متمرکز بر پاسخ به نیازهای مسکن، غذا، درآمد و سلامت افراد بود. کلیه ذینفعان پروژه از سه وعده غذا در روز، آموزش و پرداخت مبلغ کوچک هفتگی معادل 40 دلار آمریکا در ازای 20 ساعت کار از قبیل باغبانی یا پاکبانی خیابانها برخوردار بودند. واحدی سیار (چادر در منطقه برای ارائه مراقبتهای سلامت، کمکهای اجتماعی، فعالیتهای اجتماعی-فرهنگی و کارگاهها مطابق مطالبات آن محله ایجاد شد.  یک تیم میان‌رشته‌ای ای به ارائه مراقبتهای سلامت شامل درمان مواد مخدر با آستانه پایین پرداخت. کلیه زنان به خدمات زنان و زایمان دسترسی داشتند، آزمایش سریع اچ آی وی و سیفلیس از طریق درمانگاه سیار تأمین شد و افراد دارای تست مثبت (4 درصد اچ آی وی و 26 درصد سیفلیس) برای درمان ارجاع شدند. در طی درمان وابستگی به مواد مخدر، از شرکت کنندگان در افزایش خودمراقبتی و کاهش مصرف مواد مخدر مطابق با سرعت و انتخاب خود حمایت به عمل می آمد. این برنامه دارای ماهیت جاافتاده اجتماع محور و همسان محور بود و امکان طراحی خدمات متناسب با نیازهای اجتماع از جمله غذاهای ایمن تر برای مصرف دخانی کراک / کوکائین میسر گشت.  برنامه مذکور خیلی زود به نتایج مثبتی رسید و بیش از 10 هزار مداخله سلامت در طی دو ماه انجام شدند و مصرف کراک مابین شرکت کنندگان 50 الی 70 درصد کاهش پیدا کرد. در عین حال، امنیت عمومی نیز در منطقه به شدت بهبود یافت و آمار جرایم در طی شش ماهه اول برنامه 50 درصد کاهش یافت.  در طی این برنامه، به 500 نفر تا دسامبر 2014 کمک شده بود که 50 نفر از آنها مجددا به خانواده خود پیوستند، 20 نفر از قرارداد رسمی اشتغال برخوردار شدند، 42 نفر مورد آموزش قرار گرفتند و در پارک محله مشغول به کار شدند و همچنین 80 نفر تحت مراقبتهای سلامت روان قرار گرفتند. بسیاری از ذینفعان اظهار داشتند که اشتغال و اسکان با ثبات باعث بهبود کیفیت زندگی، حداقل شدن میزان درگیریها و کاهش مصرف توأم با مشکل کراک شده بود. علاوه بر این، ارزیابی برنامه بر ضرورت مداخلات اجتماع محور دارای ماهیت چشمگیر آموزش همسانان در پاسخ به ویژگیهای فرهنگی و نیازهای اجتماعات تأکید داشت. |

*منابع بیشتر*

*راهنمای مداخله برای ناهنجاریهای روانی، عصبی و مصرف مواد مخدر در مراکز غیرتخصصی سلامت –* سازمان جهانی بهداشت، 2010 (بنگرید به مأخذ شماره 112).

*راهکارها برای مدیریت ناهنجاریهای مصرف مت آمفتامین در میانمار* – وزارت بهداشت و ورزش میانمار، 2017 (بنگرید به مأخذ شماره 115).

*کاهش مصرف و مداخلات مختصر برای مصرف کنندگان محرکهای نوع آمفتامین* – سازمان جهانی بهداشت 2011 (بنگرید به مأخذ شماره 114)*.*

*راهنمای عملکرد مناسب برای اشتغال مصرف کنندگان مواد مخدر* – ائتلاف بین المللی اچ آی وی / ایدز، 2015 (بنگرید به مأخذ شماره 135).

**فصل 4**

**عوامل تعیین کننده ارتقای اثربخشی**

عوامل تعیین کننده ارتقای اثربخشی عبارتند از راهکارها، فعالیتها و رویکردهای ضروری برای حمایت از اثربخشی و کارآمدی مداخلات اصلی برنامه. عوامل مذکور بر این مبنا استوار هستند که ارائه خدمات برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک اغلب درون محیط قانونی و سیاستگذاری تقویت کننده میزان چشمگیر انگ، تبعیض، هراس و خشونت انجام می گردد و برخی اوقات فقر و نژادپرستی نیز شرایط را دشوارتر می سازند. عوامل فوق الذکر باعث افزایش آسیب پذیری در برابر اچ آی وی و هپاتیت از طریق ایجاد موانع دسترسی به خدمات سلامت هستند و این روند به نوبه خود به دسترسی کمتر به اطلاعات، جذب کمتر خدمات پیشگیری اچ آی وی، آزمایش دیرهنگام اچ آی وی، درمان دیرهنگام و پایبندی نامطلوب به درمان منجر می گردد. عوامل تعیین کننده ارتقای اثربخشی برای پاسخ به موارد زیر ضرورت دارند:

* موانع ساختاری (مانند مجازات کیفری برای عدم افشای وضعیت اچ آی وی، انتقال یا در معرض اچ آی وی قرار گرفتن، مصرف مواد مخدر، کار جنسی یا روابط همجنسگرا) باعث ایجاد ترس از بازداشت و پیگرد قانونی هستند که مانع دسترسی برخی از مصرف کنندگان مواد مخدر محرک به خدمات سلامت می باشند.
* سقط جنین اجباری و همچنین عقیم سازی اجباری زنان مصرف کننده مواد مخدر محرک و ترس از دست دادن حضانت کودکان باعث ممانعت زنان، مادران و زنان باردار از پیگیری خدمات سلامت از جمله خدمات سلامت جنسی و باروری و مراقبت از کودکان می گردند.
* افراد جوان مصرف کننده مواد مخدر محرک در صورت آنکه کمتر از سن قانونی باشند با موانع حقوقی در دسترسی به خدمات اچ آی وی مرتبط با سن رضایتمندی[[88]](#footnote-88) مواجه خواهند بود.
* طبق قوانین و سیاستهای بسیاری از کشورها، تملک اقلام پیشگیری از اچ آی وی مانند سرنگ و سوزن و یا حتی کاندوم بعنوان شواهد مصرف مواد مخدر یا مبادرت به کارگری جنسی غیرقانونی قلمداد می گردد. چنین رویکردی آسیب پذیری را در برابر اچ آی وی از طریق ممانعت افراد از مصرف کاندوم یا تجهیزات تزریقی استریل دوچندان می نماید.

در فصل حاضر، عوامل شش گانه اصلی ارتقای اثربخشی تشریح شده اند. اتخاذ روندهای حامی توسط مأمورین انتظامی، پلیس و مأمورین زندانها و همچنین دسترسی به دادگستری موارد میانبخشی تمام عوامل شش گانه مذکور می باشند.

*منابع بیشتر*

مآخذ شماره 9 الی 12.

*راهکارهای نهایی شده پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از جمعیتهای اصلی در برابر اچ آی وی – ویراست 2016، فصل 5: عوامل تعیین کننده ارتقای اثربخشی*، سازمان جهانی بهداشت، 2016 (بنگرید به مأخذ شماره 8)**.**

**4-1 سیاستها و قوانین حمایتی**

تمامی نهادهای مربوطه سازمان ملل متحد بسته جامع پیشگیری و درمان اچ آی وی را برای مصرف کنندگان مواد مخدر بنا به مندرجات *راهنمای فنی سازمان جهانی بهداشت / دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد / برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد* (بنگرید به مأخذ شماره 7) تصویب نموده اند. راهنمای مذکور برنامه های سوزن و سرنگ را بعنوان مداخله دارای بالاترین اولویت معرفی می نماید. این بسته جامع همچنین در سند نتیجه نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال 2016 (بنگرید به مأخذ شماره 136) منعکس شده است و در آن "اقدامات اثربخش با هدف به حداقل رساندن تبعات نامطلوب سؤمصرف مواد مخدر بر سلامت عمومی و جامعه متشکل از برنامه های مناسب درمان همراه با دارو، برنامه های تجهیزات تزریقی و همچنین درمان آنتی رترووایرال و سایر مداخلات مربوطه پیشگیری کننده انتقال اچ آی وی، هپاتیت ویروسی و سایر بیماریهای خونی مرتبط با مصرف مواد مخدر" تصریح گشته است.

قوانین و سیاستهای ملی و درون کشوری باید به منظور تضمین حمایت آنان از مداخلات ارتقای سلامت مصرف کنندگان مواد مخدر شامل مصرف کنندگان مواد مخدر محرک مورد بازبینی و در صورت لزوم اصلاح قرار گیرند.

پاسخ اثربخش به مصرف مواد مخدر بعنوان مسئله سلامت عمومی مستلزم حذف یا کاهش مجازات کیفری می باشد تا این دسته از مجازات، مشکلات سلامتی و اجتماعی بیشتری را برای مصرف کنندگان مواد مخدر، خانواده های آنها و همچنین جامعه بطور کلی ایجاد نکنند. جایگزینهای حبس و مجازات برای مصرف یا تملک مواد مخدر برای مصرف شخصی به میزان قابل ملاحظه ای موانع ساختاری ارائه مراقبتهای سلامت شامل خدمات اچ آی وی برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک کاهش خواهند داد.

علاوه بر این، قوانین حمایتی که مجازات کیفری را بر جمعیتهای اصلی اعمال نمی کنند خطرات در معرض کارکنان یاری رسانی همسان و سایر مراقبین سلامت را در طی ارائه خدمات آموزشی، یاری رسانی، بسیج اجتماعی، برنامه های سوزن و سرنگ، کاندوم و سایر خدمات توصیه شده اچ آی وی با آستانه پایین کاهش می دهند.

قوانین و سیاستهای مقابله با انگ و تبعیض باید در بخشهای سلامت و اجتماعی مندرج گردند و امکان توزیع اطلاعات پیشگیری از اچ آی وی و هپاتیت را همراه با ملزومات تخصصی مواد مخدر (از جمله سوزنها و سرنگها و دامنه گسترده تجهیزات تزریقی، نی و چپقهای کراک و مت آمفتامین برای مواد مخدر محرک) برای کاهش خطرات انتقال اچ آی وی یا هپاتیت میسر سازند.

|  |
| --- |
| **نکته 9 – اصلاح سیاستگذاری مواد مخدر از طریق فرایند مشورتی در میانمار**  مصرف تریاک در میانمار مسئله عمده ای است. با این وجود، این کشور یکی از بزرگترین تولیدکننده های مت آمفتامین در جهان است. تخمین زده می شود که 80 هزار مصرف کننده تزریقی (اکثرا هروئین) در میانمار بسر می برند که 30 درصد آنها افراد در حال زندگی با اچ آی وی هستند. اطلاعات دقیقی در خصوص مصرف مت آمفتامین موجود نیست اما این مسئله بعنوان یک مشکل در حال افزایش سلامتی شناسایی شده است و تعداد افراد مراجعه کننده برای درمان در تمامی سالهای بازه شش ساله اخیر افزایش یافته است.  دولت میانمار پیش از سال 2017، برنامه سرکوب گرایانه کنترل مواد مخدر را با هدف دستیابی به "کشوری عاری از مواد مخدر" اجرا می کرد. در چارچوب این برنامه، مصرف مواد مخدر بیش از پیش بعنوان جرم قلمداد می شد و مصرف کنندگان این مواد به حبس محکوم می شدند (48 درصد 70 هزار زندانی کشور مربوط به این موارد بودند) یا به مراکز اجباری درمان فرستاده می شدند. مصرف کنندگان مواد مخدر در این کشور با میزان بالای انگ و طرد اجتماعی مواجه هستند و دسترسی آنها به خدمات سلامت نامناسب است.  در سال 2015، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد از برگزاری دوره مشورتی برای اصلاح قانون مواد مخدر و مواد روانگردان حمایت نمود. تغییرات پیشنهادی شرکت کنندگان در این دوره مشورتی عبارت بودند از: حذف ثبت اجباری مصرف کنندگان مواد مخدر، جایگزینی حبس با درمان مواد مخدر، کاهش مجازات برای جرایم فرعی و اتخاذ رویکرد کاهش آسیب در قانون. سازمان ملل متحد همچنین لغو مجازات اعدام را برای جرایم مرتبط با مواد مخدر توصیه کرد.  متعاقب برگزاری نشست توجیهی میان دولتی برای اعضای پارلمان در سپتامبر 2016، نقشه راهی برای بازبینی سیاستگذاری مواد مخدر تحت رهبری کمیته مرکزی کنترل مواد مخدر تدوین شد و از سازمانهای جامعه مدنی علاقمند به مشارکت در این فرایند دعوت به عمل آمد. بیش از 150 کارشناس، دست اندرکار و سازمان دولتی و غیردولتی در بخشهای سلامت، مراقبتهای اجتماعی، انتظامی، آموزشی، دانشگاهی، روانشناسی و توسعه روستایی در طی سه دوره مشورت نظرات خود را ارائه کردند.  بسته سیاستگذاری جدید توسط دولت و دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در 28 فوریه 2018 رونمایی شد. این بسته شامل موارد ارجاع به برترین عملکردهای بین المللی است و با رویکرد نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال 2016 همراستا است. براساس این سیاست گذاری، رویکرد سلامت محور با تمرکز بر پیشگیری و کاهش آسیب توصیه شده است و در آن "ضرورت اصلاح ساختاری برای کاهش تبعات منفی مرتبط با مصرف مواد مخدر و ارتقای جایگزین حبس برای جرایم مواد مخدر" مورد مدافعه گری قرار گرفته است. در این سیاستگذاری همچنین مشخص شده است که خدمات مواد مخدر را باید برای پاسخ به مصرف مت آمفتامین و سایر آسیبهای مرتبط با مواد مخدر گسترش داد و خدمات و درمان اجتماع محور برای مصرف کنندگان مواد مخدر باید افزایش یابند. علاوه بر این، گذار از نظامهای اجباری درمان مواد مخدر به نظامهای داوطلبانه اینگونه درمان پیشنهاد شده است.  *همچنین بنگرید به: سیاستگذاری ملی کنترل مواد مخدر میانمار* – وزارت بهداشت میانمار، 2018 (بنگرید به مأخذ شماره 137). |

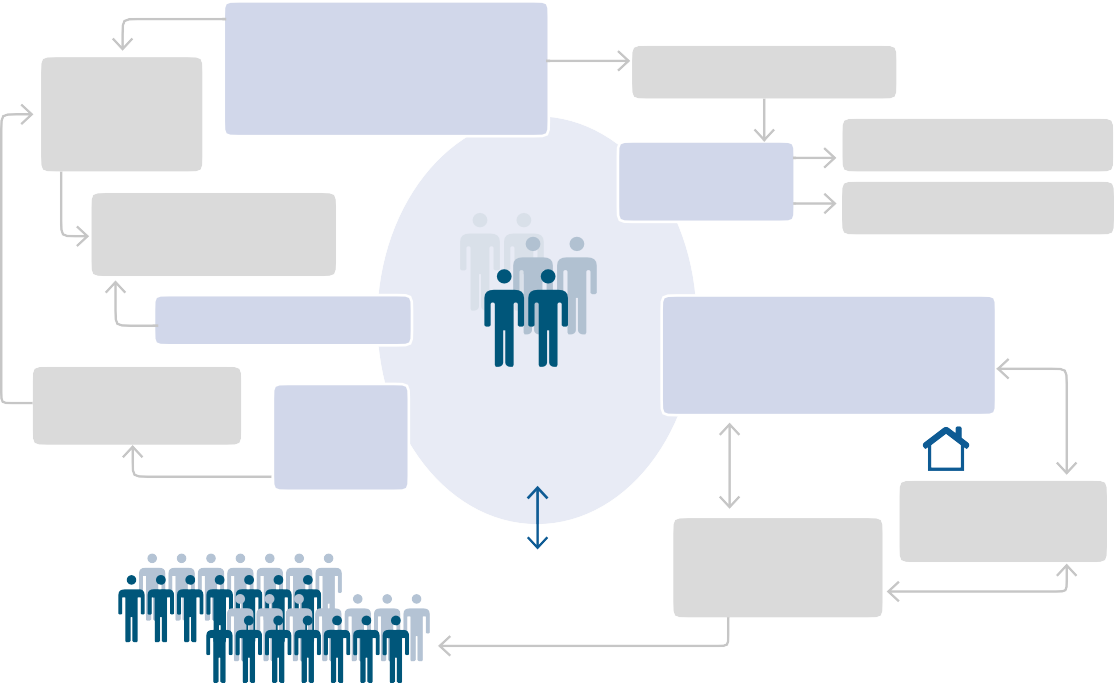
**4-2 توانمندسازی اجتماع و مشارکت معنادار آن**

برنامه ها و سیاستهای سلامت دارای اثرگذاری بیشتری بر پیامدهای سلامت در صورت مشارکت جمعیتهای متأثر در فرایند تهیه و تدوین آنها می باشند (بنگرید به مأخذ شماره 138). توانمندسازی اجتماع عبارت است از فرایند حمایتی مصرف کنندگان مواد مخدر و سایر جمعیتهای اصلی در راستای پاسخ دهی خود آنها به محدودیتهای ساختاری سلامت، حقوق بشر و تندرستی فراروی آنها و همچنین بهبود دسترسی آنان به خدمات شامل کاهش خطر ابتلا به اچ آی وی و هپاتیت سی و ارائه درمان و مراقبت از افراد در حال زندگی با اچ آی وی، هپاتیت سی و سایر مشکلات سلامت. اقدامات در عرصه اجتماع می توانند:

* مطالبه را برای خدمات بسیج کنند.
* دسترسی افراد دور از دسترس را از طریق نظامهای رسمی سلامت افزایش دهند.
* از تقویت نظامهای سلامت پشتیبانی کنند.
* رهبری سیاسی را بسیج نمایند.
* هنجارها و نگرشهای اجتماعی را دستخوش تغییر قرار دهند.
* محیط مروج ارتقای دسترسی برابر به خدمات را بنا نهند.

اعلامیه سیاسی سازمان ملل متحد درباره پایان دادن ایدز در سال 2016[[89]](#footnote-89) بر نقش خطیر اجتماعات در مدافعه گری، مشارکت در هماهنگی پاسخها به اچ آی وی و ارائه خدمات تأکید دارد. علاوه بر این، گسترش و تأمین پاسخهای اجتماع به اچ آی وی در این بیانیه تا آنجایی که حداقل 30 درصد خدمات تا سال 2030 باید به رهبری اجتماع ارائه گردند اذعان شده است. در سند پیامد نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 2015 نیز تقویت مشارکت معنادار سازمانهای یجامعه مدنی و حمایت و آموزش آنان توصیه شده است (بنگرید به مأخذ شماره 136).

**نمودار 2 حاوی نگاه کلی به نقش اجتماع در پاسخ به اچ آی وی و هپاتیت سی است.**



یاری رسانی و خدمات سیار اجتماع محور

خدمات سلامت عمومی / اجتماعی

**بسته جامع یکپارچه خدمات**

مراکز گذری / اجتماعی: خدمات گنجانده شده سلامت / اجتماعی (مانند ارائه از سوی سمنها / سازمانهای جامعه مدنی)

ثبت و گزارش دهی

پژوهش، تولید شواهد

حمایت اجتماعی و قانونی

محیطهای سیاستگذاری / قانونی حمایتگر

پاسخ و پیشگیری از خشونت

ارائه خدمات

توانمندسازی اقتصادی

بسیج منابع

سرمایه گذاری داخلی

گفتگوی مشورتی و سیاستگذاری / مدافعه گری با سازمانهای ملی درباره حقوق بشر، سلامت و موارد استحقاقی

سازماندهی اجتماع (شبکه / جمعی)

بسیج اجتماع / ظرفیت سازی

Grass roots

منبع: مأخذ شماره 9.

**4-3 پاسخ به انگ و تبعیض**

مصرف کنندگان مواد مخدر که اعضای سایر جمعیتهای اصلی نیز هستند بیشتر در معرض تبعیض و انگ اضافی از سوی جامعه در سطح کلان و اجتماعات محلی خود و همچنین خودانگ گذاری[[90]](#footnote-90) قرار دارند. آنها در جمعیت اصلی خود نیز در صورت مخالفت همسانان با مصرف مواد مخدر شاید مورد انگ قرار گیرند.

انگ و تبعیض علیه مصرف کنندگان مواد مخدر محرک در کل اجتماع، بخش سلامت (شامل مراکز خدمات درمانی مواد مخدر و اچ آی وی) نهادهای انتظامی و دستگاه قضایی رخ می دهد. مداخلات کاهش انگ و تبعیض را باید مطابق با شرایط و نیازهای هر یک از این بخشها طراحی نمود. فعالیتهای پیشنهادی در این زمینه شامل موارد ذیل می باشند:

* میزان و ماهیت انگ و تبعیض را علیه جمعیتهای اصلی مصرف کننده مواد مخدر در میان مراقبین سلامت، خدمات اجتماعی، خدمات اجتماع محور و سایر خدمات اچ آی وی با آستانه پایین و همچنین نیروهای پلیس ارزیابی نمایید. با مصرف کنندگان مواد مخدر به منظور شناخت تعریف نیازهای آنها به خدمات تعامل کنید.
* مراقبین سلامت و کارکنان مراقبتهای اجتماعی را برای کاهش انگ و تبعیض علیه مصرف کنندگان مواد مخدر محرک حساس نمایید.
* در میان مراقبین سلامت اجتماع به منظور پاسخ به نیازهای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک ظرفیت سازی نمایید. این مسئله در چارچوب خدمات برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک عبارت است از ظرفیت سازی برای ارائه اطلاعات متناسب با نیازهای جمعیتهای اصلی گوناگون. ظرفیت سازی در درمانگاههای ارائه کننده خدمات به مردان مردآمیز، کارگران جنسی یا تراجنسگرایان و یا مراکز پزشکی برای زندانیان به معنای ارائه اطلاعات پیشگیری از اچ آی وی و خدمات مختص شرایط مصرف مواد مخدر محرک است. در هر دو مورد، خدمات باید دوستدار کاربر و مطابق با سبک زندگی، جنسیت و سن جمعیت هدف (با توجه به ساعات کار، یاری رسانی، درمانگاههای سیار و غیره) باشند.
* نیروهای پلیس را نسبت به نقش اساسی نگرش و عملکرد آنان در پاسخ به همه گیری اچ آی وی میان جمعیتهای اصلی حساس نمایید و ظرفیت آنها را برای اتخاذ رویکردهای حمایت کننده گسترش دهید.
* سواد قانونی و معاضدت حقوقی را از طریق خدمات با آستانه پایین به منظور ارتقای آگاهی مصرف کنندگان مواد مخدر در خصوص حقوق خود و دسترسی به معاضدت حقوقی برای پاسخ به موارد خانواده، اشتغال، مسکن یا قوانین کیفری تأمین نمایید.
* از سازمانهای اجتماع محور در تدوین و اجرای رویکردهای اثربخش برای کاهش انگ و تبعیض در جمعیتهای اصلی شامل خودانگ گذاری و همچنین پشتیبانی از افراد در به چالش کشاندن انگ و تبعیض حمایت نمایید.

*منابع بیشتر*

*دستورالعمل آموزش مقامات انتظامی در خصوص ارائه خدمات اچ آی وی برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر* – دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد 2014 (بنگرید به مأخذ شماره 139).

بیانیه مشترک سازمان ملل متحد در خصوص پایان دادن تبعیض در مراکز مراقبتهای سلامت، 2017 (بنگرید به مأخذ شماره 140).

**4-4 جایگزینهای بازداشت و حبس**

افراد را نباید برای مصرف مواد مخدر محکوم به حبس نمود چراکه این روش غیراثربخش و پرهزینه است و مانع دسترسی مصرف کنندگان مواد مخدر محرک به خدمات سلامت مورد نیاز خود می گردد. مصرف کنندگان مواد مخدر محرک باید به مراکز خدمات مواد مخدر یا ارتقای سلامت شامل درمان و پیشگیری از اچ آی وی معرفی گردند.

نیروهای انتظامی و مخصوصا پلیس نقشی کلیدی را در زندگی مصرف کنندگان مواد مخدر محرک ایفا می نمایند. ظرفیت سازی، شراکت سازی و آموزش حساسیت زایی عبارتند از رویکردهای اصلی حمایت از نهادهای انتظامی به منظور اتخاذ رویه ها و سیاستهای تسهیل کننده دسترسی به خدمات شواهدمبنا و مبتنی بر حقوق بشر اچ آی وی.

ایجاد شراکت مابین پلیس و خدمات کاهش آسیب اچ آی وی شامل خدمات درمان مواد مخدر و مصرف کنندگان این مواد و همچنین سایر جمعیتهای اصلی می تواند در ایجاد طرح جایگزین برای پیشگیری از بازداشت مصرف کنندگان مواد مخدر مؤثر واقع گردد. راهکارهای چگونگی راه اندازی این خدمات در *راهنمای عملی برای جامعه مدنی ارائه کننده خدمات اچ آی وی میان مصرف کنندگان مواد مخدر: بهبود همکاری و تعامل با مقامات انتظامی* (بنگرید به مأخذ شماره 141) درج شده اند.

ارائه معاضدت حقوقی از سوی افرادی ازجمله دستیاران حقوقی به مصرف کنندگان مواد مخدر محرک که بازداشت شده اند نیز باعث پیشگیری از حبس و تسهیل استفاده از اقدامات جایگزین در مورد جرایم فرعی غیرخشونت آمیز می گردد.

**4-5 پیشگیری و پاسخ به خشونت**

خشونت جسمانی، جنسی یا روانی از جمله خشونت جنسیت محور علیه گروههای جمعیتی به شدت انگ گذاری شده رایج است و آسیب پذیری جمعیتهای اصلی را در برابر اچ آی وی بالا می برد (بنگرید به مآخذ شماره 142 و 143). زنان مصرف کننده مواد مخدر، کارگران جنسی و زنان تراجنسگرا بطور خاص در برابر خشونت از جمله خشونت خانگی و خشونت از سوی پلیس آسیب پذیر هستند. قوانین تبعیض آمیز ممنوع کننده تماس همجنسگرایانه باعث گسترش خشونت همجنسگرایی هراسی می گردند و این خشونتها به نوبه خود مانع دسترسی و بهره مندی از خدمات هستند.

در زمینه کار جنسی، مصرف مواد مخدر محرک خطر خشونت را علیه کارگران جنسی از جمله اجبار آنها به مصرف اینگونه مواد افزایش می دهد. توان ارزیابی ایمنی و شرایط و مذاکره برای آموزشی جنسی ایمن تر در میان کارگران جنسی تحت اثر مواد مخدر کاهش می یابد.

اقداماتی باید برای پیشگیری از خشونت و حمایت در مقابل خشونت اتخاذ گردند. چنین اقداماتی شامل حساسیت زایی و آموزش مأموران پلیس، اقدامات محیطی مانند نورپردازی خیابانها و تأمین دسترسی به خانه های امن، مراقبت از کودکان و دفاع شخصی برای افراد آسیب پذیر در برابر خشونت می باشند. ابتکارات عمل اجتماع محور از جمله خطوط تلفنی اثربخشی بیشتری برای حمایت قربانیان خشونت و همچنین پاسخ به بحران دارند.

قربانیان خشونت باید به خدمات سلامت از جمله سلامت جنسی و باروری و خدمات اچ آی وی شامل پروفیلاکسی پس از در معرض قرار گرفتن و همچنین خدمات حمایت اجتماعی، حمایت روانی و معاضدت حقوقی در صورت نیاز دسترسی داشته باشند.

**4-6 تعطیل کردن بازداشتگاههای مواد مخدر و مراکز توانبخشی اجباری**

مراکز اجباری بازداشت و توانبخشی مواد مخدر در تعدادی از کشورها برای نگهداری مردان، زنان و کودکان مظنون به مصرف مواد مخدر استفاده می شوند. سایر مراکز اجرایی بازداشت برای نگهداری افراد مبادرت کننده به کار جنسی و کودکان قربانی بهره کشی جنسی طراحی شده اند.

نقض حقوق بشر در بازداشت اجباری بدون بررسی قضایی علاوه بر سایر ویژگیهای گزارش شده این مراکز مانند شرایط نامناسب، کار اجباری، خشونت جسمانی و جنسی و عدم دسترسی به مراقبتهای سلامتی شامل خدمات پیشگیری و درمان اچ آی وی تشدید خواهد شد.

آژانسهای سازمان ملل متحد در بیانیه مشترک آن سازمان به کشورها در خصوص تعطیلی این مراکز و ارائه خدمات داوطلبانه شواهدمبنا و مبتنی بر حقوق بشر اجتماعی و سلامت در اجتماع و از جمله خدمات اجتماع محور کاهش آسیب اچ آی وی مدافعه گری نموده اند (بنگرید به مأخذ شماره 144). تأمین دستورهای خدمات اجتماعی و سایر احکام غیرحضانتی باید همراه با خدمات سلامت و انسانی مورد نیاز مردم باشد.

*منابع بیشتر*

مآخذ شماره 9 الی 12.

*راهکارهای نهایی شده در خصوص پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از اچ آی وی برای جمعیتهای اصلی* – ویراست 2016، فصل 5: عوامل تعیین کننده ارتقای اثربخشی، سازمان جهانی بهداشت، 2016 (بنگرید به مأخذ شماره 8).

*راهنمای مدافعه گری: پیشگیری از اچ آی وی / ایدز در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر* – سازمان جهانی بهداشت، برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، 2004 (بنگرید به مأخذ شماره 145).

بیانیه مشترک در خصوص مراکز اجباری بازداشت و توانبخشی مواد مخدر – سازمان ملل متحد، 2012 (بنگرید به مأخذ شماره 168).

**فصل 5**

**ملاحظات اجرایی**

مداخلات اچ آی وی، هپاتیت سی، هپاتیت بی، عفونتهای ناقل از تماس جنسی و سل برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک باید در دسترس جمعیتهای اصلی و مطابق با دغدغه ها و نیازهای خاص آنان باشند. این مداخلات با توجه به مواد مخدر مصرف شده، اشکال مصرف، اماکن مصرف این مواد و سایر خطرات و آسیب پذیریهای همزمان و همچنین دامنه کانالهای موجود ارتباطی متغیر هستند.

مصرف مواد مخدر اغلب فعالیت جمعی است و مصرف مواد مخدر محرک مرتبط با سایر فعالیتهای جمعی از جمله حضور در باشگاهها، جشنواره ها، مهمانیهای آمیزش جنسی و اماکن کار جنسی می باشد. بنابراین، انتقال اچ آی وی یا سایر ویروسهای ناقل خونی عمدتا منوط به رفتارهای جمعی و هنجارهای اجتماعی موجود در محیط گسترده تر خطر است. انتقال جنسی اچ آی وی میان مصرف کنندگان مواد مخدر محرک تحت تأثیر مقررات و مناسک درون گروه یا زیرگروه‌های جمعیتی کشور است.

در برنامه ریزی برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک باید به هر زیرگروه جمعیتی هم از لحاظ مداخلات مرتبط با مصرف مواد و هم خطر جنسی و همچنین رویکردهای ارائه خدمات توجه نمود. از این رو، برنامه های اثربخش برای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک مستلزم داده های تفصیلی و به تفکیک گروههای جمعیت هدف برای ارزیابی دقیق نیازها هستند. انجام مشورت اجتماعی با مصرف کنندگان مواد مخدر محرک در مناطق و محیطهای گوناگون جغرافیایی (یا فضاهای مجازی) فرصتی را برای شناخت، مستندسازی و برنامه ریزی بهتر پاسخها به نیازهای جمعیت ارائه خواهد نمود.

**5-1- تداخل مابین گروههای مصرف کننده مواد مخدر محرک و خطرات همپوشانی**

برنامه ریزی اثربخش اچ آی وی برای پاسخ به مصرف مواد مخدر محرک و اچ آی وی در گرو همکاری و ادغام ارائه کنندگان خدمات به مصرف کنندگان مواد مخدر و سایر جمعیتهای اصلی است. اینگونه برنامه ریزی همچنین مستلزم مرتفع ساختن انگ خارجی شامل انگ گذاری گروهها توسط همدیگر می باشد.

خدمات برای جمعیتهای اصلی اغلب در سیلوها ارائه می گردند و فاقد منابع کافی برای پاسخ به نیازهای افراد خارج از گروه خاص خود هستند. یکی از چالشهای ارائه خدمات اچ آی وی به اعضای جمعیتهای اصلی مصرف کننده مواد مخدر محرک تأمین اطلاعات، منابع و خدمات محرمانه و مناسب توسط همسانان و سایر ارائه کنندگان است که این اطلاعات، منابع و خدمات با انواع رفتارهای ارتکابی این دسته از افراد از جمله مصرف مواد مخدر محرک و مبادرت به کار جنسی یا مردان مردآمیز و مصرف کننده مواد مخدر محرک مرتبط هستند.

اکثر خدمات برای مردان مردآمیز، کارگران جنسی یا تراجنسگرایان فاقد اجزای خاص پیشگیری اچ آی وی مورد نیاز برای مصرف کنندگان کراک، آمفتامینها یا مت آمفتامینها هستند. از طرف دیگر، برنامه های کاهش آسیب اچ آی وی برای مصرف کنندگان مواد مخدر اکثرا فاقد خدمات پاسخ دهنده به نیازهای سایر جمعیتهای اصلی می باشند. بعنوان نمونه، اکثر شرکت کنندگان در مطالعه انجام یافته در لندن در خصوص آمیزش جنسی شیمیایی میان مردان همجنسگرا اظهار داشتند که آنها تا به حال با اطلاعات کاهش آسیب اچ آی وی دقیقا مرتبط با مراکز آمیزش جنسی مواجه نشده اند (بنگرید به مأخذ شماره 146).

تداخل مابین مصرف مواد مخدر (شامل مصرف تزریقی مواد) و آمیزش جنسی نشانگر نیاز مشخص به ادغام مداخلات پیشگیری از اچ آی وی مرتبط با مواد مخدر برای مردان مردآمیز مصرف کننده مواد مخدر در خدمات سلامت جنسی و همچنین ادغام مداخلات هدفمند سلامت جنسی در خدمات کاهش آسیب اچ آی وی شامل برنامه های سوزن و سرنگ است.

از این رو، برنامه های سوزن و سرنگ باید بر اطلاعات در زمینه خطرات انتقال جنسی اچ آی وی میان مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک تأکید داشته باشند.

اگرچه این راهنما بر مواد مخدر محرک تمرکز دارد اما توجه به رواج مصرف چندگانه مواد مخدر (یا مصرف مواد مخدر محرک در کنار سایر مواد مخدر مانند مواد افیونی) ضرورت دارد.

ارائه کنندگان خدمات اچ آی وی و مقامات مسئول زندانها باید برای تضمین دسترسی مصرف کنندگان مواد مخدر به خدمات ضروری قابل دسترس در خارج از زندان و همچنین حصول اطمینان از استمرار درمان و مراقبت مابین زندان و خارج از آن همکاری نمایند. بسته توصیه شده مداخلات 15 گانه ضروری اچ آی وی[[91]](#footnote-91) برای زندانیان به تفصیل در سند توجیهی سیاستگذاری دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد تحت عنوان *پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ آی وی در زندانها و سایر اماکن در بسته: بسته جامع مداخلات، 2013* (بنگرید به مأخذ شماره 147) تشریح شده است.

**5-2 آمیزش جنسی شیمیایی و پیشگیری از اچ آی وی**

گسترش و دسترسی به خدمات کاهش آسیب اچ آی وی و سلامت جنسی پذیرای مردان مردآمیز و طراحی شده برای پاسخ به نیازهای جسمانی و روانی-اجتماعی مرتبط با آمیزش جنسی شیمیایی ضرورت دارد. چنین روندی شامل یارگیری اعضای این جمعیت برای اجرای خدمات پیشگیری یاری رسانی در محل است. توجه به آمیزش جنسی شیمیایی در رویکردها و راهکارهای کاهش آسیب اچ آی وی همچنین نیازمند مشارکت معنادار این افراد برای تضمین طراحی و تدوین مطالب مرتبط و مناسب است. موضوعات ذیل برای مطالب مخصوص اطلاعات، آموزش و اطلاع رسانی مناسب هستند:

* مصرف ایمن تر مواد مخدر و شناسایی آسیب اچ آی وی.
* آمیزش ایمن تر.
* رضایتمندی، احترام به سایرین و کاهش بهره کشی جنسی.
* انتقال عفونتهای ناقل از تماس جنسی، اچ آی وی، هپاتیت سی و هپاتیت بی.
* رضایتمندی جنسی و ایمنی.
* حل و فصل شرایط اضطراری مرتبط با مواد مخدر.
* مسائل و انگ مرتبط با اچ آی وی توأم با افشای وضعیت اچ آی وی و یا مصرف مواد مخدر.
* فرصتهای اجتماع و شبکه سازی اجتماعی که فاقد مواد مخدر و آمیزش جنسی هستند.

همسانان ارائه کننده خدمات سلامت باید با مدیران مراکز تجاری که آمیزش جنسی در آنها مجاز است در راستای تسهیل تهیه و ارتقای رویه ها و سیاستهای پیشگیری از اچ آی وی مرتبط با آمیزش جنسی و موارد مرتبط با مواد مخدر همکاری نمایند. آموزش می تواند شامل چگونگی شناسایی و کمک به افراد دچار گرفتاری به مصرف مواد مخدر باشد.

تزریق مواد مخدر توأم با آمیزش جنسی شیمیایی ("کوبیدن") توسط تعداد معدودی از افراد انجام می گردد اما دسترسی به آنها به علت تابو بودن تزریق مواد مخدر در این اجتماعات دشوار است (بنگرید به مأخذ شماره 148). باید راهکارهای خاص برای غلبه بر این چالش در ارائه اقلام یا پیامهای مناسب پیشگیری از اچ آی وی تدوین گردند.

**5-3 فعالیتهای یاری رسانی (شامل موارد مجازی)**

برای دسترسی به مصرف کنندگان مواد مخدر محرک در محیطهای به شدت مورد انگ قرار گرفته که دسترسی به این افراد را با استفاده از خدمات مرسوم دشوار می سازند، رویه های یاری رسانی غیرقضاوت گرایانه و توانمند فرهنگی ضرورت دارند.

بسیاری از مداخلات از جمله اطلاعات، خدمات آزمایش اچ آی وی، مشاوره، کاندوم و ژلهای روان کننده، تجهیزات تزریقی استریل، اقلام آمیزش جنسی ایمن تر، حمایت اجتماعی و ارجاع به خدمات مربوطه سلامت و اجتماعی از طریق یاری رسانی قابل دسترس خواهند بود. خدمات ارائه شده بنا به شرایط و محل (خیابان، باشگاهها، جشنواره، مراکز کار جنسی، زندانها و غیره) و خطرات خاص مصرف کنندگان مواد مخدر محرک در این محیطها متغیرند.

کارکنان یاری رسانی شاید حرفه ای باشند اما یاری رسانی انجام شده توسط اعضای آموزش دیده اجتماع مصرف کننده مواد مخدر محرک یا سایر جمعیتهای اصلی مربوطه اثربخشی بیشتری دارد. بعنوان نمونه، مربیان همسان متخصص امکان ارائه اقلام یا اطلاعات پیشگیری از اچ آی وی را در جشنواره خواهند داشت.

مراکز گذری و فضاهای ایمن را می توان بر مبنایی موقت یا دائمی مطابق با شرایط احداث نمود تا مصرف کنندگان مواد مخدر محرک فضایی را برای آسایش، استراحت و دسترسی به اطلاعات، کاندوم، ژلهای روان کننده و اقلام ضروری برای مصرف ایمن مواد مخدر و همچنین مشاوره و آزمایشهای سریع اچ آی وی داشته باشند. در برخی از اماکن مانند باشگاهها یا جشنواره ها، غرفه ها و کیوسکهای سیار موقت را می توان احداث نمود.

برنامه های گوشی همراه و اینترنتی را می توان در صورت لزوم و تضمین محرمانگی برای دسترسی به تعداد بزرگتر مصرف کنندگان مواد مخدر محرک شامل اعضای جمعیتهای اصلی از طریق تماسهای گروهی یا فردی استفاده نمود.

*منابع بیشتر*

*شواهد برای اقدام: اثربخشی یاری رسانی اجتماع محور در پیشگیری از اچ آی وی / ایدز مابین مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر –* سازمان جهانی بهداشت، 2004(بنگرید به مأخذ شماره 149).

*راهنمای آموزش برای یاری رسانی پیشگیری از اچ آی وی برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر –* سازمان جهانی بهداشت، 2004 (بنگرید به مأخذ شماره 150).

**5-4 مداخلات اجتماع محور**

مشارکت معنادار مصرف کنندگان مواد مخدر محرک هم در طراحی و هم در اجرای مداخله برای اثربخشی خدمات بسیار ضروری است. اجتماعات گوناگون دارای تخصص منحصربفردی پیرامون وضعیت و نیازهای خود همراه با تخصص علمی برای ارائه خدمات اثربخش و قابل دسترس هستند. تدوین و پایش باکیفیت خدمات پیشگیری، آزمایش و درمان اچ آی وی توسط مصرف کنندگان مواد مخدر همراه با نمایندگان سایر جمعیتهای اصلی مربوطه می تواند باعث تضمین اثربخشی خدمات متناسب با نیازهای مصرف کنندگان مواد مخدر محرک گردد.

بعنوان نمونه در بریتانیا در دهه 1990، ابتکارعمل همسانان تحت عنوان جوخه کراک[[92]](#footnote-92) با کالج سلطنتی پزشکان عمومی برای شناسایی رویه های مصرف مواد مخدر، در معرض خطر بودن و خدمات و نیازهای سلامت با استفاده از تجارب مصرف کنندگان کراک کوکائین شراکت نمود که نتیجه آن، پر کردن شکافهای موجود در دانش علمی و حرفه ای بود و به تدوین راهکارهای ملی جدید از جمله چک لیستهای اطلاعات برای پیشبرد خدمات مابین مصرف کنندگان کراک و کوکائین بود (بنگرید به مأخذ شماره 116).

**ارائه خدمات**

گروههای مصرف کننده مواد مخدر می توانند خدمات آزمایش و پیشگیری اچ آی وی و هپاتیت سی، حمایت و ارتباط با درمانهای آنتی رترووایرال و سایر خدمات سلامت را ارائه نمایند. علاوه بر این، آنها می توانند موارد نقض حقوق بشر را ثبت نمایند، مدافعه گری فردی انجام دهند، در جلسات عالیرتبه و مدافعه گری مشارکت کنند و کیفیت خدمات را مورد پایش قرار دهند. اعتبارسنجی اجتماع و تشخیص دسترسی افراد دارای امتیاز در حین هدفگذاری جمعیتهای اصلی مصرف کننده مواد مخدر محرک بطور خاصی توأم با چالش خواهد بود. کارکنان یاری رسانی که متعلق به این اجتماعات نیستند و یا از مواد مخدر محرک دیگر استفاده نمی کنند دچار کاهش دسترسی به شبکه، اطلاعات درونی، اعتبار و اثرگذاری خواهند بود. با این وجود، کیفیت و اثرگذاری یاری رسانی فقط توسط وضعیت کارکنان تعریف نمی گردد و در واقع ماهیت مشارکت اجتماع نیز بسیار تعیین کننده است. رویکردها را می توان به شکلی گسترده به موارد زیر تقسیم نمود:

* *رویکردهای تأمین کننده / مراجعه کننده*: نمونه های این موارد عبارتند از آموزش توسط همسانان (بنگرید به مأخذ شماره 151)، مشاوره همسانان (بنگرید به مأخذ شماره 152) و رهبران همسان (بنگرید به مأخذ شماره 153). نقطه مشترک الگوهای سه گانه فوق، انتخاب تعداد نسبتا کوچک شرکت کنندگان با ویژگیهای خاص (مانند سن، جنسیت، وضعیت)، توسط کارکنان پروژه، تحت آموزش قرار گرفتن آنها و کار درون ساختار سلسله مراتبی سازمانهای خدمات سنتی است. از این افراد درخواست می گردد که به شغلی اغلب پرتنش، با درآمد پایین و همراه با بار عاطفی به شکلی پایدار و چشمگیر متعهد گردند.
* *الگوی شبکه محور (راهبری شده توسط همسانان)*:طبق این رویکرد، تعداد بسیار بیشتری از اعضای اجتماع تعهد بسیار کوچکتری را اعلام می نمایند. در مداخلات راهبری شده توسط همسانان، مطالب مختصری در زمینه پیشگیری اچ آی وی به شرکت کنندگان آموزش داده می شود و متعاقبا انگیزه های کوچکی برای آموزش تعداد معدودی از همسانان و تشویق آنها به تبادل همان اطلاعات و افرادی را که می شناسند دریافت می کند. آنها از مراجعه کننده به واسطه های اطلاعات تبدیل می گردند (بنگرید به مأخذ شماره 154).

توزیع ثانویه اقلام پیشگیری از اچ آی وی[[93]](#footnote-93) شاید برترین نمونه مهار نیروی بالقوه مداخلات شبکه محور باشد. این روش توزیع می تواند الگویی اثربخش برای در دسترس قرار دادن برنامه های سوزن و سرنگ خارج از ساعات اداری یا مراکز تخصصی و در شبکه های اجتماعی مصرف مواد مخدر محرک باشد که در طی آنها افراد بطور معمول در دسترس برنامه های مرسوم سوزن و سرنگ قرار ندارند. توزیع ثانویه سوزن و سرنگ همچنین ابزاری است برای ارائه تجهیزات تزریقی در مراکز تجاری یا اجتماعی مورد استفاده افراد مشغول کار جنسی.

سایر نمونه های رویکردهای شبکه محور عبارتند از:

* در جمهوری چک، برنامه های ثانویه سوزن و سرنگ برای تأمین تجهیزات تزریقی استریل در میان جمعیت مصرف کننده تزریقی مت آمفتامین استفاده شده است که این مصرف کنندگان به شدت نسبت به برنامه های سوزن و سرنگ معمولا بکار رفته توسط مصرف کنندگان تزریقی مواد افیونی مظنون هستند.
* رویکرد مداخله رهبری شده توسط همسانان در اوکراین میان مصرف کنندگان آمفتامین تهیه شده در منزل با نام وینت[[94]](#footnote-94) برای ارسال اقلام و پیامهای پیشگیری از اچ آی وی به تعداد زیادی از افراد و تأثیرگذاری بر هنجارهای اجتماع بکار رفت.

ابتکارات عمل در سطح اجتماع در پاسخ به نیازهای نوظهور مواد مخدر و رفتارهای پرخطر جدید موفق بودند. اولین برنامه توزیع "چپق کراک" در نیویورک ایالات متحده تحت برنامه ابتکارعمل همسان محور مرتبط با دانشگاه ییل[[95]](#footnote-95) اجرا شد و متعاقبا در کانادا و سایر کشورها در قالب همین ابتکارعمل همسان محور ادامه پیدا کرد. در کشورهای دیگر نیز مصرف کنندگان مواد مخدر محرک چپقهایی را در منزل برای اجتناب از در معرض مواد سمی پلاستیکی یا رنگ مرتبط با آسیبهایی از جمله "ریه سیاه"[[96]](#footnote-96) تهیه کرده اند. شناسایی، آزمایش و ارتقای چنین نوآوریهایی توسط همسانان شامل فرصتهای معتبرسازی تجهیزات خیابانی حامی کاهش آسیب اچ آی وی هستند و مقررات و مناسکی را ازجمله عدم استفاده مشترک چپقها تقویت می نمایند.

همسانان نقش تعیین کننده ای را در تأمین آزمایشات اجتماع محور و خدمات درمان آنتی رترووایرال برای کلیه جمعیتهای اصلی با هدف بهبود ماندگاری و پایبندی به این درمان ایفا می نمایند. این نقشها عبارتند از ارائه اطلاعات در خصوص درمان، حمایت از توزیع درمان آنتی رترووایرال در اجتماع، تأمین حمایت روانی-اجتماعی و ردیابی مراجعه کنندگانی که سر قرار خود حاضر نشده اند و همچنین حمایت از فرایند پاسخ دهی به انگ، تبعیض و موانع حقوقی و اجتماعی (بنگرید به مأخذ شماره 155).

الگوهای مشابه ساماندهی اجتماعی را می توان در اجتماعات گوناگون مصرف کنندگان مواد مخدر محرک از جمله کارگران جنسی، تراجنسگرایان و مردان مردآمیز شامل آنهایی که به آمیزش جنسی شیمیایی می پردازند اعمال نمود. دسترسی به این جمعیتها مستلزم دسترسی به اعضای اجتماع و توانمندسازی، تقدیر از مشارکت و بسیج آنها است. استفاده از مواد مخدر توسط افراد می تواند به انزوای آنها در سازمانهای نماینده حقوق آنها که در بطن جامعه فعالیت می کنند منجر گردد. بسیج و ساماندهی اجتماعی به اولویتهایی برای پاسخ به نیازهای این گروهها تبدیل می گردند.

*منابع بیشتر*

برای اطلاعات بیشتر در خصوص یاری رسانی به رهبری اجتماع به جمعیتهای خاص اصلی، بنگرید به مآخذ شماره 9 الی 12.

*ارائه خدمات تمایزیافته برای اچ آی وی: چارچوب تصمیم گیری برای ارائه درمان تمایزیافته آنتی رترووایرال برای جمعیتهای اصلی* – انجمن بین المللی ایدز، 2018(بنگرید به مأخذ شماره 167).

تارنمای مخصوص انجمن بین المللی ایدز پیرامون ارائه تمایز یافته خدمات[[97]](#footnote-97).

**5-5 خدمات معطوف به جنسیت**

در فرایند توجه به مسائل اجرایی، معطوف بودن خدمات به نیازهای زنان، مردان و تراجنسگرایان و همچنین در نظر گرفتن مسائل جنسیت محوری از جمله موارد زیر بسیار مهم است:

* اشکال مصرف و انواع مواد مخدر محرک مصرف شده.
* اماکن مصرف مواد مخدر محرک.
* اثرات شبکه های ارتباطی بر مصرف مواد مخدر محرک.
* دسترسی گوناگون به مواد مخدر.
* آمیزش جنسی در ازای مواد مخدر.
* نابرابریهای آموزشی و طبقاتی احساس شده.
* چگونگی اثرگذاری مواد مخدر محرک بر سبک زندگی و رفتار نسبت به اعضای خانواده و دوستان و همچنین در معرض خشونتهای جسمانی و روانی قرار گرفتن.
* دسترسی به خدمات سلامت جنسی و باروری شامل مراقبت پیش و پس از زایمان و پیشگیری از انتقال مادر به فرزند میان زنان باردار و در حال شیردهی.

خدمات کاهش آسیب اچ آی وی برای زنان مصرف کننده مواد مخدر باید مطابق با نیازهای خاص آنان از جمله مراقبتهای سلامت جنسی و باروری، مراقبت از کودکان و حمایت از زنان قربانی خشونت و همچنین خشونت جنسی طراحی گردند (بنگرید به مأخذ شماره 156).

برای دسترسی به اطلاعات بیشتر پیرامون خدمات معطوف به زنان، بنگرید به *پاسخ به نیازهای خاص زنان مصرف کننده تزریقی مواد مخدر: راهنمای عملی برای ارائه کنندگان خدمات پیرامون خدمات اچ آی وی معطوف به جنسیت* – دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، 2016 (مأخذ شماره 156).

**5-6 جوانان مصرف کننده مواد مخدر محرک**

برای دسترسی به افراد جوان 10 الی 24 ساله (بنگرید به مأخذ شماره 157) مصرف کننده مواد مخدر محرک که نسبت به اچ آی وی، عفونتهای ناقل از تماس جنسی و هپاتیت آسیب پذیرند، باید راهکارهای مختص سن تهیه و تدوین گردند. افراد جوان مصرف کننده مواد مخدر محرک اغلب اطلاعات کمتری پیرامون مواد مخدر و خطرات مرتبط با آن دارند و در معرض انگ و تبعیض بیشتر از جمله موانع خاص قانونی مرتبط با سن رضایتمندی و دسترسی کمتر به خدمات که معمولا مطابق با نیازهای آنان نیز طراحی نشده اند قرار دارند. از این رو، طراحی خدمات مطابق با نیازهای آنان برای مراقبت از سلامت جمعیتهای اصلی جوان مصرف کننده مواد مخدر محرک ضرورت دارد. چنین رویکردی شامل موارد زیر است:

* بسته جامع سلامت شامل کاهش آسیب جامع اچ آی وی، مراقبتهای سلامت جنسی و باروری و مراقبتهای سلامت روان در قالبی جذاب برای جنسیت و گروه سنی آنها.
* خدمات دوستدار جوانان، اجتماع و همسان محور و متمرکز در مناطقی که افراد جوان مصرف کننده مواد مخدر زندگی می کنند یا به آن به راحتی دسترسی دارند مانند مراکز تفریحی یا مراکز تجمع جوانان.
* حمایت و اطلاعات ارائه شده توسط همسانان از طریق اینترنت و شبکه های اجتماعی.

|  |
| --- |
| **نکته 10 – راهکارهای نوآورانه برای مداخلات اچ آی وی میان افراد جوان مصرف کننده مواد مخدر محرک در ویتنام**  ویتنام درگیر همه گیری اچ آی وی و همچنین افزایش مصرف مت آمفتامینهای اثرگذار بر گروههای گوناگون جمعیتهای اصلی است. افراد جوان بیش از سایر گروههای جمعیتی تحت تأثیر خطرات اچ آی وی مرتبط با مصرف مواد مخدر هستند.  این کشور متعاقب محرز شدن عدم اثربخشی رویکردهای مرسوم نسبت به اچ آی وی و مصرف تزریقی مواد مخدر میان افراد جوان مصرف کننده این مواد در سال 2017 راهکار جدیدی را تحت عنوان "نجات آینده"[[98]](#footnote-98) برای هشت هزار فرد جوان 16 الی 24 سال مصرف کننده مواد مخدر (شامل مردان مردآمیز، کارگران جنسی و تراجنسگرایان) در تعدادی از شهرها راه اندازی نمود. هدف اصلی این پروژه، ارتقای کیفیت مداخلات اچ آی وی میان افراد جوان است.  در ابتدای پروژه، ارزیابی شاخص وضعیت موجود اچ آی وی، هپاتیت سی و مصرف مواد مخدر مابین افراد جوان برای شناسایی عوامل مرتبط با گذار به تزریق مواد مخدر و عفونت اچ آی وی / هپاتیت سی انجام گرفت. مت آمفتامین شایعترین مواد مخدر مصرف شده توسط شرکت کنندگان در این مداخله (71 درصد) بود و مصرف هروئین میان 18 درصد از آنان گزارش شد که اکثرا نیز توسط جوانان در گروه سنی بالاتر برای کاهش اثرات مت آمفتامین مصرف می شد. کلیه افراد جوان مصرف کننده مت آمفتامین اظهار داشتند که از چپقهای مشترک مصرف می کنند. شرکت کنندگان اظهار داشتند که احتمال مبادرت به آمیزش جنسی گروهی و آمیزش جنسی غیرایمن تحت تأثیر مت آمفتامین بالاتر بود. علاوه بر این، مابین 35 الی 60 درصد آنها افسردگی یا وابستگی را تجربه کرده بودند و اکثر آنها به مصرف گروهی مواد مخدر می پرداختند و روزانه مابین 3 الی 5 ساعت وقت خود را در شبکه های اجتماعی اینترنتی صرف می کردند. با این وجود، ارتباط اجتماعی ایجاد شده توسط آنان بسیار سطحی بود.  مطابق با این نتایج، بسته جدید مداخلات در حال طراحی است و هدف پروژه، تقویت ظرفیت سازمانهای جمعیتهای اصلی برای تعامل با اعضای جوان و اجرای مداخلات نوآورانه است. هدف دیگر نیز عبارت است از افزایش مشارکت و رهبری افراد جوان مصرف کننده مواد مخدر. رویکردهای متمایز نیز برای پاسخ به نیازهای خاص گروههای مختلف در دست تهیه هستند. راهکار مشاوره مخصوص افراد جوان مصرف کننده مواد مخدر محرک بعنوان بخشی از بسته پایه مداخلات طراحی شده است.  **بسته های مداخله**  **افراد جوان مصرف کننده مواد مخدر**  بسته اصلی  مداخله مختصر اطلاع رسانی (کاهش آسیب، آمیزش جنسی ایمن، تتو کردن ایمن)  مصرف دخانی مت آمفتامین، مصرف کننده مواد مخدر متعدد میزان وابستگی متوسط / بالا  +  کاندوم، ژلهای روان کننده، آزمایشHIV،  آزمایش هپاتیت سی، سلامت روان  مردان مرد آمیز کار جنسی توزیع هروئین  + + +  کاندوم، ژلهای روان کننده، آزمایش HIV، آزمایش عفونتهای ناقل از تماس جنسی، پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن  کاندوم، ژلهای روان کننده، آزمایش HIV، سرنگ پاک، آزمایش هپاتیت سی، متادون  کاندوم، ژلهای روان کننده، آزمایش HIV، آزمایش عفونتهای ناقل از تماس جنسی  اچ آی وی مثبت  +  حمایت از درمان، پایبندی به درمان |
| پروژه مذکور در سال 2017 آغاز شد و در سال 2019 مورد ارزیابی قرار گرفت. مابین ژوئیه و نوامبر 2017، به تعداد 2750 فرد جوان مصرف کننده مواد مخدر دسترسی پیدا شد که 2270 نفر از آنها تحت آزمایش اچ آی وی قرار گرفتند، 397 نفر به درمانگاههای عفونتهای ناقل از تماس جنسی ارجاع شدند و 120 نفر مورد آزمایش هپاتیت قرار گرفتند. شرکت کنندگان در پروژه موارد زیر را گزارش دادند: میزان کم آگاهی آنها درباره اچ آی وی و هپاتیت سی و سایر خطرات مرتبط با مواد مخدر و رفتارهای پرخطر مکرر شامل مصرف کم یا نادرست کاندوم و آمیزش جنسی گروهی و همچنین آمیزش جنسی شیمیایی غیرایمن. دسترسی و پیگیری افراد جوان مصرف کننده مواد مخدر محرک دشوار است و آنها تماس تلفنی یا از طریق شبکه های اجتماعی را به تماس حضوری ترجیح می دهند.  منبع: مرکز حمایت از ابتکارات عمل توسعه اجتماعات، ویتنام[[99]](#footnote-99) |

*منابع بیشتر*

*اچ آی وی و افراد جوان مصرف کننده مواد مخدر: توضیحات فنی* – سازمان جهانی بهداشت، کارگروه سازمان ملل متحد در خصوص جمعیتهای اصلی، 2015 (بنگرید به مأخذ شماره 158).

*اچ آی وی و مردان جوان مردآمیز: توضیحات فنی* – سازمان جهانی بهداشت، کارگروه سازمان ملل متحد در خصوص جمعیتهای اصلی، 2015 (بنگرید به مأخذ شماره 159).

*اچ آی وی و افراد جوان فروشنده خدمات جنسی: توضیحات فنی* – سازمان جهانی بهداشت، کارگروه سازمان ملل متحد در خصوص جمعیتهای اصلی، 2015 (بنگرید به مأخذ شماره 160).

*اچ آی وی و تراجنسگرایان جوان: توضیحات فنی –* سازمان جهانی بهداشت، کارگروه سازمان ملل متحد در خصوص جمعیتهای اصلی، 2015 (بنگرید به مأخذ شماره 161).

**پیوست**

**فهرستهای موارد کاهش آسیب HIV برای افراد مصرف کننده مواد مخدر محرک**

1. **چک لیست برای سیاستگذاران و مدیران**

* در برنامه های سوزن و سرنگ، باید دسترسی به میزان کافی تجهیزات تزریقی پاسخ دهنده به اشکال سریع، مکرر و جمعی تزریق مرتبط با مصرف مواد مخدر محرک تأمین گردد.
* در برنامه های سوزن و سرنگ، باید از تبادل یک به یک، سقف گذاری برای ارائه اقلام تجهیزات تزریق به مراجعه کنندگان فردی یا سایر دستورالعملهای محدود سازنده دسترسی به تجهیزات تزریقی به مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک اجتناب شود.
* در برنامه های سوزن و سرنگ، راهکارهایی مانند استفاده از دستگاههای فروش، برنامه های توزیع ثانویه، یاری رسانی اجتماعی یا برنامه های بسته های سوزن در باشگاهها، مهمانیهای آزاد یا مراکز برگزاری مهمانیهای آمیزش جنسی به شکلی فعال در نظر گرفته شوند تا دسترسی آسان به تجهیزات تزریقی خارج از ساعات کاری معمول و در مراکز خرید و مصرف مواد مخدر محرک تأمین گردد.
* خدمات باید به شکلی فعال مروج دسترسی به کاندومهای زنانه و مردانه، ژلهای روان کننده آبی، توصیه های آمیزش جنسی ایمن تر و دسترسی به آزمایش عفونتهای ناقل از تماس جنسی و اچ آی وی و در صورت لزوم، پروفیلاکسی پیش از در معرض قرار گرفتن و پروفیلاکسی پس از در معرض قرار گرفتن باشند.
* در خدمات، دسترسی به اقلام کاهش آسیب مانند چپقهای مت آمفتامین یا کراک، کاغذ فویل آلومینیوم، بسته های ایمن تر استنشاق یا کپسولهای ژل برای حمایت از روشهای غیرتزریقی مصرف بعنوان جایگزین تزریق مواد مخدر محرک ارائه گردند. این روشها همچنین راهکارهای اثربخش تعامل با مصرف کنندگان مواد مخدر محرک قلمداد می گردند.
* آموزشهای کنترل خود برای حمایت از اشکال ایمن تر مصرف مواد مخدر و آمیزش جنسی ایمن تر باید در خدمات ارائه گردند.

1. **اطلاعات برای افراد مصرف کننده مواد مخدر محرک (بدون استفاده از تزریق)**

* از مصرف مشترک نی یا چپق به علت خطر انتقال هپاتیت سی پرهیز نمایید.
* ‌در صورتی که از لحاظ جنسی فعال می باشید، همواره کاندوم و ژلهای روان کننده همراه خود داشته باشید و از آنها استفاده کنید.
* ‌در طی آمیزش جنسی آب بنوشید و مراقب لبهای خود باشید. کم آب شدن بدن و گرمای انتقال یافته از چپق باعث شکاف لبهای شما و خون آلودگی آنها می گردند که خود ازجمله روشهای انتقال هپاتیت سی هستند.
* ‌حتما از چپق بدون ترک یا شکستگی استفاده کنید چراکه اینگونه چپقها خطر آسیب به لبها و انتقال هپاتیت سی را بالا می برند.
* ‌از محافظ دهان برای چپقهای کراک از جمله لوله های پلاستیکی ساده دو سانتیمتری یا کشهای لاستیکی و یا لاستیکهای روی شمعهای موتور خودرو برای کمک به کاهش خطرات در صورت نیاز به استفاده مشترک از چپق با فرد دیگر استفاده کنید.
* ‌در صورت استفاده از فندک یا مشعل برای مصرف دخانی مت آمفتامین یا کراک، امکان سوزاندن انگشتان، بینی یا صورت مطرح است و ممکن است در ابتدا به خاطر حالت بی حسی ایجاد شده توسط کوکائین یا مسمومیت کلی به راحتی متوجه این موارد سوختگی نشد.
* ‌استنشاق مواد مخدر محرک می تواند باعث آسیب داخل بینی گردد. شستشوی بینی با آب یا محلولهای نمکی و تخلیه بینی باعث بیرون رفتن باقیمانده مواد مخدر از آن می گردد.
* نی‌های مورد استفاده برای استنشاق مواد مخدر محرک را نباید به علت خطر انتقال هپاتیت سی به صورت مشترک مصرف نمود.
* ‌مصرف دخانی کراک در سیگارتهای کانابیس می تواند ورود شدید کراک را به بدن خنثی نماید و امکان استفاده چندباره از آن را ایجاد کند.

**3. چک لیست اطلاعات برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر محرک**

* از مصرف مشترک سرنگ، سوزن و سایر تجهیزات تزریقی اجتناب نمایید. تجهیزات تزریقی استریل را به میزان کافی پیش از مصرف تدارک ببینید و نیازهای خود و همچنین نیازهای افرادی را که با آنها مشترکا تزریق می کنید در نظر بگیرید و اقلام اضافی را در صورت طولانی تر شدن زمان مصرف از مدت برنامه ریزی شده اولیه ذخیره کنید.
* ‌مقدار درست سوزن و نوع تجهیزات تزریقی را برای به حداقل رساندن میزان آسیب به رگهای خود تهیه نمایید.
* ‌دستان خود و موضع تزریق را با آب و صابون پیش از آماده کردن و مصرف تزریقی به منظور کاهش خطر ترکیب باکتریال و "مصرف آلوده" (عوارض شدید ناگهانی مشابه آنفلوآنزا پس از تزریق آلوده) بشویید.
* ‌در ارتباط با مواد مخدر مصرفی برای شناخت برترین روش تهیه آنها برای تزریق تحقیق نمایید. بسیاری از مواد مخدر محرک به راحتی در آب حل می شوند و نیازمند گرم کردن نمی باشند (ئیدروکلرید کوکائین، سولفات آمفتامین، مت آمفتامین، مفدرون و مت کاتینون) و یا نیازی به ترکیب آنها با ماده اسیدی نیست. برخی از مواد مخدر محرک از جمله کتامین به راحتی با حرارت دادن از بین می روند. کراک کوکائین را باید به آهستگی و با دقت با ماده اسیدی پیش از تزریق تجزیه نمود.
* ‌موضع تزریق خود را تغییر دهید تا رگهای شما فرصت بهبودی مابین دفعات تزریق داشته باشند. این مسئله را باید بطور خاص در ارتباط با کوکائین که ماده بی حسی موضعی است و موضع تزریق را پس از اولین تزریق بی حس می نماید در نظر گرفت.
* ‌استفاده از سرنگهای دارای فضای مرده کم بدین معناست که میزان باقیمانده خون در سرنگ کمتر می گردد و خود خطر انتقال عفونت را در صورت مصرف مشترک تصادفی کاهش خواهد داد.
* ‌از سرنگهای رنگی برای کاهش مصرف مشترک تصادفی در طی دفعات تزریقی طولانی مدت و پایدار مخصوصا هنگام ضرورت مصرف مجدد استفاده نمایید.
* ‌تجهیزات تزریق را به شکلی ایمن برای کاهش احتمال جراحات ناشی از سوزن، مصرف تصادفی و جراحات اعضای خانواده، دوستان، همسایگان و اجتماع گسترده تر دفع نمایید.
* ‌موضع تزریق را با آب و صابون پس از تزریق تمیز نمایید و آن را با استفاده از روغن ویتامین ای، روغنهای حیاتی یا روغن نارگیل برای محدود کردن آسیب به رگها و حمایت از بهبودی آنها ماساژ دهید. مصرف کرمهای مرطوب کننده و ضدعفونی کننده باعث گندزدایی موضع تزریق و کمک به التیام آن می گردد.
* ‌مت آمفتامین یا کراک کوکائین را از طریق چپق مصرف کنید چراکه دارای عوارض مشابه تزریق است و در عین حال آسیب وارد شده به رگها را در اثر تزریق مکرر و یا مصرف مواد اسیدی هنگام آماده سازی کراک کوکائین برای تزریق محدود می نماید.
* ‌نسبت به موجود بودن اقلام ضروری برای مصرف بدون تزریق مواد مخدر اطمینان حاصل نمایید تا از جایگزینی در صورت تمام شدن تجهیزات تزریق استریل و یا التیام رگهای خود در دوران عدم تزریق برخوردار باشید.
* ‌همواره در صورت آمیزش جنسی کاندوم و ژلهای روان کننده را همراه داشته باشید و آنها را مصرف کنید.

**4. چک لیست خودمراقبتی و مصرف مواد مخدر محرک**

* میزان مصرف ایمن تر – پیش از مصرف بسته جدید مواد مخدر محرک، مصرف میزان کم آزمایشی برای تعیین قدرت آن مواد مخدر تصمیمی عقلانی است.
* ‌مدیریت مصرف راهکار اصلی برای کاهش تبعات منفی مصرف بالای اکثرا مرتبط با تزریق و استنشاق مواد مخدر محرک است. کاهش مقدار مصرف باعث محدود شدن خطرات حرارت بیش از حد، ایستهای قلبی و مشکلات سلامت روان می گردد.
* ‌اشکال مکرر مصرف – مصرف در چند روز متوالی شدت "پایین آمدن" را افزایش می دهد و به "سقوط" منجر می گردد که در طی آن خستگی، کاهش دوپامین و سروتونین، محرومیت از خواب و فشار اضافی بر بدن باعث خواب طولانی و عمیق می شوند. نسبت به محدودیتهای جسمانی خود آگاه باشید و از قبل برای پایان دادن مصرف خود پیش از رسیدن به آن محدودیتها برنامه ریزی نمایید.
* ‌مصرف آب – مواد مخدر محرک باعث گرما و تعرق بدن برای کاهش دمای درون خود می شوند. بنابراین، مصرف آب برای دفع ایمن باقیمانده مواد مخدر از بدن راهکار اصلی برای کاهش آسیب به مصرف کنندگان این دسته از مواد است.
* ‌بهداشت شخصی – تمیز نگاه داشتن دندانها، دوش گرفتن یا حداقل شستشوی دستان و صورت برای مراقبت از پوست و حس کلی تندرستی پس از بازه های طولانی مصرف مواد مخدر محرک اهمیت دارند.
* ‌خورد و خوراک – مصرف مواد مخدر محرک بار بیشتری را بر بدن وارد می کند و لذا ذخیره سازی کربوئیدراتهایی که به آهستگی هضم می گردند پیش از زمان برنامه ریزی شده برای مصرف مهم است. غذا خوردن پیش از خوابیدن و پس از مصرف مواد مخدر محرک به بازپروری و تولید انرژی بدن کمک خواهد نمود. یافتن مواد خوراکی مانند میوه، ماست یا شیرینیهای انرژی زا که می توان آنها را در طی مصرف مواد استفاده نمود باعث کاهش خطر بیماری خستگی است که خود ناشی از مصرف طولانی مواد مخدر محرک است.
* ‌آگاه شدن – میزان متنوع فزاینده ای از مواد مخدر روان فعال جدید وارد بازار شده است و تحقیق در خصوص موادی که مصرف آن را در نظر دارید ضرورت دارد. شما می توانید از همسانان با تجربه به صورت حضوری یا از طریق مجامع برخط اطلاعات را به دست آورید و یا می توانید در تارنماهای تخصصی پیرامون این دسته از مواد روان فعال به تحقیق بپردازید تا در خصوص انتخاب مواد مخدر، میزان مصرف و ترکیب مواد تصمیمات آگاهانه بگیرید.

**مآخذ**

1. Global AIDS update 2018. Miles to go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2018 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media\_ asset/miles-to-go\_en.pdf, accessed 15 January 2019).

2. Prevention gap report. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016 (http://www. unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap, accessed 15 January 2019).

3. Systematic literature review. Risk and transmission of HIV, HCV & HBV among stimulant drugs users: a review of the evidence (A). Part 1/5: methodology and summary. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2017 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/1\_Stim\_HIV\_Syst\_Lit\_rev\_ Part\_1\_methodology\_and\_summary.pdf, accessed 15 January 2019).

4. General Assembly Resolution A/RES/70/1 – Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York (NY), United Nations, 2015 (http://www.un.org/en/development/desa/ population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A\_RES\_70\_1\_E.pdf, accessed 15 January 2019).

5. UNAIDS 2016–2021 Strategy: on the Fast-Track to end AIDS. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media\_asset/20151027\_UNAIDS\_ PCB37\_15\_18\_EN\_rev1.pdf, accessed 15 January 2019).

6. General Assembly Resolution A/70/L.52 – Political declaration on HIV and AIDS: on the fast track to accelerate the fight against HIV and to ending the AIDS epidemic by 2030. New York (NY), United Nations, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media\_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS\_en.pdf, accessed 15 January 2019).

7. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379\_eng.pdf, accessed 15 January 2019).

8. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva, World Health Organization, 2016 (https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopula­tions-2016/en/, accessed 15 January 2019).

9. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2017 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing\_Comprehensive\_HIV\_and\_ HCV\_Programmes\_with\_People\_Who\_Inject\_Drugs\_PRACTICAL\_GUIDANCE\_FOR\_ COLLABORATIVE\_INTERVENTIONS.pdf, accessed 15 January 2019).

10. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva, World Health Organization, 2013 (https://www.who.int/hiv/pub/ sti/sex\_worker\_implementation/en/, accessed 15 January 2019).

11. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY), United Nations Population Fund, 2015 (https:// www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-men-who-have-sex-men, accessed 15 January 2019).

12. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY), United Nations Development Programme, 2016 (https:// www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-transgender-people-practical-guidance, accessed 15 January 2019).

13. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (A). Part 2/5: ATS and HIV risk and transmission. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/ documents/hiv-aids/2017/2\_Stim\_HIV\_Syst\_Lit\_Rev\_Part\_2\_ATS.pdf, accessed 15 January 2019).

14. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (A). Part 3/5: cocaine use and HIV risk and transmission. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/ documents/hiv-aids/2017/3\_Stim\_HIV\_Syst\_Lit\_Rev\_Part\_3\_Cocaine\_and\_Crack-Cocaine.pdf, accessed 15 January 2019).

15. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (A). Part 4/5: NPS and HIV risk and transmission. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/ documents/hiv-aids/2017/4\_Stim\_HIV\_Syst\_Lit\_Rev\_Part\_4\_-\_New\_Psychoactive\_Substances.pdf, accessed 15 January 2019).

16. Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use (B). Part 5/5: treatment and prevention of HIV, HCV & HBV among stimulant drugs users. Vienna, 2017, United Nations Office on Drugs and Crime (http:// www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/5\_Stim\_HIV\_Syst\_Lit\_rev\_Part\_5\_Prevention\_ and\_treatment.pdf, accessed 15 January 2019).

17. Science addressing drugs and HIV: state of the art. 2nd scientific statement: March 2016. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2016 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/2nd\_ Scientific\_Statement\_-\_March\_2016.pdf, accessed 15 January 2019).

18. World Drug Report 2019. Booklet 2: global overview of drug demand and supply. United Nations, 2019 (https://wdr.unodc.org/wdr2019/en/drug-demand-and-supply.html, accessed 15 July 2019).

19. World Drug Report 2017. Booklet 4: market analysis of synthetic drugs. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2017 (https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet\_4\_ATSNPS.pdf, accessed 15 January 2019).

20. Karila L, Weinstein A, Aubin H-J, Benyamina A, Reynaud M, Batki SL. Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2010;69(6):578-92 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883750/, accessed 15 January 2019).

21. The challenge of new psychoactive substances. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 (https://www.unodc.org/documents/scientific/NPS\_2013\_SMART.pdf, accessed 15 January 2019).

22. UNODC Early Warning Advisory on new psychoactive substances [website]. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (https://www.unodc.org/LSS/Home/NPS, accessed 15 January 2019).

23. Deimel D, Stöver H, Hösselbarth S, Dichtl A, Graf N, Gebhardt V. Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduction Journal*. 2016;13:36. (https://doi.org/10.1186/s12954-016-0125-y, accessed 15 January 2019).

24. Lee N, Johns L, Jenkinson R, Johnston J, Connolly K, Hall K et al. Clinical treatment guidelines for alcohol and drug clinicians. No 14: methamphetamine dependence and treatment. Fitzroy (Australia), Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc., 2007 (http://nceta.flinders.edu.au/files/2814/3130/6037/ Clinical\_Treatment\_Guidelines\_for\_Alcohol\_\_Drug\_Clinicians\_No.\_14.pdf, accessed 15 January 2019).

25. Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial infections, immunomodulation, and drugs of abuse. *Clinical Microbiology Review.* 2003;16:209-19 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153143/, accessed 15 January 2019).

26. Johnson PS, Johnson MW. Investigation of “bath salts” use patterns within an online sample of users in the United States. *Journal of Psychoactive Drugs.* 2014;46(5):369-78. doi:10.1080/02791072.2014.962717.

27. Csák R, Demetrovics Z, Rácz J. Transition to injecting 3,4-methylene-dioxy-pyrovalerone (MDPV) among needle exchange program participants in Hungary. *Journal of Psychopharmacology*. 2013;27(6):559-63. doi:10.1177/0269881113480987.

28. Rácz J, Csák R, Lisznyai S. Transition from “old” injected drugs to mephedrone in an urban micro segregate in Budapest, Hungary: a qualitative analysis. *Journal of Substance Use*. 2015;20(3):178-86. doi:10.3109/146 59891.2014.895872.

29. Tarján A, Dudás M, Gyarmathy VA, Rusvai E, Tresó B, Csohán Á. Emerging risks due to new injecting patterns in Hungary during austerity times. *Substance Use & Misuse*. 2015;50(7):848-58 (https://www. researchgate.net/publication/273637824\_Emerging\_Risks\_Due\_to\_New\_Injecting\_Patterns\_in\_ Hungary\_During\_Austerity\_Times, accessed 15 January 2019).

30. Giese C, Igoe D, Gibbons Z, Hurley C, Stokes S, McNamara S et al. Injection of new psychoactive substance snow blow associated with recently acquired HIV infections among homeless people who inject drugs in Dublin, Ireland, 2015. *Eurosurveillance*. 2015;20(40) (https://www.eurosurveillance.org/con­tent/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.40.30036, accessed 15 January 2019).

31. Van Hout MC, Bingham T. “A costly turn on”: patterns of use and perceived consequences of mephedrone based head shop products amongst Irish injectors. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(3):188-97. doi:10.1016/j.drugpo.2012.01.008.

32. Katchman E, Ben-Ami R, Savyon M, Chemtob T, Avidor B, Wasserman A et al. Successful control of a large outbreak of HIV infection associated with injection of cathinone derivatives in Tel Aviv, Israel. *Clinical Microbiology and Infection.* 2017;23(5):336e5-e8 (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/ S1198743X1630564X, accessed 15 January 2019).

33. Botescu A, Abagiu A, Mardarescu M, Ursan M. HIV/AIDS among injecting drug users in Romania. Report of a recent outbreak and initial response policies. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012 (http://b.aids-bg.com/files/downloads/statistics/HIV\_outbreak\_Romania\_2012.pdf, accessed 15 January 2019).

34. Shooting up: infections among people who injected drugs in the UK, 2015. London, Public Health England, 2016 (https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20180911151429/https://www.gov.uk/ government/publications/shooting-up-infections-among-people-who-inject-drugs-in-the-uk, accessed 15 January 2019).

35. Battjes RJ, Pickens RW, Haverkos HW, Sloboda Z. HIV risk factors among injecting drug users in five US cities. AIDS. 1994;8(5):681-7.

36. Chintalova-Dallas R, Case P, Kitsenko N, Lazzarini Z. Boltushka: a homemade amphetamine-type stimulant and HIV risk in Odessa, Ukraine. *International Journal of Drug Policy*. 2009;20(4):347-51 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823117/, accessed 15 January 2019).

37. WHO hepatitis C fact sheet [website]. World Health Organization, 2018 (http://www.who.int/mediacen­tre/factsheets/fs164/en/, accessed 15 January 2019).

38. Fischer B, Powis J, Firestone-Cruz M, Rudzinski K, Rehm J. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2008;20(1):29-32.

39. Fernandez N, Towers CV, Wolfe L, Hennessy MD, Weitz B, Porter S. Sharing of snorting straws and hepatitis C virus infection in pregnant women. *Obstetrics and Gynecology*. 2016;128(2):234-7. doi:10.1097/ AOG.0000000000001507.

40. Caiaffa WT, Zocratto KF, Osimani ML, Martinez PL, Radulich G, Latorre L et al. Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge? *Addiction*. 2011;106(1):143-51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03118.x.

41. Scheinmann, R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, Stern R, Des Jarlais DC, Flom PL et al. Non-injection drug use and hepatitis C virus: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007; 89(1):1- 12 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892753/, accessed 15 January 2019).

42. Vu NTT, Maher L, Zablotska I. Amphetamine-type stimulants and HIV infection among men who have sex with men: implications on HIV research and prevention from a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2015;18(1):19273 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC4302169/, accessed 15 January 2019).

43. Gorbach PM, Holmes KK. Transmission of STIs/HIV at the partnership level: beyond individual-level analyses. *Journal of Urban Health*. 2003;80(Suppl.3):iii15-iii25 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ articles/PMC3456259/, accessed 15 January 2019).

44. Rajasingham R, Mimiaga MJ, White JM, Pinkston MM, Baden RP, Mitty JA. A systematic review of behavioral and treatment outcome studies among HIV-infected men who have sex with men who abuse crystal methamphetamine. *AIDS Patient Care and STDs*. 2012;26(1):36-52 (https://www.ncbi.nlm.nih. gov/pmc/articles/PMC3248609/, accessed 15 January 2019).

45. Parry CD, Plüddeman A, Myers B, Wechsberg WM, Flisher AJ. Methamphetamine use and sexual risk behaviours in Cape Town, South Africa: a review of data from 8 studies conducted between 2004 and 2007. *African Journal of Psychiatry*. 2011;14(5):372-6 (https://www.researchgate.net/publication/51901762\_ Methamphetamine\_use\_and\_sexual\_risk\_behaviour\_in\_Cape\_Town\_South\_Africa\_A\_review\_of\_ data\_from\_8\_studies\_conducted\_between\_2004\_and\_2007, accessed 15 January 2019).

46. Prestage G, Jin F, Kippax S, Zablotska I, Imrie J, Grulich A. Use of illicit drugs and erectile dysfunction medications and subsequent HIV infection among gay men in Sydney, Australia. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(8):2311-20. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01323.x.

47. Ackers M-L, Greenberg AE, Lin CY, Bartholow BN, Goodman AH, Longhi M et al. High and persistent HIV seroincidence in men who have sex with men across 47 U.S. cities. *PLoS ONE*. 2012;7(4):e34972 (https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0034972, accessed 15 January 2019).

48. Rawstorne P, Digiusto E, Worth H, Zablotska I. Associations between crystal methamphetamine use and potentially unsafe sexual activity among gay men in Australia. *Archives of Sexual Behavior*. 2007;36(5):646- 54. doi:10.1007/s10508-007-9206-z.

49. Fairbairn N, Kerr T, Milloy M-J, Zhang R, Montaner J, Wood E. Crystal methamphetamine injection predicts slower HIV RNA suppression among injection drug users. *Addictive Behaviors*. 2011;36(7):762-3 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081981/, accessed 15 January 2019).

50. Chan DP, Sun HY, Wong HT, Lee SS, Hung CC. Sexually acquired hepatitis C virus infection: a review. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016;49:47-58 (https://www.ijidonline.com/article/S1201- 9712(16)31073-6/fulltext, accessed 15 January 2019).

51. Glass R, Hope VD, Tanner C, Desai M. ‘Slamming’ among men who have sex with men accessing general drug services, in response to Schmidt, AJ et al., 2016, Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *International Journal of Drug Policy*. 2017;49:24-5. doi:10.1016/j.drugpo.2017.07.028.

52. Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing Journal*. 2013;13(1):6-10 (https://www.researchgate.net/publication/285738167\_Sexualised\_drug\_use\_by\_ MSM\_Background\_current\_status\_and\_response, accessed 15 January 2019).

53. Bui H, Zablotska-Manos I, Hammoud M, Jin F, Lea T, Bourne A et al. Prevalence and correlates of recent injecting drug use among gay and bisexual men in Australia: results from the FLUX study. *International Journal of Drug Policy*. 2018;55:222-30. doi:10.1016/j.drugpo.2018.01.018.

54. Kirby T, Thornber-Dunwell M. High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *Lancet World Report*. 2013;381(9861):101-2 (https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140- 6736(13)60032-X/fulltext, accessed 15 January 2019).

55. Fisher DG, Reynolds GL, Ware MR, Napper LE. Methamphetamine and viagra use: relationship to sexual risk behaviours. *Archives of Sexual Behaviour*. 2011;40(2):273-79 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ articles/PMC3047702/, accessed 15 January 2018).

56. Tavitian-Exley I, Vickerman P, Bastos FI, Boily MC. Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2015;110(4):572-84. doi:10.1111/add.12846.

57. Fotiou A, Micha K, Paraskevis D, Terzidou M, Malliori M, Hatzakis A et al. HIV outbreak among injecting drug users in Greece. An updated report for the EMCDDA on the recent outbreak of HIV infections among drug injectors in Greece, 31 October 2012. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012 http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\_191984\_EN\_HIV\_update\_ Greece\_2012.pdf, accessed 15 January 2019).

58. Niculescu I, Paraschiv S, Paraskevis D, Abagiu A, Batan I, Banica L et al. Recent HIV-1 outbreak among intravenous drug users in Romania: evidence for cocirculation of CRF14\_BG and subtype F1 strains. *AIDS Research and Human Retroviruses*. 2015;31(5):488-95 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC4426324/, accessed 15 January 2019).

59. Lorvick J, Bourgois P, Wenger LD, Arreola SG, Lutnick A, Wechsberg WM et al. Sexual pleasure and sexual risk among women who use methamphetamine: a mixed methods study. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(5):385-92 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3466046/, accessed 15 January 2019).

60. Semple SJ, Patterson TL, Grant I. The context of sexual risk behaviour among heterosexual methampheta­mine users. *Addictive Behaviours.* 2004:29(4):807-10. doi:10.1016/j.addbeh.2004.02.013.

61. Braine N, Des Jarlais DC, Goldblatt C, Zadoretzky C, Turner C. HIV risk behaviour among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs. *AIDS Education and Prevention*. 2005;17(6):515-24. doi:10.1521/aeap.2005.17.6.515.

62. Peck JA, Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Reback CJ, Bierman B. HIV-associated medical, behavioural, and psychiatric characteristics of treatment-seeking, methamphetamine-dependent men who have sex with men. *Journal of Addictive Diseases*. 2005;24(3):115-32, (http://chipts.ucla.edu/wp-content/uploads/ downloads/2012/02/Peck\_MedicalConsequences\_Oct2005.pdf, accessed 15 January 2019).

63. Duff P, Tyndall M, Buxton J, Zhang R, Kerr T, Shannon K. Sex-for-crack exchanges: associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city. *Harm Reduction Journal*. 2013;10:29 (https://www. ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833173/, accessed 15 January 2019).

64. Patterson TL, Semple SJ, Fraga M, Bucardo J, De La Torre A, Salazar J et al. Comparison of sexual and drug use behaviours between female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Substance Use & Misuse*. 2006;41(10-12):1535-49 (https://www.researchgate.net/publication/6791560\_Comparison\_of\_Sexual\_ and\_Drug\_Use\_Behaviors\_Between\_Female\_Sex\_Workers\_in\_Tijuana\_and\_Ciudad\_Juarez\_Mexico, accessed 15 January 2019).

65. Shannon K, Kerr T, Bright V, Gibson K, Tyndall MW. Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. *AIDS Care*. 2008:20(2):228-34. doi:10.1080/09540120701561270.

66. Edwards JM, Halpern CT, Wechsberg WM. Correlates of exchanging sex for drugs or money among women who use crack cocaine. *AIDS Education and Prevention*. 2006;18(5):420-29. doi:10.1521/ aeap.2006.18.5.420.

67. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack. Rio de Janeiro (Brazil), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2014 (https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsoDeCrack.pdf, accessed 15 January 2019).

68. Khan M, Berger A, Hemberg J, O’Neill A, Penniman Dyer T, Smyrk K. Non-injection and injection drug use and STI/HIV risk in the United States: the degree to which sexual risk behaviors versus sex with an STI-infected partner account for infection transmission among drug users. *AIDS and Behavior.* 2013;17(3):1185-94 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923515/, accessed 15 January 2019).

69. Maher L, Phlong P, Mooney-Somers J, Keo S, Stein E, Page K et al. Amphetamine-type stimulant use and HIV/STI risk behaviour among young female sex workers in Phnom Penh, Cambodia. *International Journal of Drug Policy.* 2011;22(3):203-9 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104095/, accessed 15 January 2019).

70. Santos GM, Rapues J, Wilson EC, Macias O, Packer T, Colfax G et al. Alcohol and substance use among transgender women in San Francisco: prevalence and association with human immunodeficiency virus infection. *Drug and Alcohol Review.* 2014;33(3):287-95. doi:10.1111/dar.12116.

71. Sevelius JM, Reznick OG, Hart SL, Schwarcz S. Informing interventions: the importance of contextual factors in the prediction of sexual risk behaviors among transgender women. *AIDS Education and Prevention.* 2009;21(2):113-27 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535696/, accessed 15 January 2019).

72. Reback CJ, Fletcher JB. HIV prevalence, substance use, and sexual risk behaviors among transgender women recruited through outreach. *AIDS and Behavior.* 2014;18(7):1359-67 (https://www.ncbi.nlm.nih. gov/pmc/articles/PMC4535696/, accessed 15 January 2019).

73. Cartier JJ, Greenwell L, Prendergast ML. The persistence of HIV risk behaviours among methampheta­mine-using offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2008;40(4):437-46 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC3286359/, accessed 15 January 2019).

74. Steinberg JK, Grella CE, Boudov MR, Kerndt PR, Kadrnka CM. Methamphetamine use and high-risk sexual behaviours among incarcerated female adolescents with a diagnosed STD. *Journal of Urban Health.* 2011:88(2):352-64 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079043/, accessed 15 January 2019).

75. Brecht ML, O’Brien A, von Mayrhauser C, Anglin MD. Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addictive Behaviors.* 2004;29(1):89-106.

76. Position statement: condoms and HIV prevention. Geneva, United Nations Population Fund, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004, updated 2009 (www.who.int/ hiv/pub/condoms/20090318\_position\_condoms.pdf, accessed 15 January 2015).

77. Shoptaw S, Stall R, Bordon J, Kao U, Cox C, Li X et al. Cumulative exposure to stimulants and immune function outcomes among HIV-positive and HIV-negative men in the multicenter AIDS cohort study. *International Journal of STD & AIDS*. 2012;23(8):576-80 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC3576843/, accessed 15 January 2019).

78. Scott JC, Woods SP, Matt GE, Meyer RA, Heaton RK, Atkins JH et al. Neurocognitive effects of metham­phetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychology Review.* 2007;17(3):275-97. doi:10.1007/ s11065-007-9031-0.

79. Cherner M, Letendre S, Heaton RK, Durelle J, Marquie-Beck J, Gragg B et al. Hepatitis C augments cognitive deficits associated with HIV infection and methamphetamine. *Neurology*. 2005;64(8):1343-7. doi:10.1212/01.WNL.0000158328.26897.0D.

80. Carrico AW, Johnson MO, Colfax GN, Moskowitz JT. Affective correlates of stimulant use and adherence to anti-retroviral therapy among HIV-positive methamphetamine users. *AIDS and Behavior*. 2010;14(4):769- 77 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2891867/, accessed 15 January 2019).

81. Cook JA, Burke-Miller JK, Cohen MH, Cook RL, Vlahov D, Wilson TE et al. Crack cocaine, disease progression, and mortality in a multicenter cohort of HIV-1 positive women. *AIDS*. 22(11):1355-63 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645902/, accessed 15 January 2019).

82. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet HIV*. 2017;4(8):e357-74 (http:// thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30073-5/fulltext, accessed 15 January 2019).

83. Bousman CA, Cherner M, Ake C, Letendre S, Atkinson JH, Patterson TL et al. Negative mood and sexual behavior among non-monogamous men who have sex with men in the context of methamphetamine and HIV. *Journal of Affective Disorders.* 2009;119(1-3):84-91 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC3051049/, accessed 15 January 2019).

84. Holt M, Lea T, Mao L, Kolstee J, Zablotska I, Dick T et al. Community-level changes in condom use and uptake of HIV pre-exposure prophylaxis by gay and bisexual men in Melbourne and Sydney, Australia: results of repeated behavioural surveillance in 2013–17. *The Lancet HIV.* 2018:5(8):PE448-E456. doi:10.1016/S2352-3018(18)30072-9.

85. Hyshka E, Strathdee S, Wood E, Kerr T. Needle exchange and the HIV epidemic in Vancouver: lessons learned from 15 years of research. *International Journal of Drug Policy.* 2012;23(4):61-70 (https://www. ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3392518/, accessed 15 January 2019).

86. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, World Health Organization, 2007 (https://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/, accessed 15 January 2019).

87. Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/, accessed 15 January 2019).

88. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, World Health Organization, 2007 (https://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/, accessed 15 January 2019).

89. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization, 2015 (https://www. who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/, accessed 15 January 2019).

90. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization, 2016 (https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/, accessed 15 January 2019).

91. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, World Health Organization, 2015 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/, accessed 15 January 2019).

92. HIV basics: PrEP [website]. Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention (https://www.cdc. gov/hiv/basics/prep.html, accessed 15 January 2019).

93. Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Geneva, World Health Organization, 2017 (https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/, accessed 15 January 2019).

94. Zinberg NE. *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven (CT), Yale University Press, 1984.

95. Pérez-Mañá C, Castells X, Torrens M, Capellà D, Farre M. Efficacy of psychostimulant drugs for ampheta­mine abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013;9:CD009695 (https://www. cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009695.pub2/full, accessed 15 January 2019).

96. Castells X, Cunill R, Pérez-Mañá C, Vidal X, Capellà D. Psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016;9:CD007380 (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/ doi/10.1002/14651858.CD007380.pub4/full, accessed 15 January 2019).

97. Colfax, G, Santos GM, Chu P, Vittinghoff E, Pluddemann A, Kumar S et al. Amphetamine-group substances and HIV. *The Lancet.* 2010;376(9739):458-74. doi:10.1016/S0140-6736(10)60753-2.

98. Malta M, Magnanini MM, Strathdee SA, Bastos FI. et al., 2010. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS and Behavior.* 2010;14(4):731-47 (https://www.research­gate.net/publication/23485019\_Adherence\_to\_Antiretroviral\_Therapy\_Among\_HIV-Infected\_Drug\_ Users\_A\_Meta-Analysis, accessed 15 January 2019).

99. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *The Lancet.* 2010;376(9737):285-301 (https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140- 6736(10)60742-8/fulltext, accessed 15 January 2019).

100. Minozzi S, Saulle R, De Crescenzo F, Amato L. Psychosocial interventions for psychostimulant misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(9):CD011866. doi:10.1002/14651858.CD011866.pub2.

101. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction.* 2001;96(12):1725-42 (https://onlinelibrary.wiley. com/doi/abs/10.1046/j.1360-0443.2001.961217253.x, accessed 15 January 2019).

102. Mbuagbaw L, Ye C, Thabane L. Motivational interviewing for improving outcomes in youth living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;9:CD009748 (https://www.cochranelibrary.com/ cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009748.pub2/full, accessed 15 January 2019).

103. Parsons JT, Lelutiu-Weinberger C, Botsko M, Golub SA. A randomized controlled trial utilizing motiva­tional interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014;82(1):9-18 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935799/, accessed 15 January 2019).

104. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM et al. Motivational interview­ing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011;5:CD008063 (https://www. cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008063.pub2/full, accessed 15 January 2019).

105. Meader N, Li R, Des Jarlais DC, Pilling S. Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;1:CD007192 (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007192.pub2/full, accessed 15 January 2019).

106. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry.* 2008;165(2):179-87 (https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2007.06111851, accessed 15 January 2019).

107. Kiluk BD, Carroll KM. New developments in behavioral treatments for substance use disorders. *Current Psychiatry Reports.* 2013;15(12) (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3878068/, accessed 15 January 2019).

108. Chiesa A, Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*. 2014;49(5):492-512. doi:10.3109/10826084.20 13.770027.

109. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Ang A, Chokron Garneau H, Hartwell E, Brecht M-L et al. Mindfulness-based relapse prevention for stimulant dependent adults: a pilot randomized clinical trial. *Mindfulness*. 2017;8(1):126-35 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5300086/, accessed 15 January 2019).

110. Bayles C. Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: a literature review. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy.* 2014;9(2):22-5 (https://www.researchgate. net/publication/273063462\_Using\_Mindfulness\_in\_a\_Harm\_Reduction\_Approach\_to\_Substance\_ Abuse\_Treatment\_A\_Literature\_Review, accessed 15 January 2019).

111. TreatNet quality standards for drug dependence treatment and care services. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2012 (https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet\_quality\_standards.pdf, accessed 15 January 2019).

112. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/mental\_health/publications/ mhGAP\_intervention\_guide/en/, accessed 15 January 2019).

113. Therapeutic interventions for users of amphetamine-type stimulants. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2011 (http://www.wpro.who.int/hiv/documents/docs/ Brief4forweb\_7DF1.pdf?ua=1&ua=1, accessed 15 January 2019).

114. Harm reduction and brief interventions for ATS users. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats\_brief2.pdf, accessed 15 January 2019).

115. Guidelines for the management of methamphetamine use disorders in Myanmar. Ministry of Health and Sports, Republic of the Union of Myanmar, 2017 (https://idpc.net/publications/2018/01/guidelines-for-the-management-of-methamphetamine-use-disorders-in-myanmar, accessed 15 January 2019).

116. Ford C. Guidance for working with cocaine and crack users in primary care. London, Royal College of General Practitioners, 2004 (http://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/CIRC/Clinical-resources-S/ RCGP-Guidance-working-with-cocaine-and-crack-users-in-primary-care-2004xx.ashx?la=en, accessed 15 January 2019).

117. Principles of drug dependence treatment. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization, 2008 (https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of- Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf, accessed 15 January 2019).

118. Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2003 (https://www.unodc.org/pdf/report\_2003-07-17\_1.pdf, accessed 15 January 2019).

119. Sexually transmitted and reproductive tract infections [website]. Geneva, World Health Organization (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/en/, accessed 15 January 2019).

120. Hepatitis C question and answers for the public [website]. Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention (https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm, accessed 15 January 2019).

121. Hepatitis A fact sheet [website]. Geneva, World Health Organization, 2018 (http://www.who.int/en/ news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a, accessed 15 January 2019).

122. Mravčík V, Strada L, Reimer J, Schulte B. Hepatitis C treatment uptake and adherence among injecting drug users in the Czech Republic. *Epidemiology, Microbiology, Immunology.* 2014;63(4):265-9 (https://www. prolekare.cz/casopisy/epidemiologie/2014-4-9/vstup-do-lecby-a-adherence-k-lecbe-vhc-u-injekcnich-uzivatelu-drog-v-cr-50669?hl=en, accessed 15 January 2019).

123. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection – updated version, April 2016. Geneva, World Health Organization, 2016 (https://www.who.int/hepatitis/ publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en/, accessed 15 January 2019).

124. Tuberculosis fact sheet [website]. Geneva, World Health Organization, 2018 (http://www.who.int/ mediacentre/factsheets/fs104/en/, accessed 15 January 2019).

125. Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines. Geneva, World Health Organization, 2016 (http://www.who.int/tb/ publications/integrating-collaborative-tb-and-hiv\_services\_for\_pwid/en/, accessed 15 January 2019).

126. Noar SM, Black HG, Pierce LB. Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: a meta-analysis. *AIDS.* 2009;23(1):107-15 (https://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2009/01020/ Efficacy\_of\_computer\_technology\_based\_HIV.15.aspx, accessed 15 January 2019).

127. Young SD, Swendeman D, Holloway IW, Reback CJ, Kao U. Use of technology to address substance use in the context of HIV: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports.* 2015;12(4):462-71 https://www.ncbi. nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749410/, accessed 15 January 2019).

128. Effective use of digital platforms for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union/European Economic Area: an introduction to the ECDC guides. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2017 (https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Effective-use-digital-platforms-HIV-prevention-EU-EEA.pdf, accessed 15 January 2019).

129. Muth S, Len A, Evans JL, Phou M, Chhit S, Neak Y et al. HIV treatment cascade among female entertain­ment and sex workers in Cambodia: impact of amphetamine use and an HIV prevention program. *Addiction Science & Clinical Practice.* 2017;12:20 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5584046/, accessed 15 January 2019).

130. Lester R, Ritvo P, Mills EJ, Kariri A, Karanja S, Chung M et al. Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WelTel Kenya1): a randomised trial. *The Lancet.* 2019;376(9755):1838-45. doi:10.1016/S0140-6736(10)61997-6.

131. Reback CJ, Ling Grant D, Fletcher JB, Branson CM, Shoptaw S, Rohde Bowers J et al. Text messaging reduces HIV risk behaviors among methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS and Behavior*. 2012;16(7):1993-2002 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4878815/, accessed 15 January 2019).

132. Muthulingam D, Chin J, Hsu L, Scheer S, Schwarcz S. Disparities in engagement in care and viral suppres­sion among persons with HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2013;65(1):112-19 (https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2013/05010/Disparities\_in\_Engagement\_in\_Care\_and\_ Viral.17.aspx, accessed 15 January 2019).

133. Milloy, M-J, Marshall BDL, Montaner J, Wood E. Housing status and the health of people living with HIV/ AIDS. *Current HIV/AIDS Reports*. 2012:9(4):364-74 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC3693560/, accessed 15 January 2019).

134. Robertson MJ, Clark RA, Charlebois ED, Tulsky J, Long HL, Bangsberg DR et al. HIV seroprevalence among homeless and marginally housed adults in San Francisco. *American Journal of Public Health.* 2004;94(7):1207- 17 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448423/, accessed 15 January 2019).

135. Good practice guide for employing people who use drugs. Hove (UK), International HIV/AIDS Alliance, 2015 (https://www.aidsalliance.org/assets/000/001/840/Employing\_FINAL\_original.pdf?1445009816, accessed 15 January 2019).

136. Outcome document of the United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem: our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. New York (NY), United Nations, 2016 (https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf, accessed 15 January 2019).

137. National Drug Control Policy. Ministry of Health, Republic of the Union of Myanmar, 2018 (https://www. unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2018/02/Myanmar\_Drug\_Control\_Policy.pdf, accessed 15 January 2019).

138. Potts H. Accountability and the right to the highest standard of health. Colchester (UK), University of Essex Human Rights Centre, 2008 (http://repository.essex.ac.uk/9717/1/accountability-right-highest-attainable-standard-health.pdf, accessed 15 January 2019).

139. Training manual for law enforcement officials on HIV service provision for people who inject drugs. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2014 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/ Lemanual/LE\_Manual\_presentations\_and\_annexes.pdf, accessed 15 January 2019).

140. Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings [website]. Geneva, World Health Organization, 2017 (https://www.who.int/news-room/detail/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings, accessed 15 January 2019).

141. Practical guide for civil society HIV service providers among people who use drugs: improving cooperation and interaction with law enforcement officials. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2016 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Practical\_Guide\_for\_Civil\_Society\_HIV\_Service\_ Providers.pdf, accessed 15 January 2019).

142. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www .who.int/ violence injury\_prevention /violence/world\_report/en/, accessed 15 January 2019).

143. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www .who. int/reproductivehealth /publications /violence/9789241564625/en/, accessed 15 January 2019).

144. Joint statement: compulsory drug detention and rehabilitation centers. United Nations, 2012 (http://files. unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310\_Joint%20 Statement6March12FINAL\_en.pdf, accessed 15 January 2019).

145. Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (https://www.who.int/hiv/pub/idu/iduadvocacyguide/en/, accessed 15 January 2019).

146. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2014 (https://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/ ssh-chemsex-study-final-main-report.pdf, accessed 15 January 2019).

147. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 (https://www.who.int/hiv/pub/ prisons/interventions\_package/en/, accessed 15 January 2019).

148. Ahmed AK, Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P et al. Social norms related to combining drugs and sex (“chemsex”) among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*. 2016;38:29-35 (http://researchonline.lshtm.ac.uk/3112628/, accessed 15 January 2019).

149. Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (https://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-outreach/ en/, accessed 15 January 2019).

150. Training guide for HIV prevention outreach to injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (https://www.who.int/hiv/pub/idu/hivpubidu/en/, accessed 15 January 2019).

151. Parkin S, McKeganey N. The rise and rise of peer education approaches. *Drugs: Education Prevention & Policy.* 2000;7(3):293-310. doi:10.1080/09687630050109961.

152. Hilfinger Messias DK, Moneyham HL, Vyavaharkar M, Murdaugh C, Phillips KD. Embodied work: insider perspectives on the work of HIV/AIDS peer counselors. *Health Care for Women International.* 2009;30(7):572-94. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729058/, accessed 15 January 2019).

153. Latkin CA, Hua W, Davey MA. Factors associated with peer HIV prevention outreach in drug-using communities. *AIDS Education and Prevention*. 2004;16(6):499-508 (https://guilfordjournals.com/doi/ abs/10.1521/aeap.16.6.499.53794, accessed 15 January 2019).

154. Smyrnov P, Broadhead RS, Datsenko O, Matiyash O. Rejuvenating harm reduction projects for injection drug users: Ukraine’s nationwide introduction of peer-driven interventions. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(2),141-7. doi:10.1016/j.drugpo.2012.01.001.

155. Differentiated service delivery for HIV: a decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations. Amsterdam, International AIDS Society, 2018 (http://www.differentiatedser­vicedelivery.org/Portals/0/adam/Content/2a0WxWUHfUKtul1mKWdmGQ/File/Decision%20 Framework%20Key%20Population%20Web.pdf, accessed 15 January 2019).

156. Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2016 (https://www. unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing\_the\_specific\_needs\_of\_women\_who\_inject\_drugs\_ Practical\_guide\_for\_service\_providers\_on\_gender-responsive\_HIV\_services.pdf, accessed 15 January 2019).

157. Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, U.S. Agency for International Development, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park (NC), FHI, 2010 (http://data.unaids.org/pub/basedocument/2010/2010\_ypmar\_en.pdf, accessed 15 January 2019).

158. HIV and young people who inject drugs: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179865/WHO\_HIV\_2015.10\_eng.pdf?sequence=1, accessed 15 January 2019).

159. HIV and young men who have sex with men: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179867/WHO\_HIV\_2015.8\_eng.pdf?sequence=1, accessed 15 January 2019).

160. HIV and young people who sell sex: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 (http:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179868/WHO\_HIV\_2015.7\_eng.pdf?sequence=1, accessed 15 January 2019).

161. HIV and young transgender people: technical brief. Geneva, World Health Organization, 2015 (http:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179866/WHO\_HIV\_2015.9\_eng.pdf?sequence=1, accessed 15 January 2019).

162. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach - Second edition (WHO, 2016) (https://apps.who.int/ iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684\_eng.pdf;jsessionid=7A8D2949C0412903C8629 5A3B6BCE893?sequence=1)

163. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, World Health Organization, 2009 (https://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/, accessed 15 July 2019).

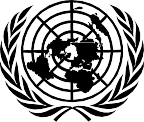
164. Treatment of stimulant use disorders: current practices and promising perspectives. Discussion paper, Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2019 (https://www.unodc.org/documents/ drug-prevention-and-treatment/Treatment\_of\_PSUD\_for\_website\_24.05.19.pdf, accessed 15 July 2019).

165. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Geneva, World Health Organization, 2018 (https://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2018/en/, accessed 15 July 2019).

166. Community management of opioid overdose. Geneva, World Health Organization, 2014 (https://www. who.int/substance\_abuse/publications/management\_opioid\_overdose/en/, accessed 15 July 2019).

167. Differentiated Service Delivery for HIV: A Decision Framework For Differentiated Antiretroviral Therapy Delivery For Key Populations. The last mile to universal access. Amsterdam, International AIDS Society, 2018 (http://www.differentiatedservicedelivery.org/Portals/0/adam/ Content/2a0WxWUHfUKtul1mKWdmGQ/File/Decision%20Framework%20Key%20Population%20 Web.pdf, accessed 15 July 2019).

168. Joint statement on Compulsory drug detention and rehabilitation centres. United Nations, 2012 (http:// files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310\_Joint%20 Statement6March12FINAL\_en.pdf, accessed 15 July 2019).



1. methylenedioxy-methamphetamine *(*MDMA) or ecstasy [↑](#footnote-ref-1)
2. pipe [↑](#footnote-ref-2)
3. mephedrone [↑](#footnote-ref-3)
4. GHB (gamma hydroxybutyrate) and GBL (gamma butyrolactone) [↑](#footnote-ref-4)
5. “party and play” (PNP/PnP) [↑](#footnote-ref-5)
6. “high-fun” [↑](#footnote-ref-6)
7. “chem-fun” [↑](#footnote-ref-7)
8. cocaine hydrochloride [↑](#footnote-ref-8)
9. paco [↑](#footnote-ref-9)
10. cannabis [↑](#footnote-ref-10)
11. alkaloid [↑](#footnote-ref-11)
12. psychoactive [↑](#footnote-ref-12)
13. cirrhosis [↑](#footnote-ref-13)
14. crystal, crystal meth, ice, meth, shabu, tina, tic and yaba [↑](#footnote-ref-14)
15. 1961 Single Convention on Narcotic Drugs or the 1971 Convention on Psychotropic Substances [↑](#footnote-ref-15)
16. “legal highs”, “bath salts” or “research chemicals” [↑](#footnote-ref-16)
17. morphine, codeine and thebaine [↑](#footnote-ref-17)
18. hydrocodone, oxycodone and buprenorphine [↑](#footnote-ref-18)
19. men who have sex with men (MSM) [↑](#footnote-ref-19)
20. blasting [↑](#footnote-ref-20)
21. psychostimulant [↑](#footnote-ref-21)
22. dopamine, norepinephrine and serotonin neurotransmitters [↑](#footnote-ref-22)
23. unprotected [↑](#footnote-ref-23)
24. receptive [↑](#footnote-ref-24)
25. insertive [↑](#footnote-ref-25)
26. transgender / transsexual [↑](#footnote-ref-26)
27. هیچ شواهدی دال بر ریسک افزایش یافته اچ آی وی مرتبط با استفاده از متیلن دی اکسی مت آمفتامین موجود نیست. بنابراین، این موضوع در متن حاضر پوشش نیافته است. [↑](#footnote-ref-27)
28. Sustainable Development Goals (SDGs) [↑](#footnote-ref-28)
29. 2016-2021 UNAIDS Fast-Track [↑](#footnote-ref-29)
30. United Nations High Level Meeting on Ending AIDS in 2016 (HLM 2016) [↑](#footnote-ref-30)
31. sexually transmitted infections (STI) [↑](#footnote-ref-31)
32. community-based [↑](#footnote-ref-32)
33. کاهش آسیب در این راهنما عبارت است از مداخلات نه گانه "بسته جامع" خدمات تشریح شده در راهنمای فنی سازمان جهانی بهداشت، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و برنامه مشترک مقابله با ایدز سازمان ملل متحد برای کشورها در فرایند تدوین اهداف در راستای دسترسی همگانی به پیشگیری، درمان و مراقبت در برابر اچ آی وی میان مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر (بنگرید به مأخذ شماره 7). این موارد نه گانه عبارتند از: 1) برنامه های سوزن و سرنگ، 2) درمان جایگزین مواد شبه افیونی و سایر درمانهای وابستگی به مواد مخدر، 3) آزمایش و مشاوره اچ آی وی، 4) درمان آنتی رترووایرال، 5) پیشگیری و درمان عفونتهای ناقل از تماس جنسی، 6) برنامه های کاندوم برای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر و شرکای جنسی آنها، 7) اطلاعات، آموزش و اطلاع رسانی هدفمند، 8) پیشگیری، واکسیناسیون، و تشخیص برای هپاتیت ویروسی، 9) پیشگیری، تشخیص و درمان سل. [↑](#footnote-ref-33)
34. United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem (UNGASS 2016) [↑](#footnote-ref-34)
35. Commission on Narcotic Drugs [↑](#footnote-ref-35)
36. anti-retroviral therapy (ART) [↑](#footnote-ref-36)
37. homophobia [↑](#footnote-ref-37)
38. pre-exposure prophylaxis (PrEP) [↑](#footnote-ref-38)
39. recreational [↑](#footnote-ref-39)
40. برای کسب اطلاعات بیشتر پیرامون مواد مخدر محرک مختلف و عوارض آنها، بنگرید به:

    Terminology and information on drugs. Third edition. New York (NY), United Nations, 2016 ([https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology\_and\_ Information\_on\_Drugs-3rd\_edition.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_%20Information_on_Drugs-3rd_edition.pdf) accessed 15 January 2019). [↑](#footnote-ref-40)
41. basuco [↑](#footnote-ref-41)
42. cathinone, phenethy­lamines, aminoindanes and piperazines [↑](#footnote-ref-42)
43. hypervigilance [↑](#footnote-ref-43)
44. chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [↑](#footnote-ref-44)
45. paranoid psychosis [↑](#footnote-ref-45)
46. “come down” [↑](#footnote-ref-46)
47. “rush” [↑](#footnote-ref-47)
48. “come up” [↑](#footnote-ref-48)
49. mephedrone, pentedrone, methylone or methcathinone [↑](#footnote-ref-49)
50. “speedballing” [↑](#footnote-ref-50)
51. *boltushka* [↑](#footnote-ref-51)
52. "آمیزش جنسی شیمیایی" عبارتی است که در شبکه های ژئو-جنسی (geo-sexual) توسط مردان همجنسگرا در اروپا استفاده می شود (و بخش سلامت مردان همجنسگرا آن را پذیرفته است) و به مصرف هرگونه ترکیبات مواد مخدر شامل مت آمفتامین کریستال، مفدروم و یا گاما هیدروکسی بوتیرات یا جی اچ پی و یا گاما بوتبرولاکتون یا جی بی ال قبل از یا حین آمیزش جنسی به منظور تسهیل به درازا کشیدن چندساعته یا حتی چندروزه آمیزش جنسی با شرکای متعدد جنسی بر می گردد. در حالی که مواد مخدر مانند نیتراتهای الکیل (poppers) نقش کوچکی را در آمیزش جنسی مردان همجنسگرا داشته اند، آمیزش جنسی شیمیایی چندان مسئله مرسوم مواد مخدر و آمیزش جنسی نیست چراکه توسط گروهی کوچک اما بسیار فعال از نظر جنسی میان مردان مردآمیز به کار می رود و احتمال ابتلای آنها به اچ آی وی از طریق این رفتار (به علت شیوع بالای اچ آی وی در جمعیت مردان مردآمیز) بسیار بالاست. [↑](#footnote-ref-52)
53. انتخاب بر مبنای سرم خونی عبارت است از انتخاب شریک جنسی دارای وضعیت سرم خونی اچ آی وی یکسان فرد اغلب برای مبادرت به آمیزش جنسی غیرایمن به منظور کاهش خطر ابتلا یا انتقال اچ آی وی. بنگرید به:

    WHO Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach 2011. [↑](#footnote-ref-53)
54. حالت قرار گرفتن راهبردی یا انتخاب حالت قرار گرفتن با توجه به سرم خون عبارت است از عمل انتخاب وضعیت یا عملکرد جنسی متفاوت بنا به وضعیت سرم خونی اچ آی وی شریک فرد. این امر عموما بدان معناست که فرد در حال زندگی با اچ آی وی حالت قرار گرفتن پذیرنده ("زیر") را در طی آمیزش مقعدی غیر ایمن با شریکی که اچ آی وی منفی فرض می گردد انتخاب می نماید. این رویه بر مبنای آن باور است که احتمال انتقال اچ آی وی از شریک پذیرنده به شریک دخول کننده ("رو") در طی آمیزش جنسی مقعدی غیرایمن پایین است. بنگرید به:

    MSMGF technical bulletin series: serosorting and strategic positioning, 2012. [↑](#footnote-ref-54)
55. sildenafil [↑](#footnote-ref-55)
56. gender-based violence [↑](#footnote-ref-56)
57. lubricant [↑](#footnote-ref-57)
58. evidence-based [↑](#footnote-ref-58)
59. overdose [↑](#footnote-ref-59)
60. outreach [↑](#footnote-ref-60)
61. “Sleaze without consequences” [↑](#footnote-ref-61)
62. Soa Aids Netherland and Mainline [↑](#footnote-ref-62)
63. low dead-space syringe (LDSS) [↑](#footnote-ref-63)
64. tattoo [↑](#footnote-ref-64)
65. CD4 count [↑](#footnote-ref-65)
66. <https://www.hiv-druginteractions.org/treatment_selectors> [↑](#footnote-ref-66)
67. protease [↑](#footnote-ref-67)
68. ritonavir [↑](#footnote-ref-68)
69. dexamphetamine [↑](#footnote-ref-69)
70. self-regulation [↑](#footnote-ref-70)
71. contingency management [↑](#footnote-ref-71)
72. ambivalence [↑](#footnote-ref-72)
73. self-efficacy [↑](#footnote-ref-73)
74. Cochrane [↑](#footnote-ref-74)
75. meta-analysis [↑](#footnote-ref-75)
76. mindfulness [↑](#footnote-ref-76)
77. clamydia [↑](#footnote-ref-77)
78. direct-acting antivirals (DAAs) [↑](#footnote-ref-78)
79. online [↑](#footnote-ref-79)
80. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) [↑](#footnote-ref-80)
81. Facebook, online outreach, Google Ads, SMS and YouTube [↑](#footnote-ref-81)
82. acute respiratory distress [↑](#footnote-ref-82)
83. serotonergic syndrome [↑](#footnote-ref-83)
84. hyperthermia [↑](#footnote-ref-84)
85. myoglobin [↑](#footnote-ref-85)
86. prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) [↑](#footnote-ref-86)
87. https://www. iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery [↑](#footnote-ref-87)
88. consent [↑](#footnote-ref-88)
89. 2016 United Nations Political Declaration on Ending AIDS [↑](#footnote-ref-89)
90. self-stigma [↑](#footnote-ref-90)
91. مداخلات 15 گانه عبارتند از: 1) اطلاعات، آموزش و اطلاع رسانی، 2) برنامه های کاندوم، 3) پیشگیری از خشونت جنسی، 4) درمان وابستگی به مواد مخدر شامل درمان جایگزین مواد شبه افیونی، 5) برنامه های سوزن و سرنگ، 6) پیشگیری از انتقال از طریق خدمات پزشکی یا دندانپزشکی، 7) پیشگیری از انتقال از طریق تتو کردن، سوراخ کردن گوش یا جاهای دیگر بدن برای قراردادن تزئینات و سایر اشکال نفوذ در پوست، 8) پروفیلاکسی پس از در معرض قرار گرفتن، 9) مشاوره و آزمایش اچ آی وی، 10) درمان، مراقبت و حمایت از اچ آی وی، 11) پیشگیری، تشخیص و درمان سل، 12) پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به فرزند ، 13) پیشگیری و درمان عفونتهای ناقل از تماس جنسی، 14) واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت ویروسی و 15) حمایت از کارکنان در برابر خطرات شغلی. [↑](#footnote-ref-91)
92. Crack Squad [↑](#footnote-ref-92)
93. توزیع ثانویه عبارتست از فرایند دریافت سرنگ و سوزن توسط عضو اجتماع از برنامه ای برای توزیع آن به مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر. [↑](#footnote-ref-93)
94. *Vint* [↑](#footnote-ref-94)
95. Yale [↑](#footnote-ref-95)
96. “black lung” [↑](#footnote-ref-96)
97. https://www. iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery [↑](#footnote-ref-97)
98. Saving the Future [↑](#footnote-ref-98)
99. Centre for Supporting Community Development Initiatives (SCDI), Viet Nam [↑](#footnote-ref-99)