

THE LANCET

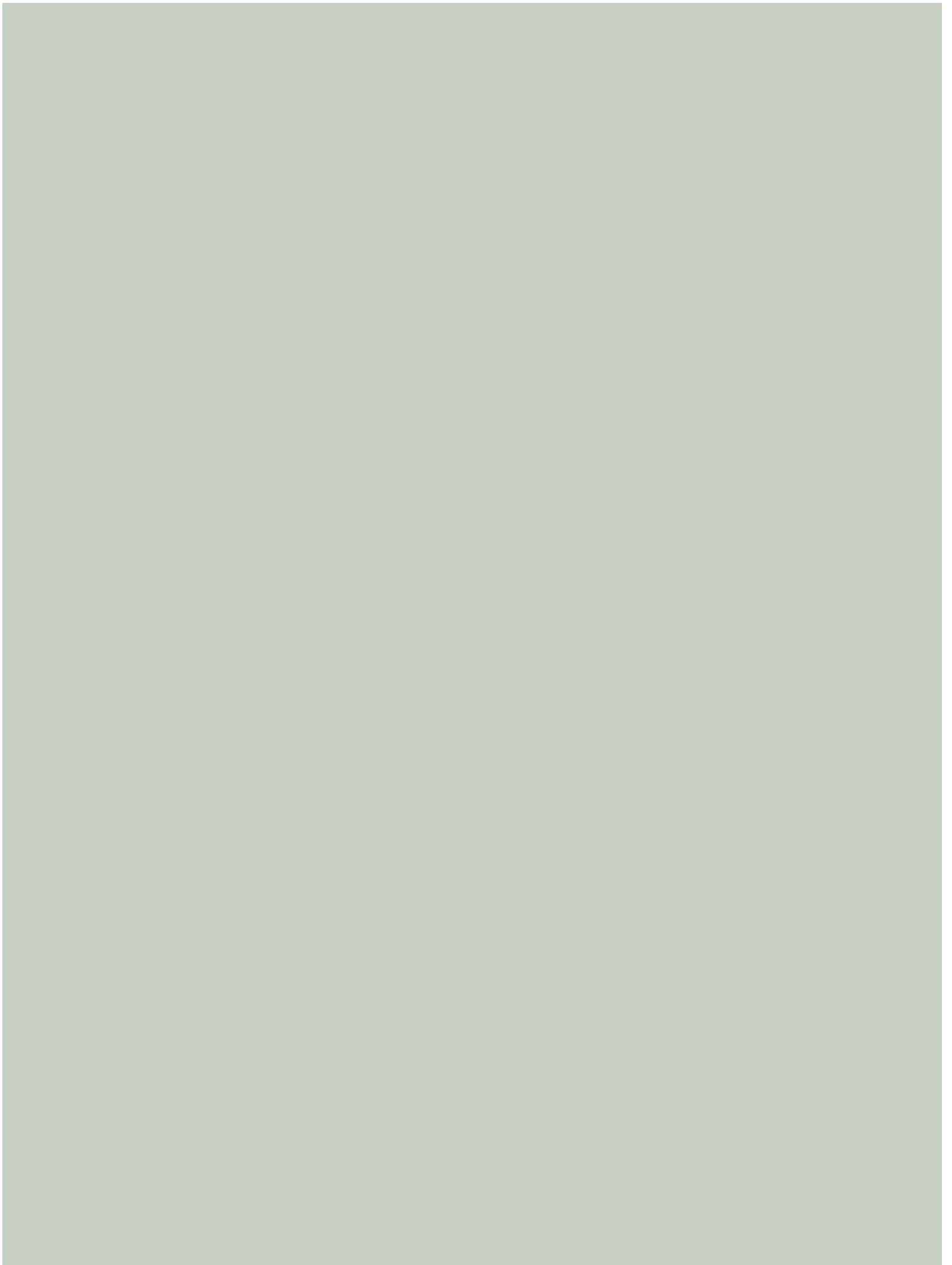
www.thelancet.com

ویروس ایدز در مصرف کنندگان مواد • Julio de 2010

ویروس ایدز در مصرف کنندگان مواد

ما می خواهیم برخورد نامناسب و خشونت
آمیز حکومت (دولت) با مصرف کنندگان
مواد با نگرشی آگاهانه و علمی همراه با
عملکردی عادلانه و برابر در سطح جامعه
جایگزین گردد.

ویروس ایدز در مصرف کنندگان مواد



اچ ای وی در افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند

وقت عمل کردن است: فراخوانی برای اقدام همه جانبه در مقابل اچ ای وی در مصرف کنندگان مواد مخدر

مطالب منتشر شده در مورد مصرف کنندگان مواد مخدر نشان می دهد که بار سنگین اچ ای وی، از روی دوش جامعه جهانی قابل کاهش دادن است. اقدامات هماهنگ توسط دولتها؛ سازمانهای چند جانبه؛ سیستمهای درمانی و افراد، می تواند منفعت فراوانی برای خانواده ها؛ محله ها و جوامع در بر داشته باشد.

با مروری بر شواهد و مدارک میتوان به هم نیروی علمی بیومدیکال؛ بهداشت و درمان همگانی و حقوق بشر پی برد. اقدامات کم هزینه ای مانند پروگرام مبادله سرنگ و سوزن؛ درمان از طریق جایگزین سازی مواد مخدر و امکان دسترسی گسترده تر به درمان و مراقبت های پزشکی از مبتلا شدگان به اچ ای وی، که توسط بهداشت و درمان همگانی و حقوق انسانی مورد حمایت قرار دارند، تنها توانسته اند به 10% مصرف کنندگان مواد مخدر در جهان، خدمات رسانی بنمایند؛ حال آنکه تعداد بسیار زیادی از این افراد به خاطر ارتکاب جرائم مختصر، زندانی و بدون محاکمه در بازداشت نگاه داشته می شوند. لازمه بی تغییر این شرایط؛ متعهد بودن؛ حمایت و چنان شهادت سیاسی است که به واسطه ی آن بتوان برنامه عمل را پیش برد. کوتاهی در این امر مهم منجر به گسترده تر شدن شیوع اچ ای وی و شکست برنامه های درمانی خواهد گشت و زندانها را از بیمارانی که خود نیازمند مراقبت هستند خواهد انباشت.

Publicado en línea
20 de julio de 2010 DOI:10.1016/
/S0140-6736(10)60928-2
Véase en línea/Comentario
DOI:10.1016/S0140-
6736(10)60883-5
Éste es el séptimo de una Serie
de siete artículos sobre el VIH en
personas que consumen drogas

Center for Public Health and
Human Rights, Johns Hopkins
Bloomberg School of Public
Health, Baltimore, MD, USA
(Prof C Beyrer MD); Open
Society Institute, Drug Policy
Program, Varsovia, Polonia
(K Malinowska-Sempruch);
University of Malaya, Kuala
Lumpur, Malaysia
(A Kamarulzaman MD); Global
Fund to Fight AIDS,
Tuberculosis and Malaria,
Génova, Suiza (M Kazatchkine
MD); UNAIDS, Génova, Suiza
(M Sidibe MEc); y University
of California, San Diego,
Division of Global Public Health,
Department of Medicine,
CA, USA (Prof S A Strathdee PhD)

Correspondencia destinada a:
Prof Chris Beyrer, Department of
Epidemiology, Johns Hopkins
Bloomberg School of
Public Health,
615 N Wolfe Street, E 7152,
Baltimore, MD 21205, USA
cbeyrer@jhsph.edu

مقدمه

جنگ بر ضد مواد مخدر شکست خورده است. وگرچه روشهایی مانند توقیف؛ درمان اجباری و حبس؛ موفقیت آمیز نبوده؛ لیکن پاسخ جامعه جهانی به اچ ای وی/ایدز؛ مطابق تحقیقات؛ افزایش اقدامات پیشگیرانه؛ حقوق انسانی افراد تحت تاثیر و امکان دسترسی به درمانهای ضد ویروسی، از موفقیت نسبی حکایت می کند. همچنین پاسخگویی به بخش مهم این امراض عفونی که از مصرف مواد مخدر ناشی می شود، یکی از دشوارترین جنبه های بحران جهانی اچ ای وی/ایدز است. تجربیات گذشته نتوانسته اند در تعیین سیاستهای بهداشت و درمان عمومی، نقش تعیین کننده ای ایفا نمایند و بسیاری از دولتها؛ سیستمهای قضایی و موسسات درمانی در مورد بیماران مبتلا به مواد مخدر تبعیض قائل می شوند؛ حقوقشان را محدود می نمایند و از روشهای درمانی منسوخ و قدیمی استفاده می کنند و در

همان حال نیز جلوی استفاده از روشهای مبتنی بر تجربیات قبلی را به طرز آشکاری می گیرند.

ایالات متحده آمریکا؛ بزرگترین تامین کننده ای منابع مالی درمان و تحقیقات اچ ای وی/ایدز در سطح جهانی میباشد، ممنوعیت تخصیص بودجه فدرال برای برنامه های سرنگ و سوزن (NSP) را تا سال 2009 ادامه داد. البته برای پیشگیری از اچ ای وی؛ راه حل های ساده تر و کم هزینه تر از (NSP) نیز وجود دارند. تلاش برای توسعه استفاده از راه کار های مبتنی بر تجربیات گذشته به خصوص درمان از طریق جایگزینی مواد مخدر (OST) در مورد معتادان به هروئین و دیگر مواد مخدر هنوز ادامه دارد و در همان جایست که قبلا بوده؛ به خصوص در مناطقی که به شدت مورد نیاز است مانند: روسیه؛ بخش هایی از آسیای میانه و کشورهای مستقل مشترک المنافع. گزارشهای این مجموعه برگرفته از مطالب منتشر شده ای مطالعات

پیام های کلیدی

- گسترش تحقیقات و نظارت مشخص هر کشور لازم است تا اطلاعات مفید و استراتژیک در مورد اپیدمی های مربوط به مواد مخدر، در اختیار دولتها قرار گیرد.
- اپیدمی های اچ ای وی در مصرف کنندگان مواد مخدر تا حد زیادی قابل کنترل است و صدمات حاصله را از طریق استراتژیهای موجود می توان تا حد زیادی تخفیف بخشید که لازمه آن افزایش کلان مجموعه ای از پیشگیری؛ درمان و مراقبت است. در اپیدمی های ناشی از اعتیاد به مواد مخدر این روش عبارت است از مجموعه حداقلی مشتمل بر برنامه های تزریقات بی خطر؛ درمانهای جایگزین سازی مواد مخدر و درمانهای ضد ویروسی.
- دسترسی جهانی به درمانهای مبتنی بر تجربیات قبلی در مورد استفاده از مواد مخدر یکی از حقوق اساسی مربوط به سلامتی و یکی از اولویت های مربوط به بهداشت و درمان همگانی است.
- اخذ سیاستها؛ برنامه ها و خدمات موثر و فراگیر ملی برای کاهش آسیب ها در مورد کشورهایی که به براساس تعهدات قانونی خود حق سلامتی و بهداشت را به رسمیت می شناسند، ضروری می باشد. کشورهایی که از درآمد بالاتری برخوردارند موظفند خدماتی فراتر از خدمات اولیه ارائه نمایند. دیگر نمی توان تنها به برنامه های از مایشی اکتفا نمود.
- کوتاهی در برآورده کردن نیازهای مصرف کنندگان مواد می تواند منجر به گسترش ویروس اچ ای وی در میان جمعیت ها و مناطق جدید؛ پیچیده تر شدن وضعیت اپیدمی اچ ای وی-1 در سطوح مولکولی؛ کاهش دسترسی به مواد مخدر جهت مدیریت درد و استفاده از مسکن ها شده و نیز باعث شود فرد؛ خانواده و اجتماع در رابطه با توقیف و حبس افراد بشمار؛ هزینه های سنگینی را متحمل شوند.
- اقدامات گسترده و حمایتی متخصصین بهداشت در حمایت از مصرف کنندگان مواد مخدر هم در بخش بهداشت و درمان و هم در بخش حقوق جزایی ضروری می باشد. متخصصین بهداشت نباید در برنامه ها و سیاست هایی که از پشتوانه تجربیات قبلی برخوردار نبینند و یا ناقص حقوق انسانی اند شرکت نمایند. لازم است صدای کسانی که خود مصرف کننده مواد هستند به گوش کلیه سطوح؛ از سطح خدماتی گرفته تا گروه های تصمیم گیرنده برسد.
- اصلاحات در سیستم قضایی خود یکی از الزامات کاهش آسیب ها است: ما خواهان آن هستیم که اعتیاد جرم تلقی نشود و نیز پروسه های قضایی مربوطه مجرمانه محسوب نشوند و همچنین کلیه مصرف کنندگان مواد در هر نوع توقیف یا زندانی که باشند؛ به خدمات بهداشتی و درمانی دسترسی داشته باشند.

پانل 1- پرتغال—انسان دوستی و واقع گرایی

در سال 1999، دولت پرتغال اولین استراتژی ملی خود را در مورد مواد مخدر به تصویب رساند که رویکردی فراگیر در کاهش عرضه و تقاضا در چهارچوب جرم زدایی از مصرف مواد مخدر را شامل می شد.

خوانوکاستل-برانکو گولائو یکی از اعضای کمیته متخصصین، همان کسی بود که چنین توصیه هایی را مطرح نمود. خوانو که خود یک پزشک است در حال حاضر ریاست (موسسه ی مواد مخدر و اعتیاد IDT) ونیز - موسسه ی ملی هماهنگی در مورد مواد مخدر - را بر عهده دارد و نیز از ابتدای سال 2010 به ریاست هیئت مدیره ی مرکز اروپایی بررسی مواد مخدر و اعتیاد، برگزیده شده است. خوانوکاستل-برانکو گولائو در مورد تاریخچه درمان اعتیاد در پرتغال چنین می گوید:

”تا سال 1974 پرتغال جامعه ای محافظه کار، بسته و جدا افتاده بود که با جنبشهای اجتماعی و فرهنگی روز جهان ارتباط چندانی نداشت. بعد از کودتای نظامی (انقلاب میخک) ما تبدیل به نظام

مشروطه ای نیمه-جمهوری شدیم که برگزاری انتخابات دمکراتیک و تماس شهروندان و واقعیات دیگر را امکان پذیر می ساخت.

مصرف مواد در اواخر 1970 در جامعه پدیدار شد؛ و به عنوان جزئی از افکار آزادی خواهانه به طور وسیعی در میان نظامیان و هزاران شهروندی که از مستعمرات تازه استقلال یافته (انگولا؛ موزامبیک و گینه ی بیسائو) باز می گشتند گسترش پیدا نمود. از مودن برای جوانان جنبه ی الزامی داشت حال آنکه آمادگی رویارویی با این پدیده ای نوظهور را نداشتند. در همین زمان هرونین نیز به بازار آمد و اعتیاد به آن به همراه شیوع ابتلا به اچ ای وی جنبه اپیدمیک پیدا کرد. با اینکه پرتغال همچنان یکی از پایین ترین نرخ های مصرف غیر قانونی مواد مخدر در اروپا را به خود اختصاص داده بود، در دهه 1980 ما به کشوری با یکی از بالاترین نرخ های رواج مصرف مشکل

چند رشته ای است و بنا دارد به ترویج اقداماتی بپردازد که افراد؛ محلات؛ سیستم های درمانی؛ دولتها و سازمانهای چند جانبه میتوانند از طریق آن از بار جهانی ابتلا به این ویروس در افرادی که مواد مصرف می کنند، بکاهند.

از سوی دیگر، هم نیرویابی علم بیومدیکال، بهداشت عمومی و حقوق بشر دلگرم کننده است. تمام کارهایی که برای محدود کردن شیوع بیماریها انجام می دهیم، همانهایی هستند که به رعایت حقوق انسانها نیز کمک می نمایند. اقدامات کم هزینه، به لحاظ اخلاقی هم توجیه پذیرند از جمله تهیه ای OST برای بیماران سرپایی وابسته به مصرف مواد، به جای زندانی کردن و یا محروم نمودن این افراد از دسترسی به درمانهای ضد ویروسی (ART) که به دلیل برخی سیاستها و عملکردهای تبعیض آمیز، انجام می گیرد. شواهد و مدارک نیز لزوم افزایش اقداماتی گسترده در سطح جهانی، همانند مجموعه ای از NSP، OST و ART را تایید می کنند. انجام چنین اقدامات مداوم در سطح وسیع و در دراز مدت است که می تواند ما را به دستاوردهای پایداری در پیشگیری از آلودگی اچ ای وی در مصرف کنندگان مواد برساند. هم چنین بیشترین اثرگذاری؛ همانگونه که استراتدی و همکارانش نشان داده اند، وقتی ممکن می شود که این اقدامات در زمینه هایی به فراخور شرایط خاص هر کشور و الگوی شیوع همان کشور تهیه شوند. در بسیاری از کشورها پیاده کردن این روش نیاز به برنامه ی تحقیقاتی قدرتمندی دارد که خاص هر

زای مصرف مواد تبدیل شده بودیم. مواد مخدر و اعتیاد به یکی از مشکلات عظیم اجتماعی؛ بهداشتی و سیاسی تبدیل شده بود. بخش های ملی و نیز غیر دولتی شروع به درمان و پیشگیری نمودند ولی به نظر نمی رسید که این اقدامات تأثیری در کند شدن روند این قضیه گذاشته باشند.

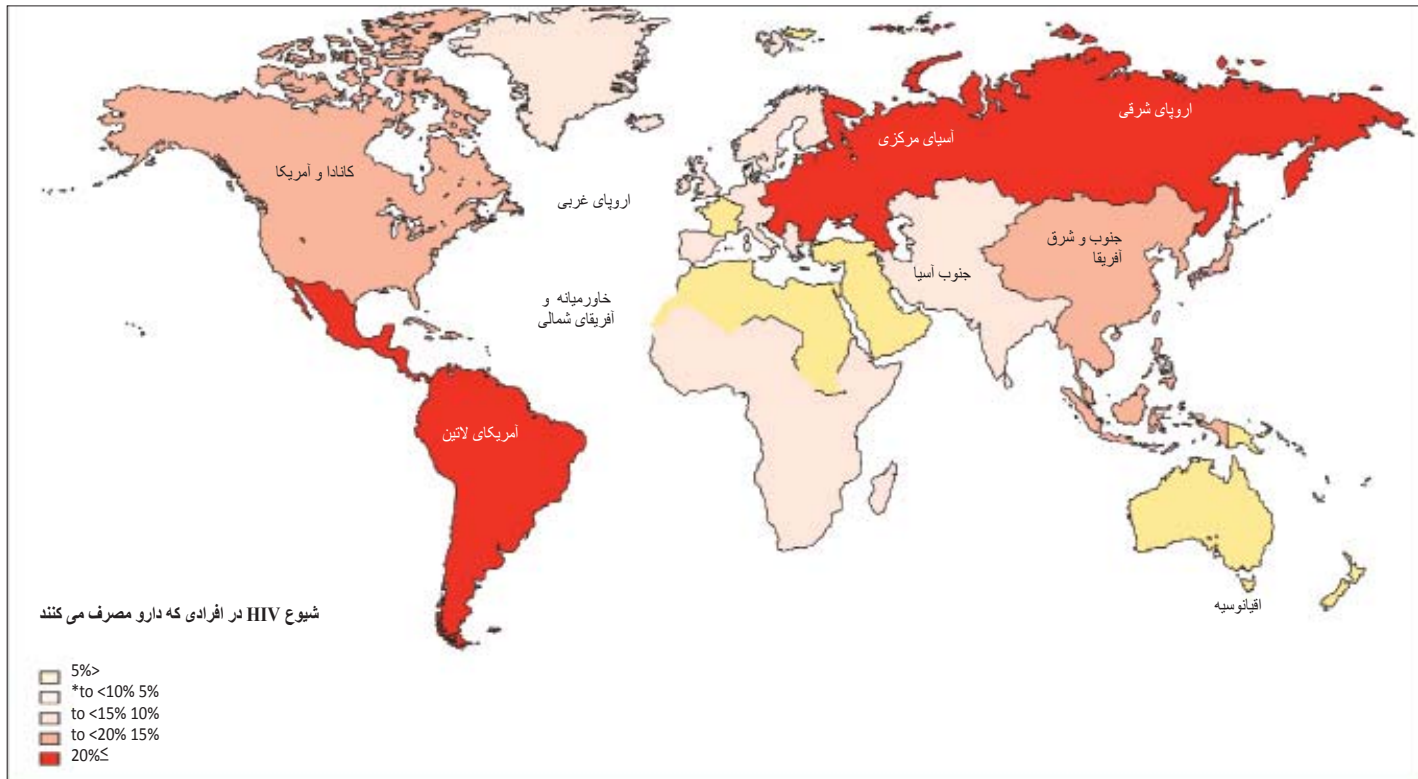
بیشتر معتادان از ترس ارجاع داده شدن به سیستم قضایی، از پیوستن به برنامه ها خودداری می کردند.

در سال 1997 اعتیاد تبدیل به مهمترین نگرانی پرتغالی ها شده بود. در همین زمان دولت، گروه از متخصصین را گرد هم آورد تا مسئله را ارزیابی و راهکارهای تازه ای بیندیشند. لذا اولین استراتژی ملی پرتغال در رابطه با مواد مخدر و اعتیاد تهیه و در سال 1999 به تصویب رسید. این استراتژی بر پایه اصول انساندوستی و واقع گرایی بنا شده بود. طراحی این رویکرد همه جانبه، به گونه ای بود که به همراه ارائه اقداماتی برای کاهش دادن عرضه و تقاضا؛ طرح های منسجمی برای پاسخگویی یکپارچه به موضوعاتی چون پیشگیری؛ درمان؛ کاهش آسیب ها و پیوستن مجدد به جامعه در چهارچوبی جرم زدایانه از مصرف شخصی مواد مخدر ارائه می نمود. از این زمان بود که به اعتیاد به چشم یک بیماری نگر بسته شد و معتادان را نه مجرم، بلکه بیمار تلقی نمودند.

در سال 2000 مالکیت مواد جهت مصرف و نیز مصرف شخصی مواد مخدر جنبه مجرمانه اش را از دست داد و قانون مربوط به آن هم از جولای 2001 به اجرا درآمد. در اختیار داشتن مواد به مقدار بیش از مصرف ده روزه اما، جرم محسوب می شود. کمتر از این مقدار - که در مورد مواد مختلف متفاوت است-جرم اداری محسوب می شود. در واقع این سیستم به منزله ای ”نومین دسته“ از اقدامات پیشگیرانه عمل می کند، بدین ترتیب که بعد از ارزیابی موقعیت مصرف کنندگانی که توسط پلیس ارجاع داده شده اند؛ ترتیبات مناسبی برایشان اتخاذ می شود (نظیر درمان و غیره).

ده سال بعد از این تصمیم و اجرای استراتژی یکپارچه؛ کلیه اطلاعات موجود از روند مثبت حکایت دارند. نه فقط پرتغال به ”مأمّن“ و مقصد معتادان تبدیل نشد بلکه مطالعات کلی انجام شده از کاهش رواج استفاده ی مصرف هر نوع ماده ی مخدر در میان جوانان (15 تا 19 ساله) از 10.8% در سال 2001 به 8.6% در سال 2007 کاهش پیدا کرد همچنین درصد نسبی مصرف کنندگان مبتلا به اچ ای وی از 54% سال 2001 با کاهش فوقالعاده ای روبرو و به رقم 30% در سال 2007 رسید. همچنین تعداد معتادان تحت درمان از 32000 نفر در سال 2002، به 50038 نفر در 2008 رسید.

با جرم زدایی از مصرف شخصی مواد مخدر و نیز با برنامه های درست و مناسب؛ امروز پرتغال در مواجهه با مسائل مربوط به مواد مخدر در میان کشورهای اتحادیه اروپا نقش برجسته ای ایفا می کند. انسان دوستی و عمل گرایی، موثر واقع شدند و کشور پرتغال برای دستیابی به نتایج حقیقی در زمینه کاهش مصرف مواد، اعتیاد و آلودگی به اچ ای وی، هیچ نیازی به زندانهای دسته جمعی پیدا نکرد.



شکل 1 تخمین تعداد مصرف کنندگان تزریقی دارو (DUS) و شیوع منطقه ای ابتلا به HIV در افرادی که دارو تزریق می نمایند هیچ کشوری شیوع 5 درصدی تا زیر 10 درصد ندارد (صفحه 3)

مواد مخدر و آلودگی های وابسته به آن، یعنی ویروسهای اچ آی وی و هیپاتیت C (HCV) تقریباً در کلیه کشورهای عضو سازمان ملل و در تمامی سطوح درآمدی گزارش شده است. جمعیت معتادان غیر تزریقی نسبت به مصرف کنندگان تزریقی به طور قابل ملاحظه ای بیشتر است اگرچه محاسبه تعداد غیرتزریقی ها، بستگی به اینکه چه موادی به عنوان موادمخدر در نظر گرفته شده، مصرف چگونه تعریف شده و الکل جزو این مواد به حساب آمده و یا نه، نتایج مختلفی را نشان داده است. بر اساس گزارش کولفکس و همکارانش، خطر آلودگی به بیماریهای مقاربتی در چنین جمعیت های ناهمگنی، می تواند درست مانند جمعیت معتادان تزریقی بالا باشد.

با این وجود، گسترش آلودگی به اچ آی وی در میان معتادان تزریقی (IDU) در کشورهای بسیاری، با کمک مجموعه ای از اقداماتی که مشترکاً توسط سازمان بهداشت جهانی، یو ان ایدز (UNAIDS) و دفتر سازمان ملل در امور مواد مخدر و جرم و جنایت (UNODC) انجام گرفته، تحت کنترل در آمده است. در میان جمعیت معتادان تزریقی (IDU) با دسترسی مناسب به چنین خدماتی، میزان شیوع اچ آی وی برای سالها و حتی دهه های متمادی، در میان جوامع گوناگونی مانند استرالیا، انگلستان، برزیل، آلمان، هنگ کنگ، فرانسه و چندین شهر آمریکا، در حد پایین و کنترل شده ای باقی مانده است. مشابهت نتایج تجربیاتی از این دست حاکی از آن است که تلاش برای بهداشت عمومی تا چه حد می تواند در کنترل بروز اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد، موثر باشد. با این وجود در سال 2010، شیوع اچ آی وی در میان معتادان تزریقی (IDU) در بخشهای زیادی از جهان کماکان ادامه دارد و در واقع یکی از اصلی

کشور تهیه شود تا از آن طریق بتوان ویژگیهای شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد در کشورهای مختلف را شناسایی نمود (پانل 1). پاسخ به اچ آی وی همچنین باید دسترسی جهانی به درمانهای مبتنی بر تجربیات قبلی را نیز شامل شود. درمانهایی از این دست، از بنیادی ترین بخش های حق دسترسی به بهداشت و یکی از اولویت های فوری بخش بهداشت و درمان به شمار می روند. و همانگونه که یورگنز و همکاران خاطر نشان می کنند، چهارچوب کلی حق دسترسی به بهداشت، وظیفه ای قانونی را بر دوش کلیه ی کشورها قرار می دهد و آنها را به داشتن و به کارگیری برنامه ها و سیاستهای اثرگذار و همه جانبه، جهت کاهش ضرر و زیان وادار می کند. پیشبرد برنامه عملیاتی که شرح آن در این گزارش آمده است، تعهد، جانبداری و شهادت سیاسی می طلبد. شواهد به روشنی نشان می دهند که انفعال در این زمینه، شیوع ویروس اچ آی وی را تشدید می نماید، دسترسی به برنامه های پیشگیرانه اچ آی وی و ای آر تی را تضعیف می کند، زندانها را از افرادی که به مراقبت احتیاج دارند، مالا مال می کنند و نتیجه اینها سوءاستفاده از حقوق انسانی است.

مقیاس و ابعاد اپیدمی (واگیری)

گروه مربوطه سازمان ملل در زمینه اچ آی وی و تزریق مواد مخدر، تعداد معتادان تزریقی در جهان را 15.9 میلیون نفر (محدوده ی 11.0 تا 21.2 میلیون) در سال 2007 برآورد کرده است. نمودار 1 مربوط به اطلاعات سال 2010 است و تعداد معتادان تزریقی در سطح جهان را بر اساس منطقه برآورد نموده و میزان ابتلا به اچ آی وی در این گروه از معتادان را نمایش می دهد. مصرف تزریقی

پانل 2- روش جامع برای پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد*

- برنامه های سرسوزن و سرنگ
- برنامه های جایگزین سازی مواد مخدر
- مشاوره و آزمایش داوطلبانه ی اچ آی وی
- درمانهای ضد ویروسی
- پیشگیری از عفونتهایی که به طریق جنسی منتقل می شوند
- برنامه های ارائه کاندوم به معتاد تزریقی و شرکای جنسی آنها
- تشخیص هیپاتیت، درمان هیپاتیت (A, B, C) و واکسیناسیون هیپاتیت A و B
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل

*خسته در مردان باعث کاهش خطر ابتلا به اچ آی وی مردان، در اثر برقراری تماس جنسی با جنس مخالفشان می شود. اگرچه خسته بخشی از روشهای جامع دفاتر سازمان بهداشت جهانی/سازمان ملل، در مواجهه با مواد و جرائم UNAIDS نمی باشد، این روش ممکن است در مردان مصرف کننده مواد که با جنس مخالف خود رابطه برقرار می کنند، موثر واقع شود.

ترین عوامل شیوع اچ آی وی در اروپای شرقی، جنوب آسیا، جنوب شرقی آن و آسیای مرکزی و نیز منطقه مخروطی نما جنوبی آمریکای جنوبی است. پنج کشور به طور خاص (چین، ویتنام، روسیه، اوکراین و مالزی) در مورد معتادان تزریقی، دچار آنچه ولف و همکارانش آن را "مگااپیدمی" می نامند هستند. رویهمرفته 2.4 میلیون مورد آلودگی به اچ آی وی و نیمی از معتادان تزریقی مبتلا به ویروس اچ آی وی در این چند کشور زندگی می کنند. در منطقه آسیای مرکزی میزان ابتلا به اچ آی وی در میان معتادان تزریقی (IDU) رو به افزایش است. معتادان تزریقی (IDU) 60% از همه مبتلایان به اچ آی وی را، در بلاروس، گرجستان، قزاقستان، قرقیزستان، مالدو، روسیه، اوکراین، تاجیکستان، ازبکستان، ایران و اندونزی را شامل می شوند. پوشش دهی از طریق بسته خدمات ضروری برای چنین جمعیتی، با داشتن متوسط جهانی ماهانه کمتر از دو سرنگ در روز به ازای هر معتاد تزریقی (IDU). نشان می دهد تنها 8% از مصرف کنندگان مواد مخدر، تحت درمان قرار دارند و نیز تنها 4% از معتادان تزریقی، ART دریافت می نمایند. بر اساس گزارش Global Prevention Working Group. سطوح معتادان تزریقی در مقابل دیگر جمعیت های در معرض خطر ابتلا به ویروس اچ آی وی، در پایین ترین حد قرار دارد.

خطرات انفعال

ادامه گسترش ویروس اچ آی وی

وقتی OST و NSP غیر قابل دسترس و یا غیر قانونی می باشند و با معتادان همانند مجرمین رفتار می شود، در چنین شرایطی، انفعال می تواند عواقب خطرناکی به همراه داشته باشد. خطر اول، ادامه ی گسترش اچ آی وی است. و خطردوم اینکه شرکای جنسی مصرف کنندگان مواد نیز در معرض خطر قرار می گیرند. برای مثال در

روسیه که OST ممنوع است، انتقال اچ آی وی عمدتاً از مردان تزریقی (IDU) به زنان شریک جنسی شان، یکی از دلایل اصلی گسترش اچ آی وی در زنان گزارش شده است. برخی کشورها از جمله چین، ایران، ویتنام و قرقیزستان در افزودن OST قدمهای بزرگی برداشته اند. ولی آنچه که می تواند نتیجه بخش بودن این گونه اقدامات درمانی را پیش بینی کند، کیفیت آنهاست و نه کمیتشان. در برخی کشورها، برنامه های درمانی جایگزین به موازات شبکه هایی از بازداشتگاههای معتادان وجود دارند که در آنها از مراکز سم زدایی اجباری و گاه اردوگاههای کار استفاده می شود. بازداشتگاههای معتادان در پیشگیری از مصرف مواد، با داشتن آمار بالای بازگشت، سابقه مثبتی ندارند. به علاوه این بازداشتگاهها می توانند خطر اچ آی وی و خطرات مربوط به آن را افزایش دهند، حقوق انسانی را نقض کنند و احتمال موفقیت اقدامات از موده شده را، تضعیف کنند.

گسترش جدید اچ آی وی

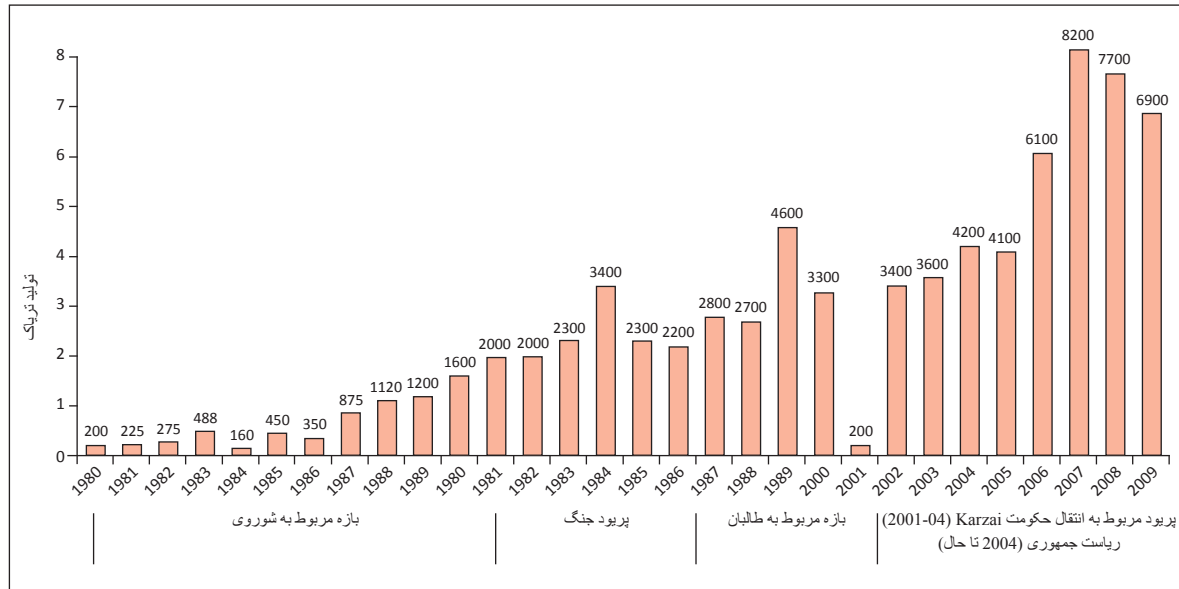
عدم پاسخگویی به موارد جدید و یا در حال ظهور ویروس اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد، هزینه های هنگفتی را امروز و در آینده به بار می آورد. شواهدی از کنیا، مالاوی، نامیبیا، بوتسوانا، از لیبی، تانزانیا، زانزیبار و نیز از آفریقای جنوبی حاکی از آن است که آفریقایها به طور روز افزونی از مواد مخدر استفاده می کنند و در همین راستا، گسترش آلودگی همراه با آن، یعنی اچ آی وی نیز در راه است. این یافته ها برای سیستمهای بهداشتی درمانی فاقد آمادگی، نگران های روز افزونی به همراه داشته _ سیستمهای مهیا کننده ای بهداشت و درمان در کشورهای آفریقای در حال حاضر از جمله کشورهای هستند که به شدت تحت الشعاع این مسئله قرار گرفته اند، چرا که تنها تعداد بسیار کمی از این سیستمها در زمینه پیشگیری، درمان و مراقبت از مصرف کنندگان مواد، تجربه دارند. از این رو، تنها از طریق اقدام فوری با تمرکز بر روی آموزش و ظرفیت سازی است که می توان مانع از آن شد که معضل سنگین ایدز در آفریقا، با افزایش مصرف تزریقی مواد، سنگین تر نشود.

همچنین این احتمال وجود دارد که مصرف مواد از راه تزریق، منجر به کشیده شدن تعدادی از اپیدمی های در حال ظهور اچ آی وی، به منطقه ی خاورمیانه و آفریقای شمالی شود و نیز موج جدیدی از آلودگی در جوامع مسلمان را، همانگونه که در مورد ایران، مالزی و اندونزی شاهد بوده ایم، دامن بزند.

تاثیرات بر افغانستان، پاکستان و ایران

از سال 1990 تولید جهانی تریاک از جنوب شرق آسیا به سمت افغانستان؛ که امروزه تولید کننده ای بیش از 90% از مواد مخدر غیر قانونی جهان است، تغییر مکان داد. صادرات کشور که به رقمی حدود 6,000,000 کیلوگرم تریاک بالغ می شود، عمدتاً از طریق همسایگانش؛ ایران، پاکستان و آسیای مرکزی انجام می گیرد. تولید تریاک در افغانستان طی چندین دهه قبل، به خصوص ده سال گذشته (نمودار 2) به طور چشمگیری افزایش پیدا کرده است.

اروپا گرچه بزرگترین بازار برای تریاک افغانستان است، قسمت عمده ای از صادرات مواد مخدر، امروزه از چین، آسیای مرکزی و روسیه و به تازگی از کشورهای واقع در جنوب صحرائ آفریقا و ایالات متحده سر در آورده است. این مسیرهای جدید قاچاق مواد مخدر فراتر از صرف مسیرهای تجاری عمل کرده و مصرف کنندگانی برای این مواد نیز ایجاد کرده اند. ایران که بر اساس برآوردهای انجام شده، 48% از از تجارت افغانستان از این کشور



شکل 2 - تولید تزریک در افغانستان در سال 1980-2009 گزارش اصلاحات و تغییرات از اداره UN در مورد داروها و جرم های جهانی مربوط به دارو

که دارای سابقه ای مصرف تزریقی مواد بودند، نشان میدهد که این موضوعی فراتر از یک مسئله ی تزریک است.

گونگونی ژنتیکی روزافزون اچ آی وی-1 در معتادان تزریقی (IDUs)، از طریق نوترکیبی (recombination) و عفونت های دوگانه (dual)، به طور قطع، یکی از تأثیرات استفاده ی مجدد از وسایل تزریق غیر استریل می باشد. بهترین مثال چنین وضعیتی، شیوع ترکیبی مرتبط با معتادان تزریقی (IDUs) در برمه، شمال هند و جنوب غربی چین می باشد. تی دی و همکارانش این مناطق را تحت عنوان نواحی نوترکیبی تشدید یافته (hyper recombination) شناسایی کرده اند و نسلی از ترکیب شونده ها ی جدید؛ -CRF07-B/C و CRF08-B/C، به فرمهای غالب اچ آی وی در بیشتر قسمتهای چین، شمال شرقی هند و برمه ای شمالی تبدیل شده اند. توانا بورتا و همکارانش نشان داده اند که گونه های حاصل در معتادان تزریقی (IDUs) خیلی زود در میان شبکه های شیوع مقاربتی که وابستگی اپیدمیولوژیک نداشتند گسترش یافته و به تنوع ژنتیکی روزافزونی در اپیدمی اچ آی وی در تایلند منجر شدند.

کاهش دسترسی به مواد مخدر برای درد، جراحی و مراقبتهای تسکین بخش

عدم رسیدگی به دردهای غیر ضروری و قابل درمان، نقض کننده ای منزلت انسانی اند. نداشتن امکان دسترسی کافی به مسکن، حق برخورداری از سلامتی و رهایی از درمانهای ظالمانه و تحقیر آمیز را، تضییع می کند. کلید محدود کردن دسترسی به مواد مخدر برای تسکین درد، قوانین مربوط به مواد کنترل شده و نیز مقرراتی هستند که بر کاهش امکان سوء استفاده از این مواد تأکید دارند. در گزارش سال 2009 در مورد امکان دسترسی به درمان برای درد، دیده بان حقوق بشر چندین مورد از عواملی را که موجب محدودیت دسترسی به این درمانها می شوند چنین بر شمرد: فقدان دانش در میان پزشکان، نبود سیستمهای بهداشتی و درمانی کافی جهت تدارک درمانهای مربوط به درد، ترس ارائه کنندگان و دولتها از اعتیاد، قوانین

می گذرد، خود امروز یک میلیون مصرف کننده مواد مخدر دارد که نرخ شیوع اچ آی وی در میان آنها بی که در مراکز ترک اعتیاد به سر می برند، بین 15% تا 23% است. گزارشات حاکی از آن است که موارد مربوط به اچ آی وی انباشته، در ده سال گذشته 48% افزایش داشته است که بیشترین عامل آن را می توان به رواج مصرف مواد مخدر و نیز درصد بالای استفاده از روشهای نامطمئن تزریق مربوط دانست.

عده ای زیاد جوانانی که در این کشورهای عمدتاً اسلامی به چنین سرنوشت غمباری دچارند، حاکی از آن است که تا رسیدن به درک صحیحی از توان بالقوه ی آموزه ها و اصول اسلامی، راه درازی در پیش است تا این که این اصول بتوانند نقش حمایتی مذهبی، فرهنگی خود را ایفا نمایند و در کاهش آسیب ها موثر باشند.

تغییراتی در اپیدمیولوژی مولکولی

اپیدمی های به وجود آمده در محیط هایی که در آنها کنترلی بر روی گسترش ویروس اچ آی وی در میان مصرف کنندگان مواد صورت نگرفته است، ویژگی های مولکولی منحصر به فردی دارند. شیوع ویروس اچ آی وی در میان معتادان تزریقی (IDU)، دارای مشخصه هایی نظیر نرخ بالای نوترکیبی (recombination)، عفونت های دوگانه (dual) و گسترش در سطح فرا- ملی بوده و در برخی محیط ها شواهدی چندی بر وجود گونه های خاص ویروسی، در مصرف کنندگان مواد مخدر و شبکه های مربوط به آنها گزارش شده است. همچنین تنوع ژنتیکی در گونه هایی از اچ آی وی -1، سیستم دفاعی در انسان را به چالش می کشد، احتمال مقاومت نسبت به ART را افزایش داده و نیز می تواند تولید واکسن اچ آی وی را دشوارتر نماید. عدم موفقیت اقدامات پیشگیرانه اولیه و ثانویه برای ممانعت از سرایت اچ آی وی در معتادان تزریقی، ممکن است طبق یافته های تی و همکارانش در مرز چین-برمه، از طریق نوترکیبی (recombi-nation)، منجر به افزایش تنوع ژنتیکی بشود. عدم موفقیت آشکار نوبت اول واکسن اچ آی وی در محافظت از واکسینه شدگان تایلندی

پانل 3: تنبیه درمان پزشکی نیست

Me llamo Li Wei* y soy ciudadano chino. Fui adicto a la nam من لی وای است و شهروند کشور چین هستم. پیش از آنکه به یکی از مراکز اجباری درمان در کشورم منتقل شوم، چند سالی به هروئین معتاد بودم. از همان روز اولی که مرا به مراکز سم زدایی اجباری فرستادند، هرگز دارویی دریافت نکردم که استرسم را آرام کند. حتی یک قرص خواب آور هم به من ندادند. مراحل اولیه جسمانی سم زدایی را بدون آب یا غذا پشت سر گذاشتم زیرا قادر به بلع نبودم و کارکنان مرکز هم هیچ غذا یا دارویی به من ندادند که کمک کند و یا مواد غذایی لازم را در اختیارم قرار دهند. به محض آنکه تشخیص دادند سم زدایی شده ام، مسئولین مرکز با عجله، در یک کارخانه ای قفل زده، کاری برایم دست و پا کردند.

ساعت در روز کار می کردم و اگر موفق نمی شدم کارم را تمام کنم، با بیرحمی کتک می خوردم و مجبور می شدم هر گونه تنبیه جسمانی را تحمل کنم. گاهی به من دستور می دادند زانو بزنم و با قساوت به سینه ام لگد می زدند تا وقتی از زدم خسته می شدم. گاهی در سرمای سیاه زمستان از من می خواستند لخت شوم و زیر دوش آب سرد بروم و برای بندتر کردن وضعم، دو نفر در کنارم می ایستادند و همچنانکه آب بر سرم می ریخت، با پکه بادم می زدند. این گونه تنبیه ها هر بار حداقل نیم ساعتی به درازا می کشید. در چنین شرایطی بود که من بالاخره به پایان یکسال سم زدایی اجباری ام رسیدم. هنگام خروج از آنجا، به علت شرایط کاری سخت و طولانی مدتی که تحمل کرده بودم، وضع عمومی سلامت ام به شدت افت کرده بود. فقط می توانستم 100 متر راه برم و بعد باید می ایستادم و استراحت می کردم. معمولاً بعد از ترک اعتیاد، قاعدتاً باید وضع بدن خیلی بهتر از قبل باشد، ولی از وقتی بیرون آمدم، همه از من می پرسیدند آیا اعتیادم بندتر شده است - بیشتر شبیه بیماران لاعلاج شده بودم تا کسی که به تازگی دوره بازتوان پروری اش را به پایان رسانده است. نامش بازتوان پروری از

طریق کار است ولی من هرگز احساس نمی کردم که دارم توانم را دوباره پیدا می کنم. فقط حس می کردم دارم تنبیه میشوم و تمام کسان دیگری هم که آنجا بودند، حس مرا داشتند. از آنجا که اعتیاد به مواد مخدر یک بیماریست، باید همانند یک بیماری مورد درمان قرار بگیرد. با این وجود اگر آنچه بر من گذشت درمان پزشکی بوده باشد، ترجیح می دهم تا آخر عمر از آن دور باشم.

در بسیاری از کشورها فقط با جنایت کاران اینطور رفتار می شود. چرا با معتادان اینطور رفتار می کنند آنهم وقتی علم پزشکی در تمام دنیا بر این باور است که اعتیاد یک بیماری مغزی است؟

بر اساس تجربه شخصی من، آموزش و فرصتهای شغلی می تواند بازتوان پروری در افراد معتاد را تسهیل کند. ولی کار سخت اجباری، بازتوان پروری نیست. در صورت استفاده از کار سخت و اجباری، معتادان از سم زدایی می ترسند و از آن دوری می کنند. امکان استفاده از متادون در مراکز سم زدایی، می تواند نتایج فراتر از حد انتظار به دنبال داشته باشد.

در پایان می خواهم از دوستان هم شرایطم بخواهم: اگر با من هم عقیده اید، احساسات و نیازهای خود را با دیگران در میان بگذارید، به خاطر خودتان و هم به خاطر بهبود شرایط اعضای دیگر ای جامعه که تحت چنین درمناهی قرار دارند.

* نام شخص به منظور رازداری تغییر یافته است.

آمار زندانهای روسیه در سال 2007، 670 به نسبت هر 100.000 نفر جمعیت است که حدوداً 1% از جمعیت بزرگسال را شامل می شود و آمریکا با نسبت 702 به هر 100.000 نفر جمعیت در مقام دوم قرار دارد. به چنین ارقامی، حبس دسته جمعی گفته می شود و می تواند همه نوعی عواقب منفی برای زندانی شدگان و نیز جوامع محلی آنها به همراه داشته باشد.

استاکلر و همکارانش با استفاده از اطلاعات مربوط به 26 کشور از اروپای شرقی و آسیای مرکزی محاسبه نموده اند که هر یک درصد افزایش در نرخ زندانی کردن (بعد از کنترل از لحاظ زیرساخت های مربوط به سل، شیوع اچ آی وی و متغیرهای اقتصادی و دموگرافیکی) موجب افزایش بروز سل به مقدار 0034% می شود (ریسک قابل استناد به جمعیت 95% 0.10-0.58 CI؛ P<0.01). سه چهارم متوسط آمار بروز سل از سال 1991 تا 2002، در اثر افزایش خالص تعداد زندانها بوده است. محققین به این نتیجه رسیده اند که استفاده کمتر از مجازات زندان میتواند خطرات عمومی منطقه ای جمعیتی مربوط به سل و سل مقاوم به انواع دارو (multidrug-resistant: MDR) را کاهش دهد.

زندانی کردن افراد در آمریکا رشد بیسابقه ای داشته و در سالهای 1970 تا 2007 رقم این افزایش تا 500 برابر تخمین زده می شود. تمام این ارقام از نابرابری های نژادی فوقالعاده ای حکایت می کنند: در سال 2007، نرخ استفاده از مجازات زندان معادل 412 به 100.000 برای سفید پوستان، 742 به برای 100.000 نژاد هیسپانیک، 2290 به 100.000 برای سیاهان بوده است. در شروع این مقطع زمانی، از هر ده مرد سیاه، در رده سنی بین 25 تا 29،

قدیمی و منسوخ و نیز نبودن سختگیری های لازم در مقررات مربوط به واردات و تجویز مواد مخدر. چنین محدودیتهایی در چهارچوب قانونمند کردن مصرف مواد، بدون شک خود یکی دیگر از هزینه های پنهان، در جنگ علیه مواد می باشند. دستورالعملهای سازمان بهداشت جهانی (WHO) بیان می دارد که باید بین پذیرش واقعیت تسکین درد و ادامه ی کنترل مواد مخدر و ممانعت از انحراف از مسیر، به تعادلی دست یافت. برای بسیاری از افراد در جهان، چنین تعادلی به سمت کنترل مواد متمایل است. پنجاه و چهارمین اجلاس کمیته داروهای مخدر در 10 مارچ، لزوم انجام اصلاحات را به رسمیت شناخته و قرار شد با توجه به اینکه کنوانسیون های جهانی کنترل مواد نیز بر لزوم استفاده از داروهای مخدر در کاهش درد تاکید دارند، مرزهای مربوط به داشتن دسترسی کافی به داروهای مخدر برای مقاصد پزشکی را بررسی نمایند.

هزینه های مربوط به حبس

روشهای کیفری و قانونی در موضوع استفاده از مواد، بیشتر بر زندانی کردن و تنبیه تاکید دارند تا درمان و پیشگیری. اعمال چنین شیوه هایی، منجر به بالا رفتن آمار زندانها در مناطق متعددی از جمله روسیه، آمریکا و تعدادی از کشورهای آسیای مرکزی شده است

یکی در زندان بوده است که با احتساب ارقام سال 2007 یک نفر از هر سه سیاه پوست با احتمال گرفتن حبس ابد روبرو بوده است. چنین افزایشی، بیشتر به خاطر قوانین خشن تعیین مجازات به خصوص قوانین مربوط به استعمال کراک کوکابین بوده است. بیش از 80% از افرادی که بر اساس قوانین آمریکا به زندان محکوم شده اند، سیاه پوست بوده اند. البته اطلاعات ایالات متحده در مورد استفاده واقعی از مواد، چنین درجه ای از نابرابری نژادی را منعکس نمی کند. خان و همکارانش، به مطالعه رابطه بی بین رفتارهای خطرناک جنسی و سابقه زندان در بزرگسالانی که طی برنامه ای تحت عنوان "مطالعه ملی بر روی رشد خانواده" به عنوان گروه نمونه انتخاب شده بودند، پرداخته اند. آنها به این نتیجه رسیدند که مصرف غیر قانونی گزارش شده مواد، ارتباطی با خاستگاه نژادی و یا سطح درآمد ندارد. زندان، معتادان تزریقی (IDU) ها را با خطرات خاصی مواجه می کند. چوپانیا و همکاران 1209 مرد غیر آلوده به به اچ آی وی در بانکوک تایلند را به منظور تهیه ی واکسن آزمایشی اچ آی وی مورد مطالعه قرار دادند. آنها همچنین گروهی از این شرکت کنندگان را بعد از دستگیری و بازداشت هم مطالعه کردند. آمار آلودگی به اچ آی وی، رقم بالایی حدود 5.8 درصد در سال (95% CI 4.8-6.8) را نشان می داد ولی بروز اچ آی وی در مردان در طی دوران زندان به مقدار قابل توجهی افزایش پیدا کرده و به 35 درصد رسید. زندانهای تایلند هیچگونه خدمات OST ارائه نمی نمودند، مواد غیر قانونی به طور گسترده ای در اختیار زندانیان قرار داشت ولی وسایل تزریق در دسترس نبود، و این یعنی همان شرایط مبتلا به در زندانها در سراسر جهان. گزارشهای فراوانی نشان داده که زندانی کردن به طور مستقل با خطر آلودگی به اچ آی وی در معتادان تزریقی (IDU) مرتبط است.

زندان کردن افراد تحت عنوان درمان، با استفاده از حبس های اختیاری، کار بدون دستمزد و دسترسی محدود به ART، در کشورهای چون چین، تایلند، ویتنام، لائوس و کلمبیا، به نگرانی های عمده ای دامن زده است. در چین و ویتنام، مصرف کنندگان مواد را می توان به اتهامات اداری برای مدت های نامعلومی در زندان نگاه داشت و گزارشها حاکی از آن است که از این افراد مانند برده گان بهره کشی می شود. گرچه زندانی کردن، بر آمار استفاده از مواد تاثیر چندانی نداشته است ولی تاثیرات عمیقی بر سلامتی، حقوق انسانی، آمار ابتلا به سل و اچ آی وی، از خود بر جای گذاشته است. بیماران وابسته به مواد را باید به جای زندانی کردن، مورد درمان قرار داد و آن دسته ای که زندانی می شوند، نیز باید به خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشند.

مراقبت های بالینی و آلودگی های چندگانه

زندان کردن افراد تحت عنوان درمان، با استفاده از حبس های اختیاری، کار بدون دستمزد و دسترسی محدود به ART، در کشورهای چون چین، تایلند، ویتنام، لائوس و کلمبیا، به نگرانی های عمده ای دامن زده است. در چین و ویتنام، مصرف کنندگان مواد را می توان به اتهامات اداری برای مدت های نامعلومی در زندان نگاه داشت و گزارشها حاکی از آن است که از این افراد مانند برده گان بهره کشی می شود. گرچه زندانی کردن، بر آمار استفاده از مواد تاثیر چندانی نداشته است ولی تاثیرات عمیقی بر سلامتی، حقوق انسانی، آمار ابتلا به سل و اچ آی وی، از خود بر جای گذاشته است. بیماران وابسته به مواد را باید به جای زندانی کردن، مورد درمان قرار داد و آن دسته ای که زندانی می شوند، نیز باید به خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشند.

نتیجی و همکارانش، چالش های موجود در درمان و مراقبت از معتادان آلوده به اچ آی وی را مورد بررسی قرار داده اند. در بسیاری از مکانها، نرخ شیوع و مرگ و میر در میان مصرف کنندگان مواد و افراد دیگری که با اچ آی وی زندگی می کنند، کماکان متفاوت است. نتیجی و همکارانش استفاده از روشهایی حاصل از ادغام چند رشته مطالعاتی را پیشنهاد می کنند که در مجموعه ای از بیماریهای جانبی مربوط به طیف وسیع پزشکی و روانشناختی، همانند هپاتیت و ویروسی، سل، عفونت های باکتریایی و بیماریهای روحی، فراتر از وابستگی به مواد، این جمعیت را تحت تاثیر قرار می دهد. اساس مراقبت صحیح از بیماران وابسته به مواد مخدر، استفاده از OST در آنچه نتیجی و همکارانش آن را تریابی به کمک دارو می نامند؛ یعنی استفاده از OST در کنار ART می باشد. تریابی به کمک دارو، مداومت به ART را افزایش داده و نتیجه درمان در بیماریهای مربوط را بهبود می دهد، مراقبت را استمرار بخشیده، رفتارهای مرتبط با شیوع اچ آی وی را کاهش داده، نیز تاثیرات پیشگیرانه ی ثانویه ای را نیز موجب می شود. تلفیقی از OST و ART را در کاهش بار ویروسی اچ آی وی-1 مربوط دانسته اند. درمان آلودگی دوگانه اچ آی وی-1 اچ سی وی کماکان چالش بزرگی

زندان کردن افراد تحت عنوان درمان، با استفاده از حبس های اختیاری، کار بدون دستمزد و دسترسی محدود به ART، در کشورهای چون چین، تایلند، ویتنام، لائوس و کلمبیا، به نگرانی های عمده ای دامن زده است. در چین و ویتنام، مصرف کنندگان مواد را می توان به اتهامات اداری برای مدت های نامعلومی در زندان نگاه داشت و گزارشها حاکی از آن است که از این افراد مانند برده گان بهره کشی می شود. گرچه زندانی کردن، بر آمار استفاده از مواد تاثیر چندانی نداشته است ولی تاثیرات عمیقی بر سلامتی، حقوق انسانی، آمار ابتلا به سل و اچ آی وی، از خود بر جای گذاشته است. بیماران وابسته به مواد را باید به جای زندانی کردن، مورد درمان قرار داد و آن دسته ای که زندانی می شوند، نیز باید به خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشند.

دست به کار شویم

تغییر محیط های در معرض خطر

در گزارشهای اول این سری، استرادی و همکارانش، محیط های خطر را برای مصرف کنندگان مواد را به سه گروه کاملاً مجزا تقسیم کردند: شهرهای آدسا (اوکراین)، کراچی (پاکستان) و نایروبی (کنیا). نتایج مطالعات این افراد نشان می دهد که درک خطر آلودگی به اچ آی وی را باید فراتر از مسئله ای صرفاً شخصی دانست و باید آن را در عوامل ساختاری و محیطی، که رفتارهای خطرناک فردی و آسیب پذیری در مقابل آلودگی به اچ آی وی موجب می شود، جستجو کرد. این چهارچوب گسترده تر خطر آفرین محیطی، که شامل فاکتورهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی خرد و کلان می شود، خود می تواند یا زمینه ساز خطر شود و یا در مقابل اچ آی وی، از افراد محافظت نماید. استرادی و همکاران گزارش کرده اند

پانل 4- دست به کار شویم دولتها

- کاهش دادن موانع قانونی، مقرراتی و ساختاری برای امکان پذیر کردن کاهش آسیب ها، OST ، NSP و ART برای مصرف کنندگان مواد
- اطمینان حاصل نمودن از امکان دسترسی به پیشگیریهای همه جانبه و مبتنی بر تجارب قبلی، درمان و خدمات مراقبتی به مصرف کنندگان مواد در کلیه انواع زندان و بازداشتگاهها
- بستن مراکز اجباری نگهداری معتادان و جایگزین کردن این مراکز با خدمات درمان دارویی مبتنی بر تجربیات قبلی و حقوق انسانی
- اصلاح قوانین و سیاستها به منظور جرم زدایی از مصرف کنندگان مواد
- گسترش دسترسی به درمانهای دارویی و خدمات به منظور برقراری دسترسی جهانی به خدمات درمانی مبتنی بر تجربیات قبلی
- احقاق حق سلامتی از طریق سرعت بخشیدن به برنامه های کاهش آسیب و انجام حمایت های موثر در مقابل تبعیض در مورد افرادی که در محیط های بهداشتی درمانی، مواد مصرف می کنند
- ارائه آموزشهای کاهش آسیب برای افسران پلیس (همینطور برای قضات و دادستانها) و وارد کردن کاهش آسیب در استراتژیهای اعمال قانون به منظور پایان دادن به آزار و اذیت، بازداشت های اجباری، سوء رفتار و شکنجه مصرف کنندگان مواد

وزارتخانه های بهداشت و درمان

- افزایش قابل ملاحظه مقادیر OST ، ART و NSP به صورت مجموعه و حفظ برنامه های اثربخش در طول زمان
- کاهش موانع دسترسی به مراقبت برای مصرف کنندگان مواد، از جمله کاهش شرمساری در محیط های درمانی، درمانهای پزشکی ناهماهنگ، ممنوعیت تلویحی و یا آشکار درمان مصرف کنندگان فعالانه مواد، هزینه های پنهان و یا وثیقه و قید شرایط مختلف برای شروع به درمان
- یکپارچه سازی درمان و مراقبت در مورد اچ آی وی، سل و ویروس هپاتیت C در بیمارانی که به عفونت های چندگانه مبتلا هستند.
- انجام تحقیقات خاص برای هر کشور و نظارت بر اطلاعات استراتژیک درباره ای اپیدمی های مربوط به مواد
- حمایت از مدل های محله ای و مورد حمایت گروه همالان برای درمان و مراقبت از مصرف کنندگان مواد
- اجرای برنامه های پیشگیرانه برای کاهش انتقال جنسی در معتادان تزریقی و از تزریقی ها به شرکای جنسی غیر تزریقی و شرکای جنسی که مواد مصرف نمی کنند.

حمایت کنندگان مالی

- توجه به کمبود کمکهای مالی فعلی در پاسخ به اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد: سطح فعلی یعنی باید مقدار 1% فعلی هزینه های پیشگیری جهانی برای مصرف کنندگان تزریقی مواد باید 20% افزایش پیدا کند و به 20% منابع جهانی برسد، بر اساس توصیه های UNAIDS
- افزایش حمایت از روشهای جامع مبتنی بر تجربیات قبلی در پیشگیری از اچ آی وی، درمان و مراقبت از مصرف کنندگان تزریقی مواد که مورد تایید WHO، دفتر جرم و جنایت و مواد UN و UNAIDS باشند
- به کارگیری دستورالعمل های اخلاقی برای پیش بینی روشهای نجات بخش در مراکز اجباری بازتوان پروری، همزمان با درخواست بسته شدن این مراکز

(Continúa en la página siguiente)

به شمار می روند که متصدیان بهداشت و نیز مبتلایان به این آلودگی دوگانه بیصبرانه انتظارش را می کشند.

برخی از بیماریهای جانبی مربوط به معتادان، نیازمند راه حل هایی فراتر از درمانهای بالینی هستند. کلیه بیمارانی که با آلودگی به اچ آی وی زندگی می کنند در معرض خطر ابتلا به سل قرار دارند. ولی این خطر در مورد مصرف کنندگان مواد، مشخصا بالاتر است چر که احتمال حضور این افراد در مکانهایی نظیر زندانها، مراکز درمان اعتیاد و بازداشتگاهها که در آن انبوهی جمعیت، فقدان تهویه، تغذیه ناکافی و محدودیت در دسترسی به مراقبت های بهداشتی و داروهای ضد ویروس، میتواند ابتلا به سل را تا حد زیادی افزایش دهد و به بیماریها و مرگ و میر مرتبط با سل نیز دامن بزند، بیشتر است. روسیه، چین و هند که اپیدمی های عمده ای از سل مرتبط با MRD در میان معتادان در آنها گزارش شده، درمانهای باکیفیت این بیماران و کاهش میزان زندانی کردن این افراد را، جزو اولویت های بهداشت و درمان عمومی خود قرار داده اند.

دسترسی به درمان و مراقبت

ولف و همکارانش، دسترسی و نیز موانع موجود بر سر راه دسترسی به خدمات ضروری برای مصرف کنندگان مواد را مورد ارزیابی قرار داده اند. همانند استرادی و همکارانش، اینها نیز خواهان تمرکز بیشتر بر روی موانع مداومت به ART به صورت سیستمی و ساختاری و نه فردی، شده اند و دریافته اند که احتمال ریسک شکست خوردن درمانها را باید نزد طرز نگرش ارائه کنندگان، دفاتر ثبت مصرف کنندگان مواد، ممنوعیت هایی که برای یکپارچه سازی OST با درمانهای اچ آی وی و سل وجود دارد و بازداشت های اجباری به دلیل مصرف مواد و دیگر واقعیتهای ساختاری، جستجو نمود. پاره ای از موانعی که توسط ولف و همکارانش تعریف شدند، بر محافظت از حقوق انسانی و انجام اصلاحات در بخش عدالت کیفری، از جمله؛ معاضدت حقوقی، جرم زدایی از مصرف مواد و راه حل های جایگزین بازداشت و حبس تاکید داشتند زیرا این راه حل ها میتوانند به همان اندازه درمانهای ضد ویروسی و درمانهای جایگزین، در درمان اچ آی وی، حائز اهمیت باشند. آنها همچنین بر جرم زدایی از گروههایی که امروزه به چشم مجرم به آنها نگریسته می شود، از جمله کارگران جنسی، و مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی برقرار می کنند، تاکید کردند.

پیشگیریهای چندگانه در مصرف کنندگان مواد

دگنهارت و همکارانش به ارزیابی اثرات روش های چندگانه، در پیشگیری از آلودگی به اچ آی وی، در مصرف کنندگان مواد پرداختند. آنها با توجه به قرار گرفتن در معرض اچ آی وی در اثر تزریق مواد مخدر و مخاطرات جنسی، اطلاعات مربوط به پوشش دهی از طریق مجموعه ای از اقدامات پیشگیرانه در سطح جهانی را، مورد بررسی قرار دادند و سپس مدلهایی از سناریوهای توسعه ای روشهای پیشگیرانه برای 5 و 20 سال آینده تهیه نمودند. اطلاعات مربوط به پوشش دهی فعلی اعلام جرمی از تلاشهای بهداشت عمومی در این زمان است: دگنهارت و همکاران تخمین زده اند که تنها 5% از تزریقها با وسایل ضدعفونی شده ای انجام می شود که توسط یکی از برنامه های تزریق ایمن فراهم شده است، مجموعه ای ضروری خدمات اولیه ای چون NSP، OST و داروهای ضد ویروسی تنها در اختیار 10% از افرادی که به این خدمات نیاز دارند، قرار دارد و تنها چهار نفر از هر 100 نفر معتاد تزریقی (IDU) آلوده به اچ آی وی، ART دریافت می کنند. در مدل فرضی، محاسبه کردند که

به حساب می آید. ایجننت های ضد ویروسی جدید و کم هزینه ای مخصوص هپاتیت C به همراه تلاشهای مداوم در کم هزینه نگاه داشتن درمانهای موجود اچ سی وی، از اولویت های فوری تحقیقات

(Viene de la página anterior)

ارائه کنندگان

- سعی در کاهش تبعیض و شرمساری بیماران وابسته به مواد در محیط‌های بهداشتی -مراقبتی
- استاندارد کردن استفاده از درمان به کمک دارو (ART) مورد حمایت درمان‌های جایگزین سازی مواد مخدر برای بیماران وابسته به مواد
- افزایش فعالیت برای یافتن موارد سل در افرادی که مواد مصرف می‌کنند، ارائه حمایت برای حفظ پایداری، نظارت مستقیم بر درمان و ارائه مراقبت‌های بهداشتی یکپارچه برای افزایش پایداری و کاهش مرگ و میر
- حمایت از بیماران وابسته به مواد در داخل سیستم‌های بهداشتی-درمانی و همچنین سیستم‌های عدالت کیفری
- عدم شرکت در برنامه‌ها و سیاست‌هایی که مبتنی بر تجربیات قبلی نیستند و حقوق انسانی را تضییع می‌کنند.

محققین

- بهینه کردن اقدامات چندانگانه در پیشگیری از آلودگی به اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد و بررسی راهکارها و روش‌های بهتر درمان آلودگی به اچ آی وی، وابستگی به مواد و بیماری‌های مربوطه
- انجام مطالعات کم هزینه در مورد اقداماتی که اثربخشی‌شان بر اساس تجربیات قبلی ثابت شده، در کاهش انتقال اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد
- تهیه دستور کار تحقیقاتی چند رشته‌ای برای پیشگیری و درمان وابستگی به محرک‌ها و مواد خانواده ای آمفی‌تامین
- تهیه ی مواد جایگزین برای آمفتامین و کوکائین مشابه متادون و بوپرنورفین برای وابستگی‌های به مواد مخدر
- توسعه ای تحقیقات مربوط به فرار گرفتن مقدماتی در معرض پروفیل‌اکسیس
- اطمینان حاصل نمایید که مطالعه ای تکنولوژی‌های جدید پیشگیرانه، از جمله واکسن های اچ آی وی، کلیه اقلشار در معرض خطر، از طریق روش‌های تزریقی را، شامل می‌شود

مصرف کنندگان مواد

- به دنبال ارتقاء، صیانت و کسب حقوق انسانی و حیثیت مصرف کنندگان مواد، در تمام جنبه‌های سیاست‌های مربوط به مواد و اچ آی وی باشید
- سازماندهی شوید و در تمام ابعاد پاسخگویی به اچ آی وی برای مصرف کنندگان مواد شرکت نمایید.
- از تسریع در ارائه خدمات چندانگانه از جمله NSP، OST و ART حمایت کنید.
- در دستیابی به جایگزین‌های زندان و دیگر انواع درمان‌های اجباری اعتیاد، به شبکه‌های محله‌ای که توسط گروه‌های همسالان هدایت می‌شود پیوسته و در آنها شرکت کنید.

NSP=programas de agujas y jeringas hipodérmicas. OST=terapia de sustitución de opioides. ART=tratamiento antirretroviral. IDU=usuario de drogas inyectables

وقتی پوشش دهی بالاتر تنها از طریق کاهش آسیب انجام شود، در نهایت تنها 20% در کاهش بروز اچ آی وی در طول زمان تأثیر خواهد داشت. با این وجود روش چندانگانه ای مشتمل بر داروهای ضد ویروس توانست به مقدار قابل توجهی از بروز اچ آی وی جلوگیری کند، لذا پیام قابل توجه این است که اقدامات پیشگیرانه ای چندانگانه، در مورد آلودگی به اچ آی وی و دسترسی گسترده به درمان‌های ضدویروسی باید به سرعت در مورد مصرف کنندگان مواد مخدر به کار برده شود.

چالش محرکها

اپیدمیولوژی مصرف مواد در حال تغییر است. علاوه بر گیاهانی که از کشت آنها مواد مخدر، کوکائین و شاهدانه (چرس) به دست می‌آید، امروزه با تولید روزافزون گونه‌های شیمیایی مواد روان گردان از قبیل گروه آمفتامین و مواد باشگاهی (CLUB DRUGS) نظیر اکستسی، کتامین و گاما هیدروکسی بوتیرات، روبرو هستیم. در مورد این مواد، ارتباط جنسی نقش بیشتری در قرار گرفتن در معرض اچ آی وی بازی می‌کند تا روش‌های تزریقی. بعضی از اینها به همراه مواد بالا برنده ای قدرت جنسی و الکل در روابط چند نفره جنسی به کار می‌روند. کفلاکس و همکارانش به تجربیات موجود در مورد استفاده از این گروه چندانگانه ای مواد خانواده ای آمفتامین پرداختند و با کمک منا آنالیز، اثربخشی اقداماتی که برای کمک به تغییر رفتار انجام شده بود را در درمان وابستگی به این دسته از مواد بررسی نمودند. آنها به نتایج تکان دهنده ای دست پیدا کردند. علی‌رغم افزایش اهمیت خانواده ای آمفتامین در سراسر جهان، به جز ایالات متحده، استرالیا و تعدادی از کشورهای پیشرفته، کار چندانگی بر روی این مسئله صورت نگرفته است. آن قسمت از تحقیقات انجام شده هم نشان داده اقدامات رفتاری صورت گرفته در مورد استفاده از آمفتامین، در مورد رفتارهای خطرناک جنسی کم تأثیر و در بروز آلودگی به اچ آی وی بی تأثیر بوده است. اگر می‌خواهیم رابطه ای میان استفاده از محرک‌ها و خطرات جنسی را از میان ببریم، این وضع باید تغییر کند آنهم به سرعت. فقدان روش‌های درمان دارویی که در مورد وابستگی به گروه آمفتامین، درست همانند نبودن درمان از طریق جایگزین سازی، در اعتیاد به کوکائین، کماکان یکی از چالش‌های تحقیقاتی به شمار می‌رود و مانعی بر سر راه ارائه ART با کمک دارو به افراد آلوده به اچ آی وی که محرک استفاده می‌کنند به شمار می‌آید. در مورد وابستگی به محرک‌ها، به متادون نیاز داریم، همچنین در مورد آلودگی به اچ آی وی و برای کاهش خطرات جنسی در مصرف کنندگان مواد، از جمله مصرف کنندگان متناوب مواد، به روش‌های نوین رفتاری نیازمندیم. با این حال مراقبت و درمان متناسب فرهنگی و مبتنی بر تجربیات گذشته، در مورد افرادی در معرض خطر اچ آی وی قرار دارند و یا به این ویروس آلوده اند، برای مصرف کنندگان این محرک‌ها الزامی است.

حقوق بشر

در برنامه‌ها و سیاست‌های مربوط AIDS/اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد، رابطه مستحکم میان روش‌های مبتنی بر تجارب گذشته و مبتنی بر حقوق انسانی وجود دارد. همانگونه که یورگن و همکارانش نشان داده اند، این اطلاعات همچنین نشان می‌دهد که روش‌هایی که موجب تضییع حقوق مصرف کنندگان مواد می‌شوند، خود قابل قبول نبوده و چندان به نتیجه نیز نمی‌رسند. یافته‌های استزادی و همکارانش در مورد اینکه با کاهش خشونت پلیس، نرخ بروز اچ آی وی، در آدسا و اوکراین تا 19% تقلیل پیدا کرده،

نشان می‌دهد که حقوق بشر بیش از مجموعه دستورات معنوی و اخلاقیست. این حقوق، شاخص اجتماعی تعیین کننده ای خطر اچ آی وی است. ولف و همکارانش همچنین نکته ی مهم دیگری را در تعامل این حقوق با بهداشت و سلامتی در مصرف کنندگان مواد

تعداد افراد مصرف کننده دارو در بازداشت*	توزیع سرنگ و سوزن از NSP در هر IDU در هر سال**	تعداد افراد موکل OST در هر 100 مورد †	تخمین نسبت از تمام افرادی که دارو تزریق می کنند که IDU هستند ‡	تخمین تعداد افرادی که دارو تزریق می کنند ††	Agujas-jeringas distribuidas desde los NSP por IDU y ‡por año	Número de usuarios de drogas en detención	
چین	2 350 000	289 000 (143 000-557 000)	3	38,5/10,7 (28)	3	32 (1-84)	330 000
مالزی	205 000	21 000 (18 000-25 000)	9	70/25 (36)	2**	9 (7-13)	50 305
روسیه	1 825 000	678 000 (4000-1 751 000)	1	83/20-30 (24-36)	0	4 (3-5)	62 200-366 700††
اوکراین	325 000-425 000‡‡	94 000‡ (2000-244 000)	9	60,5/24 (40)	2	32 (23-43)	57 800§§
آمریکا	135 000	49 000 (3000-89 000)	4	44/6,3 (14)	1	189 (107-323)	100 000¶¶ خود رد
.EE.UU.	1 857 000	308 000 (113-580 000)	NA	NA	13	22 (15-31)	19,5% de presos estatales (2005) y 53 % de presos condenados federales (2007)¶¶¶

IDU=مصرف کنندگان تزریق دارو ART=درمان Antiretroviral NAP=برنامه های مربوط به سوزن و سرنگ NA=در دسترس نیست * این تخمین ها از MATHER بدست آمده است. جزئیات منابع در این مقاله گزارش شده است فقط تعداد افراد HIV مثبت مشخص نشده است به نقاط مرکزی شیوع HIV برای IDU ها در کشور نیز بر می گردد. به تخمین های موجود، لطفاً منبع 10 برای جزئیات بیشتر ملاحظه شود یک نسبت 10/1 نشان می دهد که افراد با پیشینه تزریق دارو دسترسی یکسانی به ART به عنوان در معرض ابتلا به HIV هستند. دارند منطقه غربی اروپا WHO دارای یک نسبت ترکیبی برای 28 عضو کشور از 89 عضو می باشد پوشش متادون یا Buprenorphine یا هر دو می باشد **مالزی تخمین زده است که 100000 نفر از افرادی که OST دریافت می کنند مربوط به سال 2009 است و این افراد شامل تخمین عمومی نمی شوند تخمین ها برای روسیه بر مبنای نرخ افراد بازداشت شده از هر 100000 نفر در 670 (Stukler) نفر از 100000 و 532 (Dolan) نفر از 100000 می باشد و نتایج تخمین زده شده از افراد بازداشت شد با پیشینه مصرف دارو از Dolan می باشند که یک محدوده تخمین زده شد 8-43% را از بازداشتی ها می دهد محدوده تخمین زده شده برای اوکراین از سال 2006 می باشد و از AIDS ALLIANCE می باشد تخمین ها برای اوکراین بر مبنای نرخ افراد بازداشتی از Dolan و دیارتان US می باشد تخمین ها برای ویتنام بر مبنای گزارش WHO در سال 2009 می باشد جمعیت کلی زندان US 2.293 میلیون نفر در سال 2007 است. نرخ بازداشتی ها با موضوع دارو در کشورها متغیر است

جدول: مقیاس های اندازه گیری واکنش به HIV در افرادی که در کشور انتخاب شده دارو مصرف می کنند یک ماتریس تشخیصی از سال 2008-2010

دهند. جرم زدایی از مالکیت شخصی مواد، همانگونه که در پرتگال (نمودار 1) و بسیاری از حوزه های دیگر قضایی انجام شده، باید به عنوان راهکاری برای خروج از سیاستهای تنبیهی بی تاثیر و پرهزینه، مورد بحث و بررسی قرار گیرد. بدون شک، تلاش برای ممنوع سازی مواد مخدر و نیز اجرای قوانین مربوط به این مواد، از بخشهای مهم تمامی برنامه های ملی مربوط به مواد مخدر خواهند بود و باید هم باشند ولی این بخشهای مهم باید با کمک فعالیتهای مربوط به بهداشت و سلامتی همگانی، تعدیل شوند. اجرای قانون، بهداشت و سلامتی عمومی و بخشهای درمانی، میتوانند در کنار هم، دسترسی حداکثری مصرف کنندگان مواد، به درمانهای مبتنی بر تجربیات قبلی را تضمین کنند، همچنین بخشهای نظارتی نیز برای کنترل جرم و جنایت و نه مدیریت بیماران وابسته به کار گرفته می شوند. بیانیه ای 2010 وین، که در گزارش وود و همکارانش آمده، خواهان توقف که مجازات حبس به جرم وابستگی به مواد می شود، بیانیه ای که ما قویا بر آن تاکید داریم. ما از کلیه دولتها می خواهیم که در مورد استفاده از مواد، هدف دسترسی جهانی به درمانهای مبتنی بر تجربیات قبلی را دنبال کنند و به این مهم متعهد باشند تا بتوانند جان انسانها را نجات بدهند، تقاضا برای مواد را کاهش دهند و به حقوق انسانها احترام بگذارند. به دنبال چنین اقداماتی، عرضه ای مواد و درآمدهای مجرمانه نیز کاهش پیدا می کند. همانگونه که در محیط هایی که چنین روشهایی را به کار گرفته اند ملاحظه می شود، حرکت به سوی این اهداف را می توان در سالهای آتی اندازه گیری نموده و در سال 2015 مرور نمود، این یعنی زمانیکه اعضای سازمان ملل به بررسی مجدد اثربخشی سیاستهای مربوط به مواد مخدر و نیز اهداف توسعه یی هزاره ای (Millennium Development Goals) و از آن جمله اهداف مربوط به بهداشت و درمان خواهند پرداخت. ماتریکس محاسبه ای که فعالان در این مجموعه پیشنهاد می کنند، شامل مجموعه اقداماتی از جمله دسترسی به داروهای ضد ویروس

خاطر نشان کرده اند که عبارت است از تاثیرات شرمساری و تبعیض در دسترسی به مراقبت و درمان. در گزارش این گروه در مورد 5 کشوری که مصرف کنندگان مواد در آنها بیشترین درگیری را با اچ آی وی داشته اند، 67% از کلیه ای مصرف کنندگان، معتادان تزریقی (IDU) بوده اند که تنها 25% از آنها به داروهای ضد ویروسی دسترسی داشته اند. اصلاحات ساختاری که ما مدافع آن هستیم، مانعی را که به طور سیستماتیک شانس افراد برای دریافت داروهای ضد ویروس، بر اساس نحوه ای ابتلا به اچ آی وی کاهش می دهد را، مورد توجه قرار دهند.

موجب تغییر شویم

دستور کار بلند پروازانه ولی قابل حصولی وجود دارد که می تواند زندگی مصرف کنندگان مواد را نجات دهد، از آلودگی به اچ آی وی ممانعت به عمل آورد، زیانهای اجتماعی ناشی از مصرف مواد را کاهش دهد، از حقوق انسانی حمایت نماید و باعث صرفه جویی مالی گردد (پانل 4). اینها را چگونه می توان پیاده کرد و اجرای آن از چه کسی بر می آید؟

دولتها

دولتها نقش تعیین کننده ای در توجه به آن دسته از عوامل ساختاری که می توانند جوامع را خطر آفرین ساخته و یا توانایی ببخشند، دارند. موانع سیاستی و قانونی، کماکان بر سر راه به کارگیری اقدامات چندگانه اثربخشی که می تواند در کاهش خطرات و آسیب ها موثر واقع شوند، وجود دارند. یک مثال از موارد متعدد چنین سیاستهایی منفی ای، سیاست ادامه دار مخالفت با متادون، بوپرنورفین و یا دیگر درمانهای جایگزین، در روسیه است. همانگونه که ولف و همکارانش نشان داده اند، کشورهای بسیاری وجود دارند که باید به تبعیض در دسترسی به ART برای افرادی که سابقه ای اعتیاد دارند، خاتمه

خدمات دهندگان

درمان و مراقبت از بیماران آلوده به اچ آی وی که سابقه ی استعمال مواد دارند، ایجاب می کند که خدمات دهندگان، طیفی از بیماریهای مربوط به رشته های پزشکی و روانپزشکی مبتلا به این دسته از بیماران را شناسایی و مورد توجه قرار دهند. بیماریهایی از قبیل هیپاتیت ویروسی، سل، عفونت های باکتریایی و بیماریهای روحی از این دسته اند. دریافت آموزشهای لازم برای درمان با کمک دارو، بخش مهمی از توانمندی خدمات دهندگان است که با تنظیم دوز دارویی مناسب، این نوع درمان قادر است پایبندی به استفاده از داروهای ضد ویروس و انواع دیگر درمان را افزایش داده و رفتارهای پرخطر مربوط به اچ آی وی را کاهش دهد، همچنین می تواند از بار ویروسی اچ آی وی 1- بکاهد. ولی وظیفه خدمات دهندگان و سازمانهای حرفه ای ایشان فراتر از صرف درمان است. آنها می بایستی مدافع مدیریت روشهای مبتنی بر تجربیات قبلی بوده و بر علیه روشهای تنبیهی، اجباری و زندان محور، فعالیت نمایند. یکی از روشهای ساده برای اندازه گیری میزان دسترسی به داروهای ضد ویروس، از طریق مقایسه ای است که لف و همکارانش به عمل آورده و نسبت آلودگی اچ آی وی مرتبط با استعمال مواد در جمعیت مورد نظر را با نسبت افرادی که با داشتن سابقه ای استعمال مواد، از داروهای ضد ویروس استفاده می کنند، اندازه گیری می کنند. این نسبت ها باید با هم برابر باشند. چنانچه تعداد مصرف کنندگان مواد، در جمعیت مورد درمان، کمتر از تعداد واقعی نشان داده شده باشند، خدمات دهندگان می بایست برای دسترسی بیشتر به درمان، به عنوان مسئله ای مربوط به سلامت و حقوق انسانی، فشار بیاورند. حمایت گسترده ای خدمات دهندگان از مصرف کنندگان مواد نه تنها در بخش مراقبت های بهداشتی، بلکه در بخش عدالت کیفری نیز ضروری می باشد. خدمات دهندگان نمی بایست با برنامه ها و سیاستهایی که مبتنی بر تجربیات قبلی نیستند و یا حقوق انسانی را ضایع می کنند، همراهی نمایند.

محققین

دستور کار تحقیق برای اچ آی وی در مورد افرادی که مواد مصرف می کنند، وسیع و متقاعد کننده است. آن دسته از تحقیقاتی که در تلاش برای کاهش آسیب ها موفق عمل کرده اند، ضروری اند و در پاره ای موارد به عنوان الگویی برای پاسخ دهی به دیگر ابعاد ایدز، مورد استفاده قرار گرفته اند. با این وجود، در بخشهای مربوط به مصرف مواد، هنوز قسمتهایی از پاسخ جامعه ای جهانی به ایدز، مورد بی اعتنائی واقع شده است. تحقیقات برای بهبود روشهای چنگانه ای پیشگیری از آلودگی به اچ آی وی در مورد مصرف کنندگان مواد، خود یک ضرورت است. همچنین حصول پیشرفت در درمان آلودگی به اچ آی وی، وابستگی به مواد و بیماریهای مربوط به آن، ضروری می باشد. تحقیقات در مورد پیشگیری و درمان در استفاده از محرک ها و مواد گروه آمفتامین نیز باید به طور همزمان، در دستور کار قرار گیرد. همچنانکه اطلاعاتی در مورد قرار گرفتن ابتدایی در معرض پروویلاکتیک، در دسترس قرار میگیرد، ممکن است انجام تحقیقات در مورد قرار گرفتن ابتدایی در معرض پروویلاکتیک نیز در مورد استفاده کنندگان مواد، لازم شود. مطالعه ای تکنولوژیهای پیشگیرانه ای نوین از جمله واکسنهای اچ آی وی، باید همواره طیف کاملی از تمامی اقشاری که به واسطه ی تزریق در معرض خطر قرار دارند را در بر بگیرد، در غیر این صورت در جمعیت بزرگی که با چنین خطراتی مواجه است، تنها بر روی واکسنهایی با اثربخشی نامطمئن تمرکز خواهد شد.

پوشش دهی به وسیله ای این دارو ها، OST، NSP، و پاره ای اقدامات مربوط به بازداشتهای اداری مصرف کنندگان مواد می شود (جدول). از این ارزشیابی برای سنجش پاسخهای جهانی ارائه شده به آلودگی به اچ آی وی، در دو سال آینده استفاده خواهد شد. ما از کلیه ی طرفهای علاقمند دعوت

به عمل می آوریم تا در این ارزیابی و تصحیح اقدامات انجام شده، به ما بپیوندند. مسئولیتهای دیگری که می توان بر عهده گرفت، عبارت است از گزارش دهی در مورد شاخص ها، که در پیگیری نشست خاص سال 2010 اجلاس عمومی سازمان ملل در مورد ایدز، که تا سال 2010 تعداد قابل ملاحظه ای از کشورها (169 کشور تا پایان مارچ، ارتباطات شخصی، HANKINS C، UNAIDS، ژنو، سوییس) در آن عضویت خواهند داشت. راهنمای فنی سازمان بهداشت جهانی (WHO)، UNODC و UNAIDS به منظور هدفگذاری برای دسترسی جهانی به پیشگیری، درمان و مراقبت از معرضان تزریقی (IDU)، توسط این کشورها مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

حمایت کنندگان مالی

پاسخهای واقع بینانه به آلودگی به اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد، همان گونه که بر آورد میزان پوشش دهی نشان می دهد، هنوز کافی نیستند. برای پاسخگویی به نیازهای موجود، اهدای کمک های مالی به منظور انجام اقدامات موثر و مبتنی بر تجربیات قبلی، باید به طور قابل ملاحظه ای افزایش یابد. برای برقراری دسترسی و پوشش دهی به NSP ها، OST و داروهای ضد ویروسی در مقیاس بالا، که ما درخواست کرده ایم، حمایت هر دو گروه اهداکنندگان و دولت لازم خواهد بود. ولی شواهد نشان می دهد که در پیشگیری از اچ آی وی، کنترل اپیدمی و نیز همان میزان کاهش در دیگر آسیب های انسانی و اجتماعی مصرف مواد، دستاوردهای بزرگ قابل حصولی می باشند. علاوه اهداکنندگان باید دریابند که چه میزان از حمایت های فعلی شان به سمت تلاشهایی هدایت می شوند که در بهترین حالت بی تاثیر و در بدترین حالت کاملاً مضرند. دیده بان حقوق بشر اخیراً خواستار بسته شدن کلیه مراکز بازداشت اجباری معرضان در چین شده بود به این علت که این مراکز به اندازه ای درمانهای دارویی اثربخش نبوده اند و مرتباً قوانین حقوق بشر چین و قوانین جهانی حقوق بشر را نقض کرده اند. ما بر این باوریم که حبس اجباری بدون توجه به تشریفات قضایی مربوطه به عنوان روشی برای درمان اعتیاد، قابل پذیرش نیست و از تمامی اهداکنندگان می خواهیم دولت را در ارائه سریع جایگزین های موثر، کم هزینه و انسانی یاری نمایند. همگان بر این باورند که افرادی که در زندانها مواد مصرف می کنند، به درمانهای موثر دارویی نیاز دارند، همچنین در مورد لزوم انجام اقدامات پیشگیرانه از آلودگی اچ آی وی و سل، اشتراک نظر گسترده ای وجود دارد. اهدا کنندگان می بایست در پاسخگویی به نیازهای مراقبتی موجود، به تعادل صحیحی دست یابند و در همان حال مسائل ریشه ای را نیز از طریق حمایت از روشهای جایگزین به جای حبس و زندانی کردن افراد، مورد توجه قرار دهند. علاوه بر این اهداکنندگان باید به تصحیح سوء رفتارهایی از قبیل حبس بدون انجام تشریفات قضایی مربوط، حق درخواست فرجام، ارزیابی درمان و یا حق قانونی دسترسی به وکیل، بپردازند. زندانی کردن افراد بدون محاکمه و یا با آن، برای افرادی که تنها جرمشان وابستگی به مواد است، نه مبتنی بر حقوق انسانیست و نه تجارب قبلی آن را تایید می کنند و لذا اهدا کنندگان نباید هزینه های آن را تامین نمایند.

Colaboradores

CB, KMS, AK, MK, MS, y SAS contribuyeron igualmente a la búsqueda, de bibliografía, la revisión y la redacción del informe

Comités directivos

Este artículo es parte de la Serie The Lancet sobre el VIH en personas que consumen drogas, desarrollada y coordinada por Chris Beyrer (Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, EE.UU.); Steffanie Strathdee (University of California, San Diego, CA, EE.UU.); Adeeba Kamarulzaman (University of Malaya, Kuala Lumpur, Malasia); y Kasia Malinowska-Sempruch (Open Society Institute, Drug Policy Program, Varsovia, Polonia)

Conflictos de interés

MK es miembro de la junta de la Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el Sida y es empleado del Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Todos los otros autores declaran que no tienen conflictos de interés

Agradecimientos

La Serie fue financiada por una donación del Global Drug Policy Program del Open Society Institute al CB's Center for Public Health and Human Rights de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, EE.UU.; y financiada en parte por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los EE.UU. de la subvención DA027772-S1, concedida al Programa de la Salud Global de SAS en la Universidad de California, San Diego, CA, EE.UU. Damos las gracias a Chiara Bucello, Bradley Mathers, Louisa Degenhardt, y a los miembros del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Intravenosas por proporcionarnos la Figura 1, a Ralf Jürgens y Daniel Wolfe por la revisión minuciosa, y Andrea Wirtz (Center for Public Health and Human Rights) por su trabajo muy valioso en el informe desde su creación

References

- Guinness L, Vickerman P, Quayyum Z, et al. The cost-effectiveness of consistent and early intervention of harm reduction for injecting drug users in Bangladesh. *Addiction* 2010; 105: 319–28
- Vickerman P, Kumaranayake L, Balakireva O, et al. The cost-effectiveness of expanding harm reduction activities for injecting drug users in Odessa, Ukraine. *Sex Transm Dis* 2006; 33 (suppl 10): S89–102
- Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60832-X
- 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. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60742-8
- Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60743-X
- Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60829-X
- Colfax G, Santos G-M, Chu P, et al. Amphetamine-group substances and HIV. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60753-2
- Jürgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60830-6
- Backman G, Hunt P, Khosla R. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet* 2008; 372: 2047–85
- Mathers B, Degenhardt L, Phillips B, et al, for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008; 372: 1733–45

مصرف کنندگان مواد

مصرف کنندگان مواد اغلب مطلع ترین و وارد ترین کسانی هستند که می توانند با گروه همسالان خود و از آن جمله آنهایی که خارج از دایره درمان و مراقبت قرار دارند، ارتباط برقرار کنند. اینها از گروه همسالان خود حمایت و مراقبت می کنند و در جانبداری از حقوق و حیثیت ایشان، موفق بوده اند. شبکه های افرادی که مواد مصرف می کنند را باید تقویت نمود و در امر رسیدگی به اپیدمی، به آنها به چشم شریک نگر نیست و به کارشان گرفت. کلیه دستور العملهای انسانی و اخلاقی نیز تاکید دارند که لازم است افراد را در پاسخگویی به امور مربوط به زندگیشان، به طور معنی داری شرکت داد. در اغلب محیط ها، کسی جز مصرف کنندگان مواد به آنها خدمات رسانی نمی کند. که اغلب هم شخصا خطر را به جان می خرد. تشکیل شبکه ی جهانی مصرف کنندگان مواد NPWUD (Network of People Who Use Drugs) مثال خوبیست که نشان می دهد چگونه می توان جامعه را متشکل نموده و به حرکت درآورد: این شبکه به تازگی به هیئت هماهنگ کننده ای برنامه های UNAIDS در امور نمایندگان سازمانهای غیر دولتی (UNAIDS Programme Coordinating Board's NON-Governmental Organization)

پیوسته است. INPUD درخواست کرده به جنگ بر علیه مواد پایان داده شود: گسترش هیئت C و زندانی کردن صدها هزار نفر انسان، همه از نتایج مستقیم سیاستهای کاملا غلطی است که ریشه در تعصب و کوفت فکری دارد. شبکه جهانی مصرف کنندگان مواد (INPUD) درخواست می کند به چنین جنگی بر علیه انسانها پایان دهیم و دوران تازه ای از صلح و گفت و گوی هوشمندانه و آزاد را آغاز نماییم.

نتیجه گیری

برای شناختن اهداف این مجموعه در مورد مصرف کنندگان مواد، لازم است فراتر از صرف روشهای بهداشت عمومی برویم. اگر بخشهای کنترل مواد و اعمال قانون، جزئی از روشهای جدید نباشند، برنامه های کاهش آسیب شکست می خورند، کلینیک های درمان از طریق جایگزین سازی، متروک می مانند و اقدامات پیشگیرانه و ART تنها عده ای قبلی از مصرف کنندگان مواد را پوشش می دهند. ولی بخشهای کنترل مواد و اجرای قانون، قلمرو جهانی مدیریت اچ آی وی را تشکیل می دهند که از سابقه ای موفقیت قابل ملاحظه ای برخوردار است و پایه ای مبتنی بر تجربیات قبلی برای اقدام همه جانبه به شمار می آید. چنانچه ما بتوانیم سیاستهایی مبتنی بر تجربیات قبلی اتخاذ کنیم، که موثر باشند و از سیاستهای رو به شکست تنبیهی و توأم با آزار و اذیت دوری نماییم، در این صورت خواهیم توانست اپیدمی اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد را تحت کنترل درآوریم، در این صورت آن دسته ای که به درمان نیاز دارند با موفقیت درمان می شوند و می توان جلوی آسیب های اجتماعی را نیز گرفت.

- Afghanistan_opium_survey_2009_summary.pdf (accessed March 8, 2010)
- Kheirandish P, Seyedalinaghi S, Hosseini M, et al. Prevalence and correlates of HIV infection among male injection drug users in detention in Tehran, Iran. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 53: 273–75
- UNODC, Regional Office for Central Asia. Illicit drug trends in central Asia: April, 2008. http://www.unodc.org/documents/regional/central-asia/Illicit%20Drug%20Trends_Central%20Asiainfinal.pdf (accessed May 4, 2010)
- Kamarulzaman A, Saifuddeen SM. Islam and harm reduction. *Int J Drug Policy* 2010; 21: 115–18
- Tee K, Pybus O, Li XJ, et al. Temporal and spatial dynamics of human immunodeficiency virus type 1 circulating recombinant forms 08_BC and 07_BC in Asia. *J Virol* 2008; 82: 9206–15
- Tovanabutra S, Kijak G, Beyrer C, et al. Identification of CRF34_01B, a second circulating recombinant form unrelated to and more complex than CRF15_01B, among injecting drug users in northern Thailand. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2007; 23: 829–33
- Michael N. RV 144 update: Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thai adults (oral presentation, session 23). 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA, USA; Feb 16–19, 2010. Paper 74
- Tovanabutra S, Beyrer C, Sakkhachornphop S, et al. The changing molecular epidemiology of HIV type 1 among northern Thai drug users, 1999 to 2002. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2004; 20: 465–75
- Lohman D, Schleifer R, Amon J. Access to pain treatment as a human right. *BMC Med* 2010; 8: 8
- WHO, Access to Controlled Medications Programme. Improving access to medications controlled under international drug conventions. 2009. <http://www.eapcnet.org/download/forOrganisations/PSM>. (AccessToControlledMedications.pdf (accessed March 8, 2010)
- Human Rights Watch. Human Rights Watch interview with Dr Weru of Nairobi Hospice, Nairobi, Kenya. "Please, do not make us suffer any more...". In: Human Rights Watch, ed. Access to pain treatment as a human right. New York: Human Rights Watch, 2009
- Pain and Policy Studies Group, WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Opioid availability: eastern Europe and central Eurasian. Palliative care in cancer. Budapest, Hungary: Open Society Institute; 2005. <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/monograp/hungary05.pdf> (accessed April 5, 2010)
- UNODC. Commission on Narcotic Drugs Report on the fifty-third session (2 December 2009 and 8–12 March 2010). Vienna: UN Office on Drugs and Crime, 2010
- Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008; 105: 13280–85
- Mauer M, King R. Uneven justice: state rates of incarceration by race and ethnicity. Washington DC: The Sentencing Project, 2007
- Anon. Bad science and bad policy. *New York Times* (New York), March 3, 2010
- Khan MR, Doherty IA, Schoenbach VJ, Taylor EM, Epperson MW, Adimora AA. Incarceration and HIV-risk sex partnerships among men in the United States. *J Urban Health* 2009; 86: 584–601
- Choopanya K, Des Jarlais DC, Vanichseni S, et al. Incarceration and risk for HIV infection among IDU in Bangkok. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 29: 86–94
- Werb D, Kerr T, Small W, Li K, Montaner J, Wood E. HIV risks associated with incarceration among injection drug users: implications for prison-based public health strategies. *J Public Health (Oxf)* 2008; 30: 126–32
- Amon J. Where darkness knows no limits: incarceration, ill-treatment and forced labor as drug rehabilitation in China. New York: Human Rights Watch, 2010
- Kwon J, Iversen J, Maher L, Law M, Wilson D. The impact of needle and syringe programs on HIV and HCV transmissions in injecting drug users in Australia: a model based analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 51: 462–69
- Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007; 102: 1454
- Le Vu S, Le Strat Y, Pillonel J, et al. Population-based HIV incidence in France, 2003 to 2008. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA, USA; Feb 16–19, 2010. Paper 36LB
- Wood E, Kerr T, Marshall B, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ* 2009; 338: b1649
- Santibanez S, Garfein R, Swartzendruber A, Purcell D, Paxton L, Greenberg A. Update and overview of practical epidemiologic aspects of HIV/AIDS among injection drug users in the United States. *J Urban Health* 2006; 83: 86–100
- Todd C, Abed A, Strathdee S, et al. HIV, HCV, and HBV infections and associated risk behavior in injecting drug users, Kabul, Afghanistan. *Emerg Infect Dis* 2007; 13: 1327–31
- Beyrer C, Patel Z, Stachowiak JA, et al. Characterization of the emerging HIV type 1 and HCV epidemics among injecting drug users in Dushanbe, Tajikistan. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2009; 25: 853–60
- UNAIDS. AIDS epidemic update, 2009. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp> (accessed March 8, 2010)
- Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al, for the 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet* 2010; 375: 1014–28
- Gelmon L, Kenya P, Oguya F, Chelugot B, Haile G. Kenya HIV prevention response and modes of transmission analysis. March, 2009. [http://www.unaidsrctesa.org/files/1/Kenya_MoT_Country_Synthesis_\(Report_22Mar09\).pdf](http://www.unaidsrctesa.org/files/1/Kenya_MoT_Country_Synthesis_(Report_22Mar09).pdf) (accessed April 15, 2010)
- Niccolai LM, Shcherbakova IS, Toussova OV, Kozlov AP, Heimer R. The potential for bridging of HIV transmission in the Russian Federation: sex risk behaviors and HIV prevalence among drug users (DUs) and their non-DU sex partners. *J Urban Health* 2009; 86 (suppl 1): 131–43
- WHO. Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: an application of selected human rights principles. 2009. http://www.who.int/hiv/pub/idu/assess_treatment_users_asia/en/index.html (accessed March 8, 2010)
- Grover A. The right to health, the rights-based approach, towards decriminalization (Oct 27, 2009). International Conference on Realising the Rights to Health and Development for All; Hanoi, Vietnam. Oct 26–29, 2009
- Baral S, Trapence G, Motimedi F, et al. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS One* 2009; 4: e4997
- Johnston L, Dahoma M, Holman A, et al. HIV infection and related risk behavior among men who have sex with men in Zanzibar, Tanzania. XVII International AIDS Conference; Mexico City, Mexico; Aug 3–8, 2008. Abstract WEPE742
- UNODC. World drug report 2009. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html> (accessed March 8, 2010)
- UNODC. Addiction, crime, and insurgency: the transnational threat of Afghan opium. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Afghanistan/Afghan_Opium_Trade_2009_web.pdf (accessed March 8, 2010)
- UNODC, Anti-Narcotics Force. Afghanistan opium survey 2009. <http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/>

- for evidence-based drug policies. *Lancet* 2010; published online July 20, 2010. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60958-0
- Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV, for the Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care Among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* 2008; 41–32 :7
- Balakiryeva O, Gusak L, Dovbakh H, et al. Evaluation of the size of most-at-risk populations vulnerable to HIV infection in Ukraine: analytic report based on the research results. Kyiv: International Charitable Foundation "International HIV/AIDS Alliance in Ukraine", 2006
- US Department of State. Background note: Ukraine. 2009. <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3211.htm> (accessed May 14, 2010)
- Sabol WJ, West HC. Prisoners in 2007. Washington DC: US Bureau of Justice, 2008
- Mumola C, Karberg J. Drug use and dependence, state and federal prisoners, 2004. Washington DC: US Department of Justice, 2006
- Walmsley R. World prison population list. London: Q2 International Centre for Prison Studies, King's College, 2009
- WHO, UNODC, UNODC. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html> (accessed March 10, 2010)
- CDC. CDC trials of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. <http://www.cdc.gov/hiv/prep/resources/factsheets/index.htm> (accessed June 11, 2010)
- Beyrer C, Baral S, Shaboltas A, et al. The feasibility of HIV vaccine efficacy trials among Russian injection drug users. *Vaccine* 2007; 16–7014 :25
- Crofts N, Herkt D. A history of peer-based drug-user groups in Australia. *J Drug Issues* 1995; 25: 599–626
- Wood E, Kerr T, Spittal P, Small W, Tyndall M, O'Shaughnessy M. An external evaluation of a peer-run "unsanctioned" syringe exchange program. *J Urban Health* 2003; 80: 455–64
- International Network of People Who Use Drugs. Press Release: Give peace a chance, stop the failed war on drugs. 2009. <http://www.druguserpeaceinitiative.org/images/INPUDPressReleaseCND.pdf> (accessed March 9, 2010)
- Rhodes T, Simic M. Transition and the HIV risk environment. *BMJ* 2005; 331: 220–23
- Lucas GM, Mullen BA, Weidle PJ, Hader S, McCaul ME, Moore RD. Directly administered antiretroviral therapy in methadone clinics is associated with improved HIV treatment outcomes, compared with outcomes among concurrent comparison groups. *Clin Infect Dis* 2006; 42: 1628–35
- Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, Meli S, Samet JH. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction* 2004; 99: 361–68
- Palepu A, Tyndall MW, Joy R, Kerr T, Wood E, Press N. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend* 2006; 84: 188–94
- WHO. Achieving balance in national opioids control policy: guidelines for assessment. 2000. <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/00whoabi/00whoabi.htm> (accessed April 25, 2010)
- WHO. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf (accessed March 10, 2010)
- Kates J, Lief E, Avila C. Financing the response to AIDS in low and middle income countries: international assistance from the G8, European Commission and other donor Governments. 2008. <http://www.unaids.org/uploads/group%20of%20eight%20funding%20for%20hiv.pdf> (accessed March 10, 2010)
- UNAIDS. Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. 2007. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1678_Fin_Res_Req_en.pdf (accessed March 10, 2010)
- Wood E, Werb D, Kazatchkine M, et al. Vienna Declaration: a call



Series



