

## برنامه اچ آی وی / ایدز

راهنمای فنی سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز برای کشورهای جهان تا هدفهای خود را برای تأمین دسترسی همگانی به پیشگیری، درمان و مراقبت از مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر تعیین کنند.

نسخه تجدیدنظر شده ۲۰۱۲



راهنمای فنی سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، UNAIDS  
برای کشورهای جهان تا هدف‌های خود را برای تأمین دسترسی همگانی به پیشگیری، درمان  
و مراقبت از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر تعیین کنند.

نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ ۲۰۱۲

## اطلاعات فهرست‌نویسی سازمان بهداشت جهانی

راهنمای فنی سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز

برای کشورهای جهان تا هدف‌های خود را برای تأمین دسترسی همگانی به پیشگیری، درمان و مراقبت از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر تعیین کنند- نسخه تجدیدنظرشده ۲۰۱۲

۱. عفونت‌های اچ‌آی‌وی- پیشگیری و کنترل. ۲. عفونت‌های اچ‌آی‌وی- درمان. ۳. سندروم نقص ایمنی اکتسابی- پیشگیری و کنترل. ۴. سندروم نقص ایمنی اکتسابی- درمان. ۵. سوءمصرف مواد، تزریق داخل وریدی- عوارض. ۶. استفاده مشترک از سوزن- عوارض نامطلوب. ۷. برنامه‌های تعویض سوزن. ۸. برنامه‌های سلامت ملی. ۹. سازمان بهداشت جهانی.

ISBN 978 92 4 150437 9

(WC 503.6: طبقه‌بندی NLM)

## سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۲

کلیه حقوق محفوظ است. انتشارات سازمان بهداشت جهانی در وبسایت سازمان بهداشت جهانی قابل تهیه هستند یا می‌توان آنها را از انتشارات سازمان بهداشت جهانی، خیابان ۲۰ آپیا، ۱۲۱۱ ژنو ۲۷، سوئیس (+41 tel.: 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int) خریداری کرد.

درخواست مجوز برای تکثیر یا ترجمه انتشارات سازمان بهداشت جهانی- چه برای فروش یا برای توزیع غیرتجاری- باید از طریق وبسایت سازمان بهداشت جهانی

([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

به نشانی "WHO Press" (انتشارات سازمان بهداشت جهانی) ارسال شود.

اسامی به کار رفته در این نشریه و مطالب ارائه شده در آن بیانگر هیچ‌گونه اعلام نظری از هر نوع از سوی سازمان بهداشت جهانی در رابطه با وضعیت قانونی هیچ کشور، شهر یا منطقه یا اقتدار آنها یا در رابطه با محدوده‌های مرزهای آنها نیست. خطوط نقطه‌چین روی نقشه‌ها بیانگر خطوط تقریبی مرزی است که در مورد آنها ممکن است هنوز توافق کاملی وجود نداشته باشد.

ذکر شرکت‌های خاص یا برخی کالاها یا تولیدی به معنای آن نیست که آنها مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی قرار دارند یا نسبت به شرکت‌ها یا کالاهایی با ماهیت مشابه که نامی از آنها به میان نیامده است، ترجیح داده می‌شوند. به استثنای خطاها و از قلم‌افتادگی‌ها، محصولات که حقوق اختصاصی دارند، با حروف بزرگ اول نامشان مشخص شده‌اند.

سازمان بهداشت جهانی همه تدابیر احتیاطی لازم را به خرج داده است تا صحت اطلاعاتی را که در این سند ذکر شده‌اند، کنترل کند. با وجود این، مطالبی که انتشار می‌یابند، بدون تضمینی از هر نوع، چه به تصریح یا به تلویح، پخش می‌شوند. مسئولیت تفسیر و استفاده از این مطالب بر عهده خواننده است. سازمان بهداشت جهانی در هیچ حالتی مسئولیت خسارات ناشی از استفاده از آنها متوجه خود نمی‌داند.

طراحی و صفحه‌آرایی توسط L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens، سوئیس.

چاپ از خدمات تولید اسناد سازمان بهداشت جهانی، ژنو، سوئیس.

صفحه	فهرست مطالب
	سپاسگزاری
	علائم اختصاری
	۱ مقدمه
	۱-۱ سابقه
	۲-۱ تجدیدنظ‌های به عمل آمده در این نسخه
	۳-۱ وظیفه و حیطه عمل این سند
	۲ پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند
	۱-۲ بسته جامع
	۱. برنامه‌های سوزن و سرنگ
	۲. درمان جایگزین مواد افیونی و دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر
	۳. آزمایش اچ‌آی‌وی و مشاوره در مورد آن
	۴. درمان ضد رتروویروسی
	۵. پیشگیری و درمان عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی
	۶. برنامه‌های توزیع کاندوم میان معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها
	۷. اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند
	۸. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت‌های ویروسی
	۹. پیشگیری، تشخیص و درمان سل
	۲-۲ کمک‌رسانی
	۳-۲ مداخلات دیگری که در بسته جامع ذکر نشده‌اند
	۴-۲ عوامل ساختاری که بر میزان ریسک و اثربخشی مداخلات تأثیر دارند
	۵-۲ اصول دسترسی همگانی
	۶-۲ ارائه خدمات و یکپارچگی خدمات
	۷-۲ معتادان تزریقی در زندان و دیگر بازداشتگاه‌ها
	۳ فرایند پایش و هدف گذاری
	۱-۳ پایش "ویژه مصرف‌کننده مواد مخدر" در مقابل مداخلات در "کل جمعیت"
	اندازه‌گیری بزرگی جمعیت
	برآورد اندازه جمعیت‌های معتاد تزریقی
	تضمین تطابق میان مقادیر واقع در مخرج کسر و صورت کسر
	کیفیت برآوردهای اندازه جمعیت
	اندازه‌گیری میزان فراهمی مداخلات
	محدودیت‌های دسترسی
	نوع مداخله موجود
	تعداد مراکزی که در آنها خدمات مداخله ارائه می‌شود

	محل استقرار مراکزی که در آنها مداخلات ارائه می شود	
۴-۳	اندازه گیری میزان پوشش مداخله	
	دوره گزارش دهی	
	کد شناسه منحصر به فرد	
	گردآوری و تجمیع داده های از برنامه ها	
۵-۳	سنجش کیفیت مداخله	
۶-۳	اندازه گیری نتایج و اثر مداخلات	
	موارد جدید وقوع اچ آی وی	
	شیوع اچ آی وی	
	رفتارهای پرخطر اچ آی وی	
۷-۳	تفکیک داده ها	
	تفکیک بر حسب جنس	
	تفکیک بر حسب سن	
	تفکیک بر حسب نوع مواد مخدر تزریقی	
۸-۳	تعیین هدف	
۹-۳	گام های بعدی پس از تعیین اهداف	
۴	شاخص ها	
۱-۴	خلاصه شاخص ها	
۲-۴	برآوردهای اندازه جمعیت	
۳-۴	بسته جامع	
	۱. برنامه های سوزن و سرنگ	
	۲. درمان جایگزین مواد افیونی و درمان دیگر مواد مخدر	
	۳. آزمایش و مشاوره اچ آی وی	
	۴. درمان ضد رتروویروسی	
	۵. پیشگیری، تشخیص و درمان عفونت هایی که از طریق روابط جنسی انتقال یافته اند	
	۶. برنامه های توزیع کاندوم برای معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها	
	۷. اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند برای معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها	
	۸. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیصی و درمان هپاتیت های ویروسی	
	۹. پیشگیری، تشخیص و درمان سل	
۴-۴	شاخص های نتیجه / تأثیر	
	منابع	

## سپاسگزاری

این نسخه از راهنمای فنی توسط بردلی مترز (انستیتو کیربی برای عفونت و ایمنی در جامعه، دانشگاه نیو ساوت ویلز، سیدنی) و آنت دی. ورستر (اداره اچ آی وی/ایدز، سازمان بهداشت جهانی (WHO)، ژنو) با حمایت میکل رودولف (اداره اچ آی وی/ایدز، سازمان بهداشت جهانی (WHO)، ژنو) تهیه شده است. مؤلفان اولین راهنما، مارتین دانوگو (دفتر منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی، کپنهاگ) و آنت ورستر با حمایت بردلی مترز بودند.

این نسخه از راهنمای فنی بر اساس اطلاعات به دست آمده از تحقیقی تهیه شده است که از کاربرت شاخص‌های ارائه شده در نسخه نخست راهنمای فنی در پنج کشور به دست آمدند. هدایت این تحقیق را آنت دی ورستر و جان کرک‌وود (سازمان بهداشت جهانی، ژنو) بر عهده داشتند. افراد زیر در گردآوری و گزارش داده‌های کشوری شرکت داشتند و در مورد فرایند و تحلیل یافته‌ها راهنمایی‌های لازم ارائه کردند: ریکو لهتووروی (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد (UNODC)، وین)، میرلان مامیروف (UNODC، قزاقستان)، میرزاخید سلطانف (UNODC، اوکراین)، تاوی ارکولا، میریام ساین و ایگور تاسکین (برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ آی وی/ایدز (UNAIDS)، ژنو)، کوستیانین دومچف (سازمان بهداشت جهانی، اوکراین)، کیت ساین (سازمان بهداشت جهانی، ژنو)، الی آراج و پاتریشیا حداد (مرکز دانشی - SIDC، لبنان) و الهام لاگریچ (مرکز دانشی - ارزی/ مناهرا، مراکش).

جلسه‌ای از نمایندگان سازمان‌های اصلی ذینفع در آوریل ۲۰۱۱ در بیروت تشکیل شد و به بحث درباره تجدید نظر در راهنمای فنی پرداخت. افراد زیر در این جلسه شرکت داشتند: دیو بوروز (گروه مدیریت پروژه ایدز، سیدنی)، مائورو گوارینری (صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، مالاریا و سل، ژنو)، جومانا هرمتس (دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی برای شرق مدیترانه، قاهره)، دیوید جاکا (سازمان بهداشت جهانی، هانوی)، بردلی مترز (انستیتو کیربی برای عفونت و ایمنی در جامعه، دانشگاه نیرو ساوت ویلز، سیدنی)، بیلی پیک (طرح اضطراری رئیس جمهور ایالات متحده آمریکا برای کمک به ایدز (PEPFAR)، واشینگتن دی.سی)، گری راید (دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی برای جنوب شرقی آسیا، دهلی نو)، میریام ساین (دبیرخانه UNAIDS، ژنو)، آنت دی. ورستر (سازمان بهداشت جهانی، ژنو)، سرژی واتیاگوف (شبکه اوراسیایی کاهش آسیب، ویلنیوس).

مؤلفان با حق‌شناسی از کارشناسان زیر سپاسگزاری می‌کنند که نسخه تجدیدنظرشده راهنمای فنی را بررسی و در مورد آن نظریات خود را ابراز کردند: راشل بگالی، سیسا بتیزازو، جسوس ام. گارسیا کاله‌خا، فیلیپا ایستربروک، آنتونیو گریاسه و مارکو ویتوریا (اداره اچ‌آی‌وی، سازمان بهداشت جهانی، ژنو)، آنابل بدلی، کریستیان گونه‌برگ و دلفین سکولیر (برنامه سل را متوقف کنید، سازمان بهداشت جهانی، ژنو)، نیکولاس کلارک و دانیلا فور (واحد سلامت روانی و سوء‌مصرف مواد، سازمان بهداشت جهانی، ژنو)، مارتین دونوگو و آن‌ماری سنتگارد (دفتر منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی، کپنهاگ)، جو مانا هرمتس (دفتر منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی، قاهره)، گری رایدر (دفتر منطقه جنوب شرقی آسیای سازمان بهداشت جهانی، دهلی نو)، پنگ‌فای ژائو (دفتر منطقه غرب اقیانوس آرام سازمان بهداشت جهانی، مانیل)، دیوید جکا و فابو مسکیتا (سازمان بهداشت جهانی، هانوی)، گراهام شاو (سازمان بهداشت جهانی، پنوم‌پنه)، آلیسون کروکت، پاتریشیا آنگین، آلاسدایر رایدر و میرام ساین (دبیرخانه UNAIDS، ژنو)، ریکو لتووری و فابیان هاریگا (UNODC، وین)، جامی بریج، مائورو گوارینی‌یری و ساندررا کوزمانوفسکا (صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، مالاریا و سل، ژنو)، ریچارد نیدل و بیلی پیک (طرح اضطراری رئیس‌جمهور ایالات متحده آمریکا برای کمک به ایدز، واشینگتن دی‌سی)، داگمار هدریچ و لوکاس وایسینگ (مرکز پایش اروپا برای مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر، لیسبون)، گیلیان اندرسون (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری (CDC)، آتلانتا)، جین مکسول (دانشگاه تگزاس، آستین)، آدیبا کامارولزمان (قمرالزمان) (دانشگاه مالایا و شورای ایدز مالزی، کوالالامپور)، شارون وایر (دانشگاه کارولینای شمالی)، دون دس یارلایس (بت ایزرائیل مدیکال سنتر، نیویورک)، ریک لاینز و کلاودیا ستواسسکو (سازمان بین‌المللی کاهش آسیب، لندن)، موکوتا شارما (برنامه منطقه آسیای اچ‌آی‌وی/ایدز، بانکوک)، دیو بوروز (گروه مدیریت پروژه ایدز، سیدنی)، مت ساوت‌ول (شبکه بین‌المللی افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، لندن)، دین لوئیس و آلان پون (شبکه مصرف‌کنندگان مواد مخدر آسیا، بانکوک)، دانیل وولف (بنیاد جامعه باز، نیویورک)، و سوزی مک‌لین (ائتلاف بین‌المللی اچ‌آی‌وی/ایدز، برایتون).

علاوه بر این، کارشناسان زیر اطلاعات مفیدی درباره توسعه شاخص‌های ارزیابی کیفیت ارائه دادند: نینا کریمی (UNODC، آستانه)، مونیکا بگ، ریکو لهتووری و فابیان هاریگا (UNODC وین)، ماکا گوجیا (شبکه کاهش آسیب گرجستان، تبلیسی)، داریا اوچهرت، ماریا سوباتایتیه و سرژی ووتیاگوف (شبکه کاهش آسیب اوراسیا، ویلنیوس)، امیلیس سوباتا (مرکز اختلالات اعتیادی ویلنیوس، ویلنیوس)، سوتلانا کولسیس و لورتا



ستونین (دمترا- جمعیت زنان آسیب‌دیده از اچ‌آی‌وی و خانواده‌هایشان، ویلنیوس)، ماریا کورکوت (صلیب سرخ لیتوانی، ویساجیناس)، اودرون آستراسکین (اداره سلامت عمومی، وزارت سلامت، ویلنیوس)، ریمانتاس ساگزداویسیوس (اداره کنترل مواد مخدر، دخانیات و الکل، دولت جمهوری لیتوانی، ویلنیوس)، یورگا پوسکه‌ویسیوت (ائتلاف سازمان‌های غیردولتی و کارشناسان "من می‌توانم زنده بمانم"، ویلنیوس)، و متقاضیان برنامه‌هایی که توسط مرکز اختلالات اعتیادی ویلنیوس اجرا می‌شوند. مؤلفان به طور ویژه مایلند از رامینتا ستویکیت و آسرا مالینوسکایت (مرکز اختلالات اعتیادی ویلنیوس) به خاطر ارائه اطلاعات و مشاوره درباره شاخص‌های کیفیت با ذینفعان و استفاده‌کنندگان از خدمات در لیتوانی، تشکر کنند.

بودجه این تحقیق آزمایشی و تجدیدنظر در راهنمای فنی توسط طرح اضطراری رئیس جمهور ایالات متحده برای کمک به ایدز تأمین شده است (PEPFAR).

## علائم اختصاری

سندروم نقص ایمنی اکتسابی	AIDS
پرسشنامه گزارش‌های سالانه (کمسیون مواد مخدر)	ARQ
درمان ضد رتروویروسی	ART
محرک‌های نوع آمفتامین	ATS
درمان نگهدارنده بویره‌نورفین	BMT
نظرسنجی نظارت رفتاری	BSS
بسته جامع نه مداخله که به منظور پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، و UNAIDS قرار گرفته است.	بسته جامع
کمسیون اروپا	EC
مرکز پایش مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر	EMCDDA
سابقاً سازمان بین‌المللی سلامت خانواده	FHI360
صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا	صندوق جهانی
گزارش جهانی ایدز	GAR
ویروس هپاتیت ای	HAV
ویروس هپاتیت بی	HBV
ویروس هپاتیت سی	HCV
سرنگ‌های دارای فضای مرده بزرگ	HDSS
ویروس نقص ایمنی انسان	HIV
آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی	HTS
مصرف تزریقی مواد مخدر (همچنین به یادداشت انتهایی توجه کنید)	IDU
اطلاعات، آموزش و ارتباطات	IEC
سازمان جهانی کار	ILO
درمان پیشگیری ایزونیازید	IPC
سرنگ‌های دارای فضای مرده کوچک	LDSS
درمان نگهدارنده با متادون	MMT
شاخص ملی خط‌مشی ترکیبی	NSPI
سازمان غیردولتی	NGO
برنامه سوزن و سرنگ	NSP
درمان جایگزین مواد افیونی	OST
طرح اضطراری رئیس جمهور ایالات متحده برای کمک به ایدز	PEPFAR
آزمایش و مشاوره توسط ارائه‌دهنده خدمات	PITC

PLHIV	افرادى كه مبتلا به ايدز هستند
PMTCT	پيشگيري از انتقال ايدز از مادر به كودك
PSI	سازمان بين‌المللى خدمات جمعيت
PWID	افرادى / شخصى كه مواد مخدر تزريق مى‌كنند/مى‌كنند (به يادداشت انتهائى توجه كنيد)
RITA	الگوريتم آزمايش عفونت جديد
STI	عفونت منتقل شده از طريق روابط جنسى
TB	سل
UIC	كد شناسه منحصر به فرد
UN	سازمان ملل متحد
UNAIDS	برنامه مشترك ملل متحد در مورد اچ‌آى‌وى/ايدز
UNDP	برنامه توسعه ملل متحد
UNFPA	صندوق جمعيت ملل متحد
UNODC	دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد
WHO	سازمان بهداشت جهاني
<p>تذکر: در این سند، علامت اختصاری IDU به مصرف تزریقی مواد مخدر اشاره دارد که در نسخه ۲۰۰۹ این سند ذکر شده بود. در اسناد دیگر، از IDUs نیز عموماً به معنای مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر استفاده شده است. در حال حاضر، عبارت <i>افرادى كه مواد مخدر تزريق مى‌كنند</i>، ترجیح داده شده است.</p>	

## ۱. مقدمه

### ۱-۱ سابقه

این سند راهنمایی فنی در اختیار کشورها قرار می‌دهد تا به پایش اقدامات پیشگیری و درمان عفونت اچ‌آی‌وی میان مردمی بپردازند که از مواد مخدر تزریقی استفاده می‌کنند و به آنها کمک کند اهداف کشوری بلندپروازانه، اما قابل حصولی برای بهبود وضعیت خود در جهت تأمین دستیابی عموم نیازمندان به خدمات مورد بحث تعیین کنند.

این ابزار با تشریک مساعی میان سه مؤسسه ملل متحد- سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز- و از طریق فرایند مشاوره با کارشناسان بین‌المللی در این حوزه، توسعه یافته است.

نسخه نخست این راهنمای فنی بر اساس راهنماهای قبلی سازمان بهداشت جهانی، UNODC (۱) و UNAIDS (۲) تهیه شد و از اصول مذکور در آنها تبعیت می‌کرد. هدف از تهیه این راهنما، ارائه روش‌هایی هماهنگ و یکدست برای سنجش و مقایسه میزان پیشرفت کشورها در جهت دستیابی به اهداف ملی به منظور بسط و ارتقای برنامه‌های جامعی برای تأمین دسترسی همگانی به پیشگیری، درمان، مراقبت و حمایت از اچ‌آی‌وی و ایدز (۳ و ۴). این اهداف بر اعلامیه سیاسی ۲۰۰۶ در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز استوار است که در آن، کشورها متعهد می‌شوند تلاش‌های خود را به منظور فراهم آوردن دسترسی همگانی به این امکانات، بسط و ارتقا دهند، و نیز اعلامیه تعهد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز (۵). کشورهای عضو در اعلامیه سیاسی ۲۰۱۱ درباره اچ‌آی‌وی/ایدز: تشدید تلاش‌های خود برای برچیدن اچ‌آی‌وی/ایدز، مجدداً بر این تعهدات تأکید کردند. دبیرخانه یوان‌ایدز و حامیانش با تدوین راهنمایی مشخص‌تر و عملیاتی‌تر برای کشورهای جهان از به راه افتادن این تلاش گسترده حمایت کرده‌اند. (۳، ۴، ۶، ۷).

از هنگام انتشار نسخه نخست این راهنما در سال ۲۰۰۹، ارگان‌های سیاسی سطح بالایی، شامل مجمع عمومی سازمان ملل متحد (۸)، شورای اقتصادی و اجتماعی (۹)، کمیسیون مواد مخدر ملل متحد (۱۰)، و هیئت هماهنگی برنامه UNAIDS (۱۱) بر آن صحنه گذارده‌اند. علاوه بر این، مؤسسات وام‌دهنده، شامل صندوق جهانی مبارزه با

ایدز، سل و مالاریا (صندوق جهانی) و طرح اضطراری ریاست جمهوری ایالات متحده برای کمک به مبارزه با ایدز (PEPFAR) به استفاده از این چارچوب متعهد شده‌اند.

راهنمای فنی گسترش یافته است و آموزش کاربرد آن در کشورهای بسیار در کلیه مناطق جهان ارائه شده است.

## ۱-۲ تجدیدنظرهای به عمل آمده در این نسخه

تجدیدنظرهای به عمل آمده در نسخه جاری راهنمای فنی با استفاده از یافته‌های تحقیقی انجام گرفت که به کمک بازنگری‌های منظم، که توسط گروه مرجع ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی و مصرف تزریقی مواد مخدر به عمل آمده بودند، ارزیابی فراهمی داده‌های مناسب و از طریق مشاوره با طیف گسترده‌ای از ذینفعان و کارشناسان از سراسر جهان، کاربرد راهنما را در طیفی از کشورها بررسی کرده بود.

در این نسخه تلاش شده است تا راهنما قابل‌خواندن‌تر شود و در آن توضیحات بیشتری در مورد هر یک از شاخص‌ها گنجانده شده است و راهکارهایی در این مورد که چگونه می‌توان در شرایطی که برخی داده‌ها موجود نباشند، این شاخص‌ها را گزارش کرد، ارائه شده است. بسته مداخلات مبتنی بر شواهد علمی تغییر نکرده است.

تعدادی از شاخص‌هایی که در نسخه اول گنجانده شده بودند، کنار گذاشته شده‌اند، زیرا تجربیات میدانی محدودیت‌هایی در امکان‌پذیری کاربرد آنها یا در میزان مناسبت آنها در رابطه با خط‌مشی و برنامه‌ریزی آنها را نشان داده است.

همچنین چارچوب وسیع‌تری برای ارزیابی کیفیت انجام مداخلات در این نسخه گنجانده شده است.

## ۱-۳ وظیفه و حیطه عمل این سند

این سند امکانات زیر را در اختیار کشورها قرار می‌دهد:

- بسته جامعی از مداخلات برای پیشگیری، درمان و مراقبت از عفونت اچ‌آی‌وی/ایدز میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، که نسبت به نسخه سال ۲۰۰۹ این راهنما تغییر نکرده است.
- مجموعه شاخص‌هایی برای پایش و ارزشیابی اجرا و میزان تأثیر این مداخلات،

- راهنمایی در مورد تعیین اهداف برای گسترش فعالیت، به منظور به حداکثر رساندن پیشگیری و مراقبت از اچ‌آی‌وی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند.

- نمونه منابع اطلاعاتی و ابزارهای مفید برای کمک به توسعه برنامه، اجرا، پایش و ارزشیابی آن.

هدف از تدوین این راهنمای فنی، کمک به مؤسسات دولتی، سازمان‌های غیردولتی (NGO)، جوامع و تأمین‌کنندگان خدمات دخیل در توسعه، اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی برای افرادی است که مواد مخدر تزریق می‌کنند (PWID). چارچوب پیشنهادی می‌تواند در سطوح منطقه‌ای، کشوری، استانی و ارائه خدمت به کار گرفته شود.

شماری سازوکار گزارش‌دهی بین‌المللی وجود دارد که شامل شاخص‌هایی مرتبط با مصرف تزریقی مواد مخدر یا پایش و ارزشیابی پیشگیری، درمان و خدمات مراقبت از اچ‌آی‌وی برای کسانی است که از مواد مخدر تزریق استفاده می‌کنند. این سازوکارهای گزارش‌دهی از جمله عبارتند از:

- پایش میزان پیشرفت در بخش سلامت در جهت تأمین دسترسی همگانی به پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی (سازمان بهداشت جهانی)،

- گزارش پیشرفت پاسخ جهانی به پروژۀ ایدز (۱۲) (که سابقاً به آن گزارش پایش UNGASS اعلامیه تعهد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز) (UNAIDS)،

- پرسشنامه گزارش سالانه کمیسیون مواد مخدر (ARQ) (UNODC).

کشورهای عضو متعهدند گزارش‌های خود را در مورد هر یک از این فرایندهای گردآوری داده‌های جهانی تسلیم کنند. شاخص‌های مرتبط با مصرف تزریقی مواد مخدر موجود در این سازوکار گزارش‌دهی الزامی را می‌توان حداقل شاخص‌های مورد نیاز برای کسب شناخت گسترده از پاسخ به مصرف تزریقی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی دانست که به ویژه برای مقایسه داده‌های کشورهای متفاوت و برای ساختن تصویری از میزان پیشرفت در عرصه منطقه‌ای و جهانی مفید است.

بیشتر ۲۲ شاخصی که به مصرف تزریقی مواد مخدر مربوطند و در این سازوکارهای گزارش‌دهی جهانی گنجانده شده‌اند، در عین حال در این راهنمای فنی نیز ذکر شده‌اند. این راهنما پیشتر می‌رود و شامل شاخص‌های بیشتری نیز هست که ارزیابی عمیق‌تری از برنامه‌های پیشگیری، درمان و مراقبت از معتادان تزریقی (PWID) را میسر می‌سازد. کشورها ملزم نیستند این شاخص‌های اضافی را به عنوان جزئی از فرایند گردآوری

داده‌های بین‌المللی در گزارش‌های خود ذکر کنند. در عوض، اطلاعاتی که این شاخص‌های اضافی در اختیار ما قرار می‌دهند، برای تدوین خط‌مشی و تهیهٔ اثربخش پروژه‌های اچ‌آی‌وی اهمیت دارند.

**از این شاخص‌ها همچنین می‌توان برای تهیهٔ پیشنهادها یا گزارش‌دهی در مورد میزان پیشرفت کار به سازمان‌های وام‌دهنده، نظیر صندوق جهانی و PEPFAR استفاده کرد.**

تأکید اصلی این سند بر مداخلات مربوط به افرادی استوار است که مواد مخدر تزریق می‌کنند. مصرف‌کنندگان غیرتزریقی وابسته (وابسته به مواد) یا مشکل‌آفرین مواد مخدر نیز ممکن است با سطوح قابل توجهی از خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی در ارتباط با مصرف مواد مخدر مواجه شوند و همچنین ممکن است در خطر شروع مصرف تزریقی مواد مخدر نیز قرار داشته باشند. از این روست که مهم است در پاسخ به اچ‌آی‌وی، مصرف‌کنندگان غیرتزریقی مواد مخدر را نیز مد نظر قرار دهیم و بجاست در هدف‌گذاری مداخلات مربوط به اچ‌آی‌وی، هدف‌هایی برای این افراد نیز تعیین کنیم. گذشته از این، به استثنای برنامه‌های سوزن و سرنگ، مداخلاتی که در بستهٔ جامع ارائه شده در این راهنمای فنی گنجانده شده است، همگی در مورد پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان غیرتزریقی مواد مخدر نیز قابل استفاده هستند.

## ۲. پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی میان افرادی که مواد مخدر تزریق

می‌کنند

### ۲-۱ بسته جامع

پرداختن به اچ‌آی‌وی مرتبط با مصرف تزریقی مواد مخدر یکی از مشکلات اصلی در پاسخ بخش سلامت به اچ‌آی‌وی است.

یک بسته جامع مداخلات برای پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، به طور گسترده‌ای مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی، کمیته ایدز سازمان ملل (UNAIDS)، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)، مجمع عمومی سازمان ملل (۸)، شورای اقتصادی و اجتماعی (۹)، کمیسیون مواد مخدر سازمان ملل متحد (۱۰)، هیئت هماهنگی برنامه UNAIDS (۱۱)، صندوق جهانی و PEPFAR قرار گرفته است. بسته جامع شامل موارد زیر است:

۱. برنامه‌های سوزن و سرنگ (NSP)
۲. درمان جایگزین مواد افیونی (OST) و دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر مبتنی بر شواهد علمی
۳. آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی (HTC)
۴. درمان ضد رتروویروسی (ART)
۵. پیشگیری و درمان عفونت‌هایی که از طریق رابطه جنسی انتقال می‌یابند (STIS)
۶. برنامه‌های توزیع کاندوم میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و شرکای جنسی آنها
۷. ارائه اطلاعات، آموزش و ارتباطات (IEC) هدفمند به افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و شرکای جنسی آنها
۸. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت‌های ویروسی
۹. پیشگیری، تشخیص و درمان سل (TB).

تذکر: در این سند، به این مجموعه مداخلات، "بسته جامع" گفته می‌شود.



این مداخلات به این دلیل در بسته جامع گنجانده شده‌اند که شواهد علمی موجود اثربخشی آنها در پیشگیری از گسترش اچ‌آی‌وی، علاوه بر کاهش دیگر آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد مخدر (۱۵-۱۳) را تأیید کرده‌اند. ارائه بحث جامع در مورد شواهد موجود در زمینه اثربخشی مداخلات گنجانده شده در بسته جامع، خارج از حوصله این سند است. این اطلاعات در اسناد دیگر به خوبی مدون شده‌اند (به مطلب کادر زیر مراجعه کنید). بسته جامع ممکن است در آینده در پرتو شواهد جدید اصلاح شود.

عموماً از مداخلاتی که در بسته جامع گنجانده شده‌اند، به عنوان رویکرد کاهش آسیب به مصرف تزریقی مواد مخدر یاد می‌کنند (۸، ۹، ۱۱). کاهش آسیب در پاسخ به مصرف مواد مخدر ممکن است همچنین دربرگیرنده مداخلات دیگری نیز باشد. آنهایی که در بسته جامع گنجانده شده‌اند، به طور ویژه به اچ‌آی‌وی و دیگر عفونت‌های مرتبط با آن مربوط می‌شوند.

مدل‌های انجام مداخلات مذکور در بسته در بخش ۲-۶ مورد بحث قرار گرفته‌اند. این نکته اهمیت دارد که توجه داشته باشیم این مداخلات هنگامی می‌توانند بیشترین کمک را به پیشگیری و درمان اچ‌آی‌وی کنند که به صورت توأمان به کار گرفته شوند (۱۵). هر یک از مداخلات، به عواملی در رابطه با انتقال و بیماری اچ‌آی‌وی می‌پردازند. از این رو، برای متوقف کردن موفقیت‌آمیز گسترش اچ‌آی‌وی و پیامدهای آن، به یک رویکرد جامع نیاز داریم. مطالعات تجربی و مدل‌سازی‌های گسترده نشان داده‌اند که مداخلات به تنهایی اثر محدودی دارند. برای آنکه بتوان به میزان قابل توجهی انتقال اچ‌آی‌وی و دیگر آسیب‌ها را کاهش داد، به مداخلات توأمان با سطوح بالایی از پوشش نیاز است (۱۵).

به منظور توسعه و پایش برنامه‌هایی که مداخلات مذکور در بسته جامع را ارائه دهند، مفید است میان خدماتی که می‌توان آنها را ویژه مصرف‌کننده مواد مخدر (NSPS) و درمان وابستگی به مواد مخدر) و مداخلاتی که ویژه مصرف‌کننده مواد مخدر نیستند و اغلب به عنوان خدماتی در ارتباط با کل جامعه ارائه می‌شوند، تفاوت قائل شد.

**کشورها باید برای پرداختن به اچ‌آی‌وی در جایی که مواد مخدر به صورت تزریقی مصرف می‌شوند، اجرای برنامه‌های سوزن و سرنگ و درمان مبتنی بر شواهد علمی وابستگی به مواد مخدر (به ویژه درمان جایگزین مواد افیونی) را اولویت‌بندی کنند.** کشورها باید همچنین اطمینان حاصل کنند که دیگر مداخلات موجود در بسته جامع در مورد افرادی که مواد مخدر را به صورت تزریقی

مصرف می‌کنند نیز انجام گرفته است. اغلب کشورها سطحی از مداخلات مذکور در بسته جامع را تأمین می‌کنند که ویژه مصرف‌کنندگان مواد مخدر نیست.

این نیز مهم است که محیط و مقتضیاتی را که مصرف تزریقی مواد مخدر در آن روی می‌دهد و مداخلات برای پرداختن به مصرف مواد مخدر و اچ‌آی‌وی در آنها به اجرا درمی‌آید، بشناسیم. به اصطلاح عوامل ساختاری، که به محیط کالبدی، اجتماعی و قانونی مربوط می‌شود، می‌توانند خطر اچ‌آی‌وی را شکل دهند، درست همان‌طور که دسترسی به مداخلات اچ‌آی‌وی-محور، پوشش آنها و تأثیر آنها می‌تواند (۱۶). در حالی که مداخلاتی که به طور خاص عوامل ساختاری را مورد توجه قرار می‌دهند، در بسته جامع گنجانده نشده‌اند، سرمایه‌گذاری در این عوامل برای پاسخ گسترده به اچ‌آی‌وی اهمیت اساسی دارد (۱۷). عوامل ساختاری و پاسخ‌هایی که باید به آنها پرداخت، در بخش ۲-۴ مورد بحث بیشتر قرار گرفته‌اند.

### اسنادی که شواهد مرتبط با مداخلات مذکور در بسته جامع را مرور و جمع‌بندی می‌کند

- مجموعه‌ها و خلاصه‌های خط‌مشی مربوط به شواهد اقدامات سازمان بهداشت جهانی / دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد/UNAIDS (۱۸): در نشانی [http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence\\_for\\_action/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html)
- انستیتو پزشکی. کمیته پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در کشورهای دارای ریسک بالا. پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در کشورهای دارای ریسک بالا: ارزیابی شواهد. واشینگتن دی‌سی، نشنال آکادمیز پرس، ۲۰۰۶ (۱۴).
- گوئینگ ال و دیگران. درمان جایگزین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد افیونی برای پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی (بررسی). بانک اطلاعاتی بررسی‌های منظم کوچران، ۲۰۰۸، ۲: CD004145 (۱۹).
- دیگن هارت ال و دیگران. پیشگیری از اچ‌آی‌وی برای افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند: چرا به رویکردهای فردی، ساختاری و ترکیبی نیاز داریم. لانست، ۲۰۱۰، ۳۷۶ (۹۷۳۷): ۳۰۱-۲۸۵ (۱۵).
- آلتایس اف‌ال و دیگران. درمان پزشکی، روان‌پزشکی، و اختلالات سلامتی ناشی از مصرف مواد مخدر در افرادی که به عفونت اچ‌آی‌وی آلوده شده‌اند و مواد مخدر مصرف می‌کنند. لانست، ۲۰۱۰، ۳۷۶ (۹۷۳۸): ۳۸۷-۳۶۷ (۲۰).
- مک آرتور جی و دیگران. درمان جایگزین مواد افیونی و انتقال اچ‌آی‌وی در افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند: بررسی منظم و فراتحلیل. BMJ، ۲۰۱۲، ۳۴۵ (۱۳۷)

## ۱. برنامه‌های سرنگ و سوزن

توزیع وسایل استریل تزریق میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، استفاده از سوزن‌ها و سرنگ‌های پاک را تسهیل می‌کند و تعداد تزریق‌های انجام گرفته با سوزن‌ها و سرنگ‌های استفاده شده را کاهش می‌دهد (۱۴، ۱۵، ۲۳-۲۱). از مدل‌های گوناگون توزیع سوزن و سرنگ و ارائه این خدمت می‌توان استفاده کرد. برنامه‌های سوزن و سرنگ (NSPS) در این سند شامل برنامه‌هایی هستند که در آنها سوزن و سرنگ به صورت رایگان توزیع می‌شوند. برنامه‌های سوزن و سرنگ ممکن است از محل‌های ثابت یا به کمک واحدهای سیار و کمک‌رسان اجرا شوند.

دیگر انواع توزیع، نظیر فروش وسایل تزریق، جداگانه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. وسایل تزریق ممکن است از طریق داروخانه‌ها یا دیگر فروشگاه‌ها عرضه شوند. هر جا دسترسی به برنامه‌های سوزن و سرنگ دشوار باشد یا اماکنی که مردم در آنها مواد مخدر تزریق می‌کنند در خطر یورش پلیس قرار داشته باشد، فروش وسایل تزریق از طریق داروخانه‌ها، یکی از منابع مهم و گاه مهم‌ترین منبع دسترسی به وسایل استریل تزریق برای مردمی خواهد بود که مواد مخدر تزریق می‌کنند (۲۴، ۲۵). از ماشین‌های خودکار فروش نیز می‌توان برای توزیع وسایل تزریق، یا رایگان یا برای خرید، استفاده کرد (۲۶).

برای بسیاری از افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، برنامه‌های سوزن و سرنگ اغلب یکی از نقاط نادر تماس با خدمات سلامتی است. به این دلیل، برنامه‌های سوزن و سرنگ ممکن است به عنوان یکی از نقاط مهم ورود به دیگر خدمات عمل کنند. برنامه‌های سوزن و سرنگ باید هدف خود را متعهد کردن افرادی قرار دهند که مواد مخدر مصرف می‌کنند تا به طور منظم به برنامه مراجعه کنند، و نیز تسهیل کردن دسترسی آنها به درمان وابستگی به مواد مخدر، درمان، مراقبت و حمایت اچ‌آی‌وی، و تأمین دسترسی آنها به دیگر خدمات مهم سلامتی و رفاهی. اگر برنامه‌های سوزن و سرنگ از این ظرفیت برخوردار باشند، می‌توانند خود خدمات سلامتی اصلی را ارائه دهند و به مسائل ویژه‌ای که ممکن است عارضه عمومی افرادی باشد که مواد مخدر تزریقی استفاده می‌کنند، نظیر مراقبت از زخم، رسیدگی کنند.

وسایل تزریقی که در اختیار نیازمندان قرار می‌گیرد باید برای محیط محلی مناسب باشند و در آنها عواملی نظیر نوع و آماده‌سازی مواد مخدری که عموماً تزریق می‌شوند، مد نظر قرار گیرد. ممکن است مفید باشد که استفاده از سرنگ‌های LDSS (سرنگ‌هایی که فضای مرده میان سرنگ فشرده و سوزن ناچیز باشد) را تشویق کنیم، زیرا

شواهدی وجود دارد حاکی از اینکه استفاده از این گونه سرنگ‌ها موجب کاهش انتقال اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی می‌شود. این گونه سرنگ‌ها معمولاً یک سوزن غیرقابل جدا شدن دارند که مستقیماً به لوله سرنگ وصل شده‌اند و به گونه‌ای طراحی شده‌اند که میزان خون باقی‌مانده در سرنگ را پس از آنکه پیستون سرنگ به طور کامل فشرده شده باشد، کاهش می‌دهند. سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد می‌کند که برنامه‌های سوزن و سرنگ در عین حال این گونه سرنگ‌ها و اطلاعاتی درباره اثرات پیشگیری بالقوه آنها در اختیار مصرف‌کنندگان قرار دهد (۲۹-۲۷، ۹۵).

علاوه بر سوزن و سرنگ، دیگر وسایل جانبی مرتبط با تزریق نیز می‌توان در اختیار معتادان قرار داد، شامل پنبه‌های الکلی، محفظه‌های آب استریل، صافی‌ها، شریان‌بند، ظروف مخلوط کردن (برای مثال، قاشق یا وسایل حرارت دادن) و مواد اسیدی برای حل کردن مواد مخدر (برای مثال، پودر اسید آسکوربیک یا سیتریک اسید) برای کمک به حل کردن موادی که قرار است تزریق شوند. دور ریختن بی‌خطر وسایل تزریق استفاده شده نیز اهمیت دارد. برنامه‌های سوزن و سرنگ می‌توانند با جمع کردن سرنگ‌های استفاده شده یا با تحویل دادن ظرف آشغال‌های بی‌خطر و مقاوم در مقابل سوراخ شدن به متقاضیان، این کار را تسهیل کنند. اما اگر حمل سوزن‌ها و سرنگ‌های استفاده شده یک جرم باشد یا ممکن است از آن به عنوان شواهدی بر مصرف مواد مخدر استفاده شود، مصرف‌کننده تزریقی مواد مخدر به بردن وسایل استفاده شده به مرکز برنامه‌های سوزن و سرنگ برای دور ریختن آن، تمایلی نخواهد داشت.

#### منابع راهنما در مورد برنامه‌های سوزن و سرنگ

- راهنمای شروع و مدیریت برنامه‌های سوزن و سرنگ، ژنو، سازمان بهداشت جهانی، اداره اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۰۷ (۲۷)  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/index.html>
- شواهدی برای اقدام: اثربخشی برنامه‌های سوزن و سرنگ در کاهش اچ‌آی‌وی/ایدز میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴ (۲۲)  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>

## ۲. درمان جایگزین مواد افیونی و دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر

مداخلاتی که در کنترل وابستگی به مواد مخدر اثربخش هستند، می‌توانند مصرف غیرقانونی مواد مخدر را کاهش دهند و از این طریق، فاصله تزریق‌ها را افزایش دهند و نیز سلامت و کارکرد اجتماعی افراد را بهتر کنند. به منظور پایش و ارزشیابی چارچوبی که در این سند ترسیم شده است، مداخلات درمان وابستگی به مواد مخدر به صورت زیر دسته‌بندی شده‌اند. این دسته‌بندی‌ها از اطلس سازمان بهداشت جهانی در مورد مصرف مواد مخدر اقتباس شده‌اند (۳۱):

- درمان آگونیست مواد افیونی با مواد آگونیست (OST) (به عنوان درمان نگهدارنده)
- سم‌زدایی بستری
- درمان سرپایی وابستگی به مواد مخدر
- درمان بستری کوتاه‌مدت
- درمان بستری یا اقامتی درازمدت
- گروه‌های حمایتی مبتنی بر همتایان (نظیر گروه‌های ناشناخته مواد مخدر ۱۲ مرحله‌ای)
- مداخلات کوتاه ارائه شده در محیط‌های غیراختصاصی

درمان آگونیستی مواد افیونی به کمک جایگزین (OST) به عنوان نگهدارنده در کاهش رفتارهای تزریقی که معتادان تزریقی وابسته به مواد افیونی را در خطر اچ‌آی‌وی قرار می‌دهد، بسیار اثربخش است (۱۵، ۱۴، ۱۹، ۳۲). علاوه بر این، معلوم شده است که درمان آگونیستی مواد افیونی از طریق جایگزین (OST)، هم دسترسی به درمان ضد رتروویروسی (ART) و تبعیت از فرایند درمان را افزایش می‌دهد و هم مرگ و میر را کاهش می‌دهد (۳۳-۳۶). به همین ترتیب، اواس‌تی از اهمیت ویژه‌ای در پاسخ به اچ‌آی‌وی مرتبط با مصرف مواد مخدر برخوردار بوده است، به ویژه به این دلیل که در بسیاری کشورها، اکثریت مردمی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، در عین حال مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر نیز هستند و در سطح جهان، بخش قابل توجهی از مردمی که (البته در حال حاضر تعداد آنها مشخص نشده است) مواد مخدر تزریق می‌کنند، به تزریق مواد افیونی مشغولند.

تعدادی آگونیست متفاوت مواد افیونی برای درمان جایگزینی مواد افیونی استفاده می‌شوند، که رایج‌ترین آنها متادون و بوپرنورفین است که هر دوی آنها توسط سازمان بهداشت جهانی در فهرست داروهای ضروری جای

گرفته‌اند (۳۷). دیگر اقدامات مقدماتی، شامل هروئین دارویی (دیامورفین) و مورفین کندرهش نیز در تعداد محدودی از کشورها به کار می‌روند. استفاده از اواس تی برای افراد وابسته به مواد افیونی غیرتزریقی در شاخص‌هایی که در اینجا ارائه شده است نیز مد نظر قرار گرفته است. تبدیل شدن به معتاد تزریقی در میان این گروه امر نامعمولی نیست (۳۸). درمان وابستگی به مواد افیونی احتمال روی آوردن به تزریق را کاهش می‌دهد و از این رو، می‌توان آن را بخشی از استراتژی پیشگیری از اچ‌آی‌وی به شمار آورد.

برای اینکه این روش اثربخش باشد، مهم است که نگهدارنده اواس تی با دوز کافی و برای مدت زمان کافی تأمین شود (به راهکارهای درمان دارویی با کمک تمهیدات روانی-اجتماعی برای مدیریت وابستگی به مواد افیونی مراجعه کنید. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹ (۳۹)).

در حالی که شواهد موجود در مورد اثرات دیگر اشکال درمان وابستگی به مواد مخدر بر شیوع اچ‌آی‌وی به میزان اواس تی چشمگیر نیست (۴۰)، این مداخلات برای محیط‌هایی که در آنها به وسعت از مواد مخدر غیرافیونی، نظیر محرک‌های نوع آمفتامین (ATS)، کوکائین و بنزودیازپین‌ها استفاده شده است، و نیز در جایی که دسترسی به اواس تی وجود ندارد (۴۱)، قویاً توصیه شده است. چنین درمانی باید مبتنی بر شواهد علمی باشد. مداخلات می‌تواند شامل درمان شناختی-رفتاری (۴۱)، مدیریت اقتضایی برای وابستگی به آمفتامین‌ها (۴۲)، مداخلات روانی اجتماعی کوتاهی که در محیط‌های غیراختصاصی ارائه می‌شوند (یعنی جاهایی که خدمات ارائه شده در آنها خدمات اختصاصی درمان مواد مخدر نیستند) نیز توصیه می‌شوند (۴۳). ترک مواد مخدر به صورت بستری و تحت نظارت پزشک (سم‌زدایی) می‌تواند به تکمیل فرایند ترک کمک کند، اما به خودی خود در دستیابی به خودداری پایدار از مصرف مواد مخدر اثربخش نیست (۴۴). سم‌زدایی می‌تواند شامل تسکین علائم ناگوار برای کاهش ناراحتی ناشی از ترک بشود. ترک مواد افیونی را می‌توان با درمان تجویز جایگزین مواد افیونی با دوزهای کم‌شونده مدیریت کرد (۳۹).

در تعدادی از کشورها، مصرف‌کنندگان مواد مخدر را دستگیر و در مراکزی بازداشت می‌کنند، ظاهراً با هدف درمان اعتیاد و بازتوانی، اما بدون آزمایش یا ارزیابی بالینی میزان وابستگی و مدت زمان بازداشت به ندرت توسط نتایج حاصله از درمان بالینی تعیین می‌شود. معمولاً در این نوع مراکز هیچ‌گونه نظارت پزشکی بر ترک مواد مخدر اعمال نمی‌شود و درمان وابستگی به مواد مخدر بر اساس شواهد علمی انجام نمی‌گیرد. بازداشتی‌ها اغلب به بیگاری یا مشق‌های نظامی مجبور می‌شوند و ممکن است تحت تنبیه بدنی نیز قرار بگیرند. بسیاری از آنها پس از ترخیص از این مراکز مجدداً به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند و ممکن است در میان آنها خطر

مصرف بیش از حد افزایش یابد(۴۵). هیچ گونه شواهدی وجود ندارد حاکی از اینکه این نوع روش‌ها در کاهش وابستگی به مواد مخدر اثربخش باشند. از این رو، آنها را جزو دسته‌بندی درمان‌های وابستگی به مواد مخدر به عنوان جزئی از بسته جامع که در این سند تشریح شده است، قرار نمی‌دهند.

### منابع راهنما در مورد درمان وابستگی به مواد مخدر

- راهکارهای درمان دارویی با کمک تمهیدات روانی-اجتماعی برای مدیریت وابستگی به مواد افیونی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹(۳۹)

<http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>

- راهکارهای عملیاتی برای مدیریت وابستگی به مواد افیونی در منطقه جنوب شرقی آسیا. دهلی نو، دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی برای جنوب شرقی آسیا، ۲۰۰۸(۴۶).

[http://www.who.int/hiv/pub/idu/op\\_guide\\_opioid\\_depend/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/op_guide_opioid_depend/en/index.html)

- راهنمای مداخله mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد در محیط‌های غیرتخصصی درمانی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، اداره سلامت روانی و سوءمصرف مواد، ۲۰۱۱(۴۳).

[http://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.html)

- سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد. اصول درمان وابستگی به مواد مخدر- مقاله‌ای برای بحث. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸(۴۷).

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/principles\\_drug\\_dependence\\_treatment.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf)

- اصول پایه‌ای درمان و حمایت روانی-اجتماعی از افراد دچار وابستگی به مواد مخدر که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶(۴۸).

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/basic\\_principles\\_drug\\_hiv.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/basic_principles_drug_hiv.pdf)

- گزارش‌های فنی در مورد مواد نوع آمفتامین. مانیل، دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی برای منطقه غرب اقیانوس آرام، ۲۰۱۱(۴۹).

[http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats\\_tech\\_brief/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats_tech_brief/en/index.html)

### ۳. آزمایش اچ‌آی‌وی و مشاوره در مورد آن

آزمایش اچ‌آی‌وی و مشاوره در مورد آن (HTC) یکی از دروازه‌های مهم درمان اچ‌آی‌وی و مراقبت از آن است.

تکنیک‌های آزمایش سریع، آزمایش و کسب نتایج را طی یک تماس امکان‌پذیر می‌کنند. آزمایش سریع را می‌توان در محیط‌ها و به شیوه‌های متنوع عرضه کرد، از جمله توسط کارکنان واحد کمک‌رسانی در محل. این آزمایش جامعه‌محور از این قابلیت برخوردار است که تعداد بیشتری از مردم را تحت خدمات خود قرار دهد، از جمله آنهایی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و ممکن است نامحتمل باشد که برای آزمایش به مرکزی مراجعه کنند یا برای پیگیری یا دریافت جواب آزمایش بار دیگر به سراغ مرکز بروند.

این امر اهمیت دارد که هر جا که آزمایش انجام می‌گیرد، پیوندهایی قوی و روشن میان اچ‌آی‌وی و مراقبت و درمان آن برای کسانی که نتیجه آزمایششان مثبت است، وجود داشته باشد. هنگامی که این پیوند ضعیف باشد، مانع از آن می‌شود که افراد نیازمند به صورتی اثربخش و به موقع جذب فرایند مراقبت و درمان ضد رتروویروسی شوند. این امر نیز اهمیت دارد که رویه‌های روشنی در این زمینه وجود داشته باشد که از استراتژی‌های کشوری آزمایش اچ‌آی‌وی تبعیت کنند تا نتایج مثبت آزمایش اچ‌آی‌وی در محل را تأیید کنند.

در اغلب اوضاع و احوال، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی از طرف ارائه‌دهنده خدمات (PITC) در مورد افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، تا آنجایی که این کار اجباری نباشد و با تأمین درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی در راستای راهکارهای سازمان بهداشت جهانی پیوند داشته باشد، توصیه شده است. هنگامی که آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی از طرف ارائه‌دهنده خدمات انجام می‌گیرد، توجه ویژه‌ای باید معطوف ارائه اطلاعات دقیق شود و رضایت آگاهانه بیمار اخذ شود. آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی از طرف ارائه‌دهنده خدمات همچنین می‌تواند برای شرکای نزدیک افرادی که مواد مخدر تزریقی مصرف می‌کنند، مناسب باشد.



## منابع راهنما در مورد آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی

• سازمان بهداشت جهانی، UNAIDS. راهنمایی در مورد آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی از طرف ارائه‌دهندهٔ خدمات در مراکز سلامتی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷ (۵۰).

<http://www.who.int/hiv/topics/vct/PITC/en/index.html>

• دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، UNAIDS. آزمایش و مشاوره در زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته. وین، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۰۹.

[http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc\\_prisons/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc_prisons/en/index.html)

• سازمان بهداشت جهانی - منطقهٔ جنوب شرقی آسیا، سازمان بهداشت جهانی - منطقهٔ غرب اقیانوس آرام، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد. راهنمای آزمایش و مشاوره برای اچ‌آی‌وی در محیط‌هایی که مراجعین آن معتادان تزریقی هستند: بهبود دسترسی به درمان، مراقبت و پیشگیری. مانیل، سازمان بهداشت جهانی - منطقهٔ غرب اقیانوس آرام، ۲۰۰۹ (۵۱).

• مرکز پایش اروپا برای مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر. راهکارهای آزمایش اچ‌آی‌وی، هپاتیت‌های ویروسی و دیگر عفونت‌ها در معتادان تزریقی: راهنمای معاینهٔ پزشکی، آزمایش و مشاورهٔ تأمین‌کنندگان خدمات درمانی. لیسبون، مرکز پایش اروپا برای مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر، ۲۰۱۰ (۵۲).

[www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_120808\\_EN\\_Guidelines\\_HIVtesting\\_Final.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120808_EN_Guidelines_HIVtesting_Final.pdf)

• ارائهٔ نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی و پیام‌هایی برای آزمایش مجدد و مشاوره برای بزرگسالان. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰ (۵۳).

[http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv\\_re\\_testing/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/en/index.html)

• راهنمایی برای بهبود خدمات آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی: نسخهٔ آزمایش در محل. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰ (۵۴).

<http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/index.html>

## ۴. درمان ضد رتروویروسی

ارائهٔ خدمات درمان ضد رتروویروسی (ART) به معتادان تزریقی مزایایی برای سلامت کل جامعه به همراه دارد. افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، می‌توانند با موفقیت تحت درمان قرار بگیرند و از مزایای درمان ضد رتروویروسی برخوردار شوند (۳۶، ۵۷-۵۵). همچنین شواهد فزاینده‌ای در دست است که نشان می‌دهد درمان ضد رتروویروسی از طریق پایین آوردن بار ویروسی و کاهش انتقال اچ‌آی‌وی می‌تواند در پیشگیری از اچ‌آی‌وی نقش داشته باشد (۶۳-۵۸). اما افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، نوعاً در مقایسه با معتادان

غیرتزریقی، از سطوح پایین تر دسترسی به درمان ضد رتروویروسی برخوردارند. این امر ممکن است دلایل متعددی داشته باشد، شامل محدودیت‌ها یا روش‌های ارائه‌دهندگان خدمات درمانی که تأمین درمان ضد رتروویروسی به معتادان تزریقی را محدود می‌کنند (۳۶).

درمان وابستگان به مواد مخدر، به ویژه درمان جایگزین مواد افیونی هر جا ضروری باشد، حاصل درمان و تبعیت از درمان ضد رتروویروسی میان افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند و به مواد افیونی وابستگی دارند را بهتر می‌کند (۳۶).

تعیین تعداد افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و درمان ضد رتروویروسی دریافت می‌دارند، دشوار است. کشورها ممکن است بیمارانی را که درمان ضد رتروویروسی دریافت می‌کنند، و نیز برای درمان ضد رتروویروسی ثبت نام کرده‌اند، اما هنوز درمان خود را شروع نکرده‌اند، ثبت کنند. اما اغلب این سیستم‌ها گزارش نمی‌دهند که آیا بیماران سابقه تزریق مواد مخدر دارند یا نه. اگر این سیستم‌ها تاریخچه تزریق مواد مخدر بیمار را ثبت کنند، این امر اهمیت زیادی دارد که محرمانه بودن نام بیمار حفظ شود و اینکه سابقه تزریق مواد مخدر یا وضعیت کنونی وی نباید در اختیار ارگان‌های مجری قانون قرار گیرد و اینکه تاریخچه یا جایگاه کنونی بیمار نباید عاملی برای ممانعت از دسترسی او به درمان شود.

علاوه بر این، این امر اهمیت بسیار دارد که در حالتی که زن حامله اچ‌آی‌وی مثبت است و ممکن است مواد مخدر تزریق کند یا شرکای جنسی دارد که معتاد تزریقی هستند، به انتقال بیماری از مادر به کودک توجه جدی شود (PMTCT). مدیریت وابستگی به مواد مخدر طی دوران بارداری، به ویژه فراهم کردن درمان جایگزینی مواد افیونی در طول حاملگی برای زنانی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، نیز باید تأمین شود.

## منابع راهنما در مورد درمان ضد رتروویروسی

- درمان ضد رتروویروسی برای عفونت اچ‌آی‌وی در بزرگسالان و نوجوانان: توصیه‌هایی برای یک رویکرد تأمین سلامت عمومی - نسخه ۲۰۱۲. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰ (۶۴).  
<http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html>
- فصل ۵. درمان اچ‌آی‌وی/ایدز و مراقبت از آن برای معتادان تزریقی. در: درمان اچ‌آی‌وی/ایدز و مراقبت از آن: پروتکل‌های بالینی برای منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی. کپنهاگ، دفتر منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶ (۶۵).  
[http://www.who.int/hiv/pub/idu/euro\\_treatment/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/euro_treatment/en/index.html)
- داروهای ضد رتروویروسی برای درمان زنان حامله و پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی در کودکان. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰ (۶۶).  
<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/index.html>

## ۵. پیشگیری و درمان عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی

عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی (STIs) می‌توانند به لحاظ زیست‌شناختی انتقال اچ‌آی‌وی از طریق جنسی را افزایش دهند (۶۷). قرار گرفتن بالقوه در معرض عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی برای افرادی که معتاد تزریقی هستند و به تن‌فروشی مشغولند و برای مردان معتاد تزریقی که با دیگر مردان روابط جنسی دارند، افزایش می‌یابد (۶۸ و ۶۹).

برنامه‌های توزیع کاندوم و تبلیغ روش‌های جنسی بی‌خطرتر با ارائه اطلاعات و آموزش، دو استراتژی مهم پیشگیری از بروز عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی است و از اجزاء بسته جامع به شمار می‌روند که به ترتیب تحت عنوان مداخلات ۶ و ۷ در آن ذکر شده‌اند.

استراتژی‌هایی که برای بالا بردن نرخ درمان عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی میان معتادان تزریقی مفید هستند، می‌توانند از جمله شامل موارد زیر باشند:

- توسعه ظرفیت غربالگری و درمان عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی خدمات سلامتی که برای معتادان تزریقی قابل دسترسی هستند،

- قراردادن خدمات تشخیصی و درمان عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی در یک مکان، در نقاطی که برای افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، قابل دسترسی باشند (نظیر برنامه‌های سوزن و سرنگ یا خدمات درمان اعتیاد به مواد مخدر)،
- برقراری مسیرهای فعال ارجاع بیماران و یکپارچه‌سازی برنامه‌های غربالگری و آزمایش میان خدمات درمان عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی و دیگر خدماتی که معطادان تزریقی به آنها دسترسی دارند،
- تضمین این امر که خدمات درمانی رایج عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی برای رفع نیازهای مردمی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، قابل دسترسی و پاسخگوی این نیازها باشند.

#### منابع راهنما در مورد پیشگیری و کنترل عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی

- استراتژی سراسری برای پیشگیری و کنترل عفونت‌های قابل انتقال از طریق جنسی: ۲۰۱۵-۲۰۰۶: پاره کردن زنجیره انتقال. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷ (۷۰).

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html>

- ماژول‌های آموزشی برای مدیریت سندرومی عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷ (۷۱).

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/index.html>

- عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی و دیگر عفونت‌های دستگاه تناسلی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷ (۷۱).

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9241592656/en/index.html>

- راهکارهایی برای مدیریت عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴ (۷۳).

<http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub6/en/>

## ۶. برنامه‌های توزیع کاندوم میان معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها

انتقال جنسی اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی و میان معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها که مواد مخدر تزریق نمی‌کنند، مسیر عبور مهمی برای عفونت اچ‌آی‌وی به شمار می‌رود. همچنین پیوند قابل توجهی میان مصرف مواد محرک، هم به روش‌های تزریقی و هم غیرتزریقی، و رفتارهای جنسی پرخطر وجود دارد (۷۴، ۷۵). افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و نیز به تن‌فروشی اشتغال دارند و مردانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و با مردان دیگر روابط جنسی دارند، ممکن است بیشتر در معرض خطر قرار داشته باشند (۷۶). بنابراین، افزایش دسترسی به کاندوم و استفاده بیشتر از آنها توسط افرادی که مواد مخدر استفاده می‌کنند و شرکای جنسی آنها از طریق برنامه‌های توزیع کاندوم، یکی از اجزاء مهم بسته جامع به شمار می‌رود. در حالی که در اغلب کشورها، کاندوم برای خرید به وسعت قابل تهیه است، توزیع کاندوم‌های رایگان میان جمعیت‌هایی که در معرض خطر بالا قرار دارند، با این هدف صورت می‌گیرد که دسترس‌پذیری و استفاده از آن را با برداشتن هر گونه مانعی که ممکن است هزینه تهیه به وجود آورد، به میزان قابل توجهی افزایش دهد. عرضه کاندوم‌های مردانه و زنانه به اضافه چرب‌کننده‌ها ممکن است پذیرش و مقبولیت کاندوم و استفاده از آن را باز هم بیشتر افزایش دهد (۷۶، ۷۷). این نیز اهمیت دارد که به زنانی که ممکن است مواد مخدر تزریق کنند یا شرکای جنسی مردانی هستند که مواد مخدر تزریق می‌کنند، برنامه‌ریزی تنظیم خانواده پیشنهاد شود.

### منابع راهنما در مورد برنامه‌های توزیع کاندوم

- برنامه‌های توزیع کاندوم برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی: راهنمای ارائه دهنده خدمات. نیویورک، صندوق جمعیت ملل متحد، ۲۰۰۵ (۷۸).
- <http://www.unfpa.org/public/global/pid/1291>
- صندوق جمعیت ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، PATH (سازمان نوآوری‌های تحول‌بخش برای نجات زندگی مردم). برنامه‌های توزیع کاندوم برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی: راهنمای عملیاتی برای مدیران برنامه. نیویورک، صندوق جمعیت ملل متحد، ۲۰۰۵ (۷۶).

## ۷. اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند

اطلاعات و آموزش هدفمند، هنگامی که با تدابیر دیگر، نظیر تأمین وسایل استریل تزریق و کاندوم و درمان وابستگی به مواد مخدر توأم شود، به افزایش و حفظ تغییرات مثبت در رفتارهای پرخطر اچ‌آی‌وی کمک می‌کند (۱۳، ۷۹). قرار گرفتن مکرر در معرض اطلاعات، آموزش و ارتباطات برای حفظ و تداوم منافع ناشی از این استراتژی‌ها مهم است.

محتوای ویژه اطلاعات، آموزش و اطلاعات در محیط‌های مختلف، تفاوت می‌کند، اما باید همیشه به این موضوع پردازد: خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی مرتبط با مصرف مواد مخدر و چگونگی کاهش آن، خطر ناشی از روابط جنسی و استراتژی‌های کاهش خطر، دیگر خطرات مرتبط با مصرف مواد مخدر و چگونگی کاهش آنها، چگونگی دستیابی به خدمات و حمایت، اطلاعات پایه در مورد مواد مخدر مصرفی، دسترسی به حقوق و حمایت قانونی، و پیشگیری از مصرف بیش از حد مواد مخدر.

ارتباطات برای تغییر رفتار می‌تواند اشکال گوناگون به خود بگیرد و از رسانه‌های گوناگون استفاده کند. مطالب اطلاعاتی تهیه شده باید با محیط محلی ارتباط و پیوند داشته باشند، مناسب نیازهای کسانی باشند که مواد مخدر مصرف می‌کنند، و به صورتی اثربخش به اطلاع مخاطبان مورد نظر برسند. مشاوره فردی، زوجی و گروهی می‌تواند به کار گرفتن روش‌های ارتباط جنسی و تزریق بی‌خطرتری را موجب شود. معلوم شده است مداخلاتی که به رهبری هم‌تایان انجام می‌گیرند، از اثربخشی ویژه‌ای برخوردارند (۸۰).

با توجه به اینکه مصرف بیش از حد مواد مخدر، حتی در محیط شیوع اچ‌آی‌وی، همچنان یکی از علل اصلی مرگ میان افرادی است که مواد مخدر تزریق می‌کنند، استراتژی‌های اطلاعات، آموزش و ارتباطات، که توجه خود را بر پیشگیری از مصرف بیش از حد مواد مخدر متمرکز می‌کنند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. علاوه بر اطلاعاتی که به پیشگیری از مصرف بیش از حد مواد مخدر مربوط می‌شود، اطلاعات ارائه شده می‌تواند همچنین شامل چگونگی پاسخ به مصرف بیش از حد در صورت بروز آن باشد. این اطلاعات می‌توان شامل آموزش در مورد احیا برای افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، خانواده‌هایشان، شرکای جنسی آنها و هم‌تایانشان در مورد نقش نالوکسون (یک آنتاگونیست مواد افیونی که می‌تواند هیپوونتیلاسیون - نوعی فلج دستگاه تنفسی - را به هنگام مصرف بیش از حد مواد مخدر)، در صورت وجود، باشد (۸۴-۸۱).

## منابع راهنما در مورد اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند

- سالم آر-ام و دیگران. ارتباطات برای سلامت بهتر. گزارش‌های جمعیتی، مجموعه جی، شماره ۵۶، ۲۰۰۸ (۸۵).
- اتحاد بین‌المللی اچ‌آی‌وی/ایدز، شبکه آسیا پاسیفیک در مورد پروژه‌های تن‌فروشی. راهنمای تولید مشارکتی منابع برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی میان جمعیت‌های آسیب‌پذیر. برایتون، اتحاد بین‌المللی اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۰۵ (۸۶).
- اچ‌آی‌وی/ایدز و دفاع از حقوق بشر و راهنمای منابع آموزشی. ویندهوک، نامیبیا، اتحاد حقوق {مبتلایان به} ایدز برای آفریقای جنوبی، ۲۰۰۸ (۸۷).

<http://www.arasa.info/info/training-manuals/>

- کورتیس ام، گوترمان ال. پیشگیری از مصرف بیش از حد و پاسخ: راهنمای افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و کارکنان مراکز کاهش آسیب در اروپای شرقی و آسیای مرکزی. نیویورک، اوپن سوسایتی اینستیتوت، ۲۰۰۹ (۸۸).

[http://www.soros.org/sites/default/files/overdose\\_20090604.pdf](http://www.soros.org/sites/default/files/overdose_20090604.pdf)

## ۸. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت‌های ویروسی

در حالی که این سند و بسته جامع مداخلات توجه خود را اساساً بر اچ‌آی‌وی معطوف کرده‌اند، این نکته اهمیت دارد که انتقال و درمان دیگر ویروس‌هایی را که از طریق خون منتقل می‌شوند، به ویژه ویروس‌های هپاتیت بی و سی (اچ‌بی‌وی و اچ‌سی‌بی‌سی) مورد توجه قرار دهیم و به آنها پردازیم. بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد که در سراسر جهان، ۱۰ میلیون نفر که مواد مخدر تزریق می‌کنند، ممکن است به هپاتیت سی نیز مبتلا باشند (۸۹) در مقایسه با ۳ میلیون نفری که اچ‌آی‌وی دارند (۹۰). میان معتادان تزریقی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند، عفونت توأمان ویروسی هپاتیت سی امر رایجی است (۹۱). همچنین هپاتیت بی نیز میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند رایج‌تر از جمعیت کلی {معتادان} است (۸۹، ۹۲، ۹۳). به همین ترتیب، هپاتیت ویروسی یکی از عوامل مهم بار بیماری در میان کسانی است که مواد مخدر تزریق می‌کنند. عفونت توأمان اچ‌آی‌وی با پیشرفت سریع‌تر بیماری کبد و مرگ و میر ناشی از آن میان آنهایی که به هپاتیت سی یا هپاتیت بی آلوده‌اند، پیوند دارد (۹۱).

از آنجایی که انتقال از طریق خون میان اچ‌آی‌وی و ویروس‌های هپاتیت یک ویژگی مشترک است، مداخلاتی که در پیشگیری از شیوع اچ‌آی‌وی میان کسانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، اثربخش بوده‌اند، به پیشگیری از انتقال ویروسی هپاتیت سی / ویروسی هپاتیت بی نیز کمک می‌کنند و بالعکس. اما از آنجایی که ویروسی هپاتیت سی مسری‌تر از اچ‌آی‌وی است، ممکن است برای دستیابی به کاهش‌های مشابه در میزان شیوع آن به سطوح بالاتری از پوشش مداخلات نیاز باشد (۱۴، ۹۴).

سازمان بهداشت جهانی راهنمایی در مورد پیشگیری از هپاتیت‌های ویروسی بی و سی میان کسانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، منتشر کرده است. این راهنما توصیه می‌کند که برنامه‌سریعی برای واکسیناسیون هپاتیت بی برای معتادان تزریقی به اجرا درآید و مشوق‌هایی ارائه شود تا درک و فهم کسانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند از اهمیت موضوع بالا رود و برنامه‌ زمان‌بندی تزریق نوبت‌های واکسن هپاتیت بی را تکمیل کنند. پیشنهاد شده است که برنامه‌های سوزن و سرنگ نیز سرنگ‌های کم‌فضا (که در آنها فضای مرده میان سرنگ فشرده و سوزن ناچیز است) در اختیار مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر قرار دهند و نیز اینکه برنامه‌های مداخله با استفاده از همتایان به اجرا درآید. این‌گونه برنامه‌های باید انعطاف‌پذیر و عمل‌گرا باشند و از تماس فرصت‌طلبانه با جمعیت هدف بهره‌گیرند.

این امر اهمیت دارد که عفونت توآمان اچ‌آی‌وی و ویروس هپاتیت بی یا ویروس هپاتیت سی (یا هر دو) را در میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، به شکل مقتضی مدیریت کنیم (۹۳). عفونت فعال مزمن ویروس هپاتیت بی که به درمان نیاز دارد، علامتی است دال بر لزوم به کارگیری درمان ضد رتروویروسی میان کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند (۶۴).

### منابع راهنمای پیشگیری، تشخیص و درمان هپاتیت‌های ویروسی

- راهنمای پیشگیری از هپاتیت‌های ویروسی بی و سی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲ (۹۵).

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/index.html>

- در: درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی/ایدز: پروتکل‌های بالینی برای منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی. کپنهاگ، دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی برای اروپا، ۲۰۰۶ (۶۵).  
فصل ۶: مدیریت عفونت‌های توآمان هپاتیت سی و اچ‌آی‌وی.  
فصل ۷: مدیریت عفونت‌های توآمان هپاتیت بی و اچ‌آی‌وی.  
فصل ۸: پیشگیری از هپاتیت‌های آ، بی و سی و دیگر عوامل مسموم‌کننده کبد در افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند.

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/78106/E90840.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf?ua=1)



## ۹. پیشگیری، تشخیص و درمان سل

افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، ممکن است مستقل از وضعیت اچ‌آی‌وی خود، با خطر بیشتر ابتلا به سل (TB) مواجه شوند. عفونت اچ‌آی‌وی خطر توسعه بیماری سل را افزایش بیشتری می‌دهد (۲۰).

توصیه شده است که خدمات مورد استفاده توسط کسانی که با خطر بالاتر سل مواجه هستند، نظیر افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، و نیز مراکزی که به افراد واقع در شرایط بسته و پرازدحام، نظیر زندان، خدمات می‌دهند، یک استراتژی کنترل عفونت سل را به اجرا درآورند و هم برای سل و هم اچ‌آی‌وی، از یک پروتکل جستجوی موارد بیماری تبعیت کنند (۹۶).

درمان پیشگیری ایزونیازید (ITP)، در صورتی که سل فعال به صورت منطقی رد شده باشد، باید در اختیار کلیه مصرف‌کنندگان مواد مخدر که به اچ‌آی‌وی مبتلا هستند، قرار داشته باشد و درمان سل فعال باید طبق آنچه توصیه شده است (۹۶). باید به افرادی که از مواد مخدر تزریقی استفاده می‌کند، خطری را از ناحیه سل آنها را تهدید می‌کند، اطلاع داد و چگونگی غربال‌شدن مرتب را به آنها یادآور شد.

وجود مسیرهای ارجاع فعال میان خدمات درمان سل و خدمات مربوط به افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و برنامه‌های یکپارچه غربالگری و آزمایش نیز اهمیت دارد. خدمات درمانی متعارف سل باید برای افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، قابل دسترسی و این خدمات پاسخگوی نیازهای این افراد باشد.

### منابع راهنما در مورد پیشگیری، تشخیص و درمان سل

- سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، UNAIDS. خط‌مشی‌های مناسب برای همکاری میان خدمات سل و ایدز برای مصرف‌کنندگان تزریقی و غیرتزریقی مواد مخدر: یک رویکرد یکپارچه. شواهدی برای اقدام. مقالات فنی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸ (۹۶). [http://www.who.int/hiv/pub/idu/tb\\_hiv/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/tb_hiv/en/index.html)
- راهکارهایی برای جستجوی پرشدت موارد سل و درمان پیشگیری ایزونیازید برای افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند در محیط‌های دارای منابع محدود. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱ (۹۷). <http://www.who.int/hiv/pub/tb/9789241500708/en/index.html>
- راهکارهای درمان سل، ویرایش چهارم. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰ (۹۸). <http://www.who.int/tb/publications/2010/9789241547833/en/index.html>

## ۲-۲ کمک‌رسانی

کمک‌رسانی جامعه‌محور به جای اینکه از طریق مراکز ثابت خدمات خود را به افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، برساند، به سراغ این گروه از معتادان در همان نقاطی که آنها در آنها وقت می‌گذرانند، می‌رود و می‌کوشد آنها را در فرایند درمان درگیر و متعهد کند. کمک‌رسانی جامعه‌محور در بسیاری محیط‌ها روشی بسیار اثربخش برای انجام مداخلات پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز، نظیر برنامه‌های سوزن و سرنگ، برنامه‌های توزیع کاندوم و برنامه‌های اطلاعات، آموزش و ارتباطات، به افرادی است که مواد مخدر تزریق می‌کنند، و نیز نقطه ارتباط و دسترسی مفیدی برای ارجاع معتادان تزریقی به مداخلاتی نظیر درمان جایگزین مواد افیونی، دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر و درمان ضد رتروویروسی است (۳۰).

از آنجایی که کمک‌رسانی جامعه‌محور به جای اینکه فی‌نفسه یک خدمت باشد، چگونگی و کیفیت است، آن را به صورت مداخله مجزا در بسته جامع نیاورده‌اند. با وجود این، کمک‌رسانی به عنوان جزئی اساسی از برنامه‌های پیشگیری و مراقبت از اچ‌آی‌وی و به عنوان روش به ویژه اثربخشی برای راهیابی به مردمی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، گروهی که دستیابی به آنها اغلب اوقات دشوار است، قویاً توصیه شده است (۳۰). ممکن است مدل‌های ارائه خدمات متنوع دیگری نیز در کشورهای متفاوت، مناسب و اثربخش باشند. برای این منظور و برای بحث بیشتر درباره مدل‌های ارائه خدمات در مورد مداخلات مذکور در بسته جامع، به بخش ۲-۶ مراجعه کنید.

### منابع راهنما در مورد کمک‌رسانی

• اثربخشی کمک‌رسانی جامعه‌محور در پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز میان معتادان تزریقی. شواهد به دست آمده از سری اقدامات. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴ (۳۰).

<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-outreach/en/index.html>

• راهنمای آموزش برای کمک‌رسانی جهت پیشگیری از اچ‌آی‌وی در معتادان تزریقی: راهنمای کارگاه. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴ (۹۹).

<http://www.who.int/hiv/pub/idu/hivpubidu/en/index.html>

راهکارهای عملی برای تشدید پیشگیری از اچ‌آی‌وی. ژنو، UNAIDS، ۲۰۰۷ (۱۰۰).

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2007/20070306\\_prevention\\_guidelines\\_towards\\_universal\\_access\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf)

## ۲-۳ مداخلات دیگری که در بسته جامع ذکر نشده‌اند

شماری از مداخلات به دلیل فقدان نسبی شواهد در مورد اثربخشی آنها یا دیگر ملاحظات، در بسته جامع ذکر نشده‌اند. اما این امر نباید ارائه این مداخلات - به عنوان برنامه‌های آزمایشی یا مداخلات تمام‌عیار - را، در حالی که شرایط و اقتضائات محلی به آنها نیاز داشته باشد، مردود بشمارد.

در مورد مداخلاتی که هدف از آنها پرداختن به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی است و در بسته جامع گنجانده نشده‌اند، تأکید باید بر ایجاد شواهد و بر ارزشیابی قرار گیرد. برای مثال، هرچند سازمان بهداشت جهانی شواهد مربوط به اثربخشی مراکز مصرف/تزریق تحت نظارت مواد مخدر را در پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی بررسی نکرده است، ارزشیابی‌های به عمل آمده در کشورهای پردرآمد که در آنها این گونه مراکز و تسهیلات ایجاد شده‌اند، نشان داده است که رفتارهای پرخطر میان شرکت‌کنندگان در این برنامه‌ها کاهش یافته است (۱۰۱، ۱۰۲).

استراتژی‌های پرداختن به عوامل ساختاری که بر میزان ریسک اچ‌آی‌وی و اثربخشی مداخله تأثیر دارند، در بخش ۲-۴ مورد بحث قرار گرفته است.

### منبع راهنما در مورد دیگر مداخلات مربوط به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی

- راهنمای روش موفق - اچ‌آی‌وی و مصرف مواد مخدر: پاسخ‌های جامعه به مصرف تزریقی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی. برایتون، اتحاد بین‌المللی اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۱۰ (۱۰۳).

[http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/383/454-Good-practice-guide-HIV-and-drug-use\\_original.pdf?1405520726](http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/383/454-Good-practice-guide-HIV-and-drug-use_original.pdf?1405520726)

## ۲-۴ عوامل ساختاری که بر میزان ریسک و اثربخشی مداخلات تأثیر دارند

این امر اهمیت دارد که محیطی را که مصرف تزریقی مواد مخدر در آن روی می‌دهد و در این محیط‌هاست که خدمات به معتادان تزریقی ارائه می‌شود، مورد توجه قرار گیرد. این ملاحظه‌کاری مستلزم شناسایی عوامل ساختاری نظیر هنجارهای اجتماعی، خط‌مشی‌ها و قوانین و عوامل دیگری است که ممکن است بر میزان ریسک اچ‌آی‌وی تأثیر داشته باشند یا مانع از انجام مداخلات شوند. پرداختن موفقیت‌آمیز به این عوامل، محیط حمایتی‌تری به وجود می‌آورد که برای کاهش ریسک اچ‌آی‌وی و دیگر آسیب‌ها مساعد است. افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، عموماً نادیده گرفته می‌شوند، با آنها مانند جنایتکاران رفتار می‌شود و در معرض خوردن انگ و تبعیض قرار دارند و به خاطر غیرقانونی بودن مصرف مواد مخدر، اغلب با مجازات‌های قانونی روبه‌رو می‌شوند یا دسترسی آنها به خدمات ضروری محدود می‌شود. تغییر در میزان دسترسی به مواد مخدر می‌تواند تغییراتی در روش‌های تزریق به بار آورد که در نتیجه ممکن است بر انتقال اچ‌آی‌وی تأثیر بگذارند. قانون و روش‌های اجرای قانون می‌توانند به صورتی ناخواسته خطر انتقال اچ‌آی‌وی را افزایش دهند و مانع از ارائه خدمات پیشگیری از اچ‌آی‌وی و تقویت این خدمات شوند.

گام‌های لازم برای پرداختن به این عوامل ساختاری، جزء مهمی از پاسخ گسترده‌تر به اچ‌آی‌وی را تشکیل می‌دهند. موانع ساختاری که دسترسی به مداخلات را محدود می‌کنند را می‌توان به طور مستقیم مورد توجه قرار داد. رئوس استراتژی‌های لازم برای این کار در بخش ۲-۵ در مورد دسترسی عمومی ارائه شده‌اند. استراتژی‌های مربوط به ایجاد محیطی حمایتگر شامل توانمندسازهای بسیار مهم زیر می‌شوند (۱۷):

- جلب تعهدات سیاسی و سرمایه‌گذاری در حمایت از منافع این گروه،
- بازنگری و در صورت لزوم تجدید نظر در قوانین، خط‌مشی‌ها و روش‌های قانونی
- بسیج جامعه
- کاهش انگ‌زنی

شماری از اقلام مذکور در شاخص ترکیبی خط‌مشی ملی (NSPI) گزارش جهانی ایدز UNAIDS، که به پایش اچ‌آی‌وی و فرایند گزارش‌دهی در این رابطه مربوط است، به یک پاسخ مبتنی بر ساختار در رابطه با مصرف تزریقی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی مربوط می‌شود (که در این نشانی قابل تهیه است):

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/jc1676\\_core\\_indicators\\_2009\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/jc1676_core_indicators_2009_en.pdf)

(۷)

## منابع راهنمای پرداختن به عوامل خط‌مشی و ساختار

- رشه‌وز کال و دیگران. جعبه‌ابزار خط‌مشی‌های حمایتی از درمان با کمک دارو (MAT) برای وابستگی به مواد مخدر. واشینگتن، دی‌سی، فیوچرز گروپ، ابتکار خط‌مشی سلامت، (۲۰۱۰) (۱۰۴)

<http://www.healthpolicyinitiative.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=1449>

- چارچوب جدید سرمایه‌گذاری برای پاسخ جهانی به اچ‌آی‌وی. ژنو، UNAIDS، (۲۰۱۱) (۱۷).

<http://icssupport.org/wp-content/uploads/2012/02/3-Investment-Framework-Summary-UNAIDS-Issues-Brief.pdf>

## ۲-۵ اصول دسترسی همگانی

اجلاس عالی‌رتبه‌ای در مورد ایدز/اچ‌آی‌وی در ۲۰۰۶، هدف دسترسی همگانی را به تعهدی برای ارتقاء برنامه‌های کشوری جهت درمان، پیشگیری و مراقبت و حمایت از اچ‌آی‌وی برای کلیه کسانی تبدیل کرد که به این خدمات نیاز دارند (۱۰۵). دسترسی همگانی هر چند به روشنی یک هدف بلندپروازانه و ایده‌آل به شمار می‌رود، در عین حال یک فرایند مشخص است که توسط کشورهای دنیال می‌شود که مشاورهای سازمان یافته‌ای در سطح ملی برای شناسایی موانع تعیین‌کننده بر سر راه ارتقاء خدمات خود سازمان داده‌اند و تدابیری برای پرداختن به این موانع اندیشیده‌اند.

دسترسی همگانی دربرگیرنده اصول عدالت، برابری، عدم تبعیض، جامعیت، دسترس‌پذیری و پایداری است که راهنمای توسعه مداخلات در بسته جامع هستند. این مداخلات باید:

° به لحاظ فیزیکی قابل دسترسی باشند (در سطح جغرافیایی توزیع شده باشند، برای مثال، در مناطقی ورای شهرهای بزرگ وجود داشته باشند و برای کسانی که در نقاط دشواررس زندگی می‌کنند، قابل دسترسی باشند).

° ارزان باشند (هزینه در نقطه ارائه خدمات نباید یک مانع باشد، برای مثال، بیماران نباید پولی بابت درمان خود پرداخت کنند).

° عادلانه و غیر تبعیض آمیز باشد (باید هیچ گونه ملاک مستثنی کننده‌ای غیر از ملاک‌های پزشکی نباید وجود داشته باشد، برای مثال، درمان جایگزین مواد افیونی نباید تنها به آنهایی محدود شود که مواد مخدر مصرف می‌کنند و به عفونت اچ‌آی‌وی آلوده‌اند یا در دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر با شکست روبه‌رو شده‌اند. به همین ترتیب، دسترسی به درمان ضد رتروویروسی نباید مشروط به قطع مصرف مواد مخدر ارائه شود)،

° بدون جیره‌بندی بودن (عرضه خدمات را باید نیاز تعیین کند و به هزینه یا دیگر ملاحظات محدود نشود، برای مثال، برنامه‌های سوزن و سرنگی که محدودیت‌های اکید بر تعداد سرنگ‌های ارائه شده به هر یک از بیماران فعالیت می‌کنند، از موفقیت کم‌تری از آنهایی برخوردارند که چنین محدودیت‌هایی را اعمال نمی‌کنند)(۱۰۶).

گذشته از این، دسترسی به مداخلاتی که در بسته جامع گنجانده شده‌اند، نباید با ملاک‌های اجتماعی-جمعیتی یا ملاک‌های دیگری نظیر موارد زیر، محدود شود:

- سن: برنامه‌ها نباید محدودیت‌های سنی داشته باشند (یعنی نباید شرط حداقل سن برای دسترسی به خدمات داشته باشند. در مورد کودکان و جوانانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، ممکن است شرایط ویژه‌ای لازم باشد که طبق آنها به طور معمول، رضایت والدین برای آنکه کودکان خدمات پزشکی یا خدمات دیگر دریافت کنند، لازم است)،
- جنس، تمایلات جنسی یا رفتار جنسی،
- شهروند بودن، ملیت، کشور مبدأ، نژاد/ قومیت، وضعیت پناهجویی یا مذهب/ اعتقادات مذهبی،
- وضعیت اشتغال و حرفه، شامل تن‌فروشی، مشاغل غیرقانونی و غیره،
- محدودیت مکانی به یک مرکز/ مکان- زندان، خدمت نظام، مؤسسه درمانی/ سلامتی، یتیم‌خانه و غیره،
- وضعیت بیمه سلامتی،
- وضعیت مصرف مواد- برای مثال، اینکه در حال حاضر تزریق می‌کند، نباید مانعی بر سر راه دسترسی او باشد،
- وضعیت مسکن (برای مثال، بی‌خانمانی)،
- وضعیت سلامت روانی،
- وضعیت حامله بودن.

کلیه مداخلات باید بر اساس داوطلبانه در یک محیط توانمندساز ارائه شود که توسط قوانین، خط‌مشی‌ها و استراتژی‌های حمایتی ایجاد شده است، ارائه شود.

## ۲-۶ ارائه خدمات و یکپارچگی خدمات

توسعه مدل‌های ارائه خدمات در محیط‌های مختلف باید عمل‌گرایانه باشد و با حساسیت نسبت به شرایط محلی انجام گیرد.

همان‌طور که در بخش ۱-۲ گفته شد، مداخلات مذکور در بسته جامع را می‌توان به دو دسته مداخلات ویژه مصرف‌کننده مواد مخدر (برنامه‌های سوزن و سرنگ و درمان وابستگی به مواد مخدر) یا مداخلاتی که ویژه مصرف‌کننده مواد مخدر نیستند و به طور کلی به صورت خدماتی در ارتباط با کل جامعه انجام می‌گیرند، تقسیم کرد.

کشورهایی که در آنها معتاد تزریقی وجود دارد، برای آنکه با موفقیت به اچ‌آی‌وی بپردازند، باید برنامه‌های سوزن و سرنگ و درمان مبتنی بر شواهد علمی وابستگی به مواد مخدر (به طور خاص شامل درمان جایگزین مواد افیونی) را اولویت خود قرار دهند و نیز اطمینان حاصل کنند که افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، تحت پوشش مداخلات دیگری که در بسته جامع گنجانده شده است و در عین حال به کل جامعه نیز مربوط می‌شوند، قرار می‌گیرند. معمولاً اغلب کشورها، در سطح معینی این نوع مداخلات را فراهم می‌کنند، حتی اگر آماج آنها را به طور خاص معتادان تزریقی تشکیل ندهد.

برخی از همان مداخلاتی که در بسته جامع ذکر شده است، توسط خدمات واحد یا نیروهای انسانی واحدی ارائه می‌شوند. برای مثال، درمان جایگزین مواد افیونی و درمان ضد رتروویروسی ممکن است به صورت اثربخش و کارآمد در مکان واحدی عرضه شوند. به همین ترتیب، کارکنان کمک‌رسان برنامه‌های سوزن و سرنگ، علاوه بر اینکه وسایل تزریق استریل ارائه می‌دهند، می‌توانند کاندوم هم توزیع کنند، اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند نیز عرضه کنند، آزمایش سریع اچ‌آی‌وی انجام دهند و معتادان تزریقی را به درمان وابستگی به مواد مخدر و دیگر خدمات پزشکی و رفاهی ارجاع دهند.

خدماتی که آماجشان را افرادی تشکیل می‌دهد که مواد مخدر تزریق می‌کنند، نظیر برنامه‌های سوزن و سرنگ و خدمات درمان مواد مخدر، می‌توانند به عنوان نقاط مهم ورود بیماران به دیگر مداخلاتی عمل کنند که در بسته جامع ذکر شده‌اند و همچنین در معنای گسترده‌تری، ورود به نظام درمانی. دسترسی به این مداخلات دیگر را می‌توان به کمک مدل‌های یکپارچه ارائه خدمات، شامل قرار دادن مداخلات در یک محل واحد یا به کمک

برقراری پیوندها و ارجاعات قوی و هماهنگ میان ارائه‌دهندگان خدمات گوناگون تأمین کرد. ایجاد مسیرها و فرایندهای فعال ارجاع و معرفی این پیوندها را تقویت می‌کند. این مطلب به تفصیل در بخش ۳-۱ مورد بحث قرار گرفته است.

همان‌طور که پیشتر متذکر شدیم، معتادان تزریقی عموماً دسترسی ضعیفی به خدمات سلامتی دارند. این امر ممکن است دلایل متنوعی داشته باشد که می‌تواند شامل خصومت یا تبعیضی باشد که فرد به هنگام مراجعه برای دریافت خدمات احساس می‌کند، نگرانی از اینکه خدمات درمانی اطلاعات حساس، از جمله سابقه مصرف مواد مخدر را در اختیار ارگان‌های دولتی قرار دهد، شرط اینکه متقاضیان برای اینکه واجد شرایط دریافت خدمات شوند باید پاک باشند و مواد مخدر مصرف نکنند، هزینه‌های بازدارنده و کارکنانی که برای ارائه خدمات به معتادان تزریقی بی‌تجربه هستند. برای اینکه خدمات مورد بحث در کمک‌رسانی به معتادان تزریقی موفق باشند، باید برای معتادان تزریقی قابل دسترسی و قابل قبول ب و نسبت به نیازهای آنها حساس باشند. رویکردهایی که می‌تواند استفاده از این خدمات را برای مصرف‌کننده مواد مخدر راحت‌تر کند، عبارتند از:

- قرار دادن مداخلات در یک مکان و آموزش متقابل ارائه‌دهندگان خدمات (برای مثال، ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی در محل ارائه خدمات درمان مواد مخدر)،
- برنامه‌ریزی ساعات ارائه خدمات به صورتی که منظم و قابل اعتماد و با سبک زندگی بیماران مطابقت داشته باشد،
- مکان‌یابی استراتژیک خدمات (برای مثال، در بیمارستان‌ها)،
- مشارکت هم‌تایان - جامعه در توسعه، تبلیغ، ارائه، پایش و ارزشیابی خدمات
- آموزش کارکنان خدمات در زمینه کار با معتادان تزریقی
- برداشتن گام‌های لازم برای تضمین این امر که فعالیت‌های ضابطین قانون در دسترسی بیماران به هیچ‌یک از خدمات اخلال نمی‌کند

## ۲-۷ معتادان تزریقی در زندان و دیگر بازداشتگاه‌ها

مصرف‌کنندگان مواد مخدر نرخ بالایی از به زندان افتاده‌ها را تشکیل می‌دهند و در سطح جهان، شمار نامتناسبی از زندانیان از سابقه مصرف مواد مخدر برخوردارند. در سراسر جهان به‌طور هماهنگ و مستنداً نشان داده شده است که در زندان‌ها مواد مخدر، از جمله مواد مخدر تزریقی، مصرف می‌شود. نرخ بالای وسایل تزریق



مشترک، رابطه جنسی پرخطر و اغلب، سطوح بالایی از شیوع اچ‌آی‌وی، ریسک بالاتر اچ‌آی‌وی را در محیط‌های زندان موجب می‌شود.

اصل برابری در مراقبت و درمان (۱۰۷) اعلام می‌دارد که زندانی‌ها، بدون تبعیض، حق دارند از استاندارد مراقبت‌های درمانی و بهداشتی یکسان با استاندارد که در جامعه بیرونی وجود دارد، برخوردار شوند، از جمله از تدابیر پیشگیرانه و درمان ضد رتروویروسی. علاوه بر این، اهمیت بسیار دارد که برای کسانی که وارد محیط‌های بسته می‌شوند، کسانی که درمان مداوم دریافت می‌کردند (نظیر درمان ضد رتروویروسی، درمان جایگزین مواد افیونی یا درمان سل)، پیوستگی درمان در جامعه وجود داشته باشد. قطع درمان از عواقب جدی برای سلامت این زندانی‌ها برخوردار است و همچنین ممکن است در حالت درمان اچ‌آی‌وی یا سل، به مقاومت دارویی منجر شود.

مداخلات مذکور در بسته جامع برای رسیدگی به مصرف تزریقی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی، برای اجرا در زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته، نظیر محل‌های نگهداری زندانی‌ها پیش از دادگاه، اردوگاه‌های پناهندگان یا مهاجران نیز مناسب هستند. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، یوان‌ایدز، سازمان بهداشت جهانی، برنامه توسعه ملل متحد (UNDP) و سازمان بین‌المللی کار (ILO)، بسته جامع ویژه‌ای از مداخلات برای پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی در زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته تعریف کرده‌اند. این بسته که از ۱۵ مداخله تشکیل می‌شود، شامل همه ۹ مداخله‌ای نیز هست که در بسته جامع قرار دارد و آماجشان را معتادان تزریقی تشکیل می‌دهد، و علاوه بر آنها مداخلات دیگری برای پرداختن به ریسک گسترده‌تر اچ‌آی‌وی ارائه کرده است، شامل مداخلاتی برای پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک، تمهیداتی برای مبارزه با خشونت جنسی، درمان کوتاه مدت پیشگیری پس از احتمال ابتلا به اچ‌آی‌وی، تدابیر احتیاطی برای پیشگیری از انتقال بیماری از طریق خدمات درمانی و دندانپزشکی، اتخاذ تدابیری برای انجام بی‌خطرتر خالکوبی، سوراخ کردن و دیگر اشکال سوراخ کردن پوست و مداخلاتی برای کارکنان می‌شود (۱۰۸). پیش‌بینی شده است که در آینده و به عنوان راهنمای فنی این راهنما، کتابی در مورد پایش و ارزشیابی این مداخلات در زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته تهیه و تدوین شود.

توصیه می‌شود که شاخص‌های مذکور در این راهنما که به ارزیابی وجود مداخلات می‌پردازند، در مورد زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته نیز به کار گرفته شوند.

منابع راهنما در مورد پیشگیری و درمان اچ‌آی‌وی در زندان‌ها و دیگر بازداشتگاه‌ها و اردوگاه‌ها

- گزارش وضعیت در مورد زندان‌ها، مواد مخدر و کاهش آسیب. کپنهاگ، دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی برای اروپا، ۲۰۰۵ (۱۰۹)

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/78549/E85877.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf)

- سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، UNAIDS. گزارش خط‌مشی: کاهش انتقال اچ‌آی‌وی در زندان‌ها، ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴ (۲۳).

[http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons\\_reduction/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_reduction/en/index.html)

- سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، UNAIDS. اثربخشی مداخلات برای کنترل اچ‌آی‌وی در زندان‌ها. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷ (۱۱۰)

[http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons\\_effective/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/index.html)

- دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، UNAIDS. پیشگیری، مراقبت، درمان و حمایت از اچ‌آی‌وی/ایدز در محیط‌های زندان: چارچوبی برای یک پاسخ اثربخش ملی. نیویورک، سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶ (۱۱۱).

[http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS\\_prisons\\_July06.pdf](http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf)

- دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، سازمان بین‌المللی کار، برنامه توسعه ملل متحد. پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی در زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته: بسته جامع مداخلات. وین، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، ۲۰۱۲ (۱۰۸).

<http://www.unodc.org/documents/hiv->

[aids/HIV\\_prisons\\_advance\\_copy\\_july\\_2012\\_leaflet\\_UNODC\\_ILO\\_UNDP\\_Ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-)

### ۳. فرآیند پایش و هدف‌گذاری

چارچوب زیر روشی برای پایش اجرای بسته جامع ارائه و توضیح می‌دهد که نتایج این فرآیند را چگونه تفسیر کنیم و نشان می‌دهد که چگونه هدف‌هایی تعیین کنیم که بتوان آنها را دنبال کرد.

این فرآیند نیازمند مشارکت ذینفعان متعدد، شامل جامعه مدنی و به ویژه افرادی است که مواد مخدر مصرف می‌کنند. این گروه‌ها نقش بسیار ارزشمندی در کمک به طراحی برنامه و ارزشیابی میزان پیشرفت آن، مشخص کردن استراتژی‌های مناسب برای بهبود کار و تدوین هدف‌ها ایفا می‌کنند. بسیاری از سازمان‌های وام‌دهنده و سازوکارهای گزارش‌دهی بین‌المللی، مشارکت فعال گروه‌های جامعه مدنی در این فرایندها را تصریح می‌کنند.

پایش پیشرفت ملی نیازمند گردآوری داده در سطح ارائه خدمات و نیازمند آن است که این داده‌ها به صورت متمرکز مقابله و تجزیه و تحلیل شود. برای آنکه داده‌هایی که از خدمات گوناگون می‌آیند، مجتمع شوند، سیستم‌های گردآوری داده باید میان خدمات‌ها به صورتی یکدست انجام گیرد. این راهنما مجموعه‌ای شاخص ارائه می‌دهد که میزان فراهمی، پوشش، کیفیت و نتایج/اثرات حاصله از اجزاء بسته جامع را ارزیابی می‌کنند. همان‌طور که فوقاً متذکر شدیم، هنگامی حداکثر منفعت از بسته جامع حاصل می‌شود که کلیه نه جزء بسته همراه با هم به اجرا درآیند. بنابراین، مفید است که به طور مداوم به پایش و ارزشیابی کلیه این مداخلات پردازیم. با وجود این، کشورهای گوناگون در مراحل متفاوت استقرار یک پاسخ جامع هستند و ممکن است میزان پایش و ارزشیابی ممکن در این کشورها با محدودیت‌هایی مواجه باشد. توصیه شده است که اگر ظرفیت پایش کلیه نه مداخله بسته جامع محدود باشد، دست کم برنامه‌های سوزن و سرنگ، درمان جایگزین مواد افیونی، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی، و درمان ضد رتروویروسی پایش شوند.

### ۳-۱ پایش "ویژه مصرف‌کننده مواد مخدر" در مقابل مداخلات در "کل جمعیت"

تمایز میان مداخلات مذکور در بسته جامع که ویژه مصرف‌کننده مواد مخدر هستند (برنامه‌های سوزن و سرنگ و درمان وابستگی به مواد مخدر) و مداخلاتی که همچنین برای کل جمعیت ارائه شده‌اند، از پیامدهای مهمی برای رویکرد انتخاب شده برای پایش ارائه خدمات به افرادی که مواد مخدر تزریقی مصرف می‌کنند، برخوردار است.

هنگامی که به بررسی مداخلاتی می‌پردازیم که ویژه مصرف‌کنندگان مواد مخدر طراحی نشده‌اند، این نکته اهمیت دارد که مشخص کنیم آیا این خدمات به صورت اثربخش به افرادی که مواد مخدر تزریقی مصرف می‌کنند، می‌رسد یا نه. به دلایل متعدد، مصرف‌کنندگان مواد مخدر نوعاً از خدمات درمانی و سلامتی کم‌تر از حد متعارف استفاده می‌کنند. مصرف‌کنندگان مواد مخدر ممکن است دسترسی عادلانه‌ای به خدمات متعارف موجود در جامعه نداشته باشند و در برخی موارد ممکن است فعالانه از دسترسی به آنها محروم شوند. خدمات متعارف معمولاً برای برآورده کردن نیازهای جمعیت‌های ویژه طراحی نشده‌اند. کارکنان ممکن است در رابطه با ارائه خدمات به افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، بی‌تجربه باشند و این خدمات ممکن است متناسب با نیازهای افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، نباشند. به همین ترتیب، لازم است تلاش‌هایی را ارزشیابی کنیم که برای تسهیل دسترسی به این خدمات توسط افرادی که مواد مخدر تزریقی مصرف می‌کنند، به عمل می‌آید.

همان‌طور که فوقاً متذکر شدیم، خدماتی که این مداخلات "غیر ویژه مصرف‌کننده مواد مخدر" را ارائه می‌دهند، می‌توانند به افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند نیز ارائه شوند. برای این منظور، باید: (الف) دسترسی عادلانه‌ای به این مداخلات از طریق خدماتی که به طور ویژه هدف خود را افراد مصرف‌کننده مواد مخدر قرار داده‌اند، تأمین شود، برای مثال، با ارائه درمان ضد رتروویروسی در مراکز درمان مواد مخدر، (ب) با دسترس‌پذیرتر، حساس‌تر و پاسخگوتر کردن خدمات متعارف نسبت به نیازهای کسانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند.

دسترسی را می‌توان با هم‌مکان کردن مداخلات و قرار دادن آنها در یک محل واحد یا از طریق برقراری پیوندهای قوی و هماهنگ و ارجاع میان ارائه‌دهندگان متفاوت خدمات، تسهیل کرد. ایجاد مسیرها و پروتکل‌های فعال ارجاع و معرفی، که این پیوندها را تقویت کنند، ممکن است به تمهیدات زیر نیاز داشته باشند:

- خدمات ارجاعی دارای فهرستی از خدمات باشند که بیماران را بتوان به آنها ارجاع داد و با این خدمات پیوند و ارتباط داشته باشند.

- خدماتی که بیماران به آنها ارجاع داده و معرفی می‌شوند، خدماتی هستند نسبت به نیازهای کسانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، حساس، حمایت‌گر و پاسخگو، در محلی نزدیک به مرکز معرفی‌کننده قرار دارند و دسترسی به آنها برای بیماران به سهولت میسر است.
- پیگیری و تداوم درمان و مراقبت به کمک مدیریت مورد که توسط خدمات ارجاعی ایجاد شده است، تقویت می‌شود.

استراتژی‌هایی نظیر ارجاع و معرفی با همراه یا با تسهیل هم‌تایان، نیز می‌تواند موفقیت ارجاع و معرفی را افزایش دهد.

تعدادی شاخص پیشنهادی برای بررسی میزان این یکپارچگی و سطوح پوشش مربوطه ارائه شده‌اند.

## فراهمی

آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی. تعداد مراکز ارائه خدمات به معتادان تزریقی هدف که در آنها آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی انجام می‌گیرد	A-1
تعداد مراکز ارائه خدمات به معتادان تزریقی هدف که در آنها درمان ضد رتروویروسی انجام می‌گیرد	A-2
تعداد مراکز ارائه خدمات به معتادان تزریقی هدف که در آنها واکسیناسیون ویروس هپاتیت بی ارائه می‌شود	A-1
تعداد مراکز ارائه خدمات به معتادان تزریقی هدف و مراکز ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی که درمان ویروس هپاتیت بی ارائه می‌دهند	A-2

تعداد مراکز ارائه خدمات به معتادان تزریقی هدف و مراکز ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی که خدمات مدیریت و درمان ویروس هپاتیت سی ارائه می دهند	هپاتیت. A-4
تعداد مراکز ارائه خدمات به معتادان تزریقی هدف که درمان پیشگیری از سل ارائه می دهند	سل. A-2
تعداد مراکز ارائه خدمات به معتادان تزریقی هدف که خدمات تشخیص و درمان سل ارائه می دهند	سل. A-3

### پوشش

تعداد معتادان تزریقی که در مراکزی که معتادان تزریقی را هدف قرار داده اند، از نظر عفونت های قابل روابط جنسی. C-1	عفونت قابل انتقال از طریق روابط جنسی مورد غربالگری و درمان قرار گرفته اند
تعداد کاندوم های توزیع شده توسط مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده اند	کاندوم. C-1
تعداد معتادان تزریقی که از طریق مراکزی که معتادان تزریقی را هدف خود قرار داده اند، واکسیناسیون ویروس هپاتیت بی دریافت کرده اند	هپاتیت. C-1
تعداد معتادان تزریقی که از طریق مراکزی که معتادان تزریقی را هدف خود قرار داده اند و مراکز ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی، درمان ویروس هپاتیت بی دریافت کرده اند	هپاتیت. C-2
تعداد معتادان تزریقی که از طریق مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده اند و مراکز ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی، درمان ویروس هپاتیت سی دریافت کرده اند	هپاتیت. C-3

### ۳-۲ اندازه گیری بزرگی جمعیت

برای سنجش این امر که آیا خدمات در مقیاس کافی ارائه می شوند یا نه، لازم است بزرگی جمعیت هدف را بدانیم.

بسیاری از شاخص های پوشش که در اینجا توصیف شده اند، مستلزم اندازه گیری نسبی از جمعیت هدف هستند که به آنها کمک رسانی شده است یا به مداخله مورد نظر دست یافته اند.

برای مثال، یکی از شاخص های عام پوشش برای تعیین درصد جمعیت هدفی که مداخله ای را دریافت کرده اند، می توان به صورت زیر تعریف کرد:

$$\frac{\text{تعداد افرادی که مداخله را دریافت کرده اند}}{\text{تعداد افراد موجود در جمعیت هدف}} \times 100$$

از این رو، برآوردهای جمعیت هدف برای پر کردن مخرج کسر در این شاخص ها لازم است (از این رو، به این شاخص ها گاه "جمعیت های مقسوم علیهی" هم گفته می شود). داده های برنامه در صورت کسر قرار می گیرد.

شاخص‌هایی که در این سند توصیف شده‌اند، به مداخلاتی مربوط می‌شوند که شماری از جمعیت‌های متفاوت را که به طور ویژه تعریف شده‌اند، هدف قرار داده‌اند. به همین ترتیب، برای تعیین پوشش این جمعیت‌های ویژه، لازم است برآوردهایی برای اندازه هر یک از این جمعیت‌ها به عمل آوریم. برای آنکه بتوان داده‌های شاخص را تفکیک کرد، لازم است برآوردهای انجام گرفته برای اندازه این جمعیت‌ها نیز قابل تفکیک باشند. از این رو، برآوردهای جمعیت باید برای گروه‌های متفاوت جنسی و سنی و در برخی موارد برای نوع مواد مخدر تزریقی انجام گیرد.

### برآورد اندازه جمعیت‌های معتاد تزریقی

برآوردهای میزان شیوع مصرف تزریقی مواد مخدر و شمار افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، به عنوان مخرج کسر بسیاری از شاخص‌های توصیف شده در این راهنما، مورد نیاز است.

برآورد میزان شیوع مصرف تزریقی مواد مخدر نیازمند تعریف فردی است که مواد مخدر تزریق می‌کند. می‌توان بسته به هدف برآورد، از ملاک‌های گوناگونی استفاده کرد. به طور کلی، مهم‌ترین ملاک تعریف به مدت زمانی مربوط می‌شود که شخص ماده مخدر را تزریق کرده است.

برآورد میزان شیوع "تزریق مواد مخدر در طول عمر خود" یا تعداد افرادی که "در طول عمر خود مواد مخدر تزریق کرده‌اند"، برای تعیین تعداد افرادی که ممکن است در معرض آسیب‌های مرتبط با تزریق قرار گرفته باشند، قابل استفاده است. برای مثال، ممکن است به درد بخور باشد که کسانی را مد نظر قرار دهیم که از هنگام ظهور اچ‌آی‌وی، در دورانی از عمر خود در یک مکان خاص به تزریق مواد مخدر می‌پرداخته‌اند، تا تعداد افرادی را که بالقوه از طریق تزریق مواد مخدر در معرض اچ‌آی‌وی قرار داشته‌اند، برآورد کنیم.

طیف گسترده‌ای از تعریف‌ها برای "افرادی که در حال حاضر مواد مخدر تزریق می‌کنند" یا معتادان تزریقی فعال در ادبیات موضوع وجود دارد یا توسط ارگان‌های مختلف از آنها استفاده می‌شود. این گونه برآوردها برای تعیین اندازه جمعیت هدف برای مداخلاتی نظیر برنامه‌های سوزن و سرنگ لازم است. برای شاخص‌هایی که در این راهنما تعریف شده‌اند، تعریف معتاد تزریقی فعال به عنوان شخصی که زمانی در طول ۱۲ ماه گذشته مواد مخدر تزریق کرده است، مناسب است. این تعریف از معتاد تزریقی فعال به ویژه برای شاخصی مناسب است که به فراهم کردن خدمات برای معتادان تزریقی طی یک دوره ۱۲ ماهه می‌پردازد. اما این نکته مهم است که توجه کنیم برخی سیستم‌های گزارش‌دهی داده از تعریف‌های دیگر استفاده می‌کنند. برای مثال، مرکز پایش مواد

مخدر و اعتیاد به مواد مخدر اروپا (EMCDDA) افرادی را که مواد مخدر تزریق می‌کنند، کسانی می‌داند که طی چهار هفته گذشته مواد تزریق کرده باشند.

در برخی کشورها، مردم ممکن است با هدف‌های درمانی به خود دارو تزریق کنند. این روش را که معمولاً تزریق درمانی می‌نامند، با تزریق مواد مخدر تفاوت دارد، که کانون تأکید این راهنما به شمار می‌رود. آنهایی که صرفاً با اهداف درمانی به خود دارو تزریق کرده‌اند (به جای اینکه داروهایی را با اهداف غیردرمانی به خود تزریق کنند) در تعریف تزریق مواد مخدر که فوقاً ارائه شد، نمی‌گنجد.

از آنجایی که تزریق مواد مخدر و وابستگی به مواد مخدر به طور عمده میان بزرگسالان روی می‌دهد، امر رایجی است که برآوردهای میزان شیوع تزریق مواد مخدر و اندازه جمعیت آن را برای جمعیت‌های بزرگسال - برای مثال، افراد بین ۱۵ تا ۶۴ سال - محاسبه کنیم. این روش که توسط سازمان‌هایی نظیر مرکز پایش مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر اروپا و در بررسی وضعیت جهان توسط "گروه مرجع ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی و مصرف تزریقی مواد مخدر" مورد استفاده قرار گرفته است (۹۰).

تعیین اندازه جمعیت‌های معتادان تزریقی ممکن است دشوار باشد. پیمایش‌های به عمل آمده از کل جمعیت، نظیر پیمایش‌های خانوار، ممکن است به میزان چشمگیری تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر را کم‌تر از واقع نشان دهند - زیرا کم‌تر احتمال دارد که تزریق‌کنندگان در نمونه قرار بگیرند و به این دلیل که تزریق مواد مخدر یک عمل غیرقانونی و رفتاری انگ‌خورده است که پاسخ‌دهندگان احتمالاً تمایلی به افشای آن ندارند. روش‌های برآورد غیرمستقیم، نظیر محاسبات ضریب و معیار که از منابع اطلاعاتی موجود استفاده می‌کنند (اطلاعات مربوط به دستگیری پلیس، داده‌های مربوط به درمان وابستگی به مواد مخدر، مرگ‌ومیرهای مرتبط با مواد مخدر) و روش‌های دستگیری - دوباره دستگیری بی‌نهایت مفید هستند. راهنمایی در مورد این روش‌ها موجود است (به کادر زیر توجه کنید).

این نکته اهمیت دارد که توضیح دهیم استفاده از داده‌های منابع متعدد به منظور برآورد جمعیت، نیازمند وجود پیوند میان این منابع داده یا اشتراک داده‌های هویتی از مراکز خدمات درمانی یا دیگر خدمات با مؤسسات ضابط قانون نیست. همان‌طور که در دیگر نقاط این سند ذکر شده است، این امر اهمیت دارد که محرمانه بودن افرادی که از خدمات درمان مواد مخدر و دیگر برنامه‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی بهره می‌گیرند، رعایت شود.

## تضمین تطابق میان مقادیر واقع در مخرج کسر و صورت کسر

اغلب مداخلات در بسته جامع هدف خود را معتادان تزریقی قرار می‌دهند، صرف نظر از نوع موادی که ممکن است مصرف کنند. اما برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی آشکارا به طور ویژه به افرادی مربوط هستند که به مواد افیونی وابسته‌اند، شامل کسانی که تزریق می‌کنند و آنهایی که مواد افیونی را به شیوه غیرتزریقی مصرف می‌کنند. از این رو، برای برآورد کردن پوشش برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی، لازم است که تعداد افرادی که وابسته به مواد افیونی هستند و تعداد معتادان تزریقی که به مواد افیونی وابسته هستند را برآورد کنیم. اگر مداخلات ویژه دیگر مواد نیز در دست انجام باشند، باید اندازه جمعیت‌های مربوطه را نیز برآورد کرد. برای مثال، اگر قرار است پوشش یک برنامه که به طور ویژه به وابستگی به مواد محرک می‌پردازد، سنجیده شود، برآوردی از تعداد معتادان تزریقی وابسته به ماده محرک لازم است.

برآورد میزان شیوع وابستگی به مواد مخدر و مصرف تزریقی مواد مخدر	
درجه A	روش‌های غیرمستقیم برآورد میزان شیوع (برای مثال، دستگیری- دستگیری مجدد، روش‌های ضریب و غیره)
درجه B	پیمایش‌های عمومی جمعیت
درجه C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نظر خبرگان با استفاده از شواهد گردآوری شده به کمک روش‌های گوناگون (برای مثال، ارزیابی سریع)</li> <li>• روش دلفی یا دیگر برآوردهای اجماعی</li> <li>• ثبت مصرف کنندگان مواد مخدر توسط دولت</li> </ul>
برآورد میزان شیوع اچ‌آی‌وی، ویروس هپاتیت سی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند	
درجه A	مطالعات شیوع سرمی با استفاده از نمونه‌هایی از محل‌های متعدد (شامل مراکز مراقبت و زیر نظر داشتن) و انواع نمونه‌ها (برای مثال نمونه‌های مراکز خدمات درمانی یا واحدهای کمک‌رسانی)
درجه B	مطالعات شیوع سرمی با استفاده از یک نوع نمونه و/یا یک مرکز
درجه C	ثبت یا اعلام موارد عفونت اچ‌آی‌وی یا ویروس هپاتیت سی
درجه D	مطالعات میزان شیوع با استفاده از موارد خود-اعلامی وضعیت اچ‌آی‌وی یا ویروس هپاتیت سی

## کیفیت برآوردهای اندازه جمعیت

هنگامی که شاخصی را که با استفاده از برآورد اندازه جمعیت اندازه‌گیری شده است، تفسیر می‌کنیم، مهم است که منبع این داده‌ها و چگونگی استخراج آن را مد نظر قرار دهیم. برخی روش‌های برآورد از روش‌های دیگر روایی بیشتری دارند، به ویژه هنگامی که می‌کشیم اندازه جمعیت مصرف‌کننده مواد مخدر را اندازه بگیریم.



چارچوب فوق‌الذکر روش‌های مورد استفاده برای برآورد شیوع و اندازه جمعیت را رتبه‌بندی می‌کند. این جدول از یک نظام رتبه‌بندی اقتباس شده است که در بررسی‌های جهانی استفاده می‌شود که توسط گروه مرجع ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی و مصرف تزریقی مواد مخدر به کار گرفته شده است (۹۰). درجه‌بندی‌ها از درجه A، بالاترین، تا درجه C یا D، پایین‌ترین، تفاوت می‌کند.

به هنگام محاسبه شاخص‌های پوشش، لازم است که از جدیدترین و بالاترین درجه‌بندی موجود برآوردهای شیوع و اندازه جمعیت استفاده کنیم.

باید به هنگام تفسیر شاخص‌هایی که دربرگیرنده برآوردهای شیوع و اندازه جمعیت هستند، محدودیت‌های روش‌های برآورد در نظر گرفته شود.

ممکن است مواردی وجود داشته باشد که در آنها، برآوردی از شیوع یا اندازه جمعیت در یک سند یا گزارش ارائه شده باشد، اما گفته نشده باشد که از کدام روش برای تهیه برآورد استفاده شده است. قویاً توصیه شده است که، در صورتی که روش‌شناسی تهیه برآورد نامشخص باشد، از استفاده از برآوردها خودداری کنید، زیرا نمی‌توان هیچ‌گونه محدودیت و عدم‌اطمینان‌های مربوط به آن را در نظر گرفت.

از استفاده از برآورد شیوع اچ‌آی‌وی بر اساس خوداظهاری وضعیت اچ‌آی‌وی (درجه D)، به جای آزمایش‌های تشخیصی وضعیت سرمی، نیز باید اجتناب شود.

توصیه شده است که جلسات کشوری از خبرگان مربوطه به طور مرتب تشکیل شود تا داده‌های موجود را ارزشیابی کنند و در مورد برآورد یا طیف برآوردهایی که باید از آنها استفاده کرد، به اتفاق نظر دست یابند. این جلسات باید دربرگیرنده محققان و پرسنل اصلی دولت، سازمان‌های غیردولتی و سازمان‌های کسانی باشند که مواد مخدر مصرف می‌کنند. دولت‌های عضو تشویق می‌شوند که هر سال این گونه جلسات را سازمان بدهند تا تهیه پاسخ به پرسشنامه‌های الزامی گزارش‌های سالانه دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد را تسهیل کنند، که شامل اقلامی در رابطه با برآوردهای اندازه جمعیت می‌شود.

هرگاه برآوردهای جدید و دارای کیفیت بالا وجود نداشته باشد، توصیه شده است که کشورها تمامی تلاش خود را به خرج دهند تا چنین برآوردهایی به دست آورند. برای انجام فعالیت‌های تحقیقاتی که به چنین برآوردهایی منجر شود، به منابع فنی و مالی نیاز است. اگر محدودیت منابع وجود داشته باشد، کشورها می‌توانند به جستجوی کمک‌های مالی خارجی برآیند تا این نوع فعالیت‌های تحقیقاتی را به عنوان بخشی از تأمین مالی دستیابی به پاسخ وسیع‌تر به اچ‌آی‌وی انجام دهند. صندوق جهانی، کشورهای جهان را تشویق می‌کند که به عنوان یکی از فعالیت‌های تقویت سیستم پایش و ارزشیابی خود به منظور بهبود فراهمی داده‌های مربوط به

جمعیت‌های اصلی در معرض خطر، فعالیت‌های برآورد اندازه جمعیت {معتادان} را در درخواست‌های کمک مالی خود و در کمک‌های بلاعوض جاری منظور دارند(۱۱۲). به همین ترتیب، طرح اضطراری ریاست جمهوری ایالات متحده برای کمک به ایدز (PEPFAR) از تحقیق عملیاتی و تقویت سیستم‌های پایش و ارزشیابی حمایت می‌کند(۱۱۳).

اگر یک برآورد مناسب از اندازه جمعیت برای استفاده در مخرج کسر فراهم نباشد، باز هم مفید و مهم است که صورت کسر شاخص را ثبت کنیم و گزارش دهیم. خود صورت کسر به تنهایی می‌تواند تاحدی، هر چند محدود، نشان‌دهنده میزان ارائه این برنامه باشند و می‌تواند در پایش میزان پیشرفت در طول زمان مفید باشد و همچنین به برآورد کردن اندازه جمعیت کمک کند.

#### منابع راهنما در مورد روش‌های برآورد اندازه جمعیت

- گروه کار UNAIDS/ سازمان بهداشت جهانی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز جهانی و نظارت بر عفونت قابل انتقال از طریق روابط جنسی. راهکارهایی برای برآورد کردن اندازه جمعیت‌هایی که از همه بیشتر در خطر اچ‌آی‌وی قرار دارند. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰(۱۱۴).

[http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final\\_estimating\\_populations\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf)

- برآورد کردن میزان شیوع: روش‌های غیرمستقیم برای برآورد کردن ابعاد مشکل مواد مخدر. وین، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، ۲۰۰۳(۱۱۵).

[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Drugs/GAP\\_module\\_2.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Drugs/GAP_module_2.pdf)

- هیکمن ام و دیگران. برآورد کردن میزان شیوع مصرف مشکل‌آفرین مواد مخدر: مروری بر روش‌ها و کاربرد آنها. بولتن ملل متحد در مورد مواد مخدر، ۲۰۰۲(۵۴): ۳۲-۱۵(۱۱۶)

[http://www.unodc.org/pdf/bulletin/bulletin\\_2002\\_01\\_01\\_Art2.pdf](http://www.unodc.org/pdf/bulletin/bulletin_2002_01_01_Art2.pdf)

- وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، مراکز کنترل بیماری(CDC -HSS)، تیم مراقبت GAP. استراتژی‌های نمونه‌گیری جمعیت‌هایی که بیشتر از همه در معرض خطرند و ابزارهای طراحی این استراتژی‌ها. آتلانتا، HHS-CDC، ۲۰۰۹(۱۱۷).

<http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/pphg/surveillance/CDC-MARPs/index.htm>

### ۳-۳ اندازه‌گیری میزان فراهمی مداخلات

به منظور ارزیابی میزان فراهمی مداخلات مذکور در بسته جامع، چندین نوع شاخص پیشنهاد شده است.

## محدودیت‌های دسترسی

در مورد درمان ضد تروویروسی و درمان ویروس هپاتیت سی، وجود محدودیت دسترسی برای افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، باید ثبت شود (یعنی به طور مشخص، آیا شخصی که در حال حاضر مواد مخدر تزریق می‌کند یا کسی که سابقاً مواد مخدر تزریق می‌کرد، از دسترسی به درمان محرومند یا نه).

## نوع مداخله موجود

در مورد درمان وابستگی به مواد مخدر، نوع درمان موجود ثبت می‌شود. این کار به هنگام ارزشیابی و گزارش دهی در مورد ارائه درمان وابستگی به مواد مخدر، که شیوه‌های درمان ویژه موجود را توصیف می‌کند، مفید است. چندین دسته‌بندی عمده تعریف شده است. اینها بر دسته‌بندی‌هایی که توسط اداره سلامت روانی و سوءمصرف مواد سازمان بهداشت جهانی در اطلس مصرف مواد مورد استفاده قرار گرفته‌اند، مبتنی شده‌اند (۳۱). آنها شامل موارد زیرند:

- درمان آگونیستی جایگزین مواد افیونی (OST) (به عنوان درمان نگهدارنده)
- سم‌زدایی بستری
- درمان وابستگی به مواد سرپایی
- درمان کوتاه مدت بستری
- درمان دراز مدت بستری یا اقامتی
- گروه‌های حمایت مبتنی بر همتایان
- مداخله‌های کوتاه که در محیط‌های غیراختصاصی ارائه می‌شوند.

## تعداد مراکزی که در آنها خدمات مداخله ارائه می‌شود

تعریف آنچه یک مرکز مداخله را تشکیل می‌دهد، برای هر مداخله متفاوت است. در بخش ۴، تعریف‌های پیشنهادی برای هر یک از شاخص‌ها ارائه شده است.

این راهنما به منظور ارزیابی ارائه مداخلاتی که ویژه مصرف‌کننده مواد مخدر نیستند و افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، به آنها دسترسی دارند، شامل شاخص‌هایی است که ارائه این مداخلات توسط خدماتی که هدف خود را افراد تزریق‌کننده مواد مخدر قرار داده‌اند و نیز یکپارچگی و پیوند آنها با خدمات متعارف را بررسی می‌کند.

برای مثال، در حالت آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی، شاخص‌های زیر پیشنهاد شده‌اند:

- تعداد و درصد مراکز برنامهٔ سوزن و سرنگ که آزمایش اچ‌آی‌وی و مشاورهٔ آن را انجام می‌دهند،
- تعداد و درصد مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر که خدمات آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی ارائه می‌دهند،

- تعداد خدمات دیگری که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند (نظیر خدمات مراجعه‌ای یا مراکز سلامتی که به طور مشخص هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند) و اینکه آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی انجام می‌دهند،

- آیا هیچ‌گونه واحد سیار یا کمک‌رسانی وجود دارد که معتادان تزریقی را هدف خود قرار داده باشند و خدمات آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی در محیط‌های اجتماعی در اختیار متقاضیان قرار دهند؟

اگر داده‌های حاصله از سه شاخص نخست روی هم جمع شوند، مهم این است که کاری کنیم از چندبار شماری مراکز ارائهٔ خدمت احتراز شود. این کار را می‌توان با استفاده از یک نظام کدهای شناسهٔ منحصر به فرد، که میان خدمات متفاوت، مشترک باشد، انجام داد (به بخش مربوط به کدهای شناسهٔ منحصر به فرد، مراجعه کنید).

بخشی از ارزیابی کیفیت برنامه‌های سوزن و سرنگ، به بررسی فرایندهای خدمات درمانی وابستگی به مواد مخدر برای ارجاع بیماران به خدمات دیگری می‌پردازد که مداخلات ضروری انجام می‌دهند (برای مثال، آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی). ارجاع دادن یک بیمار به خدمات دیگر، تنها نخستین گام در فرایند ارجاع است. پیگیری مرکزی که بیمار از آن به خدمات بعدی ارجاع شده است و حمایت بیمار توسط هر دو مرکز به منظور تسهیل یک ارجاع موفق نیز ممکن است لازم باشد.

یک مسیر ارجاع جاافتاده ممکن است شامل اقدامات زیر باشد:

- مرکز خدماتی که بیمار را ارجاع می‌دهد، فهرستی از خدمات در اختیار دارد که ممکن است بیماران را به آنها ارجاع دهد و توافقات رسمی با این خدمات منعقد کرده است.
- مراکزی که بیماران به آنها ارجاع داده می‌شوند، حساس، مددکار و مهربان و نسبت به نیازهای معتادان تزریقی پاسخگو هستند و در نزدیکی مرکز ارجاع‌کننده قرار دارند یا به راحتی برای بیمار قابل دسترسی‌اند.

○ پیگیری مورد و تأمین پیوستگی خدمات درمانی دریافتی به کمک مدیریت مورد که توسط مرکز ارجاع کننده ایجاد شده است، انجام می‌گیرد.

### محل استقرار مراکز که در آنها مداخلات ارائه می‌شود

از آنجایی که برنامه‌های سوزن و سرنگ و درمان جایگزین مواد افیونی نوعاً نیازمند دسترسی و مراجعه روزانه هستند، شاخص‌هایی پیشنهاد شده‌اند که می‌کوشند فراهمی این خدمات را در مناطقی که افراد معتاد تزریقی سکونت دارند، ترسیم کنند.

در ارزیابی میزان فراهمی در سطح کشور، توصیه شده است که وجود یا فقدان مداخله مورد بحث در مناطق گوناگون کشور مورد بررسی قرار گیرد. از نظر اهداف این ارزیابی، می‌توان از سطوح گوناگون تقسیم‌بندی کشوری استفاده کرد.

در ساده‌ترین کاربرد این ارزیابی، می‌توان از بخش‌های اداری یک کشور استفاده کرد: برای مثال، در فدراسیون روسیه، ممکن است مفید باشد که به وجود این مراکز در مناطق و در چین در استان‌ها بنگریم و این در حالی است که در هند یا پاکستان، ایالت می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد.

درصد شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که در آنها تزریق روی می‌دهد و در آنها مداخله مورد نظر وجود دارد، با استفاده از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

صورت کسر: تعداد شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که در آنها مداخله مورد بحث وجود دارد،

مخرج کسر: تعداد شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که می‌دانیم در آنها مصرف تزریقی مواد مخدر انجام می‌گیرد.

مصرف تزریقی مواد مخدر ممکن است در سراسر یک کشور وجود نداشته باشد و ممکن است در برخی ایالات یا استان‌ها روی دهد. از نظر این شاخص، وجود یا فقدان مداخله مورد بحث تنها در آن ایالات/استان‌ها/مناطق که در آنها مصرف تزریقی مواد مخدر انجام می‌گیرد، بررسی می‌شود.

به دلیل اینکه کشورهای متفاوت انواع متفاوتی تقسیم‌بندی کشوری با انواع و اندازه‌های متفاوت دارند، ممکن است مقایسه یافته‌های به دست آمده از کشورهای متفاوت برای این شاخص میسر نباشد.

همچنین ممکن است از واحدهای جغرافیایی دیگری در رابطه با این شاخص استفاده کرد. برای مثال، ممکن است مفید باشد صرفاً به مراکز شهری نگاه کنیم و درصد شهرهایی که در آنها مداخله‌ای وجود دارد، اندازه

بگیریم. برنامه‌ریزان پروژه‌ها ممکن است حتی به بررسی وجود یک مداخله در داخل یک شهر پردازند و از این رو، به درصد مناطق یا حومه‌های آن شهر که در آن چنین مداخله‌ای وجود دارد، توجه نشان دهند. این شاخص وسیله‌ای خام در اختیار ما قرار می‌دهد که به کمک آن مناطقی را بشناسیم که در آنها افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، سکونت دارند، اما این خدمات در آنها وجود ندارد. اما دسترسی به خدمات صرفاً با مکان آنها تعیین نمی‌شود، بلکه همچنین با عواملی نظیر ساعات فعالیت، قابل قبول بودن خدمات برای متقاضیان مورد نظر، فعالیت پلیس و بسیاری عوامل دیگر تعیین می‌شود. این عوامل دیگر به تفصیل بیشتر به عنوان بخشی از شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۳-۴ اندازه‌گیری میزان پوشش مداخله

اصطلاح "پوشش" در متن پیشگیری از اچ‌آی‌وی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، برای توصیف جنبه‌های گوناگون کمک‌رسانی به متقاضیان و اثربخشی مداخله به کار می‌رود (۱۱۸). در این راهنما، پوشش میزان ارائه یک مداخله به جمعیت هدف را توصیف می‌کند. شاخص‌های گوناگونی برای برآورد کردن مقیاس خدمات ارائه شده در رابطه با اندازه برآورد شده جمعیت هدف، تعریف شده‌اند. اکثریت شاخص‌های پوشش مذکور در این راهنمای فنی مستلزم استفاده از داده‌های برنامه و برآوردهای اندازه جمعیت برای برآورد کردن سطوح درصدی پوشش هستند. برای مثال، یک شاخص عام برای پوشش که درصد جمعیت هدفی را مشخص می‌کند که خدمات مداخله را دریافت کرده‌اند، می‌توان به صورت زیر تعریف کرد:

$$\frac{\text{تعداد افرادی که مداخله را دریافت کرده‌اند}}{\text{تعداد افراد موجود در جمعیت هدف}} \times 100$$

اگر یک برآورد مناسب از اندازه جمعیت وجود نداشته باشد که از آن به عنوان مخرج کسر استفاده کنیم، باز هم گردآوری و گزارش داده‌های صورت کسر توصیه می‌شود. این داده‌ها فی‌نفسه برای ارزیابی مقیاس ارائه خدمات و میزان پیشرفت در طول زمان ارزشمندند. همان‌طور که فوقاً متذکر شدیم، این امر اهمیت دارد که کشورها، حتی در جایی که برآوردهای قابل اعتماد و جدید وجود ندارند، همچنان به تلاش خود برای برآورد کردن اندازه جمعیت ادامه دهند. همچنین این امر نیز اهمیت دارد که برآورد اندازه جمعیت که به عنوان مخرج کسر در این شاخص‌های پوشش استفاده می‌شود، برای مداخله و مخرج کسری که اندازه‌گیری می‌شود، مناسب

باشد. قابل اعتماد بودن برآوردهای پوشش که از این روش‌ها به دست می‌آیند، به کامل بودن و کیفیت هم داده‌های برنامه و هم برآورد اندازه جمعیت وابسته است.

اندازه‌گیری‌های پوشش متفاوتی برای مداخلات متفاوت در بسته جامع تعریف شده است. این شاخص‌های متفاوت بیانگر ماهیت متغیر این مداخلات، روشی که به کمک آن این مداخلات ارائه می‌شوند و نوع ارائه‌ای است که برای آنکه اثر مطلوب داشته باشند، لازم است. برای مثال، برخی مداخلات، درمان جایگزین مواد افیونی، برای آنکه اثربخش باشند، به ارائه مداوم و روزانه نیاز دارند و این در حالی است که مداخله‌های دیگری نظیر آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی، لازم است که تماس تنها به صورت متناوب برقرار شود.

همچنین ممکن است میزان پوشش با استفاده از نظرسنجی از نمونه‌های برگرفته از جمعیت هدف ارزیابی شود. بسیاری از شاخص‌های مرتبط با مصرف تزریقی مواد مخدر در گزارش پیشرفت "پاسخ جهانی به ایدز" (که سابقاً به آن شاخص‌های مرکزی جلسه ویژه مجمع عمومی ملل متحد (UNGASS) گفته می‌شد) مستلزم استفاده از این روش‌شناسی نظرسنجی (پیمایش) هستند. قابلیت اعتماد یافته‌های این نظرسنجی‌ها به این امر وابسته است که نمونه مورد بحث تا چه میزان نماینده جمعیت بزرگ افرادی باشد که مواد مخدر تزریق می‌کنند. ممکن است در این بررسی، تورش یا خطای سیستماتیک روی دهد، به ویژه هنگامی که به اندازه‌گیری ارائه خدمت می‌پردازیم، نمونه مورد بحث از یکی از نقاط ارائه خدمت انتخاب شده باشد.

این امر اهمیت دارد که محدودیت‌های این روش‌های متفاوت برآورد پوشش را بپذیریم و بشناسیم. در صورتی که برآوردهای پوشش با استفاده از چندین روش مختلف موجود باشد، می‌توان به ارزیابی همه‌جانبه آن دست زد.

## دوره گزارش‌دهی

اکثریت شاخص‌های پوشش توصیه‌شده که در این سند توصیف شده‌اند، ارائه مداخلات را طی یک دوره مشخص گزارش‌دهی اندازه می‌گیرند. برای شاخص‌های پیشنهادی، فاصله زمانی توصیه شده برای گزارش‌دهی، نوعاً ۱۲ ماه است، که فاصله گزارش‌دهی طبیعی برای بسیاری از سیستم‌های ثبت و گردآوری برنامه‌ریزی شده داده‌هاست. اما ممکن است در برخی محیط‌ها، مفید و مقتضی باشد که فواصل زمانی متفاوتی برای گزارش‌دهی تعریف کنیم. به ویژه، سازمان‌های وام‌دهنده‌ای نظیر صندوق جهانی یا طرح اضطراری ریاست جمهوری (آمریکا) برای کمک به ایدز ممکن است خواهان گزارش‌دهی در فواصل ۳ یا ۶ ماهه باشند.

## کد شناسه منحصر به فرد

در مورد برخی شاخص‌های توصیه‌شده، مهم است که میان تعداد متقاضیانی که به یک خدمت خاص دست می‌یابند و تعداد تماس‌های متقاضی برای آن خدمت تفاوت قائل شویم. یک مشکل رایج در گردآوری داده آن است که برنامه‌ها تعداد تماس با متقاضیان را ثبت می‌کنند و سپس این رقم را با تعداد متقاضیانی که از خدمات استفاده کرده‌اند، مخلوط می‌کنند. برای اجتناب از این نوع دوباره شماری، ممکن است ایجاد یک سیستم اکیداً ناشناخته برای شناسایی متقاضیان و ثبت مراجعات مکرر آنها لازم باشد. یک روش رایج آن است که به هر متقاضی یک کد شناسه منحصر به فرد (UIC) اختصاص بدهیم. این کد به یک خدمت امکان می‌دهد الگوی مراجعه تک تک متقاضیان را ثبت کند. این روش به طور خاص، می‌تواند نشان دهد که آیا یک متقاضی به طور مرتب از یک خدمت خاص، نظیر خدمات برنامه سوزن و سرنگ استفاده می‌کند یا نه (۲۷، ۱۱۹)، بدون اینکه لازم باشد اطلاعات هویتی نظیر نام یا شماره ملی و شماره شناسنامه او را ثبت کنیم. در صورتی که همان کد شناسه منحصر به فرد در تمامی خدمات متفاوت مورد استفاده قرار گیرد، می‌توان میزان پوشش را با دقت حتی بیشتری اندازه گرفت. خدمات ارائه شده در کشورهای مختلف سیستم‌های کد شناسه منحصر به فرد متنوع، اما مشابهی به وجود آورده‌اند.

باید سیستم کدگذاری به گونه طراحی شود که به خاطر سپردن آن برای متقاضی راحت باشد و باید با فراهم آوردن این اطمینان که نمی‌توان کد شناسه منحصر به فرد را رمزگشایی و هویت متقاضی را مشخص کرد، از محرمانه ماندن اطلاعات متقاضی حراست کرد.

در زیر مثالی از کد شناسه منحصر به فرد ارائه شده است که توسط خدمات بین‌المللی جمعیتی (PSI) ابداع شده است. سازمان‌های دیگر، از جمله دفتر منطقه غرب اقیانوس آرام سازمان بهداشت جهانی، نیز رویکردهای مشابهی به کار گرفته‌اند.

برای هر فرد یک کد ۷ رقمی ساده مرکب از ارقام زیر در نظر گرفته می‌شود:

- دو رقم نخست دو حرف اول نام کوچک مادر متقاضی
- دو حرف اول نام کوچک پدر متقاضی
- جنسیت (یک حرف م/ز یا یک عدد)
- سال تولد (دو رقم آخر)

برای مثال، کد شناسه منحصر به فرد برای مردی که در اوکراین زندگی می‌کند و در سال ۱۹۷۲ به دنیا آمده است و نام مادرش آناستازیا و نام پدرش گریگور است، ANGRM72 خواهد بود.

این امر مهم است که خدماتی که معنادان تزریقی را هدف قرار داده‌اند، به سهولت قابل دسترسی باشند. برای اجتناب از ایجاد هر گونه مانعی بر سر راه دسترسی، به کار گرفتن هر گونه سیستم کدگذاری هویتی نباید



اجباری یا به هر شکل برای دسترسی افراد به یک خدمت بازدارنده باشد. حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن باید از اهمیت عظیمی برخوردار باشد و متقاضیان باید در استفاده از این خدمات احساس امنیت کنند.

### منابع راهنمای سیستم‌های کد شناسه منحصر به فرد

● کد شناسه منحصر به فرد. برنامه کاهش تقاضای مواد مخدر با بودجه USAID در ازبکستان، تاجیکستان و دره فرغانه در قرقیزستان. مجموعه روش‌های برتر برنامه کاهش تقاضا برای مواد مخدر. آلماتی، اتحاد بین‌المللی برای جامعه باز، ۲۰۰۷ (۱۱۹).

[http://www.aidsprojects.com/wp-content/themes/apmg-1.0.1/documents/UIC\\_Eng.pdf](http://www.aidsprojects.com/wp-content/themes/apmg-1.0.1/documents/UIC_Eng.pdf)

● راهنمای شروع و مدیریت برنامه‌های سوزن و سرنگ. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷ (۲۷).

<http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/index.html>

● انگانتی و دیگران. ابزارهای نوآورانه داده: مجموعه‌ای برای مدیریت کمک‌رسانی همتایان به جمعیت‌های اصلی مورد نظر در ویتنام. مجله مراقبت و پاسخ غرب اقیانوس آرام، ۲۰۱۲ (۱۳۶).

[http://www2.wpro.who.int/NR/rdonlyres/42837210-F3DB-4FCC-9C26-220202E9CD55/0/201232003\\_LFF\\_HIV\\_VNM\\_Nga.pdf](http://www2.wpro.who.int/NR/rdonlyres/42837210-F3DB-4FCC-9C26-220202E9CD55/0/201232003_LFF_HIV_VNM_Nga.pdf)

### گردآوری و تجمیع داده‌های از برنامه‌ها

اغلب شاخص‌های پوشش که در این سند توصیف شده‌اند، نیازمند گردآوری داده از خدمات ارائه شده یا برحسب تعداد افرادی که از این خدمات استفاده یا مداخله‌ای را دریافت می‌کنند یا تعداد کل کاندوم‌ها یا وسایل تزریقی است که توزیع شده است. این داده‌ها باید از منابع متعدد گردآوری شوند. برای آنکه تجمیع این داده‌ها از منابع متعدد میسر باشد، باید روش‌های مورد استفاده در کلیه مراکز یکدست باشند. اما در اغلب کشورها، این داده‌ها توسط یک مؤسسه واحد گردآوری نمی‌شوند یا سازمان دادن به آنها و مقابله آنها در یک مرکز انجام نمی‌گیرد. اینکه یک مؤسسه واحد در سطح کشور مسئولیت مقابله منظم داده‌های ملی و گزارش دادن آنها را بر عهده داشته باشد، از مزایای بسیار برخوردار است. بانک‌های اطلاعاتی مبتنی بر وب می‌توانند تجمیع داده‌ها از مراکز گوناگون را تسهیل کنند. اگر اینترنت وجود نداشته باشد، می‌توان از کامپیوترهای غیر متصل به اینترنت یا سیستم‌های ثبت کاغذی استفاده کرد. استفاده از کد شناسه منحصر به فرد

میان مراکز متفاوت مانع از دوباره شماری به هنگام مقابله داده‌هایی می‌شود که از مراکز متعدد گردآوری شده‌اند.

این امر اهمیت دارد که داده‌ها محرمانه بمانند و اینکه داده‌ها و سوابق پزشکی که افراد را به عنوان مصرف‌کنندگان مواد مخدر مشخص می‌کنند در اختیار مؤسسات ضابط قانون، به ویژه در کشورهایی که مصرف مواد مخدر در آنها جرم به حساب می‌آید، قرار نگیرند.

نمونه‌ای از سیستم مقابله داده‌های به دست آمده از مراکز مختلف در گزارش زیر تشریح شده است:

- واحد پشتیبانی فنی برنامه منطقه آسیای اچ‌آی‌وی/ایدز، دفتر پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی استان یوننان، دفتر سلامت عمومی یوننان. کارت را خوب انجام بده: استفاده از داده‌های آنالیز برای پایش و ارزشیابی اثربخشی فعالیت‌های کاهش آسیب در استان یوننان، چین. بانکوک، دفتر کشورهای مشترک‌المنافع در استرالیا، AUSAID، ۲۰۱۱ (۱۲۰)  
<https://www.mottmac.com/article/2256/hiv-aids-asia-regional-programme>

### ۳-۵ سنجش کیفیت مداخله

کیفیت دربرگیرنده حوزه و قلمرو، کامل بودن، اثربخشی، کارآیی و ایمنی مداخلات و، مهم اینکه، مقبولیت آنها نزد گروه هدف است. کیفیت یک مداخله، در تأثیر آن بر بیماری مسری فرق چشمگیری به بار می‌آورد (۱۲۱). برای مثال، کارآیی درمان جایگزین مواد افیونی در کاهش مصرف مواد مخدر و وقوع موارد جدید اچ‌آی‌وی کاملاً مشخص است، اما اینکه چگونه درمان جایگزین مواد افیونی ارائه شود، بر اثربخشی تأثیر می‌گذارد. برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی که متادون با دوز پایین تجویز می‌کنند، تأثیر کم‌تری از آنهایی دارند که دوزهای بالا به کار می‌گیرند. برنامه‌هایی که امکان بردن دوزهای دارو را به خانه و ارجاع بیمار برای انتقال به دیگر برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی فراهم می‌کنند، تأمین پوشش بهتر و پایداری بهتر بیمار به درمان را تسهیل می‌کنند (۳۲، ۱۲۲).

استانداردهای مشخص شده کیفیت برای اجرای یک مداخله را می‌توان یا به صورت ارتقای اثربخشی مداخله یا بهبود دسترسی به مداخله و از این رو، افزایش پوشش مداخله، درک کرد.

نسخه نخست راهنمای فنی توصیه می‌کرد که کشورها گزارش دهند آیا مداخلات مذکور در بسته جامع با تبعیت از راهکارهای ملی یا بین‌المللی به اجرا درآمده‌اند یا نه. در این نسخه تجدیدنظر شده، روش ارزیابی کیفیت مشابه، اما بسط یافته‌ای برای دو مداخله "ویژه مصرف‌کننده مواد مخدر" از بسته جامع (برنامه سوزن و سرنگ و درمان جایگزین مواد افیونی) و نیز برای درمان ضد رتروویروسی برای معتادان تزریقی پیشنهاد شده است. فهرست‌های مقابله خط‌مشی و ارائه خدمت با بهره‌گیری از عوامل کیفیت تدوین شده‌اند که برای آنکه این مداخلات بیشترین اثربخشی را داشته باشند، واجد اهمیت هستند. این فهرست‌های مقابله بر راهکارهای تأییدشده‌ای استوار شده‌اند که توسط سازمان بهداشت جهانی و سازمان‌های دیگر تدوین شده‌اند.

چک‌لیست‌ها (فهرست‌های بازبینی) وجود خط‌مشی یا قانونی را ارزیابی می‌کند که ارائه و اثربخشی این مداخلات را تسهیل یا تقویت می‌کند.

چک‌لیست‌های ارائه خدمات چگونگی اجرای این مداخلات در سطح برنامه یا محل را ارزیابی می‌کند. این کار را می‌توان به صورت انفرادی (یعنی برای تنها یک محل یا برنامه) انجام داد یا نتایج را می‌توان در سطح ملی جمع‌کرد تا مشخص شود چه نسبتی از محل‌ها یا مراکز از یک استاندارد کیفی ویژه تبعیت می‌کنند. برای مثال، اگر ۳۰ مرکز از ۴۰ مرکز ارائه دهنده خدمات برنامه سوزن و سرنگ در کشور از استاندارد کیفی سیستم‌ها به گونه‌ای استقرار یافته‌اند که "این اطمینان را ایجاد کنند که موجودی انبار هیچ وقت تمام نمی‌شود"، در آن صورت، ۷۵٪ از مراکز کشور از این استاندارد تبعیت می‌کنند.

همه ارقام موجود در این چک‌لیست‌ها به درد همه محیط‌ها و شرایط نمی‌خورند. این فهرست‌ها را باید با محیط‌های محلی تطبیق داد. در این انطباق باید شواهدی که به این امر مربوط می‌شوند که کدام عوامل در اثربخشی مداخلات اهمیت دارند، به حساب آورد.

علاوه بر این چک‌لیست‌ها، چندین شاخص توصیه شده، درصد متقاضیان دریافت‌کننده مداخله‌ای که ملاک‌های کیفی ویژه‌ای را تأمین می‌کند، اندازه می‌گیرند. این ملاک‌ها عبارتند از:

درمان جایگزین مواد افیونی - Q-3	افرادی که به طور پیوسته و برای حداقل شش ماه درمان جایگزین مواد افیونی دریافت می‌کنند
درمان جایگزین مواد افیونی - Q-4	افرادی که دوز نگهدارنده درمان جایگزین مواد افیونی به میزانی بیشتر یا برابر با حداقل دوز توصیه شده دریافت می‌کنند
درمان جایگزین مواد افیونی - Q-5	بیمارانی که در فرایند درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی به سر می‌برند و حمایت‌های روانی دریافت می‌کنند

درمان ضد ترزوویروسی. Q-3	معتادان تزریقی در فرایند درمان ضد ترزوویروسی برای پایداری به درمان تقویت می‌شوند
درمان ضد ترزوویروسی. Q-4	معتادان تزریقی در فرایند درمان ضد ترزوویروسی خدمات مدیریت مورد دریافت می‌کنند

چندین شاخص پوشش و دسترسی نیز می‌توان برای اندازه‌گیری کیفیت در نظر گرفت. این شاخص‌ها از جمله عبارتند از:

آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی - A-1	تعداد مراکزی که هدفشان را معتادان تزریقی تشکیل می‌دهد و در آن آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی انجام می‌گیرد
اطلاعات، آموزش و ارتباطات - C-1	تناوب وهله‌های ارائهٔ خدمات برنامهٔ سوزن و سرنگ در مراکزی که خدمات اطلاعات، آموزش و ارتباطات ارائه می‌شود

### ۳-۶ اندازه‌گیری نتایج و اثر مداخلات

این راهکارها اساساً به اندازه‌گیری مستقیم تأثیر مداخلات نمی‌پردازند. با وجود این، تعدادی از شاخص‌ها که نتایج گوناگون را اندازه‌گیری می‌کنند به طور خلاصه توصیف شده‌اند.

#### موارد جدید وقوع اچ‌آی‌وی

تغییر در موارد جدید وقوع اچ‌آی‌وی بهترین شاخص تأثیر مداخلات پیشگیری از اچ‌آی‌وی است، اما اندازه‌گیری آن میان گروه‌هایی از مردم که مواد تزریق می‌کنند، دشوار است. می‌توان از روش‌های گوناگونی برای برآورد کردن غیرمستقیم موارد جدید وقوع استفاده کرد، اما محدودیت‌های هر روش باید به هنگام تفسیر نتایج مد نظر قرار گیرد.

از میزان شیوع اچ‌آی‌وی میان تازه‌واردین به صف مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر یا میان جوانانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، می‌توان به عنوان یک مقدار جان‌نشین برای موارد جدید وقوع استفاده کرد. اندازه‌گیری شیوع میان افرادی که جدیداً به تزریق می‌پردازند، نیازمند نظارت و مراقبت توأمان رفتاری و سرمی است - نظارت سرمی برای اندازه‌گیری میزان شیوع و نظارت رفتاری برای تفکیک مقادیر بر اساس سابقهٔ مدت زمان تزریق. اندازه‌گیری شیوع میان جوانان نیز نیازمند آن است که داده‌های ناشی از نظارت و مراقبت بر حسب سن تفکیک شوند.

استنباط میزان وقوع موارد جدید از سیستم‌های گزارش‌دهی موارد در مورد عفونت‌های جدیدی که کشف شده است، امری مشکل‌آفرین است. در این سیستم‌ها ممکن است وضعیت معتاد تزریقی بودن فرد یا سابقهٔ اعتیاد

تزریقی داشتن او مشخص نشود و ممکن است دیگر دسته‌بندی‌های انتقال عفونت، حتی اگر فرد سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر نداشته باشد، ثبت شود. علاوه بر این، مراجعه دیر هنگام، خیلی پس از نخستین علائم عفونت، میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، غیرمعمول نیست.

استفاده از روش آزمایش جدید سرم‌شناسی عفونت (RITA) برای شناخت عفونت‌های تازه می‌تواند برآورد موارد جدید وقوع را با مقداری دقت همراه کند (۱۲۳). اما استفاده منظم از آن در سیستم‌های نظارت بر اچ‌آی‌وی ممکن است در بسیاری محیط‌ها از عهده امکانات و ظرفیت فنی موجود خارج باشد. علاوه بر این، می‌توان از مدل‌سازی ریاضی برای برآورد کردن میزان وقوع موارد جدید اچ‌آی‌وی در سطح کل جمعیت استفاده کرد (۱۲۴).

## شیوع اچ‌آی‌وی

میزان شیوع اچ‌آی‌وی را می‌توان با سهولت بیشتری از میزان وقوع موارد جدید اندازه گرفت، اما هنگامی که درصدد هستیم دلایل تغییرات در نرخ‌های عفونت جدید را تشخیص دهیم، باید در تفسیر آن با دقت عمل کنیم. افزایش در میزان شیوع اچ‌آی‌وی مشاهده شده می‌تواند محصول نظارت بهتر و تکنیک‌های آزمایش بهتر باشد. کاهش‌های ظاهری می‌تواند محصول افزایش انگ‌زنی باشد که موجب بی‌میلی افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند به دادن آزمایش شود، و این در حالی است که کاهش واقعی می‌تواند حاصل مرگ و میر یا مهاجرت معتادان تزریقی باشد که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند. علاوه بر این، هنگامی که دسترسی معتادان تزریقی به درمان و مراقبت اثربخش اچ‌آی‌وی، بهتر شود، محتملاً شیوع اچ‌آی‌وی افزایش خواهد یافت، زیرا انتظار عمر افراد اچ‌آی‌وی مثبتی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، افزایش می‌یابد، حتی اگر میزان وقوع موارد جدید عفونت اچ‌آی‌وی ثابت بماند یا کاهش یابد.

## رفتارهای پرخطر اچ‌آی‌وی

پیش‌بینی‌های مدل بیانگر آن است که مداخلاتی که فواصل تزریق و استفاده مشترک از وسایل تزریق را کاهش می‌دهند، می‌توانند انتقال اچ‌آی‌وی را کاهش دهند. مطالعات موردی بیانگر آنند که پوشش بالای مداخلات پیشگیری از اچ‌آی‌وی برای افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، می‌تواند همه‌گیری بالقوه اچ‌آی‌وی در این گروه و گسترش بیشتر آن به کل جمعیت را مانع شود یا آن را به تأخیر اندازد (۱۲۵، ۱۲۶).

از این رو، شاخص‌های نتیجه که تغییرات در رفتارهای پرخطر اچ‌آی‌وی، نظیر استفاده از وسایل تزریقی که قبلاً توسط فرد دیگری استفاده شده است، فواصل تزریق و استفاده از کاندوم را بررسی می‌کنند، می‌توانند در

ارزیابی تأثیر بسته جامع مفید باشند. البته، تغییرات مشاهده شده در این رفتارها همیشه بر اثر عوامل متعدد و ترکیبی از مداخلات صورت می‌گیرد. در اغلب موارد، تغییرات را نمی‌توان به یک مداخله واحد و مجزا یا به یک پروژه یا برنامه واحد نسبت داد.

از نه شاخص مربوط به نتیجه و تأثیر که در این سند تشریح شده‌اند، پنج شاخص به داده‌هایی متکی هستند که از پیمایش‌های مربوط به زیر نظر گرفتن رفتار به دست آمده‌اند. بسیاری کشورها در حال حاضر چنین پیمایش‌هایی را به عنوان بخشی از عملیات جاری پایش بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی انجام می‌دهند و ممکن است به طور متناوب از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر به عنوان یک جمعیت خاص نظرسنجی کنند. پیمایش بین‌المللی زیر نظر داشتن رفتار برای سلامت خانواده (BSS) (۱۲۷) روش رایجی به شمار می‌رود. این روش رفتارهای پرخطر اچ‌آی‌وی، نظیر استفاده از کاندوم و روش‌های تزریق بی‌خطر و نیز دسترسی به آزمایش اچ‌آی‌وی را ارزیابی می‌کند.

هنگامی که به مطالعه رفتاری یا سرم‌شناسی افرادی می‌پردازیم که مواد مخدر تزریق می‌کنند، و هنگامی که به تفسیر نتایج آنها می‌پردازیم، این نکته اهمیت دارد که میزان نماینده بودن نمونه‌هایی که مورد استفاده قرار داده‌ایم و میزان خطای استاندارد بالقوه‌ای که با چگونگی و کجایی انتخاب شرکت‌کنندگان مرتبط است را مورد توجه قرار دهیم. به دست آوردن نمونه از افراد که مواد مخدر تزریق می‌کنند و نماینده جمعیت وسیع معتادان تزریقی باشند، کار دشواری است. در صورتی که نمونه‌ها از تعداد محدود و طیف محدودی از مراکز اخذ شوند یا در صورتی که نمونه‌گیری اساساً از طریق خدماتی نظیر مراکز درمانی یا برنامه‌های سوزن و سرنگ انجام گیرد، ممکن است خطای سیستماتیک (چولگی) قابل توجهی وارد نتایج شود. روش‌هایی نظیر نمونه‌گیری با "هدایت پاسخ‌دهنده" می‌تواند این گونه خطای سیستماتیک را کاهش دهد، اما این روش‌ها به ظرفیت فنی و منابع ویژه نیاز دارند و برای انجام وقت‌گیر هستند (۱۲۸).

گردآوری داده‌های جمعیتی و دیگر داده‌ها در مطالعات نظارتی، تفکیک و تحلیل مفید را امکان‌پذیر می‌کند. برای مثال، ممکن است به تفاوت‌هایی میان افراد جوان و بزرگسال و میان مردان و زنان پی ببریم.

## منابع راهنما در مورد زیرنظر گرفتن اچ‌آی‌وی

- گروه کار UNAIDS / سازمان بهداشت جهانی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز جهانی و زیرنظر گرفتن عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی. راهکارهایی در مورد زیرنظر گرفتن جمعیت‌هایی که بیشتر از همه در معرض خطر اچ‌آی‌وی قرار دارند. ژنو، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۱۱ (۱۲۹)  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)
- پیمایش نظارت‌ها: راهکارهایی برای پیمایش مکرر رفتاری در جمعیت‌های در معرض خطر اچ‌آی‌وی. رالی، سازمان بین‌المللی سلامت خانواده، ۲۰۰۰ (۱۲۷)  
[http://www.who.int/hiv/strategic/en/bss\\_fhi2000.pdf](http://www.who.int/hiv/strategic/en/bss_fhi2000.pdf)
- سالگانیک ام، هکرتورن دی. نمونه‌گیری و برآورد در جمعیت‌های پنهان با استفاده از نمونه‌گیری با هدایت پاسخ‌دهنده. روش جامعه‌شناختی، ۲۰۰۴، ۳۴(۱): ۲۴۰-۱۹۳ (۱۲۸)

## ۳-۷ تفکیک داده‌ها

جمعیت‌های مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر ناهمگون هستند. در داخل این جمعیت‌ها، ویژگی‌های گوناگون افراد ممکن است با ریسک‌های متفاوت اچ‌آی‌وی، نرخ‌های متفاوت بهره‌برداری از خدمات و نتایج سلامتی متفاوت توأم باشد. در پایش و پوشش تأثیر بسته جامع، کار ارزشمندی است که داده‌ها را تفکیک کنیم تا ناهمگونی‌هایی که ممکن است وجود داشته باشد و باید مورد توجه قرار داد، بشناسیم.

### تفکیک بر حسب جنس

زنان و دخترانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، در مقایسه با هم‌تایان مردشان، اغلب با موانع بیشتری در دسترسی به خدمات پیشگیری و مراقبت از اچ‌آی‌وی روبه‌رو می‌شوند (۱۳۰). گذشته از این، معتادان تزریقی که فراجنسیتی تشخیص داده می‌شوند، معمولاً با سطوح قابل توجهی از تبعیض و طرد روبه‌رو می‌شوند. از این رو، ممکن است مفید باشد که اطلاعات را بر اساس تفکیک جنسیتی گردآوری کنیم و از این داده‌ها همراه با برآوردهای ویژه جنسی برای مخرج کسر استفاده کنیم و این ناهمخوانی را پایش نماییم.

## تفکیک بر حسب سن

در بسیاری محیط‌ها، افراد جوان ممکن است نرخ‌های دسترسی کم‌تری به خدمات پیشگیری و مراقبت از اچ‌آی‌وی داشته باشند. این امر ممکن است به علل گوناگون روی دهد، از جمله تبعیض سنی توسط برنامه‌ها، قوانین و خط‌مشی‌هایی که قرار دادن این خدمات در اختیار افرادی کم‌تر از سن معین را ممنوع می‌دانند و این احساس افراد جوان که این خدمات نیازهای آنها را برآورده نمی‌کنند.

بنابراین، ما پیشنهاد می‌کنیم داده‌های شاخص به سه گروه سنی تفکیک شود<sup>۱</sup>:

- ۱۸ سال سن یا کم‌تر ( $\leq 18$ )
- بیشتر از ۱۸ سال سن و کم‌تر از ۲۵ سال سن ( $18 < \text{سن} < 25$ )
- ۲۵ سال سن و بیشتر ( $\geq 25$  سن)

## تفکیک بر حسب نوع مواد مخدر تزریقی

نوع مواد مخدری که فرد تزریق می‌کند، می‌تواند بر خطری که در رابطه با اچ‌آی‌وی به بار می‌آورد، تأثیر داشته باشد. برای مثال، استفاده از محرک‌های نوع آمفتامین با بالا رفتن ریسک جنسی و در برخی موارد، با کاهش فاصله تزریق همراه است. همچنین، نوع مواد مخدری که فرد به آن وابسته است، در انتخاب گزینه‌های درمان تأثیر دارد. تفکیک بر حسب نوع مواد مخدر تزریقی به صورت زیر توصیه شده است:

- مواد افیونی (شامل مواد افیونی دارویی، هروئین، دیگر مشتقات تریاک)
- محرک‌ها (شامل کوکائین و محرک‌های نوع آمفتامین)
- غیره (می‌تواند شامل بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها و دیگر مواد آرام‌بخش و روان‌گردان باشد)

این نکته مهم است که توجه داشته باشیم در بسیاری محیط‌ها مصرف مواد مخدر متعدد و اینکه افراد بیش از یک نوع ماده مخدر را، برخی را از طریق تزریق و دیگران را از طریق دیگر روش‌های دیگر، مصرف کنند، امر رایجی است.

<sup>۱</sup> انتخاب تفکیک‌های سنی در پی مشاوره با شرکای جنسی بیماران انجام گرفت.



### ۳-۸ تعیین هدف

این نکته مهم است که برای هر یک از شاخص‌هایی که در بخش‌های قبلی توصیف کردیم، هدف‌هایی تعیین کنیم تا به طور استراتژیک پاسخ اثربخشی برای این بیماری همه‌گیر میان افرادی که به تزریق مواد مخدر می‌پردازند، برنامه‌ریزی و ایجاد کنیم. هدف‌ها باید با هدف دستیابی به کاهش ریسک اچ‌آی‌وی تعیین شوند که برای کنترل این بیماری همه‌گیر کافی باشد. هدف‌های تعیین شده برای سنجش نتایج - به ویژه، شیوع و موارد جدید وقوع اچ‌آی‌وی - نیز واجد اهمیتند. در اعلامیه سیاسی درباره اچ‌آی‌وی/ایدز در سال ۲۰۱۱، کشورهای عضو متعهد شدند انتقال اچ‌آی‌وی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند را تا سال ۲۰۱۵ به میزان ۵۰٪ کاهش دهند (۸).

هدف‌ها در کشورهای متفاوت متفاوتند و باید بیانگر عوامل محلی، از جمله ماهیت همه‌گیری اچ‌آی‌وی و مصرف تزریقی مواد مخدر، وضعیت کنونی پاسخ، منابع و ظرفیت موجود و عوامل ساختاری که شکل‌دهنده ریسک هستند و بر میزان تأثیر مداخلات اثر می‌گذارند، باشند. از این رو، برای کشورها ضروری است که فرایندی برای هدف‌گذاری اختیار کنند که با وضعیت این بیماری همه‌گیر و بافت و موقعیت جامعه‌شان مرتبط باشد. اهداف باید بلندپروازانه باشد، اما در عین حال قابل حصول. برای این منظور اتخاذ یک رویکرد واقع‌بینانه و عملی لازم است.

مفید است که نخست مقیاس پاسخ جاری را اندازه بگیریم و سپس بررسی کنیم که با توجه به منابع و ظرفیت فنی موجود، ظرف یک مدت زمان تعیین شده چه میزان می‌توان این مقیاس را بالا برد و چه میزان ظرفیت و منابع اضافی برای این منظور بسیج کرد.

به دلیل آنکه تعامل عوامل متعدد تعیین‌کننده خطر اچ‌آی‌وی و تأثیر مداخله در یک محیط خاص امر پیچیده‌ای است، هیچ‌گونه فرمول عامی برای تعیین هدف وجود ندارد. اما میسر است از انواع گوناگون شواهد موجود، که از طیف متنوعی از محیط‌ها گردآوری شده‌اند، برای پیشنهاد کردن اهداف مناسبی مبتنی بر شواهد علمی و مرتبط با محیط محلی استفاده کرد.

عوامل متعددی ممکن است بر تأثیر یک مداخله در پیشگیری از اچ‌آی‌وی اثر بگذارند که باید این عوامل را به هنگام تعیین هدف مد نظر قرار داد. در حالت پیشگیری از انتقال مرتبط با تزریق اچ‌آی‌وی، این عوامل از جمله عبارتند از:

- وجود و میزان پوشش دیگر مداخلات مذکور در بسته جامع (مداخلاتی که توأمان ارائه می‌شوند، بیشترین تأثیر را به جا می‌گذارند)
- میزان شیوع کنونی اچ‌آی‌وی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند
- میزان شیوع اچ‌آی‌وی میان کل جمعیت
- میزان شیوع و دفعات استفاده از وسایل تزریقی که قبلاً توسط شخص دیگر استفاده شده‌اند
- مدت زمانی که سرنگ‌های استفاده شده در گردش باقی می‌مانند، مدت زمانی که طی آن این سرنگ‌ها ممکن است به دفعات استفاده شوند
- روش‌های دور ریختن سرنگ‌های مصرف‌شده، شامل میزان پوشش و میزان بهره‌برداری از سیستم‌های دفع وسایل استفاده شده
- میزان بزرگی و به هم پیوستگی شبکه‌های مصرف تزریقی مواد مخدر و میزان تحرک و جابه‌جایی افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند
- میانگین تعداد افراد دیگری که از وسایل تزریقی یک معتاد تزریقی مجدداً استفاده می‌کنند
- نوع مواد مخدر تزریقی
- نوع سرنگ‌های مورد استفاده (سرنگ‌هایی که حجم فضای مرده‌شان بزرگ‌تر است ممکن است خطر انتقال بیماری بیشتری داشته باشند) (۲۸، ۲۹)

این راهنمای فنی سطوح مشخصه هدف را برای شاخص‌های برگزیده ارائه می‌دهد که به طور کلی به عنوان پایین، متوسط یا بالا تعریف می‌شوند. برای مثال:

- درصد معتادان تزریقی که طی ۱۲ ماه گذشته، به طور مرتب از خدمات برنامه سوزن و سرنگ برخوردار می‌شدند (برنامه سوزن و سرنگ. C-2)  
پایین: کم‌تر از ۲۰٪، متوسط: ۲۰٪-۶۰٪، بالا: بیشتر از ۶۰٪
- درصد افراد دارای وابستگی به مواد افیونی که از خدمات درمان جایگزین مواد افیونی استفاده می‌کنند (درمان جایگزین مواد افیونی. C-1)  
پایین: کم‌تر از ۲۰٪، متوسط: ۲۰٪-۴۰٪، بالا: بیشتر از ۴۰٪
- درصد معتادان تزریقی مبتلا به اچ‌آی‌وی دارند که از درمان ضد رتروویروسی استفاده می‌کنند (درمان ضد رتروویروسی. C-1)  
پایین: کم‌تر از ۲۵٪، متوسط: ۲۵٪-۷۵٪، بالا: بیشتر از ۷۵٪

هدف از تعیین این هدف‌ها آن است که تنها اجمالاً گویای وضعیت باشند و کشورها برای ارزیابی اینکه لازم است کدام هدف‌ها را برای خود تعیین کنند، باید محیط و مقتضیات محلی را مد نظر قرار دهند. هدف‌های انتخاب شده باید کسانی را که برنامه‌ها را اجرا می‌کنند، قادر سازد که بدانند آیا با کارشان تفاوتی در وضع این بیماری واگیر ایجاد می‌کند یا نه و لازم است خدمات را در کدام سطح حفظ کنند یا گسترش دهند تا به صورتی اثربخش این بیماری را کنترل کنند. در آینده و با به دست آمدن شواهد تازه‌تر و قوی‌تر، سطح این هدف‌های گویا را می‌توان تغییر داد.

این امر اهمیت دارد که توجه داشته باشیم هنگام تعیین هدف یا شاخصی که نیازمند یک برآورد قابل اعتماد از اندازه جمعیت است، اما ما در جایی قرار داریم که هیچ‌گونه برآوردی از این نوع وجود ندارد، همچنان مهم است که برای صورت کسر این شاخص‌ها هدف تعیین کنیم. برای مثال، اگر هنگام تعیین هدف برای توزیع وسایل تزریق تمیز، هیچ برآوردی از اندازه جمعیت برای معتادان تزریقی وجود نداشته باشد، مفید خواهد بود که هدف‌هایی برای کل تعداد سوزن- سرنگ توزیعی تعیین کنیم.

#### اصول کلی که باید به هنگام تعیین سطوح هدف‌ها در نظر گرفت

- مداخله هنگامی بیشترین تأثیر را دارد که چندین مداخله هم‌زمان انجام گیرند- مهم‌تر از همه هنگامی است که برنامه‌های سوزن و سرنگ، درمان جایگزین مواد افیونی و درمان ضد رتروویروسی همگی وجود داشته باشند.
- مداخلاتی که با کیفیت بالاتر ارائه می‌شوند، تأثیر بیشتری از مداخلاتی باقی می‌گذارند که با کیفیت کم‌تر اجرا شده‌اند.
- معمولاً تا زمانی که سطح بهینه حداکثری به دست نیامده باشد، سطوح بالاتر پوشش نسبت به سطوح پایین‌تر برتری دارند.
- در حالی که پوشش مداخله بالاتر کاهش‌های بیشتری در خطر اچ‌آی‌وی و، از این رو موارد جدید وقوع، به بار می‌آورد، اما این رابطه لزوماً خطی نیست.
- هر قدر سطح شیوع اچ‌آی‌وی بالاتر باشد (هم در کل جمعیت و هم میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند)، سطح پوشش پیشگیری بالاتری لازم خواهد بود (۱۳۱).
- هر قدر مداخله زودتر در فرایند بیماری همه‌گیر به کار گرفته شود، در کنترل گسترش اچ‌آی‌وی اثربخش‌تر خواهد بود.

### کشورها چگونه باید هدف‌گذاری کنند؟

- فرایند هدف‌گذاری باید با تشریک مساعی اجرا شود و باید دربرگیرنده طیف گسترده‌ای از گروه‌های ذینفع، از جمله نمایندگان از دولت و جامعه مدنی، نمایندگان معتادان تزریقی، ارائه‌دهندگان خدمات و پزشکان باشد.
- یکی از نقاط شروع مفید برای کشورها آن است که نقشه‌ای از خدمات موجود در سطح کشور تهیه کنند که برحسب نوع خدمات ارائه شده تفکیک شده باشد.
- به دنبال تهیه نقشه خدمات موجود، گام بعدی آن است که سطوح کنونی پوشش را اندازه بگیرند تا به عنوان مبنایی برای سنجش میزان پیشرفت در آینده به کار رود.
- برآوردهای اندازه جمعیت نیز باید انجام گیرد تا مقیاس پاسخ مورد نیاز مشخص شود. از این برآوردهای اندازه جمعیت برای محاسبه برآورد شاخص‌های پوشش استفاده می‌شود.
- کشورها تشویق می‌شوند سطوح هدف واقع‌بینانه و قابل حصولی برای خود تعیین کنند و همچنین یک دوره زمانی که طی آن به این اهداف دست یابند.
- توصیه می‌شود که روش‌هایی برای پایش خدمات برقرار یا روش‌های موجود به گونه‌ای اصلاح شود که سنجش پیشرفت به سمت این اهداف را بهتر کند.
- کشورها باید چه منابعی در اختیار دارند و برای دستیابی به هدف‌های تعیین شده و تأثیرگذاری بر بیماری همه‌گیر اچ‌آی‌وی به چه منابع اضافی نیاز دارند.

### ۳-۹ گام‌های بعدی پس از تعیین اهداف

هنگامی که اهداف تعیین شدند، باید آنها را عملیاتی و پایش کرد. این امر نیازمند تهیه یک طرح عملیاتی و یک چارچوب پایش و ارزشیابی بر پایه این اهداف است. راهنمایی در مورد این فرایند از حوصله این سند خارج است، اما در اسناد زیر ارائه شده است.

## منابع راهنما در مورد عملیاتی کردن و پایش و ارزشیابی مداخلات

- راهنمای شروع و مدیریت برنامه‌های سوزن و سرنگ. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ادارهٔ اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۰۷، (۲۷)  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/index.html>
- راهکارهای درمان دارویی با کمک روانی-اجتماعی برای مدیریت وابستگی به مواد افیونی، ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹ (۳۹)  
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>
- درمان و بازتوانی سوءمصرف مواد مخدر: راهنمای عملی برنامه‌ریزی و اجرا. وین، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، ۲۰۰۳ (۱۳۲).  
[http://www.unodc.org/pdf/report\\_2003-07-17\\_1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf)
- چارچوبی برای پایش و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی برای جمعیت‌هایی که بیش از همه در خطر قرار دارند. ژنو، برنامهٔ مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۰۸ (۱۳۳).  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/17\\_Framework\\_ME\\_Prevention\\_Prog\\_MARP\\_E.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf)

## ۴. شاخص‌ها

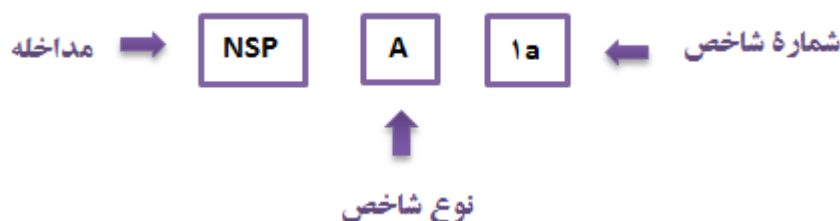
### ۴-۱ خلاصه شاخص‌ها

در زیر، فهرست شاخص‌های پیشنهادی برای برآورد کردن اندازه جمعیت و بررسی فراهمی، پوشش، کیفیت و نتایج/تأثیرات بسته جامع ارائه شده است.

در بخش‌های بعدی، هر شاخص به تفصیل تشریح شده است.

شاخص‌هایی که با حروف سیاه نوشته شده‌اند و با علامت \* مشخص شده‌اند را می‌توان شاخص‌های کلیدی به حساب آورد که کشورها باید دست کم برای اندازه‌گیری آنها اقدام کنند. شاخص‌های کلیدی اولویت‌دار با دو ستاره (\*\*\*) مشخص شده‌اند. دیگر شاخص‌هایی که فهرست آنها ارائه شده است، برای پایش و ارزشیابی کامل‌تر اجرای بسته جامع، کمک به تدوین برنامه استراتژیک و بهبود آن مفید هستند.

هر شاخص یک شماره مرجع دارد که به نوع شاخص و مداخله‌ای که به بررسی آن پرداخته است، مربوط می‌شود. به قرارداد زیر برای تعیین شماره شاخص‌ها عمل می‌شود:



علائم اختصاری مورد استفاده برای نشان دادن نوع شاخص	
برآورد اندازه جمعیت	(Pop)
فراهمی	ا (A)
پوشش	(C)
کیفیت	(Q)
نتیجه/تأثیر	(OI)
علائم اختصاری مورد استفاده برای نشان دادن مداخله	
برنامه‌های سوزن و سرنگ	(NSP)
درمان جایگزین مواد افیونی	(OST)
درمان وابستگی به مواد مخدر دیگر	(ODT)
آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی	(HTC)
درمان ضد رتروویروسی	(ART)
پیشگیری، تشخیص و درمان عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی	(STI)
برنامه‌های توزیع کاندوم برای معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها	(Cdm)
اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند برای معتاد تزریقی و شرکای جنسی او	(IEC)
پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان برای هپاتیت ویروسی	(Hep)
پیشگیری، تشخیص و درمان سل	(TB)

### برآوردهای اندازه جمعیت

<b>بر آورد تعداد افرادی که مواد مخدر تزریق می کنند</b>	<b>*Pop-1</b>
بر آورد تعداد افراد دارای وابستگی به مواد افیونی	Pop-2
بر آورد تعداد افراد دارای وابستگی به مواد افیونی که مواد تزریق می کنند	Pop-3
<b>بر آورد تعداد افرادی که مواد مخدر تزریق می کنند و اچ آی وی دارند</b>	<b>*Pop-4</b>
بر آورد تعداد افرادی که اچ آی وی دارند	Pop-5
بر آورد تعداد افرادی که مواد مخدر تزریق می کنند و هپاتیت سی دارند	Pop-6

### برنامه های سوزن و سرنگ

<b>تعداد و محل مراکزی که در آنها سوزن و سرنگ توزیع می شود</b>	<b>NSP.A.1**</b>
<b>کیفیت سوزن و سرنگ های توزیع شده</b>	<b>NSP.C.1**</b>
تعداد معتادان تزریقی که به طور مرتب از خدمات برنامه های سوزن و سرنگ برخوردار می شوند	NSP.C.۲
تعداد معتادان تزریقی که توسط برنامه های سوزن و سرنگ کمک رسانی می شوند	NSP.C.۳
تعداد مواردی که خدمات می گیرند (کل تماس ها)	NSP.C.۴
<b>خط مشی و قوانین ملی - برنامه های سوزن و سرنگ</b>	<b>NSP.Q.1*</b>
<b>کیفیت ارائه خدمات برنامه سوزن و سرنگ</b>	<b>NSP.Q.2*</b>

### درمان جایگزین مواد افیونی و درمان وابستگی به دیگر مواد مخدر

وجود درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی	OST.A.1
<b>تعداد و محل مراکز درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی</b>	<b>OST.A.2**</b>
ظرفیت برنامه درمان جایگزین مواد افیونی	OST.A.3
وجود درمان وابستگی به مواد مخدر، غیر از درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی	ODT.A.1
تعداد مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر، غیر از درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی	ODT.A.2
<b>افرادی که درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی دریافت می کنند</b>	<b>OST.C.1**</b>
افرادی که درمان وابستگی به مواد مخدری غیر از درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی دریافت می دارند	ODT.C.1
<b>خط مشی و قوانین ملی - درمان جایگزین مواد افیونی</b>	<b>OST.Q.1*</b>
<b>کیفیت ارائه خدمات برنامه درمان جایگزین مواد افیونی</b>	<b>OST.Q.2*</b>
افرادی که درمان جایگزین مواد افیونی را به طور مداوم برای حداقل ۶ ماه دریافت می کنند	OST.Q.3*
افرادی که دوز نگهدارنده درمان جایگزین مواد افیونی را به میزانی بیشتر یا برابر با حداقل دوز توصیه شده دریافت می کنند	OST.Q.4*
تعداد افرادی که در شرایط نگهدارنده درمان جایگزین مواد افیونی قرار دارند و از حمایت های روان شناختی برخوردار می شوند	OST.Q.5

### آزمایش و مشاوره اچ آی وی

تعداد مراکزی که گروه معتادان تزریقی را هدف گرفته اند و در آنها خدمات آزمایش و مشاوره اچ آی وی نیز ارائه می شود	HTC.A.1*
تعداد معتادان تزریقی که طی ۱۲ ماه گذشته آزمایش اچ آی وی شده اند.	HTC.C.1**

### درمان ضد رتروویروسی

وجود درمان ضد رتروویروسی برای معتادان تزریقی	ART.A.1*
تعداد مراکزی که هدفشان خدمت دادن به معتادان تزریقی است و در آنها خدمات درمان ضد رتروویروسی ارائه می شود	ART.A.2
تعداد معتادان تزریقی که درمان ضد رتروویروسی دریافت می کنند	ART.C.1**
دسترسی نسبی به درمان ضد رتروویروسی	ART.C.2
خطمشی و قوانین ملی - درمان ضد رتروویروسی برای معتادان تزریقی	ART.Q.1*
کیفیت ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی به معتادان تزریقی	ART.Q.2*
معتادان تزریقی در فرایند درمان ضد رتروویروسی که حمایت های پایبندی به درمان دریافت می کنند	ART.Q.3
معتادان تزریقی در فرایند درمان ضد رتروویروسی که خدمات مدیریت مورد دریافت می کنند	ART.Q.4

### پیشگیری، تشخیص و درمان عفونت های منتقل شده از طریق روابط جنسی

تعداد معتادان تزریقی که در مراکزی که هدفشان را ارائه خدمات به معتادان تزریقی قرار داده اند، از نظر عفونت های قابل انتقال از طریق روابط جنسی، غربالگری یا درمان شده اند	STI.C.1
--	---------

### برنامه های توزیع کاندوم برای معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها

تعداد کاندوم های توزیع شده توسط مراکزی که هدفشان را خدمات دادن به معتادان تزریقی قرار داده اند	Cdm.C.1
تعداد معتادان تزریقی که طی ۱۲ ماه کاندوم دریافت می کنند	Cdm.C.2

### اطلاعات، آموزش و ارتباطات برای معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها

فاصله دفعات ارائه خدمات سوزن و سرنگ در مراکزی که خدمات اطلاعات، آموزش و ارتباطات نیز ارائه می شود	IEC.C.1*
تعداد معتادان تزریقی که خدمات اطلاعات، آموزش و ارتباطات دریافت می کنند	IEC.C.2



### پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت ویروسی

تعداد مراکز خدمت‌دهی به معتادان تزریقی که واکسیناسیون هپاتیت بی انجام می‌دهند	Hep.A.1
تعداد مراکز خدمت‌دهی به معتادان تزریقی و مراکز ارائه‌دهندهٔ درمان ضد رتروویروسی که درمان هپاتیت بی انجام می‌دهند	Hep.A.2
<b>میزان وجود درمان هپاتیت سی برای معتادان تزریقی</b>	<b>Hep.A.3*</b>
تعداد مراکز خدمت‌دهی به معتادان تزریقی و مراکز ارائهٔ درمان ضد رتروویروسی که خدمات مدیریت و درمان ویروس هپاتیت سی ارائه می‌دهند	Hep.A.4
<b>تعداد معتادان تزریقی که واکسیناسیون ویروس هپاتیت بی از مراکز خدمات دهی به معتادان تزریقی دریافت می‌کنند</b>	<b>Hep.C.1*</b>
تعداد معتادان تزریقی که درمان ویروس هپاتیت بی از مراکز خدمت‌دهی به معتادان تزریقی و مراکز ارائهٔ درمان ضد رتروویروسی، دریافت می‌کنند.	Hep.C.2
<b>تعداد معتادان تزریقی که درمان ویروس هپاتیت سی از مراکز خدمت‌دهی به معتادان تزریقی و مراکز ارائهٔ درمان ضد رتروویروسی، دریافت می‌کنند.</b>	<b>Hep.C.3*</b>

### پیشگیری، تشخیص و درمان سل

کنترل عفونت سل در مراکز خدمات‌دهی به معتادان تزریقی	TB.A.1
تعداد مراکز خدمات‌دهی به معتادان تزریقی که درمان پیشگیری از سل ارائه می‌دهند	TB.A.2
<b>تعداد مراکز خدمات‌دهی به معتادان تزریقی که خدمات تشخیص و درمان سل ارائه می‌دهند</b>	<b>TB.A.3*</b>
ارزیابی وضعیت سل معتادان تزریقی از طریق خدمات درمان و مراقبت اچ‌آی‌وی	TB.C.1
تعداد معتادان تزریقی که اچ‌آی‌وی دارند و درمان پیشگیری ایزونازید را شروع کرده‌اند (IPT)	TB.C.2

### شاخص‌های نتیجه/تأثیر

<b>میزان کاهش وقوع موارد جدید عفونت اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی</b>	<b>OI.1</b>
<b>میزان کاهش شیوع عفونت اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی</b>	<b>OI.2</b>
<b>افزایش استفاده از وسایل تزریق استریل توسط معتادان تزریقی</b>	<b>OI.3</b>
کاهش تناوب تزریق	OI.4
افزایش آگاهی از اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی	OI.5
<b>کاهش موارد جدید وقوع ایدز میان معتادان تزریقی</b>	<b>OI.6</b>
کاهش مرگ و میر مرتبط با ایدز میان معتادان تزریقی	OI.7
کاهش موارد جدید وقوع عفونت‌های منتقل شده از طریق روابط جنسی میان معتادان تزریقی	OI.8
<b>افزایش استفاده از کاندوم میان معتادان تزریقی</b>	<b>OI.9</b>

\* شاخص اصلی

\*\* شاخص اصلی دارای اولویت

## ۴-۲ برآوردهای اندازه جمعیت

برآورد تعداد افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند (PWID) برآورد تعداد معتادان تزریقی فعال، که به صورت تعداد افرادی که در زمانی طی ۱۲ ماه گذشته مواد مخدر تزریق کرده‌اند، تعریف می‌شود	Pop.1 *
جنس: مرد، زن، فرانسیت سن: کمتر از ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ و کمتر از ۲۵، بیشتر از ۲۵ سال نوع مواد مخدر تزریقی (همچنین به Pop.3 مراجعه کنید): مواد مخدر افیونی، محرک‌ها (شامل محرک‌های نوع آمفتامین و فرآورده‌های کوکائین)، غیره (شامل بنزودیازپین‌ها)	تفکیک پیشنهادی
IEC.C.2، Cdm.C.1، STI.C.1، HTC.C.1، OST.C.1، NSP.C.1، NSP.C.1، NSP.C.1، NSP.C.1	شاخص‌هایی که از برآورد استفاده می‌کنند

برآورد تعداد افراد دارای وابستگی به مواد افیونی	Pop.2
جنس: مرد، زن، فرانسیتی سن: کم‌تر از ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر از ۲۵ سال	تفکیک پیشنهادی
OST.C.1	شاخص‌هایی که از برآورد استفاده می‌کنند

برآورد تعداد افراد دارای وابستگی به مواد افیونی که مواد مخدر تزریق می‌کنند	Pop.3
جنس: مرد، زن، فرانسیتی سن: کم‌تر از ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر از ۲۵ سال	تفکیک پیشنهادی
OST.C.1	شاخص‌هایی که از برآورد استفاده می‌کنند

برآورد تعداد افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و اچ‌آی‌وی دارند	Pop.4 *
جنس: مرد، زن، فرانسیتی سن: کم‌تر از ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر از ۲۵ سال نوع ماده مخدر تزریقی (همچنین به Pop.3 نیز مراجعه کنید): مواد افیونی، محرک‌ها (شامل محرک‌های نوع آمفتامین و فرآورده‌های کوکائین)، غیره (شامل بنزودیازپین‌ها)	تفکیک پیشنهادی
ART.C.2، ART.C.1	شاخص‌هایی که از این برآورد استفاده می‌کنند
با ضرب کردن برآورد میزان شیوع اچ‌آی‌وی در برآورد تعداد معتادان تزریقی به دست می‌آید. احتمالاً عدم اطمینان قابل توجهی هم در مورد برآورد اندازه جمعیت معتادان تزریقی و هم برآورد شیوع اچ‌آی‌وی وجود دارد،	توضیح

در نتیجه، هنگامی که این دو عدم اطمینان با هم ترکیب شوند، عدم اطمینان مربوط به برآورد تعداد معتادان تزریقی که اچ آی وی دارند، ممکن است قابل توجه باشد. از داده‌های اچ آی وی ثبت شده نیز می‌توان استفاده کرد، اما این داده‌ها نیز احتمالاً کم‌تر از میزان واقع هستند.	
---	--

<b>برآورد تعداد افرادی که اچ آی وی دارند</b>	<b>Pop.5</b>
جنس: مرد، زن، فرجنسیتی سن: کم‌تر از ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر از ۲۵ سال	تفکیک پیشنهادی
<b>ART.C.2</b>	شاخص‌هایی که از این برآورد استفاده می‌کنند

<b>برآورد تعداد افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و به عفونت ویروس هپاتیت سی آلوده شده‌اند</b>	<b>Pop.6</b>
جنس: مرد، زن، فرجنسیتی سن: کم‌تر از ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر از ۲۵ سال نوع ماده مخدر تزریقی (همچنین به Pop3 نیز مراجعه کنید): مواد افیونی، محرک‌ها (شامل محرک‌های نوع آمفتامین و فراورده‌های کوکائین)، غیره (شامل بنزودیازپین‌ها)	تفکیک پیشنهادی
<b>Hep.C.3</b>	شاخص‌هایی که از این برآورد استفاده می‌کنند
با ضرب کردن برآورد میزان شیوع اچ سی وی در برآورد تعداد معتادان تزریقی به دست می‌آید. احتمالاً عدم اطمینان قابل توجهی هم در مورد برآورد اندازه جمعیت معتادان تزریقی و هم برآورد شیوع اچ سی وی وجود دارد، در نتیجه، هنگامی که این دو عدم اطمینان با هم ترکیب شوند، عدم اطمینان مربوط به برآورد تعداد معتادان تزریقی که هپاتیت سی دارند، ممکن است قابل توجه باشد. از داده‌های اچ سی وی ثبت شده نیز می‌توان استفاده کرد، اما این داده‌ها نیز احتمالاً کم‌تر از میزان واقع هستند.	توضیح

## ۴-۳ بسته جامع

### ۱. برنامه‌های سوزن و سرنگ

<p>تعداد و محل مراکزی که در آنها سوزن و سرنگ قابل تهیه است</p>		NSP.A.1	
<p>این شاخص‌ها به تعداد مراکزی توجه دارند که در آنها وسایل تزریق پاک یا به صورت رایگان یا برای خرید، ارائه می‌شوند و نیز به وجود یا فقدان این مراکز در محل‌هایی توجه نشان می‌دهند که همه می‌دانند در آنها افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، زندگی می‌کنند.</p> <p>تفکیک توصیه شده: محله (جامعه محلی) / زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته</p>		**	
توضیحات:	منابع داده:	شاخص:	
<p>برنامه‌های سوزن و سرنگ ممکن است در طیف گسترده‌ای از مکان‌ها و در مدل‌های خدماتی متنوعی، از جمله در نقاط ثابت، خدمات سیار و فعالیت‌های کمک‌رسانی، ارائه شوند. برای اهداف گزارش‌دهی این شاخص، توصیه شده است که برای مکانی که به آن "مرکز" می‌گوییم، شرایط زیر باید برقرار باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>این مرکز یا در یک مکان ثابت قرار دارد یا توسط خدمات سیار یا کمک‌رسانی تغذیه می‌شود.</li> <li>اگر در یک مکان ثابت قرار دارد، باید ساعات کار همیشگی و منظم داشته باشد.</li> <li>اگر خدمات سیار ارائه می‌دهد، باید در آن مرکز به صورت همیشگی و منظم فعالیت کند.</li> <li>اگر به صورت کمک‌رسانی عمل می‌کند، باید به آن محل خاص یا ناحیه تعریف شده به کمک امدادگران به طور همیشگی و منظم مراجعه داشته باشد.</li> <li>این عدد شامل داروخانه‌هایی که به طور رایگان سوزن و سرنگ در اختیار متقاضیان قرار می‌دهند نیز می‌شود، اما شامل آنهایی که سوزن و سرنگ می‌فروشند، نمی‌شود.</li> </ul>	داده‌های برنامه	تعداد مراکز برنامه سوزن و سرنگ	NSP.A.1 a
<p>در برخی کشورها، ممکن است بتوان وسایل تزریق را از داروخانه‌ها خرید و این در حالی است که در کشورهای دیگر، خرید وسایل تزریق ممکن است محدودتر باشد،</p>	داده‌های برنامه	تعداد داروخانه‌ها یا فروشگاه‌های دیگری که در آنها سوزن و سرنگ برای فروش عرضه می‌شود	NSP.A.1b

<p>برای مثال، تنها برخی فروشگاه‌ها سوزن و سرنگ در اختیار متقاضیان قرار دهند.</p>			
<p>برای اطلاعات بیشتر در مورد اندازه‌گیری و تفسیر این شاخص به بخش ۳-۴، بخش ۴ مراجعه کنید  هدف‌های ممکن:  پایین <math>\rightarrow</math> ۶۰٪ <math>\rightarrow</math> متوسط <math>\leftarrow</math> ۸۰٪ <math>\leftarrow</math> بالا</p>	<p>داده‌های برنامه</p>	<p>تعداد  شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که در آنها برنامه‌های سوزن و سرنگ وجود دارند</p>	<p>NSP.A.1c</p>
	<p>داده‌های برنامه</p>	<p>درصد  شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که در آنها داروخانه‌ها یا فروشگاه‌های دیگری وجود دارند که سوزن و سرنگ برای فروش عرضه می‌کنند</p>	<p>NSP.A.1d</p>
	<p>تحلیل موقعیتی، تهیه نقشه</p>	<p>درصد  شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که معروف است در آنها معتاد تزریقی وجود دارد</p>	<p>NSP.A.1e</p>
	<p><math>\frac{NSP.A.1c}{NSP.A.1e} \times 100</math></p>	<p>درصد  شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که در آنها معتادان تزریقی وجود دارند و برنامه‌های سوزن و سرنگ نیز در آنها وجود دارند</p>	<p>NSP.A.1f</p>
	<p><math>\frac{NSP.A.1d}{NSP.A.1e} \times 100</math></p>	<p>درصد  شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که در آنها معتادان تزریقی وجود دارند و در آنها داروخانه‌ها و فروشگاه‌های دیگری وجود دارند که سوزن و سرنگ برای فروش عرضه می‌کنند</p>	<p>NSP.A.1g</p>

تعداد سوزن-سرنگ‌های توزیع شده			NSP.C.1
<p>این شاخص به کل تعداد سوزن‌ها-سرنگ‌های جدید/استریل توزیع شده نگاه می‌کند و بدین طریق، کل واحدهای تزریق تمیز را که در دست مردم قرار دارند که ممکن است توسط جمعیت معتادان تزریقی مورد استفاده قرار گیرند، برآورد می‌کند.</p> <p>سطح کاربرد:</p> <p>این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا واحد خدماتی به کار برد. در هر مورد، از برآورد جمعیت معتادان تزریقی به عنوان مخرج کسر استفاده می‌شود که باید مناسب منطقه تحت بررسی باشد.</p> <p>تفکیک توصیه شده:</p> <p>جنسیت (مرد/زن/فراجنسیت)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بزرگتر یا مساوی ۲۵ سال)</p> <p>ماده مخدر تزریقی (مواد افیونی/محرک‌ها/غیره)</p>			**
شاخص:	منبع داده:	توضیح:	
NSP.C.1a	داده‌های برنامه	<p>برنامه‌های سوزن و سرنگ ممکن است انواع مختلف سوزن و سرنگ ارائه دهند، از جمله سوزن و سرنگ‌های مجزا یا سرنگ‌هایی که سوزن به آنها چسبیده است.</p> <p>به منظور اهداف شمارش تعداد سوزن‌ها-سرنگ‌ها برای این شاخص، توصیه شده است که معادل کل تعداد واحدهای استریل تزریق توزیع شده شمارش شود. برای مثال، اگر ۱۰ سرنگ مجزا و ۲۰ سوزن مجزا پخش شده باشد، کلاً می‌توان ۱۰ واحد استریل تزریق (هر یک متشکل از ۱ سوزن و ۱ سرنگ) شمارش کرد. به همین ترتیب، اگر ۱۲ سرنگ مجزا و ۶ سوزن مجزا پخش شده باشد، کلاً ۶ واحد استریل تزریق می‌توان شمارش کرد.</p> <p>برای اینکه تفکیک جنسیتی، سنی یا نوع مواد مخدر تزریقی میسر باشد، سیستم‌های گردآوری داده در سطح مرکز باید این ویژگی‌های متقاضیان را ثبت کنند.</p>	<p>کل تعداد سوزن-سرنگ‌های توزیع شده توسط برنامه سوزن و سرنگ طی ۱۲ ماه گذشته</p>
NSP.C.1b	داده‌های فروش	<p>در اغلب کشورها، وجود این داده‌ها غیرمحمول است. اما اگر چنین داده‌هایی گردآوری و مقابله شوند، تصویر کامل‌تری از کل تعداد سوزن و سرنگ‌های در دست مردم و از این رو، میزان پوشش را می‌توان مشاهده کرد.</p>	<p>کل تعداد سوزن-سرنگ‌های فروخته شده به معتادان تزریقی توسط داروخانه‌ها یا دیگر فروشگاه‌ها طی ۱۲ ماه گذشته</p>
NSP.C.1c	تعداد سوزن-سرنگ‌های توزیع شده برای هر معتاد	<p>هدف‌های ممکن:</p> <p>پایین → ۱۰۰ → متوسط ← ۲۰۰ ← بالا</p> <p>این سطوح هدف بر اساس مطالعات انجام گرفته در محیط</p>	<p>NSP.C. 1a + NSP.C. 1b Pop. 1</p>

<p>کشورهای توسعه یافته و مدل سازی ریاضی برای بررسی سطوح توزیع سرنگ و تأثیرش بر انتقال اچ‌آی‌وی انجام گرفته است (۱۲۴، ۱۳۴)</p> <p>توجه داشته باشید که سطوح مورد نیاز برای پیشگیری از ویروس هپاتیت سی احتمالاً خیلی بیشتر از مقادیر پیشنهادی در اینجاست. حتی اگر داده‌های مربوط به تعداد سوزن-سرنگ‌های فروخته شده توسط داروخانه‌ها موجود نباشند، همچنان باید این شاخص را محاسبه کرد.</p> <p>این شاخص در گزارش پیشرفت پاسخ جهانی به ایدز، ۲۰۱۲ (۱۲)، گنجانده شده است.</p>		<p>تزریقی در سال</p>	
--	--	----------------------	--

<p>تعداد معتادان تزریقی که برنامه سوزن و سرنگ به طور منظم با آنها ارتباط دارد معتاد تزریقی که به طور مرتب تزریق می‌کند، به طور دائم به تهیه وسایل تزریق و از این رو، به دسترسی مداوم به برنامه سوزن و سرنگ نیاز دارد.</p> <p>برای اهداف این شاخص‌ها، "ارتباط منظم"، ماهی یک‌بار تعریف شده است.</p> <p>اگر تعداد وسایل تزریقی که یک متقاضی قادر است در هر مراجعه دریافت کند، محدود باشد، ممکن است برای یک معتاد تزریقی لازم باشد که به طور مرتب، اغلب بیشتر از ماهی یک‌بار، به یک برنامه سوزن و سرنگ مراجعه کند تا وسایل تزریق تمیز کافی تهیه کند و از استفاده از سوزن‌ها و سرنگ‌های استفاده شده اجتناب کند.</p> <p>سح کاربرد:</p> <p>این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، استفاده از برآورد جمعیت معتادان تزریقی به عنوان مخرج کسر، باید مناسب منطقه مورد بررسی اختیار شود.</p> <p>تفکیک پیشنهادی:</p> <p>جنسیت (مرد/زن/فراجنسیتی)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، مساوی با ۲۵ سال یا بیشتر از آن)</p> <p>ماده مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک‌ها / غیره)</p>	<p>NSP.C.2</p>
--	----------------

<p>این شاخص نیازمند آن است که سیستم‌های گردآوری داده در سطح مراکز از کدهای شناسه منحصر به فرد استفاده کنند (برای کسب اطلاعات بیشتر از یو‌آی‌سی به صفحات قبل مراجعه کنید) تا بتوان فواصل مراجعه توسط متقاضیان برنامه سوزن و سرنگ را طی یک دوره زمانی اندازه گرفت.</p>	<p>داده‌های برنامه</p>	<p>تعداد معتادان تزریقی که یک‌بار در ماه یا بیشتر طی دوره زمانی مشخص شده برای گزارش دهی (برای مثال، طی ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته) به برنامه سوزن و سرنگ مراجعه می‌کنند</p>	<p>NSP.C.2a</p>
--	------------------------	---	-----------------

<p>هدف‌های ممکن:          پایین → ۲۰٪ → متوسط ← ۶۰٪ ← بالا          سطح هدف بالا بر تحلیلی گذشته‌نگر در مورد میزان پوشش مورد نیاز برای معکوس کردن همه‌گیری اچ‌آی‌وی/ایدز میان معتادان تزریقی در یک محیط شهری در یک کشور پردرآمد استوار است (۱۳۵)</p>	$\frac{NSP.C.2a}{Pop.1} \times 100$	<p>درصد معتادان تزریقی که برنامه سوزن و سرنگ طی دوره مشخص گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶، یا ۳ ماه گذشته) با آنها ارتباط داشته است</p>	<p><b>NSP.C.2b</b></p>
--	-------------------------------------	---	------------------------

<p>معتادان تزریقی که برنامه‌های سوزن و سرنگ با آنها ارتباط دارند اگر سیستم‌های گردآوری داده برنامه‌های سوزن و سرنگ قادر نباشند فواصل تماس متقاضیان با برنامه‌های سوزن و سرنگ را تعیین کنند، اما بتوانند تعداد مراجعات متقاضی را در دوره‌های زمانی گزارش (با مقادیر متفاوت) ثبت کنند، می‌توان از شاخص‌های زیر که به بررسی مراجعات طی ماه گذشته و ۱۲ ماه گذشته می‌پردازند، به عنوان شاخصی از سطح ارتباط برنامه سوزن و سرنگ استفاده کرد. این شاخص‌ها همچنین حتی هنگامی که داده‌های مربوط به مراجعات منظم وجود داشته باشند، می‌توانند مفید باشند، زیرا این شاخص‌های پایه‌ای تر می‌توانند امکان مقایسه با کشورهای دیگر و با داده‌های قدیمی را فراهم آورند و بدین طریق، تعیین میزان پیشرفت را میسر سازند.</p> <p>سطح کاربرد:</p> <p>این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، برآورد جمعیت معتادان تزریقی که به عنوان مخرج کسر از آن استفاده می‌شود، باید مناسب منطقه مورد بررسی باشد.</p> <p>تفکیک پیشنهادی:</p> <p>جنسیت (مرد/زن/فراجنسیتی)          سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، مساوی با ۲۵ سال یا بیشتر از آن)          ماده مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک‌ها / غیره)</p>	<p><b>NSP.C.3</b></p>
--	-----------------------

<p>این شاخص مراکز را ملزم می‌کند که با استفاده از کدهای شناسه منحصربه‌فرد، یک سیستم گردآوری داده برقرار کنند (برای اطلاعات بیشتر در مورد یو‌آی‌سی به صفحات قبل مراجعه کنید) تا امکان تعیین کل تعداد متقاضیانی که طی دوره گزارش به این مرکز مراجعه کرده‌اند، فراهم شود و از دوباره‌شماری متقاضیانی که بیش از یک‌بار به مرکز مراجعه می‌کنند، اجتناب شود.</p>	<p>داده‌های برنامه</p>	<p>تعداد معتادان تزریقی که برنامه سوزن و سرنگ طی یک دوره گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه) با آنها ارتباط دارد</p>	<p><b>NSP.C.3a</b></p>
--	------------------------	--	------------------------

<p>از یک دوره گزارش ۱ ماهه می‌توان به عنوان تقریبی برای پوشش اخیر/جاری استفاده کرد          هدف‌های ممکن:          پایین → ۲۰٪ → متوسط ← ۶۰٪ ← بالا</p>	$\frac{NSP.C.3a}{Pop.1} \times 100$	<p>درصد معتادان تزریقی که برنامه سوزن و سرنگ طی یک دوره گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه) با آنها ارتباط دارد</p>	<p><b>NSP.C.3b</b></p>
---	-------------------------------------	---	------------------------

<p>این شاخص‌ها مراکز را ملزم می‌کند که با استفاده از کدهای شناسه</p>	<p>داده‌های برنامه</p>	<p>تعداد معتادان تزریقی</p>	<p><b>NSP.C.3c</b></p>
--	------------------------	-----------------------------	------------------------



<p>منحصربه‌فرد، یک سیستم گردآوری داده برقرار کنند) برای اطلاعات بیشتر در مورد یوآسی به صفحات قبل مراجعه کنید) تا امکان تعیین کل تعداد متقاضیانی که طی دوره گزارش به این مرکز مراجعه کرده‌اند، فراهم شود و از دوباره شماری متقاضیانی که بیش از یک‌بار به مرکز مراجعه می‌کنند، اجتناب شود.</p>	<p>که طی ۱ ماه گذشته به یک برنامه سوزن و سرنگ مراجعه کرده‌اند</p>	
<p>اگر این امر میسر نباشد که تعداد مراجعه معنادان تزریقی ظرف یک دوره زمانی اندازه‌گیری شود، از این شاخص می‌توان به عنوان تقریبی برای شاخص تعداد مراجعات استفاده کرد( با مقایسه تعداد معنادان تزریقی که این اواخر، ظرف ۱ ماه گذشته، به یک برنامه سوزن و سرنگ مراجعه کرده‌اند، با کل تعداد کسانی که ظرف ۱۲ ماه گذشته به یک برنامه سوزن و سرنگ مراجعه کرده‌اند. هدف‌های ممکن: پایین → ۳۰٪ → متوسط ← ۷۰٪ ← بالا</p>	<p>تعداد معنادان تزریقی که طی ۱ ماه گذشته به یک برنامه سوزن و سرنگ مراجعه کرده‌اند</p> <p><math display="block">\frac{NSP.C.3c}{NSP.C.3d} \times 100</math></p> <p>تعداد کلیه معنادان تزریقی که یکی از برنامه‌های سوزن و سرنگ طی ۱۲ ماه گذشته با آنها ارتباط داشته که با آنها در عین حال طی ۱ ماه گذشته نیز ارتباط گرفته شده است</p>	<p>NSP.C.3d</p> <p>NSP.C.3e</p>

<p>دفعات ارائه خدمت برنامه‌های سوزن و سرنگ (کل ارتباطها) سطح کاربرد: این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، برآورد جمعیت معنادان تزریقی که به عنوان مخرج کسر از آن استفاده می‌شود، باید مناسب منطقه مورد بررسی باشد. تفکیک پیشنهادی: جنسیت (مرد/زن/فراجنسیتی) سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، مساوی با ۲۵ سال یا بیشتر از آن) ماده مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک‌ها / غیره)</p>	<p>NSP.C.4</p>
---	----------------

<p>کل تعداد دفعات ارائه خدمت به متقاضیان توسط کلیه برنامه‌های سوزن و سرنگ. این رقم شامل کلیه مراجعات به مراکز برنامه‌های سوزن و سرنگ است که طی آنها سوزن و سرنگ میان متقاضیان پخش می‌شود. مراجعات مکرر توسط یک متقاضی خاص در این شمارش به حساب آمده‌اند. این سیستم گردآوری داده از مراکز استفاده از کدهای شناسه منحصربه‌فرد را الزامی نمی‌کند.</p>	<p>داده‌های برنامه</p>	<p>تعداد دفعات ارائه خدمات برنامه‌های سوزن و سرنگ (کل ارتباطها) در دوره مشخص گزارش</p>	<p>NSP.C.4a</p>
<p>اهداف ممکن: (از چپ به راست) پایین → ۳۰٪ → متوسط ← ۷۰٪ ← بالا</p>	<p><math display="block">\frac{NSP.C.4a}{Pop.1} \times 100</math></p>	<p>نسبت تعداد دفعات ارائه خدمت برنامه سوزن و سرنگ در</p>	<p>NSP.C.4b</p>

		دروه گزارش خاص برای هر ۱۰۰ معتاد تزریقی	
<p>خط‌مشی و قوانین ملی مربوط به برنامه‌های سوزن و سرنگ  <b>آیا استانداردها و ویژگی‌های برنامه‌ای زیر در قوانین، خط‌مشی و راهکارهای کشوری گنجانده شده است؟</b></p>	NSP.Q.1 *		
<p>قوانین به طور مشخص از توزیع وسایل تزریق از طریق برنامه‌های سوزن و سرنگ حمایت می‌کنند          توزیع و گردآوری وسایل تزریق و فعالیت برنامه‌های سوزن و سرنگ طبق قانون مجاز است. قانون در مورد وضعیت قانونی          برنامه‌های سوزن و سرنگ یا توزیع و جمع‌آوری وسایل تزریق فاقد ابهام است.</p>	NSP.Q.1a		
<p>راهکارها و خط‌مشی‌های پلیس کشوری به طور مشخص از فعالیت برنامه‌های سوزن و سرنگ حمایت می‌کند          راهکارهای پلیس قید کرده‌اند که فعالیت‌های پلیس مانع از آن نمی‌شوند که معتادان تزریقی به برنامه‌های سوزن و سرنگ          مراجعه کنند یا وسایل تزریق جدید یا استفاده شده به همراه داشته باشند. پلیس به طور مرتب در رابطه با مصرف مواد مخدر،          اچ‌آی‌وی و اصول و خدمات کاهش آسیب، آموزش و تعلیم می‌بیند.</p>	NSP.Q.1b		
<p>قانون از ارائه خدمات برنامه‌های سوزن و سرنگ در محیط‌های بسته حمایت می‌کند          در محیط‌های بسته، مدل‌های ارائه خدمات گوناگونی برای توزیع وسایل تزریق در کشورهای مختلف به اجرا درآمده است.          این روش‌ها شامل توزیع وسایل تزریق توسط کارکنان زندان، توسط هم‌تایان آموزش‌دهنده و توسط نمایندگان سازمان‌های          غیردولتی و از طریق دستگاه‌های توزیع‌کننده می‌شود.</p>	NSP.Q.1c		
<p><b>استراتژی کشوری شامل گام‌هایی برای تأمین سطوح درازمدت و بسنده تأمین بودجه به منظور تضمین          پایداری برنامه‌های سوزن و سرنگ و دستیابی به استانداردهای کیفی، که در اینجا تشریح شده است،          می‌شود</b>          باید برای تأمین فعالیت مداوم برنامه‌های سوزن و سرنگ، دولت متعهد شود که به صورت دراز مدت بودجه آنها را تأمین          کند. اگر مراکز، توسط منابع خارجی تأمین مالی شوند، باید پایداری این تأمین مالی ارزیابی شود و بودجه‌های احتیاطی برای          تأمین مالی خلأهای موجود مشخص گردد. سطوح تأمین مالی باید برای ارائه خدمات باکیفیت برنامه‌های سوزن و سرنگ          کافی باشد، به صورتی که سطوح بالایی از دسترسی و پوشش را، از جمله برای مثال، توزیع طیف گسترده‌ای از وسایل تزریق          مناسب (NSP.Q.1e) و برداشتن هر گونه محدودیتی بر تعداد وسایلی که می‌توان توزیع کرد (NSP.Q.1m)، تأمین کند.</p>	NSP.Q.1d		
<p><b>خط‌مشی ملی قید کرده است که معتاد تزریقی باید فعالانه در برنامه‌ریزی خدمات برنامه‌های سوزن و          سرنگ مشارکت کند</b>          این کار مستلزم مشاوره با معتادان تزریقی و تأمین مشارکت هدفمند آنها در توسعه خدمات با این هدف است که مناسب          جمعیت هدف و برای آن قابل قبول باشند</p>	NSP.Q.1e		
<p><b>راهکارهای ملی توصیه می‌کند که معتادان تزریقی فعالانه در ارائه خدمات برنامه‌های سوزن و سرنگ          شرکت کنند</b>          معتادان تزریقی را می‌توان در ارائه خدمات برنامه‌های سوزن و سرنگ شرکت داد. این کار عموماً مستلزم آموزش دادن          معتادان تزریقی برای ایفای نقش به عنوان هم‌تایان آموزش‌دهنده و کارکنان کمک‌رسان و مشارکت دادن آنها در توزیع          وسایل تزریق است.</p>	NSP.Q.1f		
<p><b>راهکارهای ملی تصریح می‌کنند که مراکز برنامه سوزن و سرنگ به طور منظم به طور ناشناخته از          متقاضیان بازخور تهیه کنند</b></p>	NSP.Q.1g		

<p>سازوکارهایی به کار گرفته شده‌اند که به وسیله آنها متقاضیان می‌توانند به صورتی ناشناخته/ محرمانه در مورد خدمات دریافتی بازخور بدهند. مرکز باید نسبت به این اطلاعات حساس و پاسخگو باشد.</p>	
<p><b>راهکارهای ملی بر الزامات آموزش و نظارت کارکنان برنامه‌های سوزن و سرنگ تأکید دارند</b></p> <p>مراکز برنامه‌های سوزن و سرنگ کارکنان خود را در راستای استانداردهای آموزشی مربوط به دانش و مهارت‌های کارکنان، آموزش می‌دهند. کارکنان در راستای استانداردهای ملی نظارت می‌شوند. بودجه لازم برای آموزش و نظارت کارکنان تخصیص می‌یابد. تک تک کارکنان برخورد احترام‌آمیزی با معتادان تزریقی دارند، از نظر جمعیت قابل قبول و قابل اعتمادند و در نگرش خود نسبت به مصرف‌کنندگان مواد مخدر به قضاوت نمی‌پردازند.</p>	NSP.Q.1h
<p><b>راهکارهای ملی تصریح می‌کنند که برنامه‌های سوزن و سرنگ باید در مناطقی استقرار یابند که برای معتادان تزریقی شناخته شده و برای آنها قابل دسترسی باشند</b></p> <p>ممکن است برای مشخص کردن دسترس‌پذیری مراکز برای معتادان تزریقی، لازم باشد نقشه‌ای برای جمعیت هدف ترسیم شود. برای مثال، مراکز باید به سهولت و با هزینه اندک از طریق حمل و نقل عمومی قابل دسترسی باشند</p>	NSP.Q.1i
<p><b>راهکارهای ملی توصیه می‌کنند که برای به حداکثر رساندن کمک‌رسانی، از طیفی از مدل‌های ارائه خدمات برنامه‌های سوزن و سرنگ استفاده شود.</b></p> <p>مدل‌های ترکیبی ارائه خدمات باید قابلیت دسترسی به وسایل تزریق را به حداکثر برسانند، یعنی در کلیه اوقات روز و هفته و می‌تواند شامل مراکز زیر بشود: مراکزی که در محل‌های ثابت مستقر هستند، مراکز سیار، دستگاه‌های فروش وسایل تزریق، کمک‌رسانی، تحویل در خانه و توزیع ثانوی از طریق خدمات دیگری نظیر درمانگاه‌های بهداشت جنسی، مراکز درمان مواد مخدر و مراکز اورژانس بیمارستان‌ها.</p>	NSP.Q.1j
<p>خط‌مشی ملی تصریح می‌کند که برنامه‌های سوزن و سرنگ محرمانه بودن اطلاعات مربوط به متقاضیان را حفظ کنند مراکز سیستم‌هایی به کار می‌گیرند که تضمین کند سوابق متقاضی به صورتی مطمئن نگهداری و محرمانه باقی بمانند. متقاضیان مجبور نیستند که اطلاعات هویتی ارائه بدهند یا جزئیات شخصی در اختیار مرکز قرار دهند تا بتوانند از خدمات استفاده کنند یا وسایل تزریق به دست آورند. اطلاعات مربوط به متقاضیان، بدون رضایت متقاضی در اختیار دیگر مراکز یا ضابطین قانون قرار نمی‌گیرد، مگر اینکه قانون آن را لازم بداند. سیستم‌های گردآوری داده‌های برنامه حاوی اطلاعات شخصی متقاضیان یا اطلاعاتی که هویت آنها را مشخص کنند، نیست.</p>	NSP.Q.1k
<p><b>سیاست‌های ملی تصریح می‌کنند که مراکز برنامه سوزن و سرنگ "آستانه پایینی" دارند و معتادان تزریقی را ملزم نمی‌کنند برای دسترسی به خدمات یا دریافت وسایل تزریق، ضوابط ویژه‌ای را تأمین کنند</b></p> <p>مراکز دسترسی متقاضیان را بر اساس حداقل سن، مدارک اثبات استفاده تزریقی از مواد مخدر، دلایل اقامت در محدوده، جنسیت یا وضعیت آنها در رابطه با اچ‌آی‌وی، وضعیت شهروندی، سوابق زندانی بودن یا سوابق کیفری، محدود نمی‌کنند و مصرف‌کنندگان مواد مخدر نباید ملزم شوند برای دریافت خدمات ثبت نام کنند.</p>	NSP.Q.1l
<p><b>رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که نباید هیچ‌گونه محدودیتی برای وسایل تزریقی ارائه شده وجود داشته باشد</b></p> <p>این خط‌مشی توزیع می‌کوشد تا مقدار وسایل تزریقی پخش شده را به حداکثر برساند</p>	NSP.Q.1m
<p><b>رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که بازگرداندن وسایل تزریقی مصرفی نباید پیش شرط دریافت وسایل تزریقی جدید قرار گیرد</b></p> <p>در حالی که نباید بازگرداندن وسایل تزریق را پیش شرط دریافت وسایل تزریق جدید قرار داد، معتادان تزریقی را باید تشویق و به آنها کمک کرد به صورت بی‌خطری وسایل تزریق خود را دور بریزند</p>	NSP.Q.1n
<p><b>رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که برنامه‌های سوزن و سرنگ طیف گسترده‌ای وسایل تزریق مناسب روش‌های تزریق محلی و مواد مخدر تزریقی ارائه دهند که برای جمعیت هدف قابل قبول باشد</b></p>	NSP.Q.1o

سوزن و سرنگ‌های ارائه شده باید مناسب بازار مواد مخدر محلی و محیط محلی و برای متقاضیان قابل قبول باشند. باید با معتادان تزریقی مشورت کرد تا مناسب‌ترین و قابل‌قبول‌ترین وسایل برای توزیع انتخاب شود. کمال مطلوب این است که کوچک‌ترین قطر سوزن ارائه شود تا کمترین آسیب را به بافت پوست در محل تزریق وارد کند. ممکن است برای تزریق برخی مواد مخدر، شامل موادی که محلول آنها غلیظ‌تر است و در برخی موارد، که مواد مخدر ممکن است ناخالص‌تر باشند و کیفیت پایین‌ترین داشته باشند، سوزن‌های کلفت‌تری لازم باشد. سرنگ‌ها باید حجم مناسبی داشته باشند (برای موادی که با حجم بالا تزریق می‌شوند، بزرگ‌تر باشند). سوزن‌ها و سرنگ‌ها باید فضای مرده حداقل داشته باشند، زیرا فضاهای مرده بزرگ ممکن است مقدار بیشتری ذرات عفونی در خود نگهدارند و بدین طریق، ریسک عفونت را به هنگام استفاده مجدد بالا برند (۲۸، ۲۹). دیگر اقلام مربوط به تزریق نیز باید در صورت اقتضا ارائه شوند، شامل آب استریل، ظرف بی‌خطر دورریزی سرنگ‌ها و سوزن‌ها، صافی‌ها، ظرف برای مخلوط کردن (برای مثال، قاشق)، شریان‌بند‌های یک‌بار مصرف، ترش‌کننده‌ها (برای مثال، پودر اسید اسکوربیک یا سیتریک) و موادی برای تشویق روش‌های غیرتزریقی مصرف مواد، به عنوان راه‌حل بی‌خطری برای تزریق، نظیر لوله‌ها، کاغذها یا فویل‌های استریل

NSP.Q.1p

**رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که برنامه‌های سوزن و سرنگ اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمندی (IEC)، از جمله پیشگیری از مصرف بیش از حد مواد، در اختیار معتادان تزریقی قرار دهند.**

مطالب و پیام‌های اطلاعات، آموزش و ارتباطات، که به گونه‌ای تدوین شده‌اند که با محیط محلی مناسب باشند، باید مسائل زیر را مورد توجه قرار دهند: روش تزریق بی‌خطر، استفاده از کاندوم و روابط جنسی بی‌خطر، عوارض و آسیب‌های مواد مخدر، خطرات ویروس‌های قابل انتقال از طریق خون، پیشگیری از آنها، عوارض سلامتی آنها و درمان آنها، خطرات مصرف بیش از حد مواد مخدر، پیشگیری و پاسخ‌ها، که ممکن است شامل تحویل دادن نالوکسون و آموزش استفاده از آن برای مصرف‌کنندگان مواد افیونی باشد، راه‌های درمان مواد مخدر، حقوق قانونی و مسئولیت‌ها، دور ریختن بی‌خطر وسایل تزریق، و دسترسی به خدمات درمانی، رفاهی و خدمات دیگر. معتادان تزریقی باید در توسعه و آزمایش این مطالب شرکت داده شوند.

NSP.Q.1q

**رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که مسیرهای ارجاع رسمی میان برنامه‌های سوزن و سرنگ و دیگر ارائه‌دهندگان ذریبط خدمات برقرار شود و متقاضیان برنامه‌های سوزن و سرنگ در صورت اقتضا به این مراکز ارجاع داده شوند.**

خدمات مرتبط شامل موارد زیر هستند: درمان وابستگی به مواد مخدر، آزمایش، مدیریت، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی، هپاتیت ویروسی و سل، واکسیناسیون هپاتیت ویروسی، خدمات سلامت جنسی (شامل آزمایش و درمان عفونت‌های منتقل شده از طریق روابط جنسی)، خدمات بهداشت باروری، خدمات بهداشت روانی، خدمات پزشکی عمومی، رفاه، خدمات جا و اقامت، خدمات حقوقی، خدمات آموزشی، و خدمات درمانی و سلامتی اولیه. این خدمات ممکن است در خارج از برنامه سوزن و سرنگ قرار داشته باشند یا در صورتی که خدمات یکپارچه باشند، در داخل یک محل ارائه شوند. مسیرهای جابجاء ارجاع باید ملاک‌های زیر را تأمین کنند:

- مرکزی که بیمار را ارجاع می‌دهد، فهرستی از مراکز منتخب، که ممکن است بیماران را به آنها ارجاع دهد، در اختیار و با آن مراکز ارتباط و پیوند داشته باشد.
- مراکزی که بیماران به آنها ارجاع داده می‌شوند، باید نسبت به نیازهای معتادان تزریقی حساس، حمایت‌گر و پاسخگو باشند و در محلی نزدیک به مرکز ارجاع‌دهنده قرار داشته و بیمار به سهولت به آنها دسترسی داشته باشد.
- پیگیری و تداوم درمان از طریق مدیریت مورد که توسط مرکز ارجاع‌دهنده برقرار شده است، تقویت می‌شود.

NSP.Q.1r

**راهنمای ملی سیستم‌هایی را مد نظر دارد که مانع از تمام شدن موجودی وسایل تزریق برنامه‌های سوزن و سرنگ شوند**

برنامه‌های سوزن و سرنگ باید مقادیر کافی وسایل تزریق موجودی داشته باشند و از زنجیره عرضه قابل اعتماد و فرایندهای تهیه و تدارک مطمئن استفاده کنند تا اطمینان یابند هیچ‌گونه اختلالی در تأمین وسایل تزریق به وجود نخواهد آمد

<p>کیفیت ارائه خدمات برنامه‌های سوزن و سرنگ</p> <p>این شاخص‌ها به بررسی میزان تبعیت مراکز از استانداردهای کیفیت می‌پردازند.</p> <p>از این شاخص‌ها می‌توان برای ارزیابی کیفیت ارائه خدمات یک مرکز مجزا یا مرکز برنامه سوزن و سرنگ استفاده کرد.</p> <p>نتایج حاصل از بررسی چند مرکز را می‌توان تجویز کرد تا مشخص شود کلیه مراکز به چه نسبتی از یک استاندارد کیفیت خاص تبعیت می‌کنند.</p>	<p>NSP.Q.2</p> <p>*</p>
<p>تأمین درازمدت بودجه برای تضمین پایداری مرکز برنامه سوزن و سرنگ، تعهد شده است (به NSP.Q.1d مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2a</p>
<p>این برنامه به صورتی فعال معتادان تزریقی را در برنامه‌ریزی خدمات برنامه سوزن و سرنگ شرکت داده است (به NSP.Q.1e مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2b</p>
<p>معتادان تزریقی فعالانه در ارائه خدمات برنامه سوزن و سرنگ شرکت می‌کنند (به NSP.Q.1f مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2c</p>
<p>این مرکز به طور منظم به صورتی ناشناخته به تهیه بازخور از متقاضیان اقدام می‌کند (به NSP.Q.1g مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2d</p>
<p>کارکنان برنامه سوزن و سرنگ آموزش دیده‌اند و تحت نظارت قرار دارند (به NSP.Q.1h مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2e</p>
<p>برنامه سوزن و سرنگ در مکانی شناخته شده استقرار یافته است که برای معتادان تزریقی قابل دسترسی است (به NSP.Q.1i مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2f</p>
<p>برنامه از طیفی از مدل‌های ارائه خدمات استفاده می‌کند تا ارتباط و کمک‌رسانی را به حداکثر برساند (به NSP.Q.1j مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2g</p>
<p>مرکز برنامه سوزن و سرنگ محرمانه بودن هویت متقاضیان را حفظ می‌کند (به NSP.Q.1k مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2h</p>
<p>مرکز برنامه سوزن و سرنگ سخت‌گیر نیست و معتادان تزریقی را ملزم نمی‌کند که برای استفاده از خدمات یا دریافت وسایل تزریق، ضوابط ویژه‌ای را رعایت کنند (به NSP.Q.1l مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2i</p>
<p>هیچ‌گونه محدودیتی برای مقدار وسایل تزریق تحویلی وجود ندارد (به NSP.Q.1m مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2j</p>
<p>برگرداندن وسایل تزریقی استفاده شده پیش‌شرط دریافت وسایل تزریق جدید به شمار نمی‌آید (به NSP.Q.1n مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2k</p>
<p>مرکز، طیف گسترده‌ای از وسایل تزریق ارائه می‌دهد که مناسب روش‌ها و مواد تزریق محلی و برای جمعیت هدف قابل پذیرش هستند (به NSP.Q.1o مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2l</p>
<p>مرکز برنامه سوزن و سرنگ اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند (IEC)، شامل پیشگیری از مصرف بیش‌ازحد، به معتادان تزریقی ارائه می‌دهد (به NSP.Q.1o مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2m</p>
<p>مسیرهای رسمی ارجاع بیماران میان مرکز برنامه سوزن و سرنگ و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات مربوطه، برقرار شده است و متقاضیان برنامه سوزن و سرنگ در صورت اقتضا به این مراکز ارجاع داده می‌شوند (به NSP.Q.1q مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2n</p>
<p>سیستمی برای جلوگیری از خالی شدن موجودی‌ها به اجرا درآمده است (به NSP.Q.1r مراجعه کنید)</p>	<p>NSP.Q.2o</p>

## ۲. درمان جایگزین مواد افیونی و درمان دیگر مواد مخدر

وجود درمان جایگزین مواد افیونی (OST) تفکیک پیشنهادی: جامعه محلی/ زندان ها و دیگر محیط های بسته			OST.A.1
توضیحات:	پاسخها:	شاخص:	
شامل استفاده از آگونیست های مواد افیونی به منظور درمان نگهدارنده مواد افیونی است، شامل درمان جایگزین کوتاه مدت برای سم زدایی نمی شود	وجود/ عدم وجود	وجود درمان جایگزین مواد افیونی، مستلزم استفاده از آگونیست های مواد افیونی برای درمان نگهدارنده وابستگی به مواد افیونی	OST.A.1a
شامل استفاده از متادون به منظور درمان جایگزین نگهدارنده است، شامل درمان جایگزین کوتاه مدت برای سم زدایی نمی شود	وجود/ عدم وجود	وجود متادون برای درمان نگهدارنده وابستگی به مواد افیونی	OST.A.1b
شامل استفاده از بوپرنورفین به منظور درمان نگهدارنده جایگزین، شامل درمان جایگزین کوتاه مدت برای سم زدایی نمی شود.	وجود/ عدم وجود	وجود بوپرنورفین برای درمان نگهدارنده وابستگی به مواد افیونی	OST.A.1c
دیگر آگونیست های مواد افیونی که ممکن است از آنها در درمان نگهدارنده استفاده کرد، شامل: <ul style="list-style-type: none"> <li>• دیامورفین (هروئین دارویی)</li> <li>• فرآورده های کندرهش مورفین</li> <li>• تنتور تریاک</li> <li>• غیره. این مواد باید به هنگام گزارش مشخص شوند.</li> </ul>	وجود/ عدم وجود	وجود دیگر آگونیست های مواد افیونی برای درمان نگهدارنده وابستگی به مواد افیونی	OST.A.1d
تعداد و محل مراکز درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی این شاخص ها به تعداد مراکزی توجه دارند که در آنها درمان جایگزین مواد افیونی ارائه می شود. از آنجا که تجویز و توزیع ممکن است در محل های مختلف انجام گیرد، این دو به طور مجزا بررسی می شوند. تفکیک پیشنهادی: ارائه دهندگان خصوصی / دولتی خدمات جامعه محلی/ زندان ها و دیگر محیط های بسته			OST.A.2
مراکزی که ممکن است درمان جایگزین مواد افیونی تجویز شود، شامل: مراکز تخصصی، نسخه های پزشکان عمومی / در مطب، و دیگر محیط های درمان اولیه	داده های برنامه	تعداد مراکزی که در آنها درمان جایگزین مواد افیونی تجویز می شود	OST.A.2a
مراکزی که درمان جایگزین مواد افیونی در آنها تجویز می شود، ممکن است شامل نقاط زیر باشند: مراکز تخصصی، نسخه های پزشکان عمومی / مستقر در مطب، و دیگر محیط های خدمات درمانی اولیه	داده های برنامه	تعداد مراکزی که در آنها درمان جایگزین مواد افیونی تجویز می شود	OST.A.2b
مراکزی که در آنها درمان جایگزین مواد افیونی توزیع می شود،	داده های برنامه	تعداد مراکزی که در آنها	OST.A.2b

درمان جایگزین مواد افیونی توزیع می‌شود		می‌تواند شامل محل‌های زیر باشد: داروخانه‌ها، مراکز تخصصی، مراکز توزیع سیار
تعداد شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که در آنها درمان جایگزین مواد افیونی وجود دارد	داده‌های برنامه	برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اندازه‌گیری و تفسیر این شاخص به بندهای ۳، ۴، بخش ۴ مراجعه کنید. هدف‌های ممکن: پایین → ۶۰٪ → متوسط ← ۸۰٪ ← بالا
تعداد شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که معروف است معتادان تزریقی در آنها زندگی می‌کنند	تحلیل موقعیتی، تهیه نقشه	
درصد شهرها/ایالات/استان‌ها/مناطق که در آنها معتادان تزریقی و درمان جایگزین مواد افیونی وجود دارد	$\frac{OST.A.2c}{OST.A.2d} \times 100$	
<p><b>OST.A.3</b> ظرفیت برنامه درمان جایگزین مواد افیونی این شاخص می‌تواند ملاکی به دست دهد که میزان تطابق میان تقاضای موجود برای درمان جایگزین مواد افیونی با ظرفیت برنامه را نشان دهد تفکیک پیشنهادی: ارائه دهندگان خدمات خصوصی / دولتی جامعه محلی / زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته</p>		
شاخص:	منبع داده:	توضیحات:
تعداد افرادی که در لیست انتظار برای درمان جایگزین مواد افیونی قرار دارند، در تاریخ معین	داده‌های برنامه	

<p><b>ODT.A.1</b> وجود درمان وابستگی به مواد مخدر، غیر از درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی تفکیک پیشنهادی: ارائه دهندگان خدمات خصوصی / دولتی جامعه محلی / زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته</p>		
شاخص:	پاسخ‌ها:	توضیحات:
وجود سم‌زدایی بستری	وجود/عدم وجود	ترک حمایت‌شده مواد مخدر در یک محیط بستری، معمولاً برای دوره‌ای که کم‌تر از ۱۰ روز به طول می‌کشد
<b>ODT.A.1a</b>		

<p>فراهم کردن خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر(غیر از درمان جایگزین مواد افیونی) در یک محیط سرپایی. ممکن است شامل روش‌های درمانی نظیر مشاوره گروهی یا انفرادی بشود.</p>	<p>وجود/عدم وجود</p>	<p>وجود امکانات سم‌زدایی بستری</p>	<p>ODT.A.1b</p>
<p>درمان بستری کوتاه مدت برای وابستگی به مواد مخدر به صورت درمانی که تا ۴ ماه به طول می‌کشد، تعریف شده است</p>	<p>وجود/عدم وجود</p>	<p>وجود امکانات درمان سرپایی وابستگی به مواد مخدر</p>	<p>ODT.A.1c</p>
<p>درمان بستری درازمدت یا اقامتی برای وابستگی به مواد مخدر به صورت درمانی که ۴ ماه یا بیشتر به طول می‌کشد، تعریف شده است.</p>	<p>وجود/عدم وجود</p>	<p>وجود امکان درمان بستری کوتاه مدت برای درمان وابستگی به مواد مخدر</p>	<p>ODT.A.1d</p>
<p>که همچنین به گروه‌های خودیاری نیز معروف است. گروه‌هایی را توصیف می‌کند که در آنها، شرکت‌کنندگان از یکدیگر در بهبود یا حفظ و تداوم بهبود از وابستگی به مواد مخدر و مشکلات مرتبط با آن، بدون استفاده از درمان یا راهنمایی حرفه‌ای، حمایت می‌کنند. مثال‌های آن از جمله شامل جمعیت‌های "معتادان ناشناس"(NA) می‌شود.</p>	<p>وجود/عدم وجود</p>	<p>وجود امکانات مراقبت‌های بستری درازمدت یا اقامتی</p>	<p>ODT.A.1e</p>
<p>می‌توان مداخلات کوتاه راه، بر اساس اصول انگیزشی، در محیط‌های غیرتخصصی (یعنی، محیط‌های غیر درمان وابستگی به مواد مخدر) نظیر برنامه‌های سوزن و سرنگ، برای درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد ارائه کرد. مداخلات کوتاه با این دید ارائه می‌شوند که بیمار را در مراحل بعد به مراکز درمان تخصصی ارجاع دهند.</p>	<p>وجود/عدم وجود</p>	<p>وجود برنامه‌های سوزن و سرنگ یا دیگر خدمات که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، و مداخلات کوتاه برای متقاضیان دارای وابستگی به مواد مخدر ارائه می‌دهند</p>	<p>ODT.A.1f</p>



<p>تعداد مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر، غیر از درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی تفکیک پیشنهادی: ارائه دهندگان خدمات خصوصی / دولتی جامعه محلی / زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته</p>			ODT.A.2
شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:	
	داده‌های برنامه	تعداد مراکزی که در آنها سم‌زدایی به صورت بستری انجام می‌دهند	ODT.A.2a
	داده‌های برنامه	تعداد مراکزی که در آنها درمان سرپایی وابستگی به مواد مخدر انجام می‌شود	ODT.A.2b
	داده‌های برنامه	تعداد مراکزی که در آنها درمان سرپایی <b>کوتاه‌مدت</b> وابستگی به مواد مخدر ارائه می‌شود	ODT.A.2c
	داده‌های برنامه	تعداد مراکزی که در آنها درمان اقامتی بستری <b>درازمدت</b> انجام می‌شود	ODT.A.2d
	داده‌های برنامه	تعداد مراکزی که در آنها گروه‌های حمایتی مبتنی بر همتایان فعالیت دارند	ODT.A.2e
	داده‌های برنامه	تعداد مراکز برنامه سوزن و سرنگ که مداخلات کوتاهی برای بیماران دارای وابستگی به مواد مخدر انجام می‌دهند	ODT.A.2f
	$\frac{ODT.A.2f}{NSP.A.1a} \times 100$	درصد مراکز برنامه‌های سوزن و سرنگ که مداخلات کوتاهی برای متقاضیان دارای وابستگی به مواد مخدر انجام می‌دهند	ODT.A.2g

<p>افرادی که درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی دریافت می کنند از آنجایی که محتمل است میزان وجود داده در محیط های متفاوت، با یکدیگر فرق داشته باشد، طیفی از شاخص ها برای بررسی مقیاس ارائه درمان جایگزین مواد افیونی نسبت به اندازه جمعیت هدف توصیف شده است. اما هر جا میسر باشد، باید کوشید داده هایی گرد آورد که دقیق تر از همه خدمات ارائه درمان را نسبت به نیاز بسنجند- ایده آل این است که از شاخص های OST.C.1c و OST.C.1d استفاده شود.</p> <p>سطح کاربرد:</p> <p>این شاخص ها را می توان در سطح ملی، منطقه ای و شهر یا مرکز استفاده کرد. در هر حالت، به هنگام اندازه گیری میزان پوشش، برآورد اندازه جمعیت که از آن به عنوان مخرج کسر استفاده می شود، باید مناسب با محدوده مورد بررسی باشد.</p> <p>تفکیک پیشنهادی:</p> <p>جنسیت (مرد/زن/فراجنسیتی)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)</p> <p>جامعه محلی/ زندان ها و دیگر محیط های بسته</p>	<p>OST.C.1</p> <p>**</p>		
<p>توضیحات:</p> <p>این عدد شامل کلیه بیماران می شود، صرف نظر از سابقه مصرف مواد مخدر یا وضعیت آنها نسبت به مواد مخدر.</p> <p>اگر تعداد بیماران در حال درمان در یک تاریخ مشخص وجود نداشته باشد، تعداد بیمارانی که در هر زمانی طی دوره مشخص گزارش، درمان جایگزین مواد افیونی دریافت کرده اند، را می توان مورد بررسی قرار داد.</p> <p>این امر اهمیت دارد که اطمینان یابیم هیچ گونه دوباره شماری افرادی که ممکن است درمان جایگزین مواد افیونی را رها کرده و سپس مجدداً در یک تاریخ دیگر در همان دوره مشخص گزارش، آن را از سر گرفته اند، انجام نگیرد.</p>	<p>منبع داده ها:</p> <p>داده های برنامه</p>	<p>شاخص:</p> <p>تعداد کلیه افرادی که در یک تاریخ معین یا طی دوره مشخص گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته) تحت درمان جایگزین مواد افیونی قرار داشته اند</p>	<p>OST.C.1a</p>
<p>این عدد شامل کلیه بیمارانی می شود که سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر داشته اند.</p> <p>اگر تعداد بیماران در حال درمان در یک تاریخ مشخص وجود نداشته باشد، تعداد بیمارانی که در هر زمانی طی دوره مشخص گزارش، درمان جایگزین مواد افیونی دریافت کرده اند، را می توان مورد بررسی قرار داد.</p> <p>این امر اهمیت دارد که اطمینان یابیم هیچ گونه دوباره شماری افرادی که ممکن است درمان جایگزین مواد افیونی را رها کرده و سپس مجدداً در یک تاریخ دیگر در همان دوره مشخص گزارش، آن را از سر گرفته اند، انجام نگیرد.</p>	<p>داده های برنامه</p>	<p>تعداد معتادان تزریقی که در یک تاریخ معین یا طی دوره مشخص گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته) تحت درمان جایگزین مواد افیونی قرار داشته اند</p>	<p>OST.C.1b</p>
<p>مخرج کسر عبارت است از رقم برآورد کلیه افراد دارای</p>		<p>درصد افراد دارای</p>	<p>OST.C.1c</p>

<p>وابستگی به مواد افیونی (Pop.2)</p> <p>هدف‌های ممکن:</p> <p>(از چپ به راست)</p> <p>پایین <math>\rightarrow</math> ۲۰٪ <math>\rightarrow</math> متوسط <math>\leftarrow</math> ۴۰٪ <math>\leftarrow</math> بالا</p> <p>سطح هدف بالا بر سطوح پوشش تحقق‌یافته در کشورهایی با برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی کاملاً شکل گرفته استوار شده است.</p>	$\frac{OST.C.1a}{Pop.2} \times 100$	<p>وابستگی به مواد افیونی که تحت درمان جایگزین مواد افیونی قرار دارند</p>	
<p>مخرج کسر، برآورد تعداد معتادان تزریقی دارای وابستگی به مواد افیونی (Pop3) است.</p> <p>هدف‌های ممکن:</p> <p>پایین <math>\rightarrow</math> ۲۰٪ <math>\rightarrow</math> متوسط <math>\leftarrow</math> ۴۰٪ <math>\leftarrow</math> بالا</p> <p>سطح هدف بالا بر سطوح پوشش تحقق‌یافته در کشورهایی با برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی کاملاً شکل گرفته استوار شده است.</p>	$\frac{OST.C.1b}{Pop.3} \times 100$	<p>درصد معتادان تزریقی دارای وابستگی به مواد افیونی که تحت درمان جایگزین مواد افیونی قرار دارند</p>	OST.C.1d
<p>مخرج کسر، برآورد تعداد کل معتادان تزریقی است (Pop.1)</p> <p>در صورت عدم وجود داده‌های برنامه درمان جایگزین مواد مخدر در مورد سوابق یا وضعیت مصرف تزریقی مواد مخدر متقاضیان و بدون وجود برآوردهای اندازه جمعیت معتادان تزریقی دارای وابستگی به مواد افیونی، این شاخص ممکن است تنها ضابطه برای ارائه خدمات درمان جایگزین مواد افیونی در رابطه با اندازه جمعیت معتادان تزریقی باشد که می‌توان گزارش کرد.</p> <p>باید محدودیت‌های بسیار مهم این شاخص را مشخص کرد و فهمید، با وجود این، شاخص مورد نظر به طور مستقیم نیازهای درمانی (تقاضا) را اندازه نمی‌گیرد.</p> <p>این شاخص برای محیط‌هایی که در آنها اغلب معتادان تزریقی دارای وابستگی به مواد افیونی هستند و در شرایطی که اغلب دریافت کنندگان درمان جایگزین مواد افیونی، معتادان تزریقی باشند، از همه مناسب‌تر است.</p>	$\frac{OST.C.1b}{Pop.1} \times 100$	<p>نسبت تعداد معتادان تزریقی که تحت درمان وابستگی به مواد افیونی قرار دارند به ۱۰۰ معتاد تزریقی</p>	OST.C.1e

افرادی که درمان وابستگی به مواد مخدر دریافت می‌کنند، غیر از درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی ارائه‌دهندگان درمان وابستگی به مواد مخدر ممکن است برای طیف گسترده‌ای از بیماران علاوه بر آنهایی که ممکن است مواد مخدر تزریق کنند، خدمات درمانی ارائه دهند، شامل برای مثال، کسانی که به الکل یا حشیش وابسته‌اند.

ایده‌آل آن است که به منظور ارزیابی درمان وابستگی به مواد مخدر به عنوان بخشی از پاسخ به اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی، میزان پوشش درمان وابستگی به مواد مخدر را به طور مشخص برای معتادان تزریقی ارزیابی کنیم. اما انجام این کار نیازمند گردآوری داده در سطح مرکز است که وضعیت تزریق مواد بیماران را مشخص و متناسب با آن، امکان تفکیک داده‌ها را فراهم می‌آورد. بسیاری از سیستم‌های گردآوری داده این نوع تفکیک را میسر نمی‌سازند. شاخص‌هایی که در اینجا توصیف شده‌اند برای استفاده در نقاطی مناسب هستند که سیستم‌های گردآوری داده امکان گزارش دادن این‌گونه داده‌های تفکیک‌شده‌ای را فراهم می‌آورند.

سطح کاربرد:

این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، هنگامی که میزان پوشش را میان معتادان تزریقی اندازه می‌گیریم، برآورد اندازه جمعیت که به عنوان مخرج کسر مورد استفاده قرار می‌گیرد، باید با منطقه مورد بررسی متناسب باشد.

تفکیک پیشنهادی:

جنسیت (مرد/زن/فراجنسیتی)

سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)

مواد مخدر تزریقی (مواد افیونی/محرک‌ها/غیره)

جامعه محلی/زندانی‌ها و دیگر محیط‌های بسته

شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:
ODT.C.1a	تعداد کلیه افرادی که طی دوره گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته)، به صورت بستری خدمات سم‌زدایی از مواد مخدر دریافت می‌کنند	این رقم شامل کلیه بیماران می‌شود، صرف‌نظر از اینکه سابقه تزریق مواد مخدر یا وضعیت تزریق داشته باشند.
ODT.C.1b	تعداد معتادان تزریقی که طی دوره مشخص گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته)، به صورت بستری خدمات سم‌زدایی از مواد مخدر دریافت می‌کنند	این شاخص‌ها را می‌توان تنها در صورتی گزارش کرد که وضعیت تزریقی بودن بیماران در سیستم گردآوری داده ثبت شده باشد
ODT.C.1c	درصد معتادان تزریقی که طی دوره مشخص گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته)، به صورت بستری	$\frac{\text{ODT.C.1b}}{\text{Pop. 1}} \times 100$

		خدمات سم‌زدایی از مواد مخدر دریافت می‌کنند	
این رقم شامل کلیه بیماران می‌شود، صرف‌نظر از اینکه سابقه تزریق مواد مخدر یا وضعیت تزریقی داشته باشند.	داده‌های برنامه	تعداد افرادی که طی دوره مشخص شده گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته)، به صورت سرپایی خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر دریافت می‌کنند	ODT.C.1d
این شاخص‌ها را می‌توان تنها در صورتی گزارش کرد که وضعیت تزریقی بودن بیماران در سیستم گردآوری داده ثبت شده باشد	داده‌های برنامه	تعداد معتادان تزریقی که طی دوره مشخص شده گزارش، به صورت سرپایی خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر دریافت می‌کنند	ODT.C.1e
	$\frac{ODT.C.1e}{Pop.1} \times 100$	درصد معتادان تزریقی که طی دوره مشخص شده گزارش، به صورت سرپایی خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر دریافت می‌کنند	ODT.C.1f
این رقم شامل کلیه بیماران می‌شود، صرف‌نظر از اینکه سابقه تزریق مواد مخدر یا وضعیت تزریقی داشته باشند.	داده‌های برنامه	تعداد افرادی که طی دوره مشخص شده گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته)، به صورت بستری کوتاه مدت خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر دریافت می‌کنند	ODT.C.1g
این شاخص‌ها را می‌توان تنها در صورتی گزارش کرد که وضعیت تزریقی بودن بیماران در سیستم گردآوری داده ثبت شده باشد	داده‌های برنامه	تعداد معتادان تزریقی که طی دوره مشخص شده گزارش، به صورت بستری کوتاه مدت خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر دریافت می‌کنند	ODT.C.1h
	$\frac{ODT.C.1h}{Pop.1} \times 100$	درصد معتادان تزریقی که طی دوره مشخص شده گزارش، به صورت بستری کوتاه مدت خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر دریافت می‌کنند	ODT.C.1i
این رقم شامل کلیه بیماران می‌شود، صرف‌نظر از اینکه سابقه تزریق مواد مخدر یا وضعیت تزریقی داشته باشند.	داده‌های برنامه	تعداد افرادی که طی دوره مشخص شده گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته)، به صورت بستری دراز مدت خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر دریافت می‌کنند	ODT.C.1j

این شاخص‌ها را می‌توان تنها در صورتی گزارش کرد که وضعیت تزریقی بودن بیماران در سیستم گردآوری داده ثبت شده باشد	داده‌های برنامه	تعداد معتادان تزریقی که طی دوره مشخص شده گزارش، به صورت بستری <b>دراز مدت</b> خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر دریافت می‌کنند	ODT.C.1k
	$\frac{ODT.C.1k}{Pop.1} \times 100$	درصد معتادان تزریقی که طی دوره مشخص شده گزارش، به صورت بستری <b>دراز مدت</b> خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر دریافت می‌کنند	ODT.C.1l
این رقم شامل کلیه بیماران می‌شود، صرف‌نظر از اینکه سابقه تزریق مواد مخدر یا وضعیت تزریقی داشته باشند.	داده‌های برنامه	تعداد افرادی که طی دوره مشخص شده گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته)، در گروه‌های حمایتی مبتنی بر همتایان شرکت می‌کنند	ODT.C.1m
این شاخص‌ها را می‌توان تنها در صورتی گزارش کرد که وضعیت تزریقی بودن بیماران در سیستم گردآوری داده ثبت شده باشد	داده‌های برنامه	تعداد معتادان تزریقی که طی دوره مشخص شده گزارش، در گروه‌های حمایتی مبتنی بر همتایان شرکت می‌کنند	ODT.C.1n
	$\frac{ODT.C.1n}{Pop.1} \times 100$	درصد معتادان تزریقی که طی دوره مشخص شده گزارش، در گروه‌های حمایتی مبتنی بر همتایان شرکت می‌کنند	ODT.C.1o

خط‌مشی و قوانین ملی - برنامه‌های جایگزین مواد افیونی آیا استانداردها و ویژگی‌های برنامه‌ای زیر در قوانین، خط‌مشی و رهنمودهای ملی گنجانده شده است؟	OST.Q.1 **
قانون به صراحت از ارائه خدمات درمان جایگزین مواد افیونی حمایت می‌کند ارائه درمان جایگزین مواد افیونی طبق قانون مجاز است و قانون در مورد وضعیت قانونی برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی ابهام ندارد.	OST.Q.1a
دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های پلیس ملی به طور مشخص از فعالیت برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی حمایت می‌کند رهنمودهای پلیس تصریح می‌کند که فعالیت‌های پلیس مانع از آن نمی‌شود که معتادان تزریقی به برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی دسترسی پیدا کنند و از این کار جلوگیری نمی‌کند. پلیس به طور منظم در رابطه با مصرف مواد مخدر، اچ‌آی‌وی و اصول و خدمات کاهش آسیب، آموزش و تعلیم می‌بیند.	OST.Q.1b

<p>رهنمودهای ملی درمان جایگزین مواد افیونی در سطح کشور یا پایین تر تدوین شده‌اند این دستورالعمل‌ها مشروح، جامع و مبتنی بر شواهد علمی هستند و قوانین، خط‌مشی‌ها و شرایط محلی را بازتاب می‌دهند و با رهنمودهای بین‌المللی (برای مثال رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی) همخوانی دارند.</p>	<p>OST.Q.1c</p>
<p>استراتژی ملی شامل گام‌هایی برای تضمین سطوح کافی تأمین مالی برای تأمین پایداری برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی و دستیابی به دیگر استانداردهای کیفی است که در اینجا تشریح شده‌اند باید دولت تأمین بودجه دراز مدت برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی را برای تضمین فعالیت مداوم آنها تعهد کند. اگر این خدمات با منابع خارجی تأمین مالی شوند، پایداری این تأمین بودجه باید ارزیابی شود و وجوه احتیاطی برای تأمین مالی خلأها و شکاف‌های موجود تعیین شود. سطوح تأمین مالی باید برای تضمین ارائه خدماتی با کیفیت بالا از سوی برنامه‌های سوزن و سرنگ، با تأمین سطوح بالایی از دسترسی و پوشش کافی باشد.</p>	<p>OST.Q.1d</p>
<p>خط‌مشی ملی تصریح می‌کند که معتادان تزریقی باید فعالانه در برنامه‌ریزی خدمات درمان جایگزین مواد افیونی شرکت کنند این امر مستلزم مشورت با معتادان تزریقی و تأمین مشارکت هدفمند آنها در توسعه خدمات به منظور تضمین مناسب بودن این خدمات و قابل قبول بودن آنها برای جمعیت هدف است.</p>	<p>OST.Q.1e</p>
<p>رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که مراکز درمان جایگزین مواد افیونی به طور منظم و به صورتی ناشناخته به دریافت بازخور از متقاضیان بپردازند سازوکارهایی استقرار یافته‌اند که متقاضیان می‌توانند از طریق آنها به طور محرمانه/ ناشناخته در مورد مراکز مورد بحث بازخور ارائه دهند. این مراکز باید نسبت به این اطلاعات حساس و پاسخگو باشند.</p>	<p>OST.Q.1f</p>
<p><b>خط‌مشی ملی وجود زنجیره پاسخگویی روشنی در داخل مراکز درمان جایگزین مواد افیونی و گسترده‌تر از آن، در داخل سیستم سلامت، را به منظور تأمین استانداردهای حداقل ارائه خدمات درمان جایگزین مواد افیونی تصریح می‌کند</b></p>	<p>OST.Q.1g</p>
<p>خط‌مشی ملی تجویزکنندگان درمان جایگزین مواد افیونی را ملزم می‌کند که آموزش معتبر ببینند و خود را ثبت کنند تجویزکنندگان درمان جایگزین مواد افیونی ملزم هستند که آموزش‌های معتبری در سطح دوره‌های تحصیلات تکمیلی در زمینه درمان جایگزین مواد افیونی ببینند، در دوره‌های مداوم آموزشی، پایش و ارزشیابی شرکت کنند و برای اینکه درمان جایگزین مواد افیونی تجویز کنند، خود را ثبت کنند. تجویزکنندگان با معتادان تزریقی به احترام رفتار می‌کنند، نزد جمعیت هدف اعتبار دارند و در نگرش خود نسبت به مصرف‌کنندگان مواد مخدر به قضاوت نمی‌پردازند.</p>	<p>OST.Q.1h</p>
<p>خط‌مشی ملی کارکنان عرضه‌کننده خدمات درمان جایگزین مواد افیونی را ملزم می‌کند همسو با رهنمودهای ملی آموزش لازم ببینند. بودجه کافی برای آموزش کارکنان و نظارت آنها تأمین می‌شود. آموزش شامل پاسخ به رویدادهای ناگوار و ارزیابی وضعیت قبل از شروع به مصرف داروی بیمار می‌شود.</p>	<p>OST.Q.1i</p>
<p>خط‌مشی ملی تصریح می‌کند که مراکز درمان جایگزین مواد افیونی باید در پذیرش بیماران آستانه پایینی داشته باشند یا سختگیر نباشند و دسترسی به آنها قید و شرط نداشته باشد</p>	<p>OST.Q.1j</p>

<p>ملاک‌های درمان جایگزین مواد افیونی باید بر شواهد بالینی استوار باشد. دسترسی نباید بر اساس ملاک‌های غیر کلینیکی (بالینی)، نظیر حداقل سن، وضعیت تزریقی بودن (هم معتادان تزریقی و هم غیرتزریقی دارای وابستگی به مواد افیونی باید به درمان دسترسی داشته باشند)، جنسیت، وضعیت اچ‌آی‌وی (یا اچ‌آی‌وی مثبت یا منفی)، وضعیت شهروندی، داشتن نشانی ثابت، در زندان بودن یا سابقه کیفری داشتن، استوار باشد.</p>	
<p>رهنمودهای ملی توصیه می‌کنند که برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی از طریق طیفی از مدل‌های ارائه خدمات اجرا شوند که دسترسی به درمان جایگزین مواد افیونی توسط کلیه افراد دارای وابستگی به مواد افیونی را امکان‌پذیر سازند</p> <p>این مدل‌ها می‌توانند شامل: تجویز توسط پزشکان عمومی مستقر در مطب‌ها و تجویز توسط متخصص از مراکز تخصصی، تجویز دارو برای "بردن به خانه"، مراکز کمک‌رسانی یا سیار باشند.</p>	OST.Q.1k
<p>رهنمودهای ملی تجویزکنندگان درمان جایگزین مواد افیونی و مراکز توزیع خدمات آن را ملزم می‌کند که در مناطقی که همه می‌دانند برای معتادان تزریقی قابل دسترسی هستند، مستقر سازند.</p> <p>تهیه نقشه از جمعیت هدف ممکن است الزامی باشد تا میزان دسترس‌پذیری به مراکز برای معتادان تزریقی مشخص شود. برای مثال، مراکز باید به سهولت و با هزینه اندک از طریق حمل و نقل عمومی قابل دسترسی باشند.</p>	OST.Q.1l
<p>رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که توزیع و ارائه خدمات درمان جایگزین مواد افیونی در اوقات مختلف روز، از جمله در خارج از ساعات متعارف کاری و در پایان هفته‌ها در دسترس باشند تا بیمارانی که شاغل هستند، به خدمات دسترسی داشته باشند. بیمارانی که شب کار هستند (برای مثال، افراد تن‌فروش) ممکن است لازم باشد در خارج از ساعات کار عادی اداری به این مراکز مراجعه کنند.</p>	OST.Q.1m
<p>خط‌مشی ملی شامل مفادی است که تضمین می‌کند درمان جایگزین مواد افیونی، ارزان باشد، به صورتی که دسترسی به آن را به حداکثر برساند</p> <p>هزینه درمان جایگزین مواد افیونی می‌تواند یک مانع بزرگ بر سر راه دسترسی به درمان برای بسیاری از افرادی باشد که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند. برای افزایش دسترس‌پذیری، درمان جایگزین مواد افیونی را می‌توان به صورت رایگان ارائه کرد (این بهترین کار است، اما در اکثریت محیط‌های مبتلا به محدودیت منابع ممکن به نظر نمی‌رسد)، می‌توان هزینه‌ها را با پیش‌بینی‌های مذکور در بیمه‌های سلامت پوشش داد، می‌توان بخشی از هزینه‌هایی که بر عهده بیماران است را سوبسید داد یا آنها را به طور رایگان یا با هزینه‌های کمتر به ویژه برای بیمارانی که به لحاظ مالی فقیر هستند، تأمین کرد.</p>	OST.Q.1n
<p><b>رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که هویت بیمار باید احراز شود و سوابق جدید مصرف مواد افیونی برای بیمار باید تأیید شود تا او واجد شرایط استفاده از درمان وابستگی به مواد افیونی گردد</b></p>	OST.Q.1o
<p>رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که پروتکل‌های ارزیابی جامعه بیماران به صورتی هماهنگ به کار گرفته شده‌اند</p> <p>ارزیابی بیمار برای درمان جایگزین مواد افیونی شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سابقه مصرف مواد مخدر</li> <li>• سابقه سلامت روانی و وضعیت کنونی</li> </ul>	OST.Q.1p



<ul style="list-style-type: none"> <li>• وضعیت پزشکی اختلالات هم‌زمان</li> <li>• ارزیابی روانی-اجتماعی (شامل جا و اقامت، اشتغال، خانواده، مسائل فرهنگی، وضعیت آموزشی و مسائل قانونی شامل سابقه زندان)</li> <li>• معاینه بالینی، شامل علائم جسمی عوارض مربوط به تزریق</li> <li>• تحقیقات: غربالگری عفونت‌هایی که از طریق خون منتقل می‌شوند، درمان و مراقبت اچ‌آی‌وی، غربالگری هپاتیت، آزمایش حاملگی و احتمالاً غربالگری اعتیاد از طریق آزمایش ادرار</li> </ul>	
<p><b>خط‌مشی ملی کلیه بیماران را ملزم می‌کند که اعلام دارند آگاهانه به درمان جایگزین مواد افیونی رضایت می‌دهند.</b></p>	OST.Q.1q
<p>رهنمودهای ملی کلیه دریافت‌کنندگان درمان جایگزین مواد افیونی را ملزم می‌کند که در یک سیستم ثبت ملی خود را ثبت کنند.</p> <p>این سیستم ثبت ملی، سیستمی مطمئن است و اطلاعات متقاضیان را محرمانه نگاه می‌دارد. اطلاعات متقاضی بدون رضایت او با هیچ یک از دیگر مراکز یا ضابطین قانون در میان گذاشته نمی‌شود، مگر اینکه قانون ایجاب کند.</p>	OST.Q.1r
<p><b>رهنمودهای ملی حفظ سوابق درمانی کامل بیماران را الزامی می‌دانند.</b></p>	OST.Q.1s
<p>خط‌مشی ملی تصریح می‌کند که برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی محرمانه ماندن اطلاعات متقاضی را رعایت کنند</p> <p>مراکز سیستم‌هایی ایجاد می‌کنند که سوابق متقاضیان را به صورتی مطمئن نگهداری می‌کنند و این سوابق را محرمانه نگه می‌دارند. اطلاعات متقاضی بدون رضایت او در اختیار دیگر مراکز یا مجریان قانون گذاشته نمی‌شود. سیستم‌های گردآوری داده‌های برنامه حاوی اطلاعات شخصی یا اطلاعاتی که هویت متقاضیان را نشان دهد، نیستند.</p>	OST.Q.1t
<p><b>خط‌مشی‌های ملی، مراکز را ملزم می‌کنند که اطلاعات مربوط به خطرات بالقوه و رویدادهای ناگوار مرتبط با درمان جایگزین مواد افیونی را در اختیار بیماران قرار دهند.</b></p> <p>اطلاعات مربوط به رویدادهای ناگوار، نظیر مصرف بیش‌ازحد، تداخل با مواد مخدر و دیگر داروها و نیز اطلاعات مربوط به چگونگی اجتناب از این رویدادهای ناگوار و چگونگی پاسخ به آنها در صورتی که رخ دهند، در اختیار بیماران قرار می‌گیرد.</p>	OST.Q.1u
<p>رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که در طول درمان جایگزین مواد افیونی، بیماران به طور منظم توسط یک پزشک و مطابق با پروتکل بررسی می‌شوند</p> <p>برنامه زیر به عنوان مثال ارائه می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• روز ۱</li> <li>• روز ۳ یا ۴</li> <li>• پایان هفته ۱</li> <li>• هر هفته در ماه ۱ تا دوز ثابتی برقرار شود</li> <li>• هر دو هفته یک‌بار برای ۳ ماه اول</li> <li>• پس از آن، ماهی یک‌بار</li> </ul>	OST.Q.1v

<p><b>رهنمودهای ملی حداکثر دوز اولیه برای درمان نگهدارنده متادون (MMT) و درمان نگهدارنده بوپرنورفین (BMT) را در راستای توصیه‌های بین‌المللی مشخص می‌کنند</b></p> <p>دوز اولیه: کمتر از ۳۰ میلی‌گرم برای ام‌ام‌تی، کمتر از ۸ میلی‌گرم برای بی‌ام‌تی.</p>	<p>OST.Q.1w</p>
<p>رهنمودهای ملی حداقل دوز نگهدارنده برای MMT و BMT را مشخص می‌کنند</p> <p>دوز نگهدارنده: بیشتر از ۶۰ میلی‌گرم برای MMT، بیشتر از ۸ میلی‌گرم برای BMT.</p>	<p>OST.Q.1x</p>
<p><b>رهنمودهای ملی مدت زمان درمان جایگزین مواد افیونی را ۶ ماه یا بیشتر تعیین می‌کنند و هیچ حداکثری برای مدت زمان این درمان تعیین نمی‌شود</b></p>	<p>OST.Q.1y</p>
<p>رهنمودهای ملی توصیه می‌کنند که ارزیابی و حمایت روانی اجتماعی از کلیه بیماران به عمل آید</p> <p>حمایت روانی اجتماعی می‌تواند به عنوان یک حداقل شامل موارد زیر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارزیابی نیازهای روانی اجتماعی</li> <li>• مشاوره حمایتی</li> <li>• برقراری پیوند با خانواده کنونی و خدمات اجتماعی</li> </ul> <p>هر جا منابع و ظرفیت اجازه دهد، طیف گسترده‌ای از مداخلات روانی اجتماعی، مطابق با نیازهای بیمار ارائه خواهند شد. این مداخلات می‌تواند از جمله شامل موارد زیر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مشاوره و روان‌درمانی</li> <li>• کمک برای رفع نیازهای اجتماعی، شامل جا، شغل، آموزش، رفاه و مسائل حقوقی</li> <li>• حمایت روانی اجتماعی و درمان روانپزشکی در محل.</li> </ul>	<p>OST.Q.1z</p>
<p><b>رهنمودهای کشوری اوضاع و احوالی را که ترخیص غیرداوطلبانه از درمان جایگزین مواد افیونی ضرورت می‌یابد، مشخص می‌کنند</b></p> <p>ترخیص غیرداوطلبانه تنها هنگامی روی می‌دهد که برای ایمنی کارکنان یا دیگر متقاضیان لازم باشد. مصرف مواد مخدر دلیلی برای ترخیص متقاضی از درمان جایگزین مواد افیونی به شمار نمی‌رود.</p>	<p>OST.Q.1aa</p>
<p><b>رهنمودهای کشوری تبعیت از پروتکل توزیع مربوط به درمان جایگزین مواد افیونی را الزام آور می‌کند</b></p> <p>فرایند توزیع مربوط به درمان جایگزین مواد افیونی در دستورالعمل‌های کشوری، فرایندی روشن و کاملاً شرح و بسط یافته است و شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• باید هویت بیمار مشخص شود</li> <li>• دوز دارو کنترل شود</li> <li>• بیمار ارزیابی شود تا معلوم شود تجویز دوز برای او بی‌خطر است</li> <li>• دادن دوز دارو تحت نظارت انجام گیرد</li> <li>• سوابق دوز تعیین شده نگهداری شود</li> <li>• داروها به شکل امنی انبار شود</li> </ul>	<p>OST.Q.1ab</p>
<p><b>رهنمودهای کشوری ویژگی سیستم‌های لازم برای جلوگیری از خالی شدن انبار دارو برای درمان جایگزین مواد افیونی را مشخص می‌کند</b></p> <p>مراکز توزیع داروهای مورد نیاز درمان جایگزین مواد افیونی باید مقادیر کافی از داروهای جایگزین مواد افیونی را در انبار داشته باشند تا مانع از خالی شدن موجودی شوند و باید از زنجیره‌های تأمین قابل اطمینان و فرایندهای</p>	<p>OST.Q.1ac</p>

تهیه و تدارک قوی برخوردار باشند.	
<p><b>رهنمودهای کشوری ایجاد مسیرهای رسمی ارجاع بیماران میان برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی و دیگر تأمین‌کنندگان ذیربط خدمات را الزام‌آور می‌کنند و متقاضیان درمان جایگزین مواد افیونی در صورت اقتضا به این مراکز ارجاع داده می‌شوند</b></p> <p>مراکز ذیربط از جمله عبارتند از: برنامه‌های سوزن و سرنگ، دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر، آزمایش، مدیریت، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی، هپاتیت ویروسی و سل، واکسیناسیون هپاتیت ویروسی، مراکز سلامت جنسی (شامل آزمایش و درمان عفونت‌های قابل انتقال توسط روابط جنسی)، خدمات بهداشت باروری، خدمات سلامت روانی، خدمات پزشکی عمومی، رفاه، خدمات جا و اقامت، خدمات حقوقی، خدمات آموزشی، و خدمات سلامتی اولیه. این خدمات ممکن است در خارج از برنامه‌های سوزن و سرنگ ارائه شوند یا در صورتی که خدمات یکپارچه باشند، در یک مرکز قرار داشته باشند. مسیرهای ایجادشده ارجاع باید ملاک‌های زیر را تأمین کنند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مراکز ارجاع‌دهنده باید فهرستی از مراکز در اختیار داشته باشند که بتوانند متقاضیان را به آنها ارجاع دهند و دارای ارتباطات و پیوندهایی با این مراکز باشند.</li> <li>• مراکزی که متقاضیان به آنها ارجاع داده می‌شوند، باید نسبت به نیازهای معتادان تزریقی حساس، حمایت‌گر و پاسخگو باشند و در مکانی نزدیک به مرکز ارجاع‌دهنده قرار داشته یا به سهولت برای متقاضی قابل دسترسی هستند.</li> <li>• پیگیری و تأمین تداوم مراقبت و درمان به کمک مدیریت مورد که توسط مرکز ارجاع‌دهنده ایجاد شده است، تقویت می‌شود.</li> </ul>	OST.Q.1ad
<p><b>رهنمودهای کشوری مقرر می‌دارند که بیماران فرایند درمان جایگزین مواد افیونی را که در محیط‌های بسته نگهداری یا در بازداشت هستند، باید مادام که در بازداشت به سر می‌برند، همچنان درمان جایگزین مواد افیونی را دریافت کنند</b></p>	OST.Q.1ae
<p><b>رهنمودهای کشوری مقرر می‌دارند که دریافت‌کنندگان خدمات درمان جایگزین مواد افیونی را که در محیط‌های بسته قرار دارند، به هنگام آزادی به برنامه‌های جامعه‌محور انتقال یابند.</b></p>	OST.Q.1af
<p>کیفیت ارائه خدمات برنامه درمان جایگزین مواد افیونی این شاخص‌ها به بررسی میزان تبعیت مراکز از استانداردهای کیفیت می‌پردازند. از این شاخص‌ها می‌توان برای ارزیابی ارائه خدمات یک برنامه مجزای درمان جایگزین مواد افیونی استفاده کرد. نتایج حاصله از چند مرکز را می‌توان تجمیع کرد تا میزان تبعیت کلیه مراکز از هر یک از استانداردهای کیفی به دست آید.</p>	OST.Q.2 *
<p>تأمین مالی درازمدت برنامه برای تضمین پایداری و تداوم برنامه درمان جایگزین مواد افیونی تأمین شده است (به OST.Q.1d مراجعه کنید).</p>	OST.Q.2a
<p>این برنامه فعالانه معتادان تزریقی را در برنامه‌ریزی خدمات درمان جایگزین مواد افیونی شرکت داده است (به</p>	OST.Q.2b

OST.Q.1e	مراجعه کنید)
OST.Q.2c	این برنامه به طور مرتب به طور ناشناخته از متقاضیان بازخور می گیرد (به مراجعه کنید).
OST.Q.2d	این برنامه زنجیره پاسخگویی روشنی را برقرار کرده است تا اطمینان یابد حداقل استانداردها برای ارائه درمان جایگزین مواد افیونی تأمین شده است (به OST.Q.1f مراجعه کنید)
OST.Q.2e	کلیه تجویز کنندگان درمان جایگزین مواد افیونی از آموزش معتبر برخوردار شده و خود را به ثبت رسانده اند (به OST.Q.1h مراجعه کنید)
OST.Q.2f	کلیه توزیع کنندگان داروهای درمان جایگزین مواد افیونی همسو با رهنمودهای کشوری آموزش دیده اند (به مراجعه کنید)
OST.Q.2g	برنامه درمان جایگزین مواد افیونی "آستانه ورود پایینی دارد" و دسترسی به آن بدون قید و شرط است (به OST.Q.1j مراجعه کنید)
OST.Q.2h	برنامه درمان جایگزین مواد افیونی از طیفی از روش های ارائه خدمات درمان جایگزین مواد افیونی استفاده می کند تا کمک رسانی به بیماران را به حداکثر برساند (به OST.Q.1k مراجعه کنید)
OST.Q.1i	این مراکز در نقاطی مکان یابی شده اند که معروف است برای معتادان تزریقی قابل دسترسی است (به OST.Q.1a مراجعه کنید)
OST.Q.1j	برنامه درمان جایگزین مواد افیونی در همه ساعات روز درمان جایگزین مواد افیونی ارائه می دهد (به OST.Q.1m مراجعه کنید)
OST.Q.1k	این برنامه درمان جایگزین مواد افیونی را با هزینه پایینی ارائه می دهد (به OST.Q.1n مراجعه کنید)
OST.Q.1l	هویت و سوابق مصرف جدید مواد افیونی کلیه بیماران پیش از آغاز درمان جایگزین مواد افیونی مشخص و تأیید می شود (به OST.Q.1o مراجعه کنید)
OST.Q.1m	از پروتکل های ارزیابی جامع بیماران به صورتی هماهنگ استفاده می شود (به OST.Q.1p مراجعه کنید)
OST.Q.1n	کلیه بیماران گواهی می کنند که آگاهانه به درمان جایگزین مواد افیونی رضایت داده اند (به OST.Q.1q مراجعه کنید)
OST.Q.1o	کلیه دریافت کنندگان درمان جایگزین مواد افیونی در سیستم های ثبت کشوری، به ثبت می رسند (به OST.Q.1r مراجعه کنید)
OST.Q.1p	برای کلیه بیماران سوابق درمانی کاملی نگهداری می شود (به OST.Q.1s مراجعه کنید)
OST.Q.1q	برنامه اطلاعات مربوط به متقاضیان را محرمانه نگه می دارد (به OST.Q.1t مراجعه کنید)
OST.Q.1r	کلیه بیماران اطلاعات لازم را در مورد میزان خطرها و رویدادهای ناگوار بالقوه مرتبط با درمان جایگزین مواد افیونی دریافت می دارند (به OST.Q.1u مراجعه کنید)
OST.Q.1s	در طول درمان جایگزین مواد افیونی، کلیه بیماران به طور منظم توسط یک پزشک و مطابق با پروتکل بررسی می شوند (به OST.Q.1v مراجعه کنید)
OST.Q.1t	دوز اولیه برای کلیه بیماران درمان جایگزین مواد افیونی کم تر از حداکثر دوز توصیه شده است (به OST.Q.1w مراجعه کنید)
OST.Q.1u	هیچ سقفی برای مدت زمان درمان تعیین نشده است (به OST.Q.1y مراجعه کنید)

ارزیابی و حمایت روانی اجتماعی به کلیه بیماران ارائه می شود (به OST.Q.1z مراجعه کنید)	OST.Q.1v
ترخیص غیرداوطلبانه از درمان جایگزین مواد افیونی تنها هنگامی روی می دهد که شرایط مذکور در رهنمودهای کشوری نقض شود (به OST.Q.1aa مراجعه کنید)	OST.Q.1w
از پروتکل توزیع داروهای درمان جایگزین مواد افیونی تبعیت می شود (به OST.Q.1ab مراجعه کنید)	OST.Q.1x
سیستمی برای جلوگیری از صفر شدن موجودی دارویی درمان جایگزین مواد افیونی به اجرا درآمده است (به OST.Q.1ac مراجعه کنید)	OST.Q.1y
مسیرهای رسمی ارجاع میان برنامه های درمان جایگزین مواد افیونی و دیگر تأمین کنندگان خدمات مربوطه مستقر شده است و متقاضیان درمان جایگزین مواد افیونی در صورت اقتضا به این مراکز ارجاع داده می شوند (به OST.Q.1ad مراجعه کنید)	OST.Q.1z

<p>افرادی که به طور مداوم و برای مدت دست کم ۶ ماه درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی دریافت می کنند</p> <p>این شاخص باقی ماندن بیماران در درمان جایگزین مواد افیونی را برای یک دوره حداقل ۶ ماهه بررسی می کند. شواهد نشان می دهند که بیشترین مزایای درمان جایگزین مواد افیونی به هنگامی به دست می آید که در مان دست کم ۶ ماه ادامه داشته باشد (۳۹). از این رو، این شاخص را می توان به عنوان ملاکی هم برای چگونگی تجویز درمان جایگزین مواد افیونی و هم میزان باقی ماندن بیماران در فرایند درمان به کار برد.</p> <p>این شاخص از داده های ثبت شده توسط درمان جایگزین مواد افیونی استفاده می کند و از یک رویکرد از نوع مطالعه گروه همسال بهره می گیرد. این رویکرد مشابه رویکردی است که برای پایش میزان باقی ماندن بیماران در فرایند درمان و بقای بیماران در درمان استفاده شده است و به طور آزمایشی در پایش برنامه های تأمین مالی شده توسط صندوق جهانی مورد استفاده قرار گرفته است.</p>	OST.Q.3 *
---	--------------

توضیحات:	منبع داده ها:	شاخص:	
از داده های ثبت درمان جایگزین مواد افیونی می توان برای تعیین تعداد افرادی که به عنوان یک گروه همسال، در دوره تعریف شده، درمان جایگزین مواد افیونی را آغاز کرده اند، استفاده کرد.	داده های برنامه	تعداد افرادی که درمان جایگزین مواد افیونی را طی دوره زمانی که به عنوان دوره گروه همسال تعریف شده است، آغاز می کنند	OST.Q.3a
از داده های ثبت شده درمان جایگزین مواد افیونی می توان برای تعیین تعداد افرادی از گروه همسال تعریف شده (به مطلب فوق مراجعه کنید) استفاده کرد که ۶ ماه پس از آغاز درمان جایگزین مواد افیونی هنوز در فرایند درمان به سر می برند.	داده های برنامه	تعداد افرادی از گروه همسال که ۶ ماه پس از آغاز درمان جایگزین مواد	OST.Q.3b

		افیونی در درمان به سر می‌برند	
هدف‌های ممکن: پایین → ۶۰٪ → متوسط ← ۸۰٪ ← بالا	$\frac{OST.Q.3a}{OST.Q.3b} \times 100$	درصد افرادی که در فرایند درمان جایگزین مواد افیونی به سر می‌برند که برای دست کم ۶ ماه این درمان را دریافت کرده‌اند	OST.Q.3c

بیمارانی که دوز نگهدارنده درمان جایگزین مواد افیونی آنها بیشتر یا مساوی با حداقل دوز توصیه شده است			OST.Q.4 *
--	--	--	--------------

توضیحات:	منع داده‌ها:	شاخص:	
از داده‌های ثبت شده درمان جایگزین مواد افیونی، در صورتی که این دفاتر دوز درمان جایگزین مواد افیونی بیماران را ثبت کنند، می‌توان استفاده کرد. یا اینکه می‌توان از داده‌های ثبت شده در سطح مرکز بهره گرفت. اگر سیستم‌های گردآوری داده در سطح مرکز شامل دوز دریافتی بیمار نباشند، در آن صورت می‌توان به بررسی نمودارهای بیماران (سوابق پزشکی) اقدام کرد. این کار می‌تواند به نمونه‌گیری تصادفی بیماران محدود شود یا اگر امکانات مالی اجازه بدهند، به مرور سوابق کلیه بیماران بسط یابد.	داده‌های برنامه	تعداد افرادی که در یک تاریخ مشخص، با متادون در فرایند درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی شرکت دارند و دوزی بیشتر یا مساوی ۶۰ میلی‌گرم دریافت می‌کنند یا در درمان نگهدارنده بوپرنورفین دوزی بیشتر یا مساوی ۱۲ میلی‌گرم دریافت می‌کنند	OST.Q.4a
این رقم شامل بیمارانی نمی‌شود که در حال حاضر در برنامه درمان جایگزین مواد افیون پذیرفته شده‌اند و هنوز به دوز نگهدارنده نرسیده‌اند. همچنین شامل بیمارانی که دوزهای پایین درمان جایگزین مواد افیونی دریافت می‌دارند، نمی‌شود.	داده‌های برنامه	تعداد افرادی که در یک تاریخ مشخص شده، دوز نگهدارنده درمان جایگزین مواد افیونی دریافت می‌کنند	OST.Q.4b

<p>هدف‌های ممکن: پایین → ۶۰٪ → متوسط ← ۹۰٪ ← بالا</p>	$\frac{OST.Q.4a}{OST.Q.4b} \times 100$	<p>درصد بیمارانی که دوز نگهدارنده بیشتر یا مساوی حداقل دوز توصیه شده در درمان جایگزین مواد افیونی دریافت می کنند</p>	<p>OST.Q.4c</p>
---	--	--	-----------------

<p>افرادی که درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی را می گذرانند و حمایت‌های روانی اجتماعی دریافت می کنند</p>			<p>OST.Q.5</p>
<p>توضیحات:</p> <p>حمایت روانی اجتماعی می تواند به عنوان حداقل شامل موارد زیر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارزیابی نیازهای روانی اجتماعی</li> <li>• مشاوره حمایتی</li> <li>• مرتبط کردن بیمار با خدمات خانواده و خدمات اجتماعی موجود</li> </ul>	<p>منبع داده‌ها:</p> <p>داده‌های برنامه</p>	<p>شاخص:</p> <p>تعداد افرادی که در فرایند درمان جایگزین مواد افیونی به سر می برند و در ۱۲ ماه گذشته حمایت روانی اجتماعی دریافت کرده اند</p>	<p>OST.Q.5a</p>
	<p>داده‌های برنامه</p>	<p>تعداد افرادی که طی ۱۲ ماه گذشته، درمان جایگزین مواد افیونی دریافت کرده اند</p>	<p>OST.Q.5b</p>
<p>هدف‌های ممکن: پایین → ۵۰٪ → متوسط ← ۸۰٪ ← بالا</p>	$\frac{OST.Q.5a}{OST.Q.5b} \times 100$	<p>درصد افرادی که در فرایند درمان جایگزین مواد افیونی به سر می برند و حمایت‌های روانی اجتماعی دریافت می کنند</p>	<p>OST.Q.5c</p>

### ۳. آزمایش و مشاوره اچ آی وی

<p>تعداد مراکز که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند و در آنها خدمات آزمایش و مشاوره اچ آی وی ارائه می‌شود.</p> <p>برای مداخلاتی که ویژه معتادان تزریقی نیستند، نظیر آزمایش و مشاوره اچ آی وی، شاخص‌های توصیه‌شده توجه خود را بر ارائه آزمایش و مشاوره اچ آی وی توسط مراکز که هدفشان را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، نظیر برنامه‌های سوزن و سرنگ و مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر، و نیز ارائه‌دهندگان خدمات یکپارچه و ارجاع به مراکز دیگر متمرکز می‌کند.</p>			HTC.A.1
*			
شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:	
تعداد مراکز برنامه سوزن و سرنگ که آزمایش و مشاوره اچ آی وی ارائه می‌دهند	داده‌های برنامه	تنها باید شامل مراکز باشد که در آنها آزمایش اچ آی وی با رضایت آگاهانه بیمار انجام می‌گیرد، این آزمایش محرمانه است و با مشاوره توأم می‌شود.	
HTC.A.1a			
درصد مراکز برنامه سوزن و سرنگ که آزمایش و مشاوره اچ آی وی ارائه می‌دهند	$\frac{HTC.A.1a}{NSP.A.1a} \times 100$		
HTC.A.1b			
تعداد مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر که آزمایش و مشاوره اچ آی وی ارائه می‌دهند	داده‌های برنامه	شامل مراکز درمان جایگزین مواد افیونی و نیز دیگر مراکز ارائه‌دهنده درمان وابستگی به مواد مخدر می‌شود. تنها باید شامل مراکز باشد که در آنها آزمایش اچ آی وی با رضایت آگاهانه بیمار انجام می‌گیرد، این آزمایش محرمانه است و با مشاوره توأم می‌شود.	
HTC.A.1c			
کل تعداد مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر	[OST.A.2a]+[OST.A.2b]+ [ODT.A.2a]+[ODT.A.2b]+ [ODT.A.2c]+[ODT.A.2d]	برخی مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر ممکن است بیش از یک نوع مداخله درمانی مواد مخدر عرضه کنند. هر یک از این مراکز باید تنها یک‌بار در رقم کلی که برای این شاخص در نظر گرفته شده است، شمارش شود.	
HTC.A.1d			
درصد مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر که آزمایش و مشاوره اچ آی وی ارائه می‌دهند	$\frac{HTC.A.1c}{NSP.A.1d} \times 100$		
HTC.A.1e			



<p>آزمایش جامعه‌محور می‌تواند موجب افزایش کمک‌رسانی آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی شود. تکنیک‌ها آزمایش سریع به ویژه در این محیط‌ها مفیدند تا طی یک تماس آزمایش را انجام دهند و نتایج را مشخص کنند.</p>	<p>بله/نه اگر بله، نوع مرکز را شرح دهید.</p>	<p>آیا مراکز سیار یا کمک‌رسانی وجود دارند که هدف خود را معنادان تزریقی قرار داده‌اند و محیط محلی، خدمات آزمایش و مشاورهٔ اچ‌آی‌وی ارائه می‌دهند؟</p>	<p>HTC.A.1f</p>
--	--	--	-----------------

<p>معتادان تزریقی که طی ۱۲ ماه گذشته از نظر اچ‌آی‌وی آزمایش شده‌اند سطح کاربرد: این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز استفاده کرد. در هر حالت، هنگامی که پوشش را میان معتادان تزریقی اندازه می‌گیریم، برآورد اندازهٔ جمعیت که از آن به عنوان مخرج کسر استفاده می‌شود، باید مربوط با منطقهٔ مورد بررسی باشد.</p> <p>تفکیک پیشنهادی: جنسیت (مرد/زن/فراجنسیتی) سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال) مادهٔ مخدر تزریقی (مواد افیونی/محرک‌ها/دیگر مواد)</p>	<p>HTC.C.1 **</p>
---	-----------------------

توضیحات:	منبع داده‌ها:	شاخص:	
<p>مراکزی که داده در اختیار این شاخص قرار می‌دهند، باید برای اجتناب از دوباره‌شماری از یک سیستم کد شناسهٔ منحصر به فرد استفاده کنند.</p> <p>متقاضیانی که به دفعات متعدد طی دورهٔ گزارش ۱۲ ماه آزمایش شده‌اند، باید تنها یک بار برای این شاخص شمارش شوند.</p> <p>متقاضیانی که آزمایش می‌شوند، برای آنکه واجد شرایط شمارش در این شاخص باشند، باید از نتایج آزمایش خود مطلع گردند.</p>	<p>داده‌های برنامه</p>	<p>تعداد معتادان تزریقی که طی یک دورهٔ مشخص گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته) توسط برنامه‌های سوزن و سرنگ، مراکز درمان مواد مخدر یا دیگر مراکزی که هدفشان را معتادان تزریقی قرار داده‌اند (شامل مراکز سیار یا کمک‌رسان) در مورد اچ‌آی‌وی آزمایش شده‌اند</p>	<p>HTC.C.1a</p>
<p>هدف‌های ممکن:</p>		<p>درصد کلیهٔ معتادان</p>	<p>HTC.C.1b</p>

<p>پایین → ۴۰٪ ← متوسط ← ۷۵٪ ← بالا</p>	$\frac{HTC.C.1a}{Pop.1} \times 100$	<p>تزریقی که طی یک دوره مشخص گزارش توسط برنامه‌های سوزن و سرنگ، مراکز درمان مواد مخدر یا دیگر مراکزی که هدفشان را معتادان تزریقی قرار داده‌اند) شامل مراکز سیار یا کمک‌رسان) در مورد اچ‌آی‌وی آزمایش شده‌اند</p>	
<p>این شاخص به شرح زیر در گزارش پیشرفت ۲۰۱۲ "پاسخ جهانی به ایدز" (۱۲) و در سلامت بین‌المللی خانواده (FHI)/پیمایش نظارت رفتار (BSS) گنجانده شده است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• پرسش ۱۱۱۴: "من نمی‌خواهم از نتایج مطلع شوم، اما آیا شما آزمایش اچ‌آی‌وی انجام می‌دهید؟"</li> <li>• پرسش ۱۱۱۶: "لطفاً نتیجه را به من نگوئید، اما آیا نتایج آزمایش مشخص شدند؟"</li> <li>• پرسش ۱۱۱۷: "چه زمانی آخرین آزمایش را انجام دادید؟"</li> </ul> <p>توجه داشته باشید که معتاد تزریقی که اچ‌آی‌وی دارد و پیش از ۱۲ ماه گذشته از نتایج وضعیت اچ‌آی‌وی خود مطلع شده است، در ۱۲ ماه گذشته آزمایش نشده است، اما به پرسش ۱۱۱۴ پاسخ بله خواهد داد.</p> <p>اگر این شاخص به طرح "کنترل سرم" اچ‌آی‌وی (شامل کنترل ناشناخته)، مرتبط شود، درصد آنهایی که اچ‌آی‌وی مثبت هستند، اما از وضعیت خود مطلع نیستند را می‌توان به دست آورد.</p> <p>هنگام تفسیر نتایج این شاخص باید خطای سیستماتیک (تورش) بالقوه نمونه‌گیری را در نظر گرفت.</p> <p>هدف‌های ممکن:</p> <p>پایین → ۴۰٪ ← متوسط ← ۷۵٪ ← بالا</p>	<p>پیمایش‌های رفتاری</p>	<p>درصد معتادان تزریقی که طی ۱۲ ماه گذشته در مورد اچ‌آی‌وی آزمایش شده‌اند و نتایج آزمایش را می‌دانند</p>	<p>HTC.C.1c</p>

## ۴. درمان ضد رتروویروسی

وجود درمان ضد رتروویروسی برای معتادان تزریقی			ART.A.1 *
توضیحات:	منبع داده‌ها:	شاخص:	
<p>قید و شرط‌هایی که دسترسی را محدود می‌کنند، ممکن است در سطوح گوناگون روی دهند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• قید و شرط‌ها در خط‌مشی و رهنمودهای کشوری ذکر شده باشد</li> <li>• قید و شرط‌هایی در سطح مراکز در مورد دسترسی وجود داشته باشد</li> <li>• قید و شرط‌ها مربوط به روش / بی‌میلی تجویزکننده برای ارائه درمان به معتاد تزریقی باشد.</li> </ul> <p>اگر قید و شرط‌ها وجود داشته باشند، ماهیت و میزان آنها باید به هنگام گزارش شرح داده شود.</p>	وجود/عدم وجود	وجود قید و شرط‌هایی که دسترسی به درمان ضد رتروویروسی را بر اساس داشتن سابقه تزریق مواد مخدر یا وضعیت کنونی تزریق محدود می‌کند	ART.A.1a

تعداد مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند و در آنها درمان ضد رتروویروسی ارائه می‌شود			ART.A.2
<p>برای مداخلاتی که ویژه معتادان تزریقی نیستند، نظیر درمان ضد رتروویروسی، شاخص‌های توصیه‌شده توجه خود را بر ارائه درمان ضد رتروویروسی توسط مراکزی متمرکز کرده‌اند که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، نظیر برنامه‌های سوزن و سرنگ و مراکز درمان مواد مخدر، و نیز مراکز ارائه‌دهنده خدمات یکپارچه و ارجاع به دیگر مراکز.</p>			
توضیحات:	منبع داده‌ها/پاسخ‌ها:	شاخص:	
مراکزی که ارزیابی، پایش، تجویز و توزیع داروهای درمان ضد رتروویروسی انجام می‌دهند.	داده‌های برنامه	تعداد مراکز درمان مواد مخدر که درمان ضد رتروویروسی ارائه می‌دهند	ART.A.2a
برخی مراکز درمان مواد مخدر ممکن است بیش از یک نوع مداخله درمانی عرضه کنند. این مراکز باید تنها یک‌بار در رقم کل شمرده شوند تا برای این شاخص مناسب باشند. مراکزی که تنها خدمات گروه‌های حمایتی مبتنی بر همتایان ارائه می‌دهند، در این رقم کل به حساب نمی‌آیند.	[OST.A.2a]+[OST.A.2b]+ [ODT.A.2b]+[ODT.A.2e]+ [ODT.A.2h]+[ODT.A.2k]	کل تعداد مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر	ART.A.2b

	$\frac{\text{ART. A. 2a}}{\text{ART. A. 2b}} \times 100$	درصد مراکز درمان مخدر که درمان ضد رتروویروسی ارائه می دهند	ART.A.2c
	وجود/ عدم وجود	وجود مراکز سیار یا کمک رسان که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده اند و درمان ضد رتروویروسی ارائه می دهند	ART.A.2d
دیگر مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده اند، ممکن است شامل برنامه های سوزن و سرنگ، دیگر مراکز کاهش آسیب و مراکز مراجعه ای باشند که هدف خود را مصرف کنندگان مواد مخدر قرار داده اند. مراکز خدمات ارزیابی، پایش، تجویز و توزیع داروهای درمان ضد رتروویروسی ارائه می دهند.	داده های برنامه	تعداد مراکز دیگری که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده اند و درمان ضد رتروویروسی ارائه می دهند	ART.A.2e

<p>معتادان تزریقی که درمان ضد رتروویروسی دریافت می کنند گزارش کردن این شاخص ها ممکن به دلیل دشواری در شناخت دریافت کنندگان درمان ضد رتروویروسی که از سابقه تزریق مواد مخدر برخوردار هستند، دشوار باشد. سطح کاربرد: از این شاخص ها می توان در سطح ملی، منطقه ای، شهر یا در سطح مرکز استفاده کرد. در هر حالت، به هنگام اندازه گیری میزان پوشش میان معتادان تزریقی، بر آورد اندازه جمعیت به عنوان مخرج کسر، باید به منطقه مورد بررسی مربوط باشد. تفکیک پیشنهادی: سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بزرگ تر از ۱۸ و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال) نوع مواد مخدر تزریقی (مواد افیونی/محرک ها/غیره)</p>			ART.C.1 **
توضیحات:	منع داده ها:	شاخص:	ART.C.1a
این عدد کلیه دریافت کنندگان درمان ضد رتروویروسی را با	داده های برنامه	معتادان	

<p>سابقه تزریق مواد مخدر، از جمله کسانی که هم اکنون نیز معتاد تزریقی فعال هستند، نشان می‌دهد.</p> <p>ممکن است تعیین اینکه کدام دریافت‌کنندگان درمان ضد رتروویروسی سابقه تزریق مواد مخدر دارند یا نه، کار دشواری باشد. معمولاً کسانی که برای درمان ضد رتروویروسی یا پیش درمان ضد رتروویروسی ثبت نام می‌کنند، این مطلب را که مواد مخدر تزریق می‌کنند یا سابقه این کار را دارند، ثبت نمی‌کنند. اگر این دفاتر ثبت، شامل این اطلاعات باشند، این امر اهمیت بسیار دارد که محرمانه بودن اطلاعات متقاضیان حفظ شود، اطلاعات مصرف تزریقی مواد مخدر یا وجود سابقه آن در متقاضیان با مؤسسات مجری قانون در میان گذاشته نشود و سابقه تزریق یا تزریقی بودن فعلی متقاضی موجب تبعیض و مانع از دسترسی او به درمان نشود.</p> <p>سیستم‌های ثبت درمان ضد رتروویروسی ممکن است تنها طبقه احتمالی انتقال بیماری را ثبت کنند. برخی معتادان تزریقی ممکن است طبقه انتقال بیماری متفاوتی را (غیر از تزریق) ثبت کرده باشند، از این رو، این امر موجب کم برآورد کردن شمار معتادان تزریقی شود که درمان ضد رتروویروسی دریافت می‌کنند.</p>		<p>تزریقی که در یک تاریخ معین درمان ضد رتروویروسی دریافت می‌کنند</p>	
<p>تأمین پوشش ۱۰۰٪ درمان ضد رتروویروسی برای کلیه معتادان تزریقی دارای اچ‌آی‌وی مثبت، عموماً امکان‌پذیر یا لازم نیست. درمان ضد رتروویروسی برای کلیه کسانی که اچ‌آی‌وی دارند، لازم و ضروری نیست. از این رو، از آنجایی که مخرج کسر برآورد تعداد معتادان تزریقی که به درمان ضد رتروویروسی نیاز دارند، نیست، این شاخص به طور مستقیم نیاز برآورده‌نشده را اندازه نمی‌گیرد.</p> <p>هدف‌های ممکن:</p> <p>پایین → ۲۵٪ → متوسط ← ۷۵٪ ← بالا</p>	$\frac{\text{ART. C. 1a}}{\text{Pop. 4}} \times 100$	<p>درصد کلیه معتادان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت که در یک تاریخ معین درمان ضد رتروویروسی دریافت می‌کنند</p>	<p>ART.C.1b</p>

<p>دسترسی نسبی معتادان تزریقی به درمان ضد رتروویروسی</p> <p>این شاخص ملاکی است برای برقراری عدالت دسترسی به درمان ضد رتروویروسی برای معتادان تزریقی که اچ‌آی‌وی مثبت دارند در مقایسه با کلیه افراد دارای اچ‌آی‌وی مثبت. عموماً و به رغم شواهد موجود که ارائه درمان ضد رتروویروسی به معتادان تزریقی، از مزایای تقویت سلامتی در مقیاس کل جمعیت برخوردار است و این امر که معتادان تزریقی می‌توانند با موفقیت به درمان ضد رتروویروسی پاسخ دهند و از مزایای آن بهره‌مند گردند، معتادان تزریقی نسبت به معتادان غیر تزریقی دسترسی ضعیف‌تری به درمان ضد رتروویروسی دارند (۵۷-۵۵).</p>			ART.C.2
شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:	
تعداد کلیه دریافت‌کنندگان درمان ضد رتروویروسی در یک تاریخ معین	داده‌های برنامه	این رقم شامل کلیه دریافت‌کنندگان (یعنی، معتادان تزریقی و معتادان غیر تزریقی) می‌شود.	ART.C.2a
نسبت معتادان تزریقی که درمان ضد رتروویروسی دریافت می‌کنند به کل جمعیت تحت پوشش درمان ضد رتروویروسی	ART. C. 1a/ART. C. 2a Pop. 4/Pop. 5	هدف: بزرگ‌تر از ۱ مطلوب است	ART.C.2b

خط‌مشی و قانون کشوری - درمان ضد رتروویروسی برای معتادان تزریقی آیا استانداردها و ویژگی‌های برنامه‌ای زیر در قانون، خط‌مشی و رهنمودهای کشوری گنجانده شده‌اند؟	ART.Q.1 *
خط‌مشی ملی از تأمین خدمات درمان ضد رتروویروسی برای معتادان تزریقی که اچ‌آی‌وی دارند، حمایت می‌کند	ART.Q.1a
رهنمودهای درمان ضد رتروویروسی ملی در سطح کشور و پایین‌تر تدوین شده‌اند و شامل ارائه درمان ضد رتروویروسی به معتادان تزریقی می‌شوند این دستورالعمل‌ها مشروح، جامع و مبتنی بر شواهد علمی‌اند و قوانین، خط‌مشی‌ها و شرایط محلی را بازتاب می‌دهند. آنها با رهنمودهای بین‌المللی همسویی دارند (برای مثال، رهنمودهای مربوطه سازمان بهداشت جهانی) و شامل ارائه درمان ضد رتروویروسی به معتادان تزریقی کنونی و سابق می‌شوند.	ART.Q.1b
استراتژی ملی شامل گام‌هایی برای تضمین تأمین درازمدت بودجه برای تأمین پایداری ارائه درمان ضد رتروویروسی به معتادان تزریقی است لازم است که دولت به صورت دراز مدت به تأمین فعالیت مداوم برنامه‌هایی که درمان ضد رتروویروسی به	ART.Q.1c

<p>معتادان تزریقی ارائه می دهند، متعهد شود. اگر این مراکز توسط منابع خارجی تأمین مالی شوند، پایداری این تأمین مالی باید ارزیابی شود و بودجه های احتیاطی برای پر کردن شکاف های موجود معین شود.</p>	
<p>خط مشی ملی تصریح می کند که معتادان تزریقی باید فعالانه در برنامه ریزی ارائه درمان ضد رتروویروسی برای معتادان تزریقی شرکت داده شوند</p> <p>این امر مستلزم مشاوره با معتادان تزریقی و تأمین مشارکت هدفمند آنها در تدوین خدمات به منظور تأمین اطمینان خاطر از مناسب بودن و قابل قبول بودن این خدمات برای جمعیت هدف است.</p>	ART.Q.1d
<p>رهنمودهای ملی تصریح می کنند که خدمات درمان ضد رتروویروسی به طور منظم و ناشناخته به کسب بازخور از متقاضیان می پردازد</p> <p>سازوکارهایی مستقر شده اند که متقاضیان از طریق آنها می توانند به طور محرمانه/ناشناخته در مورد خدمات بازخور ارائه دهند. این خدمات باید نسبت به این اطلاعات حساس و پاسخگو باشند.</p>	ART.Q.1e
<p>خط مشی ملی تصریح می کند که زنجیره پاسخگویی روشنی در داخل مراکز درمان ضد رتروویروسی و به طور کلی در داخل نظام سلامت وجود دارد تا این اطمینان را فراهم آورد که حداقل استانداردها برای تأمین درمان ضد رتروویروسی تأمین شده است.</p>	ART.Q.1f
<p>خط مشی ملی تجویز کنندگان درمان ضد رتروویروسی را ملزم می کند که آموزش معتبر دریافت دارند</p> <p>کلیه تجویز کنندگان درمان ضد رتروویروسی ملزم می شوند که آموزش معتبری در سطح تحصیلات تکمیلی ببینند و تشویق/ملزم می شوند که در آموزش، پایش و ارزشیابی مداوم شرکت جویند. تجویز کنندگان نسبت به معتادان تزریقی با احترام برخورد می کنند، نزد جمعیت هدف دارای اعتبار و احترام هستند و در نگرش خود نسبت به مصرف کنندگان مواد مخدر به پیشداوری و قضاوت راه نمی دهند.</p>	ART.Q.1g
<p>خط مشی ملی تصریح می کند که مراکز درمان ضد رتروویروسی "آستانه ورود پایینی" دارند و معتادان تزریقی را ملزم نمی کنند که برای دسترسی به درمان ضد رتروویروسی ملاک های ویژه ای را تأمین کنند</p> <p>تنها ملاک های کلینیکی (بالینی) تعیین کننده دسترسی به درمان ضد رتروویروسی است. دسترسی با قید و شرط هایی نظیر حداقل سن، سابقه تزریق یا وضعیت کنونی تزریق، جنسیت یا شهروندی یا وضعیت اقامت، سابقه زندانی بودن یا سابقه کیفری محدود نمی شود.</p>	ART.Q.1h
<p>رهنمودهای ملی الزام آور می دانند که تجویز درمان ضد رتروویروسی از طریق طیفی از مدل های ارائه خدمات انجام گیرد</p> <p>شامل: تجویز از طرف پزشکان عمومی / مستقر در مطب و تجویز توسط کارشناس / از مراکز تخصصی.</p>	ART.Q.1i
<p>رهنمودهای ملی الزام آور می دانند که تجویز کنندگان درمان ضد رتروویروسی و مراکز توزیع در مناطقی قابل دسترسی برای معتادان تزریقی استقرار یابند</p> <p>ممکن است برای تعیین دسترس پذیری یک مکان برای معتادان تزریقی، تهیه نقشه از جمعیت هدف لازم باشد.</p>	ART.Q.1j
<p><b>خط مشی ملی شامل مفادی برای تضمین ارزان بودن درمان ضد رتروویروسی است</b></p> <p>در صورتی که بیماران ملزم شوند هزینه های درمان ضد رتروویروسی را خود تأمین کنند، این هزینه ممکن است یکی از موانع عمده بر سر راه دسترسی به درمان، به ویژه برای معتادان تزریقی باشد. برای افزایش دسترس پذیری به درمان، درمان ضد رتروویروسی را می توان به طور رایگان عرضه کرد (این کار بهترین کار است، اما ممکن است در بسیاری از محیط های مبتلا به محدودیت منابع، میسر نباشد)، هزینه ها توسط بیمه سلامت پوشش داده</p>	ART.Q.1k

شود، به هزینه‌های بیمار تاحدی سوبسید داده شود یا این خدمات به صورت رایگان با هزینه‌های پایین‌تر به ویژه برای بیمارانی که فقیر هستند، ارائه شود.

ART.Q.1i

رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که ارائه‌دهندگان خدمات درمان ضد رتروویروسی تیم‌های چندتخصصی را در ارائه درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی به کار بگیرند  
تیم‌های چندتخصصی برای ارائه خدمات درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاوران/ روانشناسان، مددکاران اجتماعی، هم‌تایان آموزش‌دهنده/ حامی باشند.

ART.Q.1m

رهنمودهای ملی پروتکل‌های جامعی برای ارزیابی بیمار ارائه می‌دهند که شامل مسائل ویژه معتادان تزریقی می‌شوند

مسائلی که به طور ویژه به معتادان تزریقی مربوط هستند که باید در جریان ارزیابی به آنها پرداخت، عبارتند از:

- سابقه مصرف مواد مخدر- به ویژه مصرف کنونی آن، علائم مصرف مواد مخدر و وضعیت فرد در ارتباط با آن و عوارضی که به هنگام معاینه مشاهده شده است (مگر اینکه مصرف ماده مخدر مورد شک توسط متقاضی انکار شود، آزمایش ادرار لزوماً آن را اثبات نکند، به صورتی که غیرمحمّل باشد که نظر مدیریت را تغییر دهد)،

- تجربه درمان وابستگی به مواد مخدر- گذشته و حال،
- سابقه بیماری روانی، وضعیت کنونی با استفاده از ابزارهای غربالگری استاندارد، به ویژه مقیاس‌های سنجش علائم افسردگی و روان‌پریشی، ارزیابی می‌شود،
- علائم و نشانه‌های عفونت‌های فرصت‌طلب (به خاطر داشته باشید که معتاد تزریقی ممکن است اغلب اوقات دیر و با یک بیماری در مراحل پیشرفته مراجعه کند)،
- ارزیابی مشروح اجتماعی، شامل ثبات و حمایت اجتماعی (خانواده، جامعه محلی)، ثبات جا و مکان (بی‌خانمانی)، رویدادها/ بحران‌های مهم در زندگی، وضعیت اشتغال و امنیت مالی، مسائل قانونی، زندانی بودن سابق، اتهامات کیفری بلاتکلیف، و وضعیت تحصیلات.
- ارزیابی میزان آماده بودن متقاضی برای درمان،
- هپاتیت بی، قرار گرفتن در معرض انتقال هپاتیت سی، عفونت، میزان شاخص ایمنی (ویروس هپاتیت بی)، به اضافه بررسی‌ها- آزمایش خون (سرم)، آزمایش‌های کارکرد کبد،
- سل: میزان قرار داشتن در معرض، عفونت، پیشگیری، علائم و نشانه‌ها.

ART.Q.1n

رهنمودهای ملی توصیه می‌کنند که درمان ضد رتروویروسی برای کلیه افرادی که اچ‌آی‌وی دارند، شامل معتادان تزریقی، در صورتی که ملاک‌های سازمان بهداشت جهانی تحقق یافته باشند، انجام گیرد  
ملاک‌های کنونی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰) توصیه می‌کنند که درمان ضد رتروویروسی در هر یک از اوضاع و احوالات زیر انجام گیرد:

- شمارش CD4 کمتر یا مساوی ۳۵۰ سلول در میلی‌متر مکعب
- مرحله بالینی علامت‌دار و تعریف شده سازمان بهداشت جهانی ۳ یا ۴
- حامله و در مرحله بالینی سازمان بهداشت جهانی ۳ یا ۴
- سل فعال
- درمان ویروس هپاتیت بی لازم باشد.



خط‌مشی ملی الزام‌آور می‌داند که کلیهٔ بیماران برای اخذ درمان ضد رتروویروسی رضایت آگاهانهٔ خود را اعلام کنند	ART.Q.1o
رهنمودهای ملی الزام‌آور می‌دانند که کلیهٔ سوابق کامل پزشکی برای کلیهٔ بیماران نگهداری شود	ART.Q.1p
خط‌مشی ملی تصریح می‌کند که برنامه‌های درمان ضد رتروویروسی اطلاعات مربوط به متقاضی را محرمانه نگهدارند مراکز برای اطمینان از اینکه سوابق متقاضیان به صورت مطمئن نگهداری و محرمانه می‌مانند، سیستم‌های مناسب مستقر می‌کنند. اطلاعات متقاضی بدون رضایت او با دیگر مراکز یا ضابطین قانون در میان گذاشته نمی‌شوند، مگر اینکه قانون آن را ایجاب کند. سیستم‌های گردآوری داده‌های برنامه حاوی اطلاعات شخصی متقاضیان یا اطلاعاتی که هویت آنها را مشخص کند، نیستند.	ART.Q.1q
رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که مشاورهٔ قبل از درمان به کلیهٔ بیماران، از جمله معتادان تزریقی ارائه شود مسائلی که باید به هنگام مشاوره‌های قبل از درمان برای معتادان تزریقی که اچ‌آی‌وی دارند، روشن شوند، عبارتند از: <ul style="list-style-type: none"> <li>• عواقب وضعیت عفونت</li> <li>• عواقب افشا</li> <li>• شرکای جنسی و دیگر ارتباط‌ها</li> <li>• خطر ابتلا به عفونت دوگانهٔ اچ‌آی‌وی</li> <li>• استراتژی‌های کاهش ریسک اچ‌آی‌وی</li> <li>• عواقب مصرف مواد مخدر برای درمان ضد رتروویروسی، از جمله تداخل دارویی</li> <li>• راه‌های درمان وابستگی به مواد مخدر، شامل تداخل‌ها</li> <li>• نیاز به پایش مستمر</li> <li>• عفونت‌های فرصت‌طلب</li> <li>• پیشگیری، عفونت و عواقب هپاتیت سی، هپاتیت بی و سل</li> <li>• آماده‌شدن برای درمان</li> </ul>	ART.Q.1r
رهنمودهای ملی این الزام را مطرح می‌کنند که دریافت‌کنندگان درمان ضد رتروویروسی، اطلاعات کافی در مورد خطرات، عوارض جانبی، تداخل دارویی مرتبط با درمان ضد رتروویروسی به دست آورند. باید اطلاعات کافی در مورد رویدادهای ناگوار و تداخل با مواد مخدر و داروهای دیگر در اختیار متقاضیان درمان ضد رتروویروسی قرار گیرد. متقاضیان باید در مورد چگونگی اجتناب از این رویدادهای ناگوار، اینکه علائم هشداردهنده کدامند، چگونه در صورت وقوع آنها باید به آنها پاسخ داد و چه زمانی باید طلب کمک پزشکی کرد، کاملاً توجیه شوند.	ART.Q.1s
رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که کلیهٔ افرادی که اچ‌آی‌وی دارند، از جمله معتادان تزریقی، و ملاک‌های معین دریافت درمان ضد رتروویروسی را تأمین نمی‌کنند، طبق رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی، به طور مرتب تحت پایش بار ویروسی و شمارش CD4 قرار گیرند رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کنند که هر ۶ ماه یکبار بار ویروسی و شمارش CD4 در	ART.Q.1t

<p>اشخاصی که اچ‌آی‌وی دارند و در وضعیت پیش از درمان ضد رتروویروسی قرار دارند، انجام گیرد.</p>	
<p>رهنمودهای ملی تصریح می‌کنند که دریافت‌کنندگان درمان ضد رتروویروسی، از جمله معتادان تزریقی، طبق رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی به طور منظم بررسی شوند</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تواتر و فاصلهٔ پایش دریافت‌کنندگان درمان ضد رتروویروسی میان رژیم‌های درمان ضد رتروویروسی تفاوت می‌کند.</li> <li>• بار ویروسی و شمارش CD4 به سنجش موفقیت درمان کمک می‌کند.</li> <li>• آزمایش‌های بیشتر شامل آزمایش‌های کارکرد کبد، چربی‌ها و کارکرد کلیه می‌شود</li> </ul> <p>بیماران باید از نظر سمیت و عوارض جانبی ارزیابی شوند و این عوارض در صورت کشف، با واکنش مناسب روبه‌رو شوند.</p>	<p><b>ART.Q.1u</b></p>
<p><b>رهنمودهای ملی توصیه می‌کنند که کلیهٔ دریافت‌کنندگان درمان ضد رتروویروسی، از جمله معتادان تزریقی، از خدمات مدیریت مورد برخوردار شوند.</b></p>	<p><b>ART.Q.1v</b></p>
<p>رهنمودهای ملی پروتکل‌هایی برای استراتژی‌های پایبندی به درمان توصیه می‌کنند و حمایت‌هایی از کلیهٔ بیماران برای تأمین پایبندی آنها به درمان عرضه می‌کنند، از جمله استراتژی‌های مناسبی برای معتادان تزریقی عرضه می‌دارند</p> <p>استراتژی‌های حمایتی برای تأمین پایبندی به درمان عبارت‌اند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مدیریت وابستگی به مواد مخدر</li> <li>• ارائهٔ آموزش و اطلاعات در مورد نیاز به درمان ضد رتروویروسی</li> <li>• ارائهٔ اطلاعات روشن و دقیق برای پرداختن به نگرانی‌ها و برداشت‌های غلط</li> <li>• ارزشیابی منظم بیمار</li> <li>• حمایت هم‌تایان</li> <li>• تقویت/ تسهیل حمایت اجتماعی و حمایت خانواده</li> <li>• پرداختن به مسائل اجتماعی، نظیر جا، عدم امنیت مالی (ارائهٔ حمایت اجتماعی)، مسائل حقوقی و غیره</li> <li>• ارائهٔ اطلاعات دقیق و روشن در مورد عوارض جانبی، علائم هشداردهنده و زمانی که لازم است به دکتر مراجعه کنند</li> <li>• ارائهٔ اطلاعات در مورد تداخلات دارویی، هم داروهای تجویز شده و هم داروهای فوق‌العاده</li> <li>• درمان اختلالات هم‌زمان روانی</li> <li>• مشاهدهٔ مستقیم درمان ضد رتروویروسی، به ویژه هنگامی که به وابستگی به مواد مخدر (برای مثال درمان جایگزین مواد افیونی) یا درمان دیگر بیماری‌های عفونی (برای مثال، سل) پیوند داشته باشد که ممکن است برای آنها هم اکنون درمان تحت نظارت در جریان باشد</li> <li>• توزیع دارو در مقادیر کوچک در فواصل اندک برای کشف عدم پایبندی به درمان</li> </ul>	<p><b>ART.Q.1w</b></p>
<p><b>رهنمودهای ملی توصیه می‌کنند دسترسی دریافت‌کنندگان درمان ضد رتروویروسی، که به مواد مخدر وابسته هستند، به مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر برقرار شود</b></p> <p>پایبندی به درمان وابستگی به مواد مخدر تنها یک پیش‌شرط دسترسی به درمان ضد رتروویروسی نیست. درمان جایگزین مواد افیونی را باید اولین چارهٔ درمان وابستگی به مواد افیونی میان اشخاصی دانست که اچ‌آی‌وی</p>	<p><b>ART.Q.1x</b></p>

<p>دارند. باید وابستگی به مواد مخدر افرادی که تحت درمان ضد رتروویروسی قرار دارند، توسط طرح مدیریت درمان آنها پیگیری شود.</p>	
<p><b>رهنمودهای ملی توصیه می‌کنند حمایت روانی اجتماعی در اختیار کلیه بیماران درمان ضد رتروویروسی قرار گیرد، از جمله استفاده از رویکردهای مناسب برای معنادان تزریقی حمایت روانی اجتماعی به عنوان یک حداقل می‌توان شامل موارد زیر باشد:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارزیابی نیازهای روانی اجتماعی</li> <li>• مشاوره حمایت‌گرانه</li> <li>• ارتباط با خانواده کتونی و خدمات اجتماعی.</li> </ul> <p>روش برتر: هر گاه منابع و ظرفیت امکان دهد، باید طیف گسترده‌ای از مداخلات ساختاریافته روانی اجتماعی را مطابق با نیازهای بیمار، عرضه کرد. این مداخلات می‌تواند شامل موارد زیر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اشکال گوناگون مشاوره و روان‌درمانی</li> <li>• کمک برای رفع نیازهای اجتماعی، شامل کمک مالی، تهیه جا و مکان، شغل، آموزش، رفاه و مسائل حقوقی</li> <li>• حمایت روانی اجتماعی و درمان روان‌پزشکی در محل</li> </ul>	<p><b>ART.Q.1y</b></p>
<p><b>رهنمودهای ملی توصیه می‌کنند که دریافت‌کنندگان درمان ضد رتروویروسی، از جمله معنادان تزریقی، در معرض یک ارزیابی سلامت روانی قرار گیرند و در صورت ضرورت، مشاوره، درمان و حمایت دریافت دارند.</b></p>	<p><b>ART.Q.1z</b></p>
<p><b>رهنمودهای ملی شامل پروتکل‌هایی برای ارائه داروهای پیشگیری جهت مبارزه با عفونت‌های فرصت‌طلب در افرادی هستند که اچ‌آی‌وی دارند، شامل معنادان تزریقی، متقاضیان در وضعیت پیش از درمان ضد رتروویروسی و تحت درمان ضد رتروویروسی، در صورت ضرورت</b></p>	<p><b>ART.Q.1aa</b></p>
<p><b>رهنمودهای ملی برنامه‌های درمان ضد رتروویروسی را ملزم می‌کنند تضمین کنند بیماران را که همچنین از عفونت‌های توأمان سل، هپاتیت سی یا هپاتیت بی رنج می‌برند، درمان مقتضی را به خاطر این عفونت‌ها دریافت دارند</b></p> <p>همچنین به شاخص‌های مربوط به مراکز پیشگیری، تشخیص و درمان هپاتیت‌های ویروسی نیز مراجعه کنید) (Hep.C.1-Hep.C.3، Hep.A.1-Hep.A.4) و سل (TB.A.1-TB.A.3، TB.C.1-TB.C.2)</p>	<p><b>ART.Q.1ab</b></p>
<p><b>بیماران درمان ضد رتروویروسی که در محیط‌های بسته به سر می‌برند یا بازداشت هستند، باید به هنگام بازداشت نیز همچنان درمان ضد رتروویروسی دریافت دارند و از توقف درمان آنها جلوگیری شود</b></p>	<p><b>ART.Q.1ac</b></p>

<p>کیفیت ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی به معتادان تزریقی</p> <p>این شاخص‌ها به بررسی میزان تبعیت از استانداردهای کیفیت در سطح مرکز می‌پردازند. از این شاخص‌ها می‌توان برای ارزیابی ارائه خدمات یک برنامه درمان ضد رتروویروسی مجزا استفاده کرد.</p> <p>نتایج حاصله از چندین مرکز را می‌توان تجمیع کرد و نسب تبعیت کلیه مراکز از هر یک از استانداردهای کیفیت را به دست آورد.</p>	<p>ART.Q.2</p> <p>*</p>
<p>به منظور تأمین پایداری ارائه درمان ضد رتروویروسی به معتادان تزریقی، تأمین مالی دراز مدت برنامه‌ها تضمین شده است (به ART.Q.1c مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2a</p>
<p>برنامه فعالانه معتادان تزریقی را در برنامه‌ریزی ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی به معتادان تزریقی شرکت داده است (به ART.Q.1d مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2b</p>
<p>برنامه به طور منظم و ناشناخته از متقاضیان بازخور کسب می‌کند (به ART.Q.1f مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2c</p>
<p>برنامه از زنجیره پاسخگویی روشنی برخوردار است تا مطمئن شود استانداردهای حداقل تأمین درمان ضد رتروویروسی برآورده شده است (به ART.Q.1g مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2d</p>
<p>کلیه تجویزکنندگان درمان ضد رتروویروسی از آموزش معتبر برخوردار می‌شوند (به مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2e</p>
<p>مراکز ارائه درمان ضد رتروویروسی آستانه ورود پایینی دارند (سختگیر نیستند) و معتادان تزریقی را ملزم نمی‌کنند برای استفاده از درمان ضد رتروویروسی ملاک‌های مشخصی را تأمین کنند (به ART.Q.1h مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2f</p>
<p>مراکز ارائه خدمات در مکانی استقرار یافته‌اند که برای معتادان تزریقی قابل دسترسی است (به ART.Q.1j مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2g</p>
<p>برنامه درمان ضد رتروویروسی این خدمات را با هزینه‌ای ارزان ارائه می‌دهند (به ART.Q.1k مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2h</p>
<p>یک تیم چند رشته‌ای درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی را انجام می‌دهند (به ART.Q.1l مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2i</p>
<p>به طور هماهنگ و یکدست پروتکل‌های جامعی برای ارزیابی بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد که حاوی مسائل ویژه معتادان تزریقی است (به ART.Q.1m مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2j</p>
<p>در صورتی که ملاک‌های تعریف شده از طرف سازمان بهداشت جهانی تأمین شده باشد، درمان ضد رتروویروسی برای کلیه افرادی که اچ‌آی‌وی دارند، از جمله معتادان تزریقی، آغاز می‌شود (به ART.Q.1n مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2k</p>
<p>کلیه بیماران برای درمان ضد رتروویروسی رضایت آگاهانه ارائه می‌دهند (به ART.Q.1o مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2l</p>
<p>سوابق پزشکی کامل کلیه بیماران نگهداری می‌شوند (به ART.Q.1p مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2m</p>
<p>برنامه اطلاعات مربوط به متقاضی را محرمانه نگه می‌دارد (به ART.Q.1q مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2n</p>
<p>مشاوره پیش‌درمان برای کلیه بیماران، از جمله معتادان تزریقی، انجام می‌گیرد (به ART.Q.1r مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2o</p>
<p>دریافت‌کنندگان درمان ضد رتروویروسی اطلاعات لازم را در مورد ریسک‌ها، عوارض جانبی و تداخل‌های دارویی احتمالی ملازم با درمان ضد رتروویروسی دریافت می‌کنند (به ART.Q.1s مراجعه کنید)</p>	<p>ART.Q.2p</p>
<p>کلیه بیمارانی که اچ‌آی‌وی دارند، از جمله معتادان تزریقی، که معیارهای درمان ضد رتروویروسی را تأمین نمی‌کنند، طبق رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی، به طور مرتب در مورد بار ویروسی و شمارش CD4 پایش</p>	<p>ART.Q.2q</p>

می شوند (به ART.Q.1t مراجعه کنید)	
کلید دریافت کنندگان درمان ضد رتروویروسی، از جمله معتادان تزریقی، طبق رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی، به طور مرتب بررسی می شوند (به ART.Q.1u مراجعه کنید)	ART.Q.2r
به کلید دریافت کنندگان درمان ضد رتروویروسی خدمات مدیریت مورد عرضه می شود (به ART.Q.1v مراجعه کنید)	ART.Q.2s
حمایت های پایبندی به درمان به کلید بیماران، از جمله استراتژی های مناسبی برای معتادان تزریقی، ارائه می شود (به ART.Q.1w مراجعه کنید)	ART.Q.2t
دسترسی به مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر برای کلید دریافت کنندگان درمان ضد رتروویروسی که به مواد مخدر وابستگی دارند، ارائه می شود (به ART.Q.1x مراجعه کنید)	ART.Q.2u
حمایت روانی اجتماعی از کلید بیماران درمان ضد رتروویروسی به عمل می آید، از جمله استفاده از رویکردهای مناسب برای معتادان تزریقی (به ART.Q.1y مراجعه کنید)	ART.Q.2v
دریافت کنندگان درمان ضد رتروویروسی، از جمله معتادان تزریقی، در معرض یک ارزیابی سلامت روانی قرار می گیرند و در صورت ضرورت، مشاوره، درمان و حمایت دریافت می کنند (به ART.Q.1z مراجعه کنید)	ART.Q.2w
به منظور تأمین پیشگیری از عفونت های فرصت طلب در افرادی که اچ آی وی دارند، از جمله معتادان تزریقی، بیماران در مرحله پیش از درمان ضد رتروویروسی و در درمان ضد رتروویروسی در صورت لزوم، از پروتکل های موجود تبعیت می شود (به ART.Q.1aa مراجعه کنید)	ART.Q.2x
بیمارانی که عفونت توأمانی از قبیل سل، هپاتیت سی یا هپاتیت بی دارند، برای این عفونت ها درمان مناسب می شوند (به ART.Q.1ab مراجعه کنید)	ART.Q.2y

<b>حمایت پایبندی به درمان از معتادان تزریقی که در درمان ضد رتروویروسی به سر می برند</b>		<b>ART.Q.3</b>
شاخص:	منبع داده:	توضیحات:
تعداد معتادان تزریقی که در درمان ضد رتروویروسی به سر می برند و حمایت های پایبندی به درمان دریافت کرده اند	داده های برنامه	به ART.Q.1w در مورد مثال های حمایت جهت پایبندی به درمان مراجعه کنید
تعداد معتادان تزریقی که در درمان ضد رتروویروسی	داده های برنامه	
درصد معتادان تزریقی که در درمان ضد رتروویروسی به سر می برند و در عین حال، حمایت های پایبندی به درمان دریافت کرده اند	$\frac{\text{ART. Q. 3a}}{\text{ART. Q. 3b}} \times 100$	هدف های ممکن: پایین → ۶۰٪ → متوسط ← ۸۰٪ ← بالا

معتادان تزریقی که تحت درمان ضد رتروویروسی قرار دارند و خدمات مدیریت مورد دریافت می‌دارند			ART.Q.4
توضیحات:	منبع داده:	شاخص:	
ثبت‌کنندگان درمان ضد رتروویروسی را ملزم می‌کند که وضعیت مصرف تزریقی مواد مخدر را ثبت کنند و مشخص کنند که آیا بیمار خدمات مدیریت مورد دریافت کرده است یا نه	داده‌های برنامه	تعداد معتادان تزریقی که درمان ضد رتروویروسی را می‌گذرانند و خدمات مدیریت مورد دریافت کرده‌اند	ART.Q.4a
	داده‌های برنامه	تعداد معتادان تزریقی که درمان ضد رتروویروسی را می‌گذرانند	ART.Q.4b
هدف‌های ممکن: پایین → ۶۰٪ → متوسط ← ۸۰٪ ← بالا	$\frac{\text{ART. Q. 4a}}{\text{ART. Q. 4b}} \times 100$	درصد معتادان تزریقی که درمان ضد رتروویروسی را می‌گذرانند و خدمات مدیریت مورد دریافت کرده‌اند	ART.Q.4c

## ۵. پیشگیری، تشخیص و درمان عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی انتقال

### یافته‌اند

<p>معتادان تزریقی که در مراکزی که هدفشان را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، از نظر عفونت‌های انتقال یافته از طریق روابط جنسی غربالگری یا درمان شده‌اند</p> <p>سطح کاربرد:</p> <p>این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، به هنگامی که میزان پوشش در مورد معتادان تزریقی را اندازه می‌گیریم، برآورد اندازه جمعیت که به عنوان مخرج کسر مورد استفاده قرار می‌گیرد، باید با حوزه مورد بررسی متناسب باشد.</p> <p>تفکیک پیشنهادی:</p> <p>جنسیت (مرد/ زن / فراجنسیتی)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)</p> <p>مواد مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک‌ها / غیره)</p>	<p>STI.C.1</p>	
<p>توضیحات:</p>	<p>شاخص:</p> <p>منع داده‌ها:</p> <p>داده‌های برنامه</p> <p>کل تعداد معتادان تزریقی که در مراکز برنامه سوزن و سرنگ، مراکز خدمات درمان مواد مخدر (شامل درمان جایگزین مواد افیونی) و دیگر مراکزی که هدفشان را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، طی دوره گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته) از نظر عفونت‌های انتقال یافته از طریق روابط جنسی غربالگری یا درمان شده‌اند</p>	<p>STI.C.1a</p>
<p>توضیحات:</p>	<p>شاخص:</p> <p>منع داده‌ها:</p> <p>داده‌های برنامه</p> <p>درصد معتادان تزریقی که در مراکز برنامه سوزن و سرنگ، مراکز خدمات درمان مواد مخدر و دیگر مراکزی که هدفشان را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، طی دوره گزارش از نظر عفونت‌های انتقال یافته از طریق روابط جنسی غربالگری یا درمان شده‌اند</p>	<p>STI.C.1b</p>

## ۶. برنامه‌های توزیع کاندوم برای معتادان تزریقی و شرکای جنسی آنها

<p>تعداد کاندوم‌های توزیع شده توسط مراکزی که هدفشان را معتادان تزریقی قرار داده‌اند سطح کاربرد:</p> <p>این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، به هنگامی که میزان پوشش در مورد معتادان تزریقی را اندازه می‌گیریم، برآورد اندازه جمعیت که به عنوان مخرج کسر مورد استفاده قرار می‌گیرد، باید با حوزه مورد بررسی متناسب باشد.</p> <p>تفکیک پیشنهادی:</p> <p>جنسیت (مرد/ زن / فراجنسیتی)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)</p> <p>مواد مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک‌ها / غیره)</p>			cmd.c.1	*
شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:	Cdm.c.1a	
کل تعداد کاندوم‌هایی که توسط مراکز برنامه سوزن و سرنگ، مراکز خدمات درمان مواد مخدر (شامل درمان جایگزین مواد افیونی) و دیگر مراکزی که هدفشان را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، طی دوره گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته) توزیع شده‌اند	داده‌های برنامه	این رقم شامل هم کاندوم‌های مردانه و هم زنانه است. می‌توان در صورتی که مطلوب باشد، برحسب نوع کاندوم (مردانه/ زنانه) به تفکیک دست زد.		
تعداد کاندوم‌هایی که توسط مراکزی که معتادان تزریقی را هدف خود قرار داده‌اند، طی دوره مشخص گزارش برای هر معتاد تزریقی توزیع شده است	Cdm. c. 1a Pop. 1	هدف‌های ممکن: پایین → ۵۰ → متوسط ← ۱۰۰ ← بالا		



<p>معتادان تزریقی که طی ۱۲ ماه گذشته کاندوم دریافت کرده‌اند  تفکیک پیشنهادی:  جنسیت (مرد/زن / فراجنسیتی)  سن (کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)  مواد مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک‌ها / غیره)</p>			cmd.c.2
شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:	
<p>درصد معتادان تزریقی که اظهار می‌دارند از طریق مرکز کمک‌رسانی، مراکز مراجعه یا درمانگاه‌های سلامت جنسی طی ۱۲ ماه گذشته کاندوم دریافت کرده‌اند</p>	<p>پیمایش‌ها (نظرسنجی‌های) رفتاری</p>	<p>این شاخص در گزارش پیشرفت پاسخ جهانی به ایدز ۲۰۱۲ (۱۲) گنجانده شده است. این شاخص را می‌توان از طریق یک پیمایش مراقبت رفتاری محاسبه کرد. این امر اهمیت دارد که نماینده بودن نمونه انتخابی و خطای سیستماتیک را مد نظر قرار دهیم  هدف‌های ممکن:  پایین → ۴۰٪ → متوسط ← ۷۵٪ ← بالا</p>	Cdm.c.2a

## ۷. اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند برای معتادان تزریقی و شرکای جنسی

### آنها

<p>تعاون دفعات ارائه خدمات برنامه سوزن و سرنگ در جایی که خدمات اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند ارائه می شود.</p> <p>سطح کاربرد:</p> <p>این شاخص ها را می توان در سطح ملی، منطقه ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، به هنگامی که میزان پوشش در مورد معتادان تزریقی را اندازه می گیریم، برآورد اندازه جمعیت که به عنوان مخرج کسر مورد استفاده قرار می گیرد، باید با حوزه مورد بررسی متناسب باشد.</p> <p>تفکیک پیشنهادی:</p> <p>جنسیت (مرد/ زن / فراجنسیتی)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)</p> <p>مواد مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک ها / غیره)</p>	<p>IEC.C.1</p> <p>*</p>		
<p>توضیحات:</p> <p>گردآوری داده برای این شاخص مراکز را ملزم می کند مواردی را که در آن یک متقاضی، اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند دریافت کرده است، ثبت کند.</p>	<p>منبع داده ها:</p> <p>داده های برنامه</p>	<p>شاخص:</p> <p>تعداد دفعات ارائه خدمات برنامه سوزن و سرنگ که در آن طی دوره گزارش مشخص (برای مثال، ۱۲، ۶، یا ۳ ماه گذشته) به معتادان تزریقی خدمات اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند ارائه شده است</p>	<p>IEC.C.1a</p>
<p>هدف های ممکن:</p> <p>پایین → ۲۵٪ ← متوسط ← ۵۰٪ ← بالا</p>	$\frac{IEC. C. 1a}{NSP. C. 4a} \times 100$	<p>درصد دفعات ارائه خدمات برنامه سوزن و سرنگ که در آن طی دوره گزارش مشخص (برای مثال، ۱۲، ۶، یا ۳ ماه گذشته) به معتادان تزریقی خدمات اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند ارائه شده است</p>	<p>IEC.C.1b</p>

IEC.C.2		معتادان تزریقی که اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند دریافت می کنند	
<p>سطح کاربرد:</p> <p>این شاخص ها را می توان در سطح ملی، منطقه ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، به هنگامی که میزان پوشش در مورد معتادان تزریقی را اندازه می گیریم، بر آورد اندازه جمعیت که به عنوان مخرج کسر مورد استفاده قرار می گیرد، باید با حوزه مورد بررسی متناسب باشد.</p> <p>تفکیک پیشنهادی:</p> <p>جنسیت (مرد/ زن / فراجنسیتی)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)</p> <p>مواد مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک ها / غیره)</p>			
شاخص:	منبع داده ها:	توضیحات:	
IEC.C.2a	داده های برنامه	<p>این شاخص مراکز را ملزم می کند با استفاده از کد شناسه منحصر به فرد، یک سیستم گردآوری داده (UIC)، برای اطلاعات بیشتر به صفحات قبل مراجعه کنید) ایجاد کنند تا امکان محاسبه کل تعداد متقاضیان مستقلی که طی دوره گزارش به مراکز مراجعه می کنند، فراهم شود و از دوباره شماری متقاضیانی که بیش از یک بار به مراکز مراجعه می کنند، جلوگیری کند. این شاخص همچنین مراکز را ملزم می کند به هنگامی که یک متقاضی اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند دریافت می کند، این موارد را ثبت کنند.</p> <p>اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند، و از این رو، داده های مربوطه، ممکن است از چندین نوع مرکز ارائه شود. استفاده از سیستم کد شناسه منحصر به فرد و مرتبط کردن سیستم گردآوری داده ها برای به دست آوردن این شاخص ضروری است.</p>	<p>تعداد معتادان تزریقی که توسط مراکز برنامه سوزن و سرنگ، مراکز خدمات درمان مواد مخدر (شامل درمان جایگزین مواد افیونی) و دیگر مراکزی که هدفشان را معتادان تزریقی قرار داده اند، طی دوره مشخص گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته) اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند دریافت کرده اند</p>
IEC.C.2b	$\frac{IEC.C.2a}{Pop.1} \times 100$	<p>هدف های ممکن:</p> <p>پایین → ۵۰٪ → متوسط ← ۹۰٪ ← بالا</p>	<p>درصد معتادان تزریقی که توسط مراکز برنامه سوزن و سرنگ، مراکز خدمات درمان مواد مخدر (شامل درمان جایگزین مواد افیونی) و دیگر</p>

مراکزی که هدفشان را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، طی دوره گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته) اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند دریافت کرده‌اند

## ۸. پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیصی و درمان هپاتیت‌های ویروسی

<p>Hep.A.1</p> <p>تعداد مراکز وی که معتادان تزریقی را هدف خود قرار داده‌اند و واکسیناسیون هپاتیت بی ارائه می‌دهند برای مداخلات ویژه معتادان تزریقی، نظیر واکسیناسیون هپاتیت بی، شاخص‌های توصیه‌شده توجه خود را بر ارائه واکسیناسیون هپاتیت بی توسط مراکز متمرکز کرده‌اند که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، نظیر برنامه‌های سوزن و سرنگ و خدمات درمان مواد مخدر و نیز ارائه یکپارچه خدمات و ارجاع به مراکز دیگر. ارائه خدمات واکسیناسیون هپاتیت بی در محیط‌هایی که در آنها برنامه‌های واکسیناسیون کودکان وجود ندارد یا این برنامه‌ها هنوز به پوشش جمعیت بزرگسال دست نیافته‌اند، مناسب است.</p>		
شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:
Hep.A.1a	تعداد مراکز برنامه سوزن و سرنگ که واکسیناسیون هپاتیت بی ارائه می‌دهند	داده‌های برنامه
Hep.A.1b	درصد مراکز برنامه سوزن و سرنگ که واکسیناسیون هپاتیت بی ارائه می‌دهند	$\frac{\text{Hep.A. 1a}}{\text{NSP.A. 1a}} \times 100$
Hep.A.1c	تعداد مراکز درمان مواد مخدر (شامل درمان جایگزین مواد افیونی) که واکسیناسیون هپاتیت بی ارائه می‌دهند	داده‌های برنامه
Hep.A.1d	کل تعداد مراکز درمان مواد مخدر	برخی مراکز درمان مواد مخدر ممکن است بیش از یک نوع مداخله درمانی مواد مخدر ارائه دهند. این مراکز را باید تنها یک بار در کل رقم شاخص شمارش شوند. مراکز وی که تنها خدمات گروه‌های حمایتی مبتنی بر هم‌تایان ارائه می‌دهند در این رقم کل به حساب نیامده‌اند.
Hep.A.1e	درصد مراکز درمان مواد مخدر (شامل درمان جایگزین مواد افیونی) که واکسیناسیون هپاتیت بی ارائه می‌دهند	$\frac{\text{Hep.A. 1c}}{\text{Hep.A. 1d}} \times 100$

**Hep.A.2** تعداد مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی و مراکز ارائه‌دهندگان درمان ضد رتروویروسی که درمان هپاتیت بی ارائه می‌دهند وجود عفونت هپاتیت بی فعال مزمن نیازمند درمان میان آنهایی که به اچ‌آی‌وی آلوده شده‌اند، یکی از علائم ضرورت آغاز درمان ضد رتروویروسی است. از این رو، مراکز درمان ضد رتروویروسی دلایل کافی در اختیار دارند تا هدف خود را مدیریت درمان هپاتیت میان افرادی قرار دهند که از عفونت‌های توأمان رنج می‌برند.

شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:
<b>Hep.A.2a</b>	تعداد مراکز ارائه دهنده درمان ضد رتروویروسی که درمان هپاتیت بی نیز ارائه می‌دهند	داده‌های برنامه
<b>Hep.A.2b</b>	تعداد مراکز ارائه‌دهنده درمان ضد رتروویروسی	داده‌های برنامه
<b>Hep.A.2c</b>	درصد مراکز ارائه دهنده درمان ضد رتروویروسی که درمان هپاتیت بی نیز ارائه می‌دهند	$\frac{\text{Hep. A. 2a}}{\text{Hep. A. 2b}} \times 100$
<b>Hep.A.2d</b>	تعداد مراکز درمان مواد مخدر (شامل درمان جایگزین مواد افیونی) که درمان هپاتیت بی نیز ارائه می‌دهند	داده‌های برنامه
<b>Hep.A.2e</b>	کل تعداد مراکز درمان مواد مخدر	[OST.A.2a]+ [OST.A.2b]+ [ODT.A.2a]+ [ODT.A.2b]+ [ODT.A.2c]+ [ODT.A.2d]
<b>Hep.A.2f</b>	درصد مراکز درمان مواد مخدر (شامل مراکز درمان جایگزین مواد افیونی) که درمان هپاتیت بی نیز ارائه می‌دهند	$\frac{\text{Hep. A. 2d}}{\text{Hep. A. 2e}} \times 100$
<b>Hep.A.2g</b>	تعداد مراکز دیگری که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند و درمان هپاتیت بی ارائه می‌دهند	داده‌های برنامه

میزان وجود درمان هپاتیت سی برای معتادان تزریقی			Hep.A.3 *
توضیحات:	منبع داده‌ها:	شاخص:	
<p>قید و شرطهایی که دسترسی را محدود می‌کنند، ممکن است در سطوح گوناگون ظاهر شوند، از جمله: قید و شرطهایی که در خط‌مشی و رهنمودهای ملی ذکر شده است، قید و شرطهایی در زمینه دسترسی در سطح مراکز، و قید و شرطهایی مربوط به روش تجویز کننده.</p> <p>در صورتی که قید و شرطها وجود داشته باشند، باید به هنگام گزارش، ماهیت و میزان آنها توضیح داده شود.</p>	وجود / عدم وجود	وجود قید و شرطهایی که به خاطر سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر یا وضعیت کنونی مصرف تزریقی مواد مخدر، مانع از دسترسی به درمان هپاتیت سی می‌شود	Hep.A.3a

تعداد مراکزی که معتادان تزریقی را هدف خود قرار داده‌اند و مراکز ارائه‌دهنده درمان ضد رتروویروسی که مدیریت و درمان هپاتیت سی ارائه می‌دهند			Hep.A.4
توضیحات:	منبع داده‌ها:	شاخص:	
	داده‌های برنامه	تعداد مراکز ارائه‌دهنده درمان ضد رتروویروسی که خدمات مدیریت و درمان ویروس هپاتیت سی ارائه می‌دهند	Hep.A.4a
	داده‌های برنامه	تعداد مراکز ارائه‌دهنده درمان ضد رتروویروسی	Hep.A.4b
	$\frac{\text{Hep. A. 4a}}{\text{Hep. A. 4b}} \times 100$	درصد مراکز ارائه‌دهنده درمان ضد رتروویروسی که خدمات مدیریت و درمان ویروس هپاتیت سی ارائه می‌دهند	Hep.A.4c
	داده‌های برنامه	تعداد مراکز درمان مواد مخدر( شامل درمان جایگزین مواد افیونی) که درمان هپاتیت سی نیز ارائه می‌دهند	Hep.A.4d

<p>برخی مراکز درمان مواد مخدر ممکن است بیش از یک نوع مداخله درمانی مواد مخدر ارائه دهند. این مراکز را باید تنها یک بار در کل رقم این شاخص شمارش شوند.</p>	<p>[OST.A.2a]+[OST.A.2b]+ [ODT.A.2b]+[ODT.A.2e]+ [ODT.A.2h]+[ODT.A.2k]</p>	<p>کل تعداد مراکز درمان مواد مخدر</p>	<p>Hep.A.4e</p>
	$\frac{\text{Hep. A. 4d}}{\text{Hep. A. 4e}} \times 100$	<p>درصد مراکز درمان مواد مخدر (شامل درمان جایگزین مواد افیونی) که درمان هپاتیت سی نیز ارائه می‌دهند</p>	<p>Hep.A.4f</p>
<p>این رقم ممکن است شامل محیط‌های خدمات درمانی عمومی بشود که به طور ویژه معتادان تزریقی را هدف خود قرار داده‌اند.</p>	<p>داده‌های برنامه</p>	<p>تعداد مراکز دیگری که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند و درمان هپاتیت سی ارائه می‌دهند</p>	<p>Hep.A.4g</p>

<p>معتادان تزریقی که واکسیناسیون هپاتیت بی از مراکزی دریافت می‌کنند که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند. سطح کاربرد:</p> <p>این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، به هنگامی که میزان پوشش در مورد معتادان تزریقی را اندازه می‌گیریم، برآورد اندازه جمعیت که به عنوان مخرج کسر مورد استفاده قرار می‌گیرد، باید با حوزه مورد بررسی متناسب باشد. تفکیک پیشنهادی:</p> <p>جنسیت (مرد/ زن / فراجنسیتی)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)</p> <p>مواد مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک‌ها / غیره)</p>	<p>Hep.C.1</p> <p>*</p>
---	-------------------------

توضیحات:	منبع داده‌ها:	شاخص:	
<p>برای گزارش کردن این داده‌ها ایجاب می‌کند که سیستم‌های گردآوری داده کلیه مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند و واکسیناسیون هپاتیت سی انجام می‌دهند، تعداد معتادان تزریقی را که واکسیناسیون هپاتیت بی دریافت می‌کنند، ثبت کنند.</p>		<p>کل تعداد معتادان تزریقی که واکسیناسیون هپاتیت بی را طی دوره مشخص گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته) از طریق برنامه‌های درمان سوزن و سرنگ، مراکز درمان مواد مخدر و دیگر مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، شامل مراکز سیار یا مراکز کمک‌رسانی، دریافت داشته‌اند.</p>	<p>Hep.C.1a</p>



<p><b>Hep.C.2</b></p> <p>معتادان تزریقی که از مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند و مراکز ارائه‌دهندهٔ درمان ضد رتروویروسی، درمان هپاتیت بی دریافت می‌کنند سطح کاربرد:</p> <p>این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، به هنگامی که میزان پوشش در مورد معتادان تزریقی را اندازه می‌گیریم، برآورد اندازهٔ جمعیت که به عنوان مخرج کسر مورد استفاده قرار می‌گیرد، باید با حوزهٔ مورد بررسی متناسب باشد. تفکیک پیشنهادی: جنسیت (مرد/ زن / فراجنسیتی) سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال) مواد مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک‌ها / غیره)</p>
---

شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:
<b>Hep.C.2a</b>	داده‌های برنامه	<p>گزارش کردن این داده‌ها ایجاب می‌کند که سیستم‌های گردآوری دادهٔ کلیهٔ مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، تعداد معتادان تزریقی را که درمان هپاتیت بی دریافت می‌کنند، ثبت کنند.</p> <p>اگر داده‌های ۱۲ ماهه گزارش می‌شوند، این رقم شامل تعداد معتادان تزریقی است که درمان خود را در آغاز دورهٔ ۱۲ ماهه دریافت می‌کنند و کل تعداد معتادان تزریقی که طی دوز ۱۲ ماهه درمان هپاتیت بی خود را آغاز کرده‌اند.</p>
<b>Hep.C.2b</b>	داده‌های برنامه	<p>گزارش کردن این داده‌ها ایجاب می‌کند که سیستم‌های گردآوری داده در سطح مراکز درمان ضد رتروویروسی، تعداد بیمارانی را که درمان هپاتیت بی دریافت می‌کنند، ثبت کنند. اگر این سیستم‌های گردآوری داده در عین حال سابقهٔ تزریق مواد مخدر بیمار را نیز ثبت کنند، در آن صورت، تعداد معتادان تزریقی که از این مراکز خدمات درمانی دریافت می‌کنند را می‌توان گزارش کرد. اگر این اطلاعات وجود نداشته باشد، آنگاه می‌توان تعداد کلیهٔ بیمارانی که خدمات درمانی هپاتیت بی دریافت می‌کنند که آنها را مراکز درمان ضد رتروویروسی ارائه می‌دهند، گزارش کرد.</p> <p>اگر داده‌های ۱۲ ماهه گزارش می‌شوند، این رقم شامل</p>

تعداد بیمارانی می‌شود که درمان خود را در آغاز دوره ۱۲ ماهه دریافت می‌کنند به اضافه کل تعداد بیمارانی که طی دوز ۱۲ ماهه درمان هپاتیت بی خود را آغاز کرده‌اند.			
--	--	--	--

<p>معتادان تزریقی که از مراکزی که معتادان تزریقی را هدف خود قرار داده‌اند و نیز از مراکز ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی، درمان ویروسی هپاتیت سی دریافت می‌کنند.</p> <p><b>سطح کاربرد:</b></p> <p>این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، به هنگامی که میزان پوشش در مورد معتادان تزریقی را اندازه می‌گیریم، برآورد اندازه جمعیت که به عنوان مخرج کسر مورد استفاده قرار می‌گیرد، باید با حوزه مورد بررسی متناسب باشد.</p> <p><b>تفکیک پیشنهادی:</b></p> <p>جنسیت (مرد/زن / فراجنسیتی)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)</p> <p>مواد مخدر تزریقی (مواد افیونی / محرک‌ها / غیره)</p>	Hep.C.3	*
---	---------	---

توضیحات:	منبع داده‌ها:	شاخص:	
گزارش این داده‌ها ایجاب می‌کند که سیستم‌های گردآوری داده کلیه مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند و خدمات درمان هپاتیت سی ارائه می‌کنند، تعداد معتادان تزریقی را که درمان هپاتیت سی دریافت می‌کنند، ثبت کنند. اگر داده‌های ۱۲ ماهه گزارش می‌شوند، این رقم شامل تعداد معتادان تزریقی است که درمان خود را در آغاز دوره ۱۲ ماهه دریافت می‌کنند و نیز کل تعداد معتادان تزریقی که طی دوز ۱۲ ماهه درمان هپاتیت سی خود را آغاز کرده‌اند.	داده‌های برنامه	کل تعداد معتادان تزریقی که درمان هپاتیت سی را طی دوره مشخص گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه گذشته) یا در یک تاریخ مشخص شده، از طریق برنامه‌های سوزن و سرنگ، مراکز درمان مواد مخدر و دیگر مراکزی که هدف خود را معتادان تزریقی قرار داده‌اند، شامل مراکز سیار یا مراکز کمک‌رسانی، دریافت داشته‌اند.	Hep.C.3a
گزارش این داده‌ها ایجاب می‌کند که سیستم‌های گردآوری داده کلیه مراکز ارائه‌دهنده درمان ضد رتروویروسی، تعداد معتادان تزریقی	داده‌های برنامه	کل تعداد معتادان تزریقی که درمان هپاتیت سی را طی دوره مشخص گزارش (برای مثال، ۱۲، ۶ یا ۳ ماه	Hep.C.3b

<p>را که درمان هپاتیت سی دریافت می‌کنند، ثبت کنند. در صورتی که این سیستم‌های گردآوری داده در عین حال سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر بیمار را نیز ثبت کنند، در آن صورت تعداد معتادان تزریقی که از این مراکز خدمات درمانی می‌گیرند را می‌توان گزارش کرد. اگر این اطلاعات موجود نباشد، تعداد کلیه بیمارانی که درمان هپاتیت سی دریافت می‌کنند که مراکز درمان ضد رتروویروسی ارائه داده است را می‌توان گزارش کرد.</p> <p>اگر داده‌های ۱۲ ماهه گزارش می‌شوند، این رقم شامل تعداد بیمارانی است که درمان خود را در آغاز دوره ۱۲ ماهه دریافت می‌کنند و کل تعداد بیمارانی که طی دوز ۱۲ ماهه درمان هپاتیت سی خود را آغاز کرده‌اند.</p> <p>این امر اهمیت بسیار دارد که محرمانه بودن اطلاعات متقاضیان رعایت شود، سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر یا وضعیت کنونی مصرف تزریقی مواد مخدر بیماران با مؤسسات ضابط قانون در میان گذاشته نشود و اینکه سابقه مصرف مواد مخدر بیمار یا وضعیت کنونی مصرف مواد مخدر او، دسترسی وی به درمان را تحت تأثیر قرار ندهد.</p>		<p>گذشته) یا در یک تاریخ مشخص شده، از طریق مراکز درمان ضد رتروویروسی دریافت داشته‌اند.</p>	
<p>نظیر ثبت درمان ضد رتروویروسی و پیش از درمان ضد رتروویروسی، برخی کشورها ممکن است امکاناتی برای ثبت درمان هپاتیت سی ایجاد</p>	<p>داده‌های برنامه</p>	<p>کل تعداد معتادان تزریقی که طبق آنچه در دفاتر ثبت درمان هپاتیت سی، ثبت شده است، درمان هپاتیت</p>	<p>Hep.C.3c</p>

<p>کرده باشند. اگر چنین باشد، و اگر سابقه مصرف تزریقی بیماران ثبت شده باشد، در آن صورت می‌توان کل تعداد معتادان تزریقی را که درمان هپاتیت سی دریافت می‌کنند، گزارش کرد.</p> <p>اگر این سیستم‌های ثبت شامل سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر باشد، این امر اهمیت بسیار دارد که محرمانه بودن متقاضی رعایت شود، سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر یا وضعیت کنونی مصرف تزریقی مواد مخدر بیماران با مؤسسات ضابط قانون در میان گذارده نشود و اینکه سابقه مصرف مواد مخدر بیمار یا وضعیت کنونی مصرف مواد مخدر او، دسترسی وی به درمان را تحت تأثیر قرار ندهد.</p>		سی دریافت کرده‌اند	
<p>اگر سیستم کاملی برای ثبت درمان هپاتیت سی وجود داشته باشد و سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر ثبت شده باشد، در آن صورت ممکن خواهد بود که پوشش درمان را نسبت به جمعیت کنونی معتادان تزریقی که به عفونت اچ‌آی‌وی آلوده شده‌اند، برآورد کرد.</p> <p>اگر داده‌های ثبت شده در این رابطه وجود نداشته باشد، ممکن است بتوان، در صورتی که معتادان تزریقی در حال درمان را بتوان در این سیستم‌ها شمارش کرد، داده‌های مربوط به درمان هپاتیت سی را در میان ارائه‌دهندگان خدمات با هم تجمیع کرد. اما این تجمیع ممکن</p>	$\frac{\text{Hep. C. 3a} + \text{Hep. C. 3b}}{\text{Pop. 6}} \times 100$ <p>یا:</p> $\frac{\text{Hep. C. 3c}}{\text{Pop. 6}} \times 100$	<p>درصد معتادان تزریقی آلوده به عفونت هپاتیت سی که طی دوره مشخص گزارش یا در یک تاریخ مشخص شده درمان هپاتیت سی دریافت کرده‌اند</p>	Hep.C.3d

است در صورتی که درمان در عین حال در دیگر مراکز نیز ارائه شود، شامل کلیه معتادان تزریقی که در حال حاضر درمان هپاتیت سی دریافت می‌کنند، نشود.

این امر اهمیت دارد که توجه داشته باشیم در هر حالت، این شاخص تعداد کسانی را که با سابقه تزریق مواد مخدر در فرایند درمان به سر می‌برند، نسبت به تعداد معتادان تزریقی کنونی که دچار عفونت هپاتیت سی هستند، می‌سنجد. آنهایی که به عفونت هپاتیت سی آلوده شده‌اند و سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر دارند، اما طی ۱۲ ماه گذشته تزریق نکرده‌اند (طبق تعریف مورد استفاده در این راهنما و در جاهای دیگر)، در برآورد تعداد معتادان تزریقی سال گذشته که هپاتیت سی داشته‌اند، برآوردی که به عنوان مخرج کسر این شاخص مورد استفاده قرار می‌گیرد، به حساب نخواهند آمد.

## ۹. پیشگیری، تشخیص و درمان سل

<p>کنترل عفونت سل در مراکزی که هدف خود را معنادان تزریقی قرار داده‌اند توصیه شده است که در کلیه محیط‌های درمانی که بیماران در آنها جمع می‌شوند، از جمله مراکز مواد مخدر، ضوابط ساده‌ای برای کنترل عفونت سل به اجرا درآید. کنترل عفونت سل باید شامل تدابیر حفاظتی محیطی و شخصی برای کاهش خطر انتقال سل بشود، از جمله حفاظت از کارکنان و هر گونه تماس مردم با موارد احتمالی یا تأیید شده سل. تدابیر محیطی کنترل شامل تهویه، تصفیه‌کننده‌های هوا و تشعشعات ضد عفونی‌کننده ماوراءبنفش می‌شود (۹۶، ۹۷)</p>	<p>TB.A.1</p>		
<p><b>توضیحات:</b></p> <p>برای آنکه مرکزی را بتوان دارای خط‌مشی کنترل سل همخوان با دستورالعمل‌های بین‌المللی دانست، باید ملاک‌های زیر در آن برقرار باشد و مستندات مرتبط با این امر در آن وجود داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>این مرکز دارای یک طرح مکتوب برای کنترل عفونت است و نسخه چاپ شده‌ای از این طرح وجود دارد.</li> <li>در این مرکز، شخصی مسئولیت اجرای طرح کنترل سل را بر عهده دارد.</li> <li>کلیه فضاهایی که متقاضیان در آنها اجتماع می‌کنند- برای مثال، مکان‌های انتظار- به خوبی تهویه می‌شوند (برای مثال، پنجره‌ها و درها باز است).</li> <li>متقاضیانی که مشکوک به سل هستند، بدو ورود به مجموعه تشخیص داده و از دیگر متقاضیان جدا می‌شوند.</li> <li>موارد بروز سل میان کارکنان درمانی به طور منظم پایش و گزارش داده می‌شود.</li> </ul>	<p><b>منبع داده‌ها:</b></p> <p>داده‌های برنامه</p>	<p><b>شاخص:</b></p> <p>تعداد مراکز درمان مواد مخدر که در آنها روش‌های کنترل عفونت قابل اثبات، شامل کنترل عفونت سل نیز می‌شود</p>	<p>TB.A.1</p>

<p>تعداد مراکزى که هدف خود را معتادان تزریقى قرار داده‌اند و درمان پیشگیری از سل ارائه می‌دهند</p> <p>در صورتی که از وجود سل فعال به میزان قابل قبولی پیشگیری شده باشد، درمان پیشگیری ایزونیازید برای مصرف‌کنندگان تزریقى مواد مخدر که اچ‌آی‌وی دارند، توصیه شده است (۹۶، ۹۷)</p>			TB.A.2
شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:	
TB.A.2a	داده‌های برنامه	تعداد مراکز برنامه سوزن و سرنگ که درمان پیشگیری سل ارائه می‌دهند	
TB.A.2b	$\frac{TB.A.2a}{NSP.A.1a} \times 100$	درصد مراکز برنامه سوزن و سرنگ که درمان پیشگیری سل ارائه می‌دهند	
TB.A.2c	داده‌های برنامه	تعداد مراکز درمان مواد مخدر (شامل درمان جایگزین مواد افیونی) که درمان پیشگیری سل ارائه می‌دهند	
TB.A.2d	[OST.A.2a]+[OST.A.2b]+ [ODT.A.2b]+[ODT.A.2e]+ [ODT.A.2h]+[ODT.A.2k]	کل تعداد مراکز درمان مواد مخدر	برخی مراکز درمان مواد مخدر ممکن است بیش از یک نوع مداخله درمانی ارائه دهند. این مراکز را باید تنها یک بار در عدد کل برای این شاخص شمارش کرد.
TB.A.2e	$\frac{TB.A.2a}{TB.A.2d} \times 100$	درصد مراکز درمان مواد مخدر (شامل درمان جایگزین مواد افیونی) که درمان پیشگیری سل ارائه می‌دهند	
TB.A.2f	داده‌های برنامه	تعداد مراکز دیگری که هدف خود را معتادان تزریقى قرار دادند و درمان پیشگیری از سل ارائه می‌دهند	

تعداد مراکزی که معتادان تزریقی را هدف خود قرار داده‌اند و خدمات تشخیص و درمان سل ارائه می‌دهند			TB.A.3 *
توضیحات:	منبع داده‌ها:	شاخص:	
	داده‌های برنامه	تعداد مراکز برنامه سوزن و سرنگ که خدمات تشخیص و درمان سل ارائه می‌دهند	TB.A.3a
	$\frac{TB.A.3a}{NSP.A.1a} \times 100$	درصد مراکز برنامه سوزن و سرنگ که خدمات تشخیص و درمان سل ارائه می‌دهند	TB.A.3b
	داده‌های برنامه	تعداد مراکز درمان مواد مخدر (از جمله درمان جایگزین مواد افیونی) که خدمات تشخیص و درمان سل ارائه می‌دهند	TB.A.3c
برخی مراکز درمان مواد مخدر ممکن است بیش از یک نوع مداخله درمانی ارائه دهند. این مراکز را باید تنها یک بار در عدد کل برای این شاخص شمارش کرد. مراکزی که تنها خدمات گروه‌های حمایتی مبتنی بر همتایان ارائه می‌دهند، در این رقم کلی به حساب نیامده‌اند.	[OST.A.2a]+[OST.A.2b]+ [ODT.A.2b]+[ODT.A.2a]+ [ODT.A.2c]+[ODT.A.2d]	کل تعداد مراکز درمان مواد مخدر	TB.A.3d
	$\frac{TB.A.3c}{TB.A.3d} \times 100$	درصد مراکز درمان مواد مخدر (از جمله درمان جایگزین مواد افیونی) که خدمات تشخیص و درمان سل ارائه می‌دهند	TB.A.3e



<p>ارزیابی وضعیت ابتلا به سل معتادان تزریقی مبتلا به اچ‌آی‌وی که تحت درمان و مراقبت قرار دارند</p> <p><b>TB.C.1</b></p> <p><b>سطح کاربرد:</b></p> <p>این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، به هنگامی که میزان پوشش در مورد معتادان تزریقی را اندازه می‌گیریم، برآورد اندازه جمعیت که به عنوان مخرج کسر مورد استفاده قرار می‌گیرد، باید با حوزه مورد بررسی متناسب باشد.</p> <p><b>تفکیک پیشنهادی:</b></p> <p>جنسیت (مرد/ زن / فراجنسیتی)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)</p>		
<p><b>شاخص:</b></p> <p>تعداد معتادان تزریقی که اچ‌آی‌وی دارند و وضعیت سل آنها در آخرین مراجعه یک مرکز درمان و مراقبت اچ‌آی‌وی طی دوره گزارش ارزیابی و ثبت شده است</p> <p><b>TB.C.1a</b></p>	<p><b>منبع داده‌ها:</b></p> <p>داده‌های برنامه</p>	<p><b>توضیحات:</b></p> <p>توصیه شده است که مراکز درمان و مراقبت اچ‌آی‌وی، نتایج ارزیابی‌های وضعیت سل بیماران اچ‌آی‌وی را در دفاتر ثبت درمان ضد رتروویروسی و پیش از درمان ضد رتروویروسی ثبت کنند. اگر این دفاتر در عین حال سابقه یا وضعیت مصرف تزریقی مواد مخدر را نیز ثبت کنند، میسر خواهد بود که در این شاخص آنها را گزارش کنیم.</p> <p>اگر این دفاتر ثبت سابقه یا وضعیت مصرف تزریقی مواد مخدر را ثبت کنند، این امر اهمیت زیادی دارد که محرمانه بودن متقاضی رعایت شود، سابقه یا وضعیت مصرف تزریقی مواد مخدر با مؤسسات ضابط قانون در میان گذارده نشود و اینکه اطلاع از سابقه یا وضعیت مصرف تزریقی مواد مخدر بر دسترسی متقاضی به درمان تأثیر باقی نگذارد.</p>

<p>معتادان تزریقی که اچ‌آی‌وی دارند درمان پیشگیری ایزونیازید (IPT) را شروع می‌کنند در صورتی که از وجود سل فعال به میزان قابل قبولی پیشگیری شده باشد، درمان پیشگیری ایزونیازید برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر که اچ‌آی‌وی دارند، توصیه شده است سطح کاربرد:</p> <p>این شاخص‌ها را می‌توان در سطح ملی، منطقه‌ای، شهر یا مرکز به کار برد. در هر حالت، به هنگامی که میزان پوشش در مورد معتادان تزریقی را اندازه می‌گیریم، برآورد اندازه جمعیت که به عنوان مخرج کسر مورد استفاده قرار می‌گیرد، باید با حوزه مورد بررسی متناسب باشد.</p> <p>تفکیک پیشنهادی:</p> <p>جنسیت (مرد/زن /فراجنسیتی)</p> <p>سن (کمتر یا مساوی ۱۸ سال، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۲۵ سال، بیشتر یا مساوی ۲۵ سال)</p>			TB.C.2
شاخص:	منبع داده‌ها:	توضیحات:	
TB.C.2a	تعداد معتادان تزریقی، که اچ‌آی‌وی مثبت تشخیص داده شده‌اند، و درمان پیشگیری سل را طی دوره تعریف شده گزارش آغاز کرده‌اند	داده‌های برنامه سیستم‌های ثبت درمان ضد رتروویروسی و پیش از درمان ضد رتروویروسی	
TB.C.2b	تعداد معتادان تزریقی، که طی دوره تعریف شده گزارش اچ‌آی‌وی مثبت تشخیص داده شده‌اند	سیستم‌های ثبت درمان ضد رتروویروسی و پیش از درمان ضد رتروویروسی	
TB.C.2c	درصد معتادان تزریقی، که اچ‌آی‌وی مثبت تشخیص داده شده‌اند، و درمان پیشگیری سل را طی دوره تعریف شده گزارش آغاز کرده‌اند	هدف‌های ممکن: پایین → ۳۰٪ → متوسط ← ۶۰٪ ← بالا	
		$\frac{TB.C.2a}{TB.C.2b} \times 100$	

## ۴-۴ شاخص‌های نتیجه / تأثیر

<p>کاهش موارد جدید وقوع اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی مرتبط با مداخلات زیر:                      برنامه‌های سوزن و سرنگ                      درمان جایگزین مواد افیونی                      دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر                      درمان ضد رتروویروسی برای اچ‌آی‌وی                      پیشگیری و درمان عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی                      برنامه‌های توزیع کاندوم                      اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند</p>	<p>OI.1 *</p>
--	-------------------

شاخص:	منابع داده‌ها:	توضیحات:
<p>وقوع موارد جدید اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نظارت بر اچ‌آی‌وی</li> <li>• سیستم‌های گزارش موارد</li> <li>• روش‌های مدل‌سازی ریاضی</li> </ul>	<p>به هنگام تفسیر نتایج حاصل از تکنیک‌های گوناگون برآورد، باید محدودیت‌های این تکنیک‌ها در نظر گرفته شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش ۳-۶ مراجعه کنید.</p>

<p>کاهش شیوع اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی مرتبط با مداخلات زیر:                      برنامه‌های سوزن و سرنگ                      درمان جایگزین مواد افیونی                      دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر                      درمان ضد رتروویروسی برای اچ‌آی‌وی                      پیشگیری و درمان عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی                      برنامه‌های توزیع کاندوم                      اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند</p>	<p>OI.2 *</p>
---	-------------------

شاخص:	منابع داده‌ها:	توضیحات:
<p>میزان شیوع اچ‌آی‌وی در میان معتادان تزریقی</p>	<p>نظارت و مراقبت بر اچ‌آی‌وی</p>	<p>باید از مطالعات شیوع‌سرمی، به جای خوداظهاری وضعیت اچ‌آی‌وی استفاده شود. همان‌طور که در بخش ۳-۴ مطرح شد، محدودیت استراتژی‌های نمونه‌گیری، خطای سیستماتیک و میزان نمایندگی احتمالی نمونه باید مد نظر قرار گیرد.</p>

<p>افزایش مشاهده شده در شیوع ممکن است به خاطر بهبود نظارت یا تکنیک‌های آزمایش یا افزایش موارد استفاده از آزمایش، به جای افزایش واقعی شمار عفونت‌ها باشد.</p> <p>کاهش ظاهری در میزان شیوع ممکن است ناشی از کاهش میزان آزمایش‌ها باشد. کاهش واقعی در تعداد عفونت‌ها ممکن است حاصل مهاجرت یا مرگ و میر باشد تا پیشگیری از وقوع عفونت‌های جدید.</p> <p>افزایش پوشش درمان اچ‌آی‌وی می‌تواند مرگ‌ومیر میان اشخاصی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند را کاهش دهد و بدین طریق، حتی اگر موارد جدید وقوع ثابت بماند یا کاهش یابد، میزان شیوع را بالاتر نشان دهد.</p>			
---	--	--	--

<p>افزایش استفاده از وسایل تزریق استریل توسط معتادان تزریقی مرتبط با مداخلات زیر:          برنامه‌های سوزن و سرنگ          درمان جایگزین مواد افیونی          دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر          اطلاعات، آموزش و ارتباط هدفمند</p>	<p>OI.3 *</p>		
<p>شاخص:</p>	<p>منابع داده‌ها:</p>	<p>توضیحات:</p>	<p>OI.3a</p>
<p>درصد معتادان تزریقی که گفته‌اند آخرین باری که مواد مخدر تزریق کرده‌اند، از وسایل تزریق استریل استفاده کرده‌اند</p>	<p>نظرسنجی‌های رفتاری مکرر</p>	<p>این شاخص در گزارش پیشرفت پاسخ جهانی به ایدز، ۲۰۱۲ (۱۲) و نیز به شرح زیر در سلامت بین‌المللی خانواده- نظرسنجی (پیمایش) نظارت رفتاری (۱۲۷) گنجانده شده است:          پرسش ۳۰۱: "به آخرین باری که مواد تزریق کردید، فکر کنید. آیا از سوزن و سرنگی استفاده کردید که قبلاً توسط فرد دیگری استفاده شده بود؟"</p>	<p>OI.3b</p>
<p>درصد معتادان تزریقی که می‌گویند طی ماه گذشته</p>	<p>نظرسنجی‌های رفتاری مکرر</p>	<p>این شاخص به شرح زیر در سلامت بین‌المللی خانواده- نظرسنجی (پیمایش) نظارت</p>	

<p>رفتاری (۱۲۷) گنجانده شده است:          پرسش ۳۰۲: "به همه دفعاتی که طی ماه گذشته مواد تزریق کردید، فکر کنید. در چه مواقعی از سوزن و سرنگی استفاده کردید که قبلاً توسط فرد دیگری استفاده شده بودند؟"          پاسخ‌ها: "همیشه، اغلب اوقات، حدود نیمی از دفعات، گاه‌به‌گاه، هرگز."</p>		<p>همواره از وسایل تزریق استریل استفاده کرده‌اند</p>	
--	--	--	--

<p>کاهش دفعات تزریق          مرتبط با مداخلات زیر:          درمان جایگزین مواد افیونی          دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر</p>			<p>OI.4</p>
<p>توضیحات:          این شاخص به شرح زیر در سلامت بین‌المللی خانواده - نظرسنجی (پیمایش) نظارت رفتاری (۱۲۷) گنجانده شده است:          پرسش ۲۰۵: "طی ماه گذشته، چند دفعه مواد مخدر تزریق کردید؟" پاسخ‌ها: "تنها یک‌بار، ۲-۳ بار، حدود هفته‌ای یک‌بار، ۲-۳ بار در هفته، ۴-۶ بار در هفته، حدود روزی یک‌بار، ۲-۳ بار در روز، روزی ۴ بار یا بیشتر."</p>	<p>منابع داده‌ها:          نظرسنجی‌ها (پیمایش‌ها)ی          نظارت رفتاری</p>	<p>شاخص:          درصد معتادان تزریقی که روزی یک‌بار یا بیشتر تزریق می‌کنند</p>	<p>OI.4a</p>

<p>افزایش آگاهی از وضعیت اچ‌آی‌وی خود میان معتادان تزریقی          مرتبط با مداخلات زیر:          آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی</p>			<p>OI.5</p>
<p>توضیحات:          این شاخص به شرح زیر در سلامت بین‌المللی خانواده - نظرسنجی (پیمایش) نظارت رفتاری (۱۲۷) گنجانده شده است:          پرسش ۱۱۱۴: "نمی‌خواهم نتیجه‌اش را بدانم، اما بگوئید اصلاً هیچ‌گاه آزمایش اچ‌آی‌وی شده‌اید؟"</p>	<p>منابع داده‌ها:          نظرسنجی‌های رفتاری مکرر</p>	<p>شاخص:          درصد معتادان تزریقی که طی ۱۲ ماه گذشته از نظر اچ‌آی‌وی آزمایش شده‌اند و از نتایج آزمایش باخبرند.</p>	<p>OI.5a</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• پرسش ۱۱۱۶: " لطفاً نتایج را به من نگویند، اما آیا از نتیجه آزمایش خود اطلاع پیدا کردید؟"</li> <li>• پرسش ۱۱۱۷: " آخرین بار چه زمانی آزمایش اچ‌آی‌وی شدید؟"</li> </ul> <p>توجه داشته باشید که معتاد تزریقی که اچ‌آی‌وی دارد و از وضعیت اچ‌آی‌وی خود پیش از ۱۲ ماه گذشته مطلع شده است، طی ۱۲ ماه گذشته آزمایش نمی‌شود، اما به پرسش شماره ۱۱۱۴ پاسخ بله می‌دهد.</p>			
---	--	--	--

<p>کاهش وقوع موارد جدید ایدز میان معتادان تزریقی مرتبط با مداخلات زیر: درمان ضد رتروویروسی برای اچ‌آی‌وی آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی</p>			<p>OI.6 *</p>
توضیحات:	منابع داده‌ها:	شاخص:	OI.6a
<p>داده‌های موجود ممکن است محدودیت‌های قابل توجهی داشته باشند. داده‌های ثبت ایدز ممکن است شامل جزئیات مربوط به سابقه یا وضعیت تزریقی مواد مخدر نباشد. در برخی موارد، مصرف تزریقی مواد ممکن است تنها در گروه کسانی که در معرض احتمالی ابتلا قرار دارند، ثبت شده باشد.</p> <p>اگر این سیستم‌های ثبت شامل این اطلاعات باشد، این امر اهمیت زیادی دارد که محرمانه بودن اطلاعات متقاضی رعایت شود، سابقه یا وضعیت مصرف تزریقی مواد مخدر او با مؤسسات ضابط قانون در میان گذارده نشود و اینکه اطلاع از سابقه یا وضعیت مصرف تزریقی مواد مخدر متقاضی بر دسترسی او به درمان تأثیر باقی نگذارد.</p>	<p>داده‌های ثبت شده اچ‌آی‌وی/ایدز</p>	<p>تعداد موارد جدید وقوع ایدز میان معتادان تزریقی طی ۱۲ ماه گذشته</p>	

<p><b>کاهش مرگ و میر مرتبط با ایدز میان معتادان تزریقی مرتبط با مداخلات زیر:</b>  <b>درمان ضد رتروویروسی</b>  <b>آزمایش و مشاوره اچ آی وی</b></p>			<b>OI.7</b>
شاخص:	منابع داده‌ها:	توضیحات:	
<p>تعداد موارد فوت مرتبط با ایدز میان معتادان تزریقی طی ۱۲ ماه گذشته</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>داده‌های ثبت شده اچ آی وی/ایدز</li> <li>داده‌های متوفیات کشور</li> <li>داده‌های حاصل از مطالعات طولی گروه‌های همسال معتاد تزریقی</li> </ul>	<p>داده‌های موجود ممکن است دارای محدودیت‌های قابل توجه باشند نامحتمل است که داده‌های متوفیات کشور شامل اطلاعاتی درباره سابقه تزریق مواد یا وضعیت معتاد تزریقی بودن افراد در گذشته باشد، مگر اینکه در ارتباط با علت مرگ، مصرف مواد ذکر شده باشد.</p> <p>اگر ارتباط داده‌ای میان موارد ثبت شده اچ آی وی/ایدز و سوابق مرگ و میر وجود داشته باشد، این شاخص با سهولت بیشتری محاسبه و گزارش خواهد شد.</p> <p>اگر گروه‌های همسال معتادان تزریقی را دنبال کنیم، داده‌های به دست آمده از این مطالعات نیز ممکن است مفید باشد. باید مسئله نمایندگی نمونه‌ها و خطای سیستماتیک بالقوه مورد توجه قرار داشته باشد.</p>	<b>OI.7a</b>

<p><b>کاهش موارد جدید وقوع عفونت‌هایی که از طریق جنسی منتقل می‌شوند، در میان معتادان تزریقی مرتبط با مداخلات زیر:</b>  <b>پیشگیری و درمان عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی</b>  <b>برنامه‌های توزیع کاندوم</b>  <b>اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند</b></p>			<b>OI.8</b>
شاخص:	منابع داده‌ها:	توضیحات:	
<p>درصد معتادان تزریقی که اظهار داشته‌اند طی ۱۲ ماه گذشته علائم عفونت‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی را</p>	<p>نظرسنجی‌ها (پیمایش‌های مکرر رفتاری)</p>	<p>این شاخص به شرح زیر در سلامت بین‌المللی خانواده- نظرسنجی (پیمایش) نظارت رفتاری (۱۲۷) گنجانده شده است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>پرسش ۱۰۰۴: "آیا طی ۱۲ ماه گذشته</li> </ul>	<b>OI.8a</b>

داشته‌اند	ترشحات تناسلی داشته‌اید؟"
	<ul style="list-style-type: none"> <li>پرسش ۱۰۰۵: "آیا طی ۱۲ ماه گذشته زخم یا التهابی روی اندام تناسلی خود داشته‌اید؟"</li> </ul>

**افزایش استفاده از کاندوم میان معتادان تزریقی مرتبط با مداخلات زیر: برنامه‌های توزیع کاندوم اطلاعات، آموزش و ارتباطات هدفمند**

OI.9



شاخص:	منابع داده‌ها:	توضیحات:
<p>OI.9a</p> <p>درصد معتادان تزریقی که طی ماه گذشته روابط جنسی داشته‌اند و می‌گویند که آخرین باری که رابطه جنسی داشته‌اند، از کاندوم استفاده کرده‌اند.</p>	<p>نظرسنجی‌ها (پیمایش‌های مکرر رفتاری</p>	<p>این شاخص در گزارش پیشرفت پاسخ جهانی به ایدز، ۲۰۱۲ (۱۲) گنجانده شده است. سلامت بین‌المللی خانواده - نظرسنجی (پیمایش) نظارت رفتاری (۱۲۷) شامل پرسش‌هایی در رابطه با استفاده از کاندوم در آخرین باری است که شرکت‌کننده رابطه جنسی داشته است، اما این مسئله را به صورت جداگانه برای هر یک از شرکای جنسی به شرح زیر مطرح می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>پرسش ۶۰۳: "آخرین باری که با شریک جنسی معمول خود رابطه داشتید، آیا شما و شریک رابطه شما از کاندوم استفاده کردید؟"</li> <li>پرسش ۷۰۴: "آخرین باری که شما با یک تن‌فروش رابطه جنسی داشتید، آیا شما و طرف رابطه شما از کاندوم استفاده کردید؟"</li> <li>پرسش ۸۰۴: "آخرین باری که شما با فردی که شریک عادی زندگی شما نیست، رابطه جنسی داشتید، آیا شما و طرف رابطه شما از کاندوم استفاده کردید؟"</li> </ul>



۱. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد. جلسه گروه خبرگان درباره اندازه‌گیری و افزایش پوشش خدمات پیشگیری و مراقبت از اچ‌آی‌وی/ایدز برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، وین، اکتبر ۲۰۰۵
۲. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. پیش به سوی دسترسی همگانی: ارزیابی توسط برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز در مورد ارتقاء پیشگیری، درمان، مراقبت و حمایت از اچ‌آی‌وی. سازمان ملل متحد، نیویورک، سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶، مارس ۲۰۰۶، سند مجمع عمومی A/60/37.
۳. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. رهنمودهای عملیاتی برای کشورها تا اهداف ملی خود را برای پیشگیری، درمان و مراقبت ایدز تدوین کنند. ژنو، UNAIDS، ۲۰۰۶.
۴. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. راهنمای عملیاتی برای تعیین اهداف ملی جهت حرکت به سمت دسترسی همگانی، بخش ۴: تعیین اهداف بلندپروازانه. ژنو، UNAIDS، ۲۰۰۶.
۵. ملل متحد. اعلامیه تعهد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز- اجلاس ویژه ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. مصوبه اجلاس ویژه بیست و ششم مجمع عمومی ملل متحد: ۲۷-۲۵ ژوئن ۲۰۰۱. نیویورک، سازمان ملل متحد، ۲۰۰۱. قطعنامه A/RES/S-26/2
۶. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. مراکز دارای پوشش بالا: پیشگیری از اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی در کشورهای در حال گذار و در حال توسعه- مطالعات موردی. ژنو. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز (UNAIDS)، ۲۰۰۶.
۷. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. پایش اعلامیه تعهد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز: رهنمودهایی برای تدوین شاخص‌های اصلی، گزارش ۲۰۱۰. اجلاس ویژه مجمع عمومی ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. ژنو. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز (UNAIDS)، ۲۰۰۹.
۸. مجمع عمومی ملل متحد. قطعنامه مجمع عمومی ۶۵/۲۷۷- اعلامیه سیاسی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز: تلاش‌های خود را برای ریشه‌کن کردن اچ‌آی‌وی/ایدز شدت بخشیم. نیویورک، ملل متحد، ۲۰۱۱.
۹. شورای اقتصادی و اجتماعی ملل متحد. قطعنامه E/2009/L.23. برنامه مشترک ملل متحد در مورد ویروس نقص ایمنی انسانی/ سندروم نقص ایمنی اکتسابی (UNAIDS)، مصوب ۲۴ ژوئیه ۲۰۰۹. نیویورک، ملل متحد، ۲۰۰۹.
۱۰. کمیسیون مواد مخدر. قطعنامه ۵۳/۹: تأمین دسترسی همگانی به پیشگیری، درمان و مراقبت و حمایت برای مصرف‌کنندگان مواد مخدری که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند یا به آن مبتلا شده‌اند. وین، کمیسیون مواد مخدر، ۲۰۱۰.
۱۱. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. ۴مین اجلاس هیئت هماهنگی برنامه UNAIDS، ژنو، سوئیس، ۲۴-۲۲ ژوئن ۲۰۰۹: تصمیمات، توصیه‌ها و نتیجه‌گیری‌ها. ژنو، UNAIDS، ۲۰۰۹.

۱۲. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. گزارش پیشرفت پاسخ جهانی ۲۰۱۲: رهنمودهای طراحی شاخص‌های اصلی برای پایش اعلامیه سیاسی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز ۲۰۱۱. ژنو، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۱۱.
۱۳. بال و دیگران. متمم شواهد سازمان بهداشت جهانی برای اقدام جهت پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر. *مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر*، ۲۰۰۵، ۱۶(۱): S1-S6.
۱۴. کمیته پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در کشورهای دارای ریسک بالا IOM. *پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در کشورهای دارای ریسک بالا: یک ارزیابی از شواهد موجود*. واشینگتن دی‌سی، ۲۰۰۶.
۱۵. دیگنهارت ال و دیگران. پیشگیری از اچ‌آی‌وی برای افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند: چرا به روش‌های فردی، ساختاری و ترکیبی نیاز داریم؟ *لانست*، ۲۰۱۰، ۳۷۶(۹۷۳۷): ۳۰۱-۲۸۵.
۱۶. ستراسدی SA و دیگران. اچ‌آی‌وی و محیط پرخطر برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر: گذشته، حال و آینده. *لانست*، ۲۰۱۰، ۳۷۶(۹۷۳۷): ۲۸۴-۲۶۸.
۱۷. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. چارچوب سرمایه‌گذاری جدید برای پاسخ جهانی به اچ‌آی‌وی. ژنو، UNAIDS، ۲۰۱۱.
۱۸. سازمان بهداشت جهانی. *مجموعه شواهد برای اقدام (E4A)*: شرح مختصر خط‌مشی‌ها و مقاله‌های فنی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸  
(<http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/>)
۱۹. گوینگ ال و دیگران. درمان جایگزین برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد افیونی برای پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی/ایدز (بازنگری). سازمان همکاری کوچران، ۲۰۰۹.
۲۰. آلتایس اف‌ال و دیگران. درمان اختلالات توأمان پزشکی، روان‌پزشکی و مصرف مواد در افرادی که به اچ‌آی‌وی آلوده شده‌اند و مواد مخدر مصرف می‌کنند. *لانست*، ۲۰۱۰، ۳۷۶(۹۷۳۸): ۳۸۷-۳۶۷.
۲۱. وداک ای، کنی ای. آیا برنامه‌های سوزن و سرنگ عفونت اچ‌آی‌وی را میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر کاهش می‌دهند: یک بررسی جامع از شواهد بین‌المللی. *مصرف و سوء مصرف مواد*، ۲۰۰۶، ۴۱(۶-۷): ۸۱۳-۷۷۷.
۲۲. سازمان بهداشت جهانی. *اثر بخشی برنامه سوزن و سرنگ در کاهش اچ‌آی‌وی/ایدز مان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر*. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴.
۲۳. سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. *شواهدی برای اقدام در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر*. شرح مختصر خط‌مشی مربوط به کاهش انتقال اچ‌آی‌وی در زندان‌ها. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴.
۲۴. سارانگ ای، ستویکیت آر، بایکف آر. اجرای کاهش آسیب در اروپای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی. *مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر*، ۱۸(۲): ۱۳۵-۱۲۹.

۲۵. سارانگ ای، رودس تی، پلت ال. دسترسی به سرنگ در سه شهر روسیه: پیامدهای آن برای توزیع سرنگ و پوشش. *مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر*، ۲۰۰۸، 19S: S25-S36.
۲۶. ایسلام ام، کانگریو کی. ارزیابی نقش ماشین‌های توزیع سرنگ و فروش در ون‌های سیار در ارتباط با گروه‌های دشواررس و پرخطر مصرف‌کننده مواد مخدر (IDUS): یک بررسی. *مجله کاهش آسیب*، ۲۰۰۷، ۴(۱۴).
۲۷. سازمان بهداشت جهانی. *راهنمای آغاز و مدیریت برنامه‌های سوزن و سرنگ*. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، اداره اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۰۷.
۲۸. بوباشوف جی‌وی، زول دلبیوای. مدل‌سازی اثرات سرنگ‌های دارای فضای مرده بزرگ بدون مصرف بر انتقال ویروس نقص‌ایمنی انسانی (HIV) میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر. *اعتیاد*، ۲۰۱۰، ۱۰۵(۸): ۱۴۴۷-۱۴۳۹.
۲۹. زول WA، بوباشوف جی. سرنگ‌های دارای فضای مرده بزرگ بدون مصرف و خطر عفونت اچ‌آی‌وی و اچ‌سی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر. *وابستگی به مواد مخدر و الکل*، ۲۰۰۹، ۱۰۰(۳): ۲۱۳-۲۰۴.
۳۰. سازمان بهداشت جهانی. *شواهدی برای اقدام: اثربخشی کمک‌رسانی مبتنی بر جامعه در پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر*. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴.
۳۱. سازمان بهداشت جهانی. *اطلس مصرف مواد (۲۰۱۰): منابعی برای پیشگیری و درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد*. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، اداره سلامت روانی و سوءمصرف مواد، ۲۰۱۰.
۳۲. سازمان بهداشت جهانی. *شواهدی برای اقدام: اثربخشی درمان وابستگی به مواد مخدر*. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴.
۳۳. مترگر دی‌اس و دیگران. تبدیل سرمی ویروس نقص‌ایمنی انسانی میان معتادان تزریقی در حال درمان و خارج از درمان: یک بررسی ۱۸ ماهه. *JAIDS*، ۱۹۹۳، ۶(۶): ۱۰۵۹-۱۰۴۹.
۳۴. موآتی جی‌پی و دیگران. پایدی به درمان ضد رتروویروسی بسیار فعال در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر فرانسوی که به اچ‌آی‌وی آلوده شده‌اند: کمک درمان نگهدارنده بویرونورفین. *ایدز*، ۲۰۰۰، ۱۴: ۱۵۵-۱۵۱.
۳۵. سپایر بی، لوکاس جی‌ام، کریری ام‌پی. پایدی به درمان اچ‌آی‌وی میان معتادان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر و نقش درمان جایگزین مواد افیونی (OST). *مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر*، ۲۰۰۷، ۱۸(۴): ۲۷۰-۲۶۲.
۳۶. وولف دی، کریری ام‌پی، شپارد دی. درمان و مراقبت از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی: مروری بر موانع و راه‌های پیش‌رو. *لانست*، ۲۰۱۰، ۳۷۶(۹۷۳۸): ۳۶۶-۳۵۵.
۳۷. سازمان بهداشت جهانی. *فهرست اولیه داروهای اساسی سازمان بهداشت جهانی (مارس ۲۰۱۰)*. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰، مارس ۲۰۱۰.

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>

۳۸. نیایگوس ای و دیگران. انتقال به مصرف تزریقی مواد مخدر میان مصرف‌کنندگان غیرتزریقی هرئین: نفوذ شبکه اجتماعی و آسیب‌پذیری فردی. *مجله سندروم‌های نقص‌ایمنی اکتسابی JAIDS*، ۲۰۰۶، ۴۱(۴): ۴۹۳.

۳۹. سازمان بهداشت جهانی. رهنمودهایی برای درمان دارویی توأم با کمک روانی اجتماعی برای مدیریت وابستگی به مواد افیونی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹.
۴۰. فارل ام و دیگران. اثربخشی درمان وابستگی به مواد مخدر در پیشگیری از اچ آی وی. *مجله بین المللی خط مشی مواد مخدر*، ۲۰۰۵، ۱۶(۱): s67-s75.
۴۱. بیکرای و دیگران. مداخلات شناختی رفتاری کوتاه برای مصرف کنندگان دائمی آفتامین: گامی در جهت صحیح. *اعتیاد*، ۲۰۰۵، ۱۰۰(۳): ۳۶۷-۳۷۸.
۴۲. راوسون آر ای و دیگران. مقایسه میان مدیریت اقتضایی و روش های شناختی-رفتاری برای افراد وابسته به مواد محرک. *اعتیاد*، ۲۰۰۶، ۱۰۱(۲): ۲۶۷-۲۷۴.
۴۳. سازمان بهداشت جهانی. راهنمای مداخله mhGAP (خلاء سلامت روانی) برای اختلالات اعصاب و روان و مصرف مواد در محیط های سلامت غیر تخصصی. ژنو، اداره سلامت روانی و سوء مصرف مواد، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱.
۴۴. انستیتو ملی سوء مصرف مواد مخدر. اصول درمان اعتیاد به مواد مخدر: راهنمای تحقیق محور (ویرایش دوم). واشینگتن دی سی، انستیتو ملی سوء مصرف مواد مخدر، انستیتوهای ملی سلامت، اداره سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده، ۲۰۰۹.
۴۵. منطقه غرب اقیانوس آرام سازمان بهداشت جهانی. ارزیابی درمان اجباری افرادی که در کامبوج، چین، مالزی و ویتنام مواد مخدر مصرف می کنند: کاربست برخی اصول حقوق بشر. ۲۰۰۹.
۴۶. دفتر منطقه ای جنوب شرقی آسیای سازمان بهداشت جهانی. رهنمودهای عملیاتی برای درمان وابستگی به مواد افیونی در منطقه جنوب شرقی آسیا. دهلی نو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸.
۴۷. سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد. اصول درمان وابستگی به مواد مخدر- مقاله بحث. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸.
۴۸. سازمان بهداشت جهانی. اصول پایه درمان و حمایت روانی اجتماعی افراد وابسته به مواد مخدر که ایدز دارند. ژنو. سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶.
۴۹. سازمان بهداشت جهانی. گزارش های فنی درباره مواد نوع آفتامین. مانیل، دفتر منطقه غرب اقیانوس آرام سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱.
۵۰. سازمان بهداشت جهانی، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ آی وی/ایدز. راهنمای آزمایش و مشاوره اچ آی وی از سوی ارائه کننده خدمات در مراکز سلامت. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷.
۵۱. منطقه جنوب شرقی آسیای سازمان بهداشت جهانی، منطقه غرب اقیانوس آرام سازمان بهداشت جهانی، مرکز منطقه شرق آسیا و اقیانوس آرام دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد. راهنمایی در مورد آزمایش و مشاوره در مورد اچ آی وی در محیط هایی که معتادان تزریقی در آن حضور دارند: بهبود دسترسی به درمان، مراقبت و پیشگیری. مانیل، دفتر منطقه غرب اقیانوس آرام سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹.

۵۲. مرکز پایش اروپا برای مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر. رهنمودهایی برای آزمایش اچ‌آی‌وی، هپاتیت‌های ویروسی و دیگر عفونت‌ها در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر: راهنمای معاینه، آزمایش و مشاوره برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی. لیسبون، EMCDDA، ۲۰۱۰.
۵۳. سازمان بهداشت جهانی. ارائه نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی و پیام‌های مربوطه برای آزمایش مجدد و مشاوره در بزرگسالان. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰.
۵۴. سازمان بهداشت جهانی. راهنمای بهبود خدمات آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی: نسخه آزمایش درمحل. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰.
۵۵. لانگ و دیگران. اثربخشی و صرفه اقتصادی استراتژی‌های گسترش درمان ضد رتروویروسی در سن پترزبورگ، روسیه. *ایدز*، ۲۰۰۶، (۲۰): ۲۲۱۴-۲۲۰۷.
۵۶. بوله‌روپ ای‌آر و دیگران. دسترسی به درمان ضد رتروویروسی بسیار فعال (HAART) برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۵-۲۰۰۲. کنفرانس بین‌المللی هجدهم در مورد کاهش آسیب‌های مرتبط با مواد مخدر. ۲۰۰۷.
۵۷. دونوقو ام‌سی و دیگران. دسترسی به درمان ضد رتروویروسی بسیار فعال (HAART) برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۴-۲۰۰۲. *مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر*، ۲۰۰۷، ۱۸(۴): ۲۷۱-۲۸۰.
۵۸. آتیا اس و دیگران. انتقال اچ‌آی‌وی از طریق روابط جنسی مطابق با شواهد بار ویروسی و درمان ضد رتروویروسی: مرور منظم شواهد و فراتحلیل. *ایدز*، ۲۰۰۹، ۲۳(۱۱): ۱۳۹۷.
۵۹. مونتائر GSG و دیگران. دلیل محکمی برای گسترش دسترسی به درمان بسیار فعال ضد رتروویروسی برای جلوگیری از رشد بیماری مسری اچ‌آی‌وی. *لانست*، ۲۰۰۶، ۳۶۸(۹۵۳۴): ۵۳۶-۵۳۱.
۶۰. کوئین تی و دیگران. بار ویروسی و انتقال ویروس نقص ایمنی انسانی نوع ۱ از طریق روابط میان دگرجنس‌خواهان. *مجله پزشکی نیوانگلند*، ۲۰۰۰، ۳۴۲(۱۳): ۹۲۱.
۶۱. ویلسون دی و دیگران. رابطه میان بار ویروسی اچ‌آی‌وی و عفونت: تحلیل مدل‌محور. *لانست*، ۲۰۰۸، ۳۷۲(۹۶۳۵): ۳۱۴-۳۲۰.
۶۲. وود و دیگران. مطالعه طولی غلظت HIV-1 RNA پلاسمای جامعه و میزان بروز موارد جدید HIV-1 میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر: مطالعه آینده‌گروه‌های همسال. *مجله پزشکی انگلستان*، ۲۰۰۹، ۳۳۸(۳۰): b1649.
۶۳. سازمان بهداشت جهانی. *بیانیه مشترک: رفع خلأهای دانشی در رویکرد سلامت عمومی به ارائه درمان ضد رتروویروسی و مراقبت از آن*. ۴ اوت، ۲۰۰۸. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸.

۶۴. سازمان بهداشت جهانی. درمان ضد رتروویروسی برای عفونت اچ‌آی‌وی در بزرگسالان و نوجوانان: توصیه‌هایی برای یک رویکرد به سلامت عمومی- تجدید نظر سال ۲۰۱۰. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰.
۶۵. سازمان بهداشت جهانی. درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی/ایدز برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر. پروتکل‌های بالینی درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی/ایدز برای منطقه اروپا. کپنهاگ، دفتر منطقه‌اروپای سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷.
۶۶. سازمان بهداشت جهانی. راهنمایی در مورد ارتقای جهانی پیشگیری انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک: پیش به سمت تأمین دسترسی همگانی برای زنان، نوزادان و کودکان و برچیدن اچ‌آی‌وی و ایدز میان کودکان. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷.
۶۷. فلمینگ DT، واسره‌ایت GN. از هم‌افزایی اپیدمیولوژیک تا خط‌مشی و روش سلامت عمومی: سهم دیگر بیماری‌های انتقالی از طریق روابط جنسی در انتقال عفونت اچ‌آی‌وی از طریق روابط جنسی. عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند. ۱۹۹۹، ۷۵(۱): ۳.
۶۸. دس یارلایس دی‌سی، سمان اس. مداخلات برای کاهش رفتار پرخطر جنسی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر. مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر، ۲۰۰۵، ۱۶(۱): S58-S66.
۶۹. دونقو ام‌سی. رابطه جنسی، اچ‌آی‌وی و مصرف‌کننده تزریقی مواد مخدر. اعتیاد، ۱۹۹۲، ۸۷: ۴۱۶-۴۰۵.
۷۰. سازمان بهداشت جهانی. استراتژی جهانی برای پیشگیری و کنترل عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی انتقال می‌یابند: ۲۰۱۵-۲۰۰۶: پاره کردن زنجیره انتقال. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷.
۷۱. سازمان بهداشت جهانی. مدول‌های آموزشی برای مدیریت سندرومی عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی انتقال می‌یابند. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷.
۷۲. سازمان بهداشت جهانی. عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند و دیگر عفونت‌های دستگاه تناسلی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵.
۷۳. سازمان بهداشت جهانی. رهنمودهایی برای مدیریت عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴.
۷۴. کولفاکس جی و دیگران. مواد گروه آفتامین و اچ‌آی‌وی. لانست، ۲۰۱۰، ۳۷۶(۹۷۳۹): ۴۷۴-۴۵۸.
۷۵. دگنهارت ال و دیگران. اپیدمیولوژی جهانی تزریق متامفتامین: مروری بر شواهد مربوط به استفاده و پیوندهای میان اچ‌آی‌وی و دیگر آسیب‌ها. سیدنی، دانشگاه نیو ساوت ویلز (تهیه شده از طرف گروه مرجع ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی و مصرف تزریقی مواد مخدر)، ۲۰۰۷.
۷۶. صندوق جمعیت ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، PATH. تهیه برنامه‌های کاندوم برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی: یک راهنمای عملیاتی برای مدیران برنامه. نیویورک، صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)، ۲۰۰۵.
۷۷. پیتز ای، یانسن دلبیو، وان دریل اف. کاندوم زنانه: انکار بین‌المللی یک قابلیت نیرومند. مسائل سلامت باروری، ۲۰۱۰، ۱۸(۳۵): ۱۱۹-۱۲۸.

۷۸. صندوق جمعیت ملل متحد. تهیه برنامه‌های کاندوم برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی: راهنمایی برای ارائه‌دهندگان خدمات. نیویورک، UNFPA، ۲۰۰۵.
۷۹. اگلتون پی، جنکینز پی، مالکولم ای. اچ‌آی‌وی/ایدز و مصرف تزریق مواد مخدر: اطلاعات، آموزش و ارتباطات. مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر. ۲۰۰۵. ۱۱۶(۱): S21-S30.
۸۰. کلی و دیگران. مداخله پیشگیری تصادفی، کنترل‌شده و در سطح جامعه اچ‌آی‌وی برای رفتارهای پرخطر جنسی میان مردان هم‌جنس‌گرا در شهرهای ایالات متحده. لانست، ۱۹۹۷، ۳۵۰(۹۰۹۰): ۱۵۰۵-۱۵۰۰.
۸۱. سیل کی و دیگران. توزیع نالوکسون و آموزش احیای قلبی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر برای جلوگیری از مرگ ناشی از مصرف بیش‌ازحد هرئین: تحقیقی درباره مداخله آزمایشی. مجله سلامت شهری، ۲۰۰۵، ۸۲(۲): ۳۱۱-۳۰۳.
۸۲. گیلز اس و دیگران. تجویز نالوکسون برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر به عنوان یک استراتژی پیشگیری از مصرف بیش‌ازحد: شواهد اولیه از یک تحقیق آزمایشی در شهر نیویورک. رفتارهای اعتیادآمیز، ۲۰۰۶، ۳۱(۵): ۹۱۲-۹۰۷.
۸۳. پایپر تی‌ام و دیگران. پیشگیری از مصرف بیش‌ازحد برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر: درس‌آموخته‌ها از برنامه‌های آموزش و توزیع نالوکسون در شهر نیویورک. مجله کاهش آسیب، ۲۰۰۷، ۴(۳): ۲۰۱۱.
۸۴. بنیادهای جامعه باز. متوقف کردن مصرف بیش‌ازحد: توزیع نالوکسون از طریق هم‌تایان. نیویورک، بنیادهای جامعه باز، ۲۰۱۱.
۸۵. سالم ام و دیگران. ارتباطات برای سلامت بیشتر. دانشکده سلامت عمومی جانز هاپکینز بلومبرگ، ۲۰۰۸.
۸۶. ائتلاف بین‌المللی اچ‌آی‌وی/ایدز، شبکه آسیا اقیانوس آرام پروژه‌های کار جنسی. راهنمای تولید مشارکتی منابع برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی میان جمعیت‌های آسیب‌پذیر. برایتون، ائتلاف بین‌المللی اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۰۵.
۸۷. ائتلاف حقوق ایدز برای جنوب آفریقا. راهنمای منابع حمایتی و آموزشی اچ‌آی‌وی/ایدز و حقوق بشر. ویندهوک، نامیبیا، ائتلاف حقوق ایدز برای جنوب آفریقا، ۲۰۰۸.
۸۸. کورتیس ام، گوترمن ال. پیشگیری از مصرف بیش‌ازحد و پاسخ: راهنما برای افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و کارکنان مراکز کاهش آسیب در اروپای شرقی و آسیای مرکزی. نیویورک. انستیتو جامعه باز، ۲۰۰۹.
۸۹. نلسون پی کی و دیگران. اپیدمیولوژی جهانی هپاتیت بی و هپاتیت سی در افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند: یک بررسی نظام‌مند. لانست، ۲۰۱۱، ۳۷۸(۹۷۹۱): ۵۸۳-۵۷۱.
۹۰. مترز بی‌ام و دیگران. اپیدمیولوژی جهانی مصرف تزریقی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند: یک بررسی نظام‌مند. لانست، ۲۰۰۸، ۳۷۲: ۱۷۴۵-۱۷۳۳.
۹۱. آلتر ام‌جی. اپیدمیولوژی عفونت‌های توأمان هپاتیت‌های ویروسی و اچ‌آی‌وی. مجله هپاتولوژی، ۲۰۰۶، ۴۴، ضمیمه ۱(۰): S6-S9.

۹۲. مرکز پایش اروپا برای مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر. هپاتیت سی و مصرف تزریقی مواد مخدر: تأثیرات، هزینه‌ها و خط‌مشی‌های ممکن. لیسبون، مرکز پایش اروپا برای مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر (EMCDDA)، ۲۰۰۴. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index31213EN.html>
۹۳. والش ان و دیگران. ۱-۳ بیماری مسری خاموش: پاسخ به هپاتیت‌های ویروسی میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، در کوک سی، ویراستار. وضعیت جهانی کاهش آسیب ۲۰۱۰. لندن، جمعیت بین‌المللی کاهش آسیب، ۲۰۱۱.
۹۴. پالمیتیر ان و دیگران. شواهدی برای اثربخشی تأمین وسایل تزریق استریل در پیشگیری از انتقال هپاتیت سی و ویروس نقص ایمنی انسانی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر: مرور بررسی‌ها. اعتیاد، ۲۰۱۰، ۱۰۵(۵): ۸۵۹-۸۴۴.
۹۵. سازمان بهداشت جهانی. راهنمای پیشگیری از هپاتیت ویروسی B و C میان افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲.
۹۶. سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. راهنمای خط‌مشی برای خدمات مشترک سل و اچ‌آی‌وی به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر-یک رویکرد یکپارچه. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸.
۹۷. سازمان بهداشت جهانی. رهنمودهایی برای تشدید فعالیت‌های یافتن مواد سل و درمان پیشگیرانه ایزونیاژید برای افرادی که اچ‌آی‌وی دارند، در محیط‌های دارای منابع محدود. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱.
۹۸. سازمان بهداشت جهانی. رهنمودهایی برای درمان سل. ژنو. سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰.
۹۹. سازمان بهداشت جهانی. راهنمای آموزشی برای کمک‌رسانی پیشگیرانه به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر: راهنمای کارگاه‌های آموزشی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، اداره اچ‌آی‌وی، ۲۰۰۴.
۱۰۰. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. رهنمودهای عملی برای تشدید پیشگیری از اچ‌آی‌وی. ژنو، ۲۰۰۷.
۱۰۱. فیشر بی و دیگران. مصرف مواد مخدر، ریسک و نظم شهری: بررسی مراکز تزریق تحت نظارت (SISS) به عنوان کارکرد حاکمیتی. مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر، ۲۰۰۴، ۱۵: ۳۶۵-۳۵۷.
۱۰۲. شمال دلبیو و دیگران. محیط‌های عمومی برای تزریق در ونکوور: محیط کالبدی، محیط اجتماعی و ریسک. مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر، ۲۰۰۷، ۱۸(۱): ۳۶-۲۷.
۱۰۳. ائتلاف بین‌المللی برای اچ‌آی‌وی/ایدز. راهنمای روش موفق-اچ‌آی‌وی و مصرف مواد مخدر: جامعه به مصرف تزریقی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی پاسخ می‌دهد. برایتون، ائتلاف بین‌المللی برای اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۱۰.
۱۰۴. رشوزکا ال و دیگران. جعبه‌ابزار حمایت از خط‌مشی درمان با کمک دارو (MAT) وابستگی به مواد مخدر. واشینگتن دی‌سی، فیوچرز گروپ، پروژه خط‌مشی سلامت، ۲۰۱۰.



۱۰۵. سازمان ملل متحد. ۶۰/۲۶۲. اعلامیه سیاسی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. قطعنامه مجمع عمومی ملل متحد، اجلاس شصتم، ۲ ژوئن ۲۰۰۶، نیویورک، سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶، قرارداد شماره: قطعنامه A/RES/60/262
۱۰۶. بلوتنتال آرآن و دیگران. بررسی پیوند میان خط‌مشی توزیع برنامه تعویض سرنگ (SEP) و پوشش سرنگ برنامه تعویض سرنگ در سطح متقاضی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر. اعتیاد، ۲۰۰۷، ۱۰۲(۴): ۶۴۶-۶۳۸.
۱۰۷. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. پیشگیری، مراقبت، درمان و حمایت از اچ‌آی‌وی/ایدز در محیط‌های زندان: چارچوبی برای یک پاسخ ملی اثربخش. نیویورک، سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶.
۱۰۸. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و دیگران. پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی در زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته: یک بسته جامع مداخلات. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷.
۱۰۹. سازمان بهداشت جهانی اروپا. مقاله وضعیت زندان‌ها، مواد مخدر و کاهش آسیب. کپنهاگ، دفتر منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵.
۱۱۰. سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. شواهدی برای اقدام: بررسی جامع اثربخشی مداخلات مربوط به اچ‌آی‌وی در زندان‌ها. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷.
۱۱۱. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. پیشگیری، مراقبت، درمان و حمایت از اچ‌آی‌وی/ایدز در محیط‌های زندان: چارچوبی برای یک پاسخ اثربخش ملی. نیویورک، سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶.
۱۱۲. صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا. کاهش آسیب برای افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند: جزوه اطلاعاتی. ژنو، صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا، ۲۰۱۱.
۱۱۳. طرح اضطراری رئیس جمهوری ایالات متحده آمریکا برای کمک به ایدز. پیشگیری جامع از اچ‌آی‌وی برای افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، راهنمای تجدیدنظر شده. واشینگتن دی‌سی، طرح اضطراری رئیس جمهور ایالات متحده برای کمک به ایدز (PEPFAR)، ۲۰۱۰.
۱۱۴. گروه کار UNAIDS/سازمان بهداشت جهانی در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز جهانی و نظارت بر عفونت‌هایی که توسط روابط جنسی منتقل می‌شوند. رهنمودهایی در مورد برآورد اندازه جمعیت‌هایی که از همه بیشتر در معرض خطر اچ‌آی‌وی قرار دارند، ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰.
۱۱۵. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد. برآورد شیوع: روش‌های غیرمستقیم برای برآورد کردن اندازه مشکل مواد مخدر. UNODC، ۲۰۰۳.
۱۱۶. هیکنم ام و دیگران. برآورد شیوع مصرف مشکل‌آفرین مواد مخدر: مروری بر روش‌ها و کاربرد آنها. بولتن سازمان ملل متحد در مورد مواد مخدر، ۲۰۰۲، ۵۴(۵): ۳۲-۱۵.

۱۱۷. وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری (HHS-CDC)، تیم نظارت بر برنامه جهانی ایدز (GAP). استراتژی‌های نمونه‌گیری از جمعیت‌هایی که بیش از همه در خطرند و ابزار طراحی. ۲۰۰۰

<http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/pphg/surveillance/CDC-MARPs/index.htm>

۱۱۸. شارما ام، باروز دی، بلوتنتال آر. پوشش برنامه‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر: سردرگمی‌ها، آرزوها، تعاریف و شیوه‌هایی برای حرکت به جلو. *مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر*، ۲۰۰۷، ۱۸: ۹۲-۹۸.

۱۱۹. ائتلاف برای بین‌الملل جامعه باز. *کد شناسه منحصر به فرد. برنامه کاهش تقاضا با بودجه یواس‌اید در ازبکستان و تاجیکستان و منطقه دره فرغانه در قرقیزستان*. آلماتی، ائتلاف برای بین‌الملل جامعه باز، ۲۰۰۷

[http://www.aidsprojects.com/wp-content/themes/apmg-1.0.1/documents/UIC\\_Eng.pdf](http://www.aidsprojects.com/wp-content/themes/apmg-1.0.1/documents/UIC_Eng.pdf)

۱۲۰. واحد پشتیبانی فنی برنامه منطقه آسیا برای اچ‌آی‌وی/ایدز، دفتر پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی/ایدز استان یونان، دفتر سلامت عمومی یونان. *استفاده از داده‌های آنلاین برای پایش و ارزشیابی اثربخش فعالیت‌های کاهش آسیب در استان یونان، چین*. بانکوک، AUSAID، سازمان مشترک المنافع استرالیا، ۲۰۱۱.

۱۲۱. مدلین سی، بالکوس جی، پادیان ان. گزارش به گروه مرجع UNAIDS برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی در زمینه تدوین حداقل استانداردهای کیفیت برای مداخلات پیشگیری از اچ‌آی‌وی. ژنو، ۲۰۰۸.

۱۲۲. سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. گزارش دیدگاه *UNAIDS/UNODC/WHO*. درمان نگهدارنده جایگزین در مدیریت وابستگی به مواد افیونی و پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴.

۱۲۳. گروه کار WHO/UNAIDS در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز و نظارت بر عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند. چه زمانی و چگونه عفونت جدید را ارزیابی کنیم تا میزان وقوع موارد جدید اچ‌آی‌وی در سطح یک جمعیت مورد نظر را برآورد کنیم. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱.

۱۲۴. ویکرم پی و دیگران. پیش‌بینی‌های نمونه در مورد میزان پوشش مورد نیاز توزیع سرنگ برای پیشگیری از بیماری مسری اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر. *مجله سندروم‌های نقص ایمنی اکتسابی: JAIDS*، ۲۰۰۶، ۳۵۵-۳۶۱: (۳)۴۲.

۱۲۵. براون تی، پیراپاتاناپکین دبلیو. مدل گسترش بیماری مسری در آسیا: یک مدل فرایند برای تدوین خط‌مشی اچ‌آی‌وی و گزینه‌های برنامه‌ای در آسیا. *عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی انتقال می‌یابند*، ۲۰۰۴، ۸۰: (i)۱۹.

۱۲۶. کمیسیون ایدز در آسیا. *بازتعریف ایدز در آسیا: تدوین یک پاسخ اثربخش*. دهلی نو، انتشارات دانشگاه آکسفورد، ۲۰۰۸.

۱۲۷. بین‌الملل سلامت خانواده. *نظرسنجی‌های نظارت رفتاری BSS*. رهنمودهایی برای نظرسنجی‌های رفتاری مکرر در جمعیت‌های در معرض خطر اچ‌آی‌وی. ۲۰۰۰.

۱۲۸. سالگانیک ام، هکاتورن دی. نمونه‌گیری و برآورد در جمعیت‌های پنهان با استفاده از نمونه‌گیری با هدایت پاسخ‌دهنده. روش جامعه‌شناختی، ۲۰۰۴، ۳۴(۱): ۲۴۰-۱۹۳.
۱۲۹. گروه کار WHO/UNAIDS در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز در سطح جهان و نظارت بر عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند. رهنمودهایی برای نظارت بر جمعیت‌هایی که بیش از همه در معرض خطر اچ‌آی‌وی قرار دارند. ژنو، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۱۱.
۱۳۰. رابرتس ای و دیگران. زنانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند: مروری بر خطرات، تجارب و نیازهای آنها. سیدنی، مرکز ملی تحقیقات مواد مخدر و الکل، ۲۰۱۰.
۱۳۱. ویکرم پی و دیگران. عنوان. عنوان مجله. (در دست چاپ) (پذیرفته شده برای چاپ ۲۰۰۸).
۱۳۲. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، درمان سوءمصرف مواد و بازتوانی: یک برنامه‌ریزی عملی و راهنمای اجرا. نیویورک، سازمان ملل متحد، ۲۰۰۳.
۱۳۳. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز. چارچوبی برای پایش و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی برای جمعیت‌هایی که بیش از همه در معرض خطرند. ژنو، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز، ۲۰۰۸.
۱۳۴. هایمر آر. پوشش جامعه و پیشگیری از اچ‌آی‌وی: شاخص‌هایی برای ارزیابی برای برآورد میزان وقوع موارد جدید اچ‌آی‌وی از طریق تعویض سرنگ. مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر، ۲۰۰۸، ضمیمه ۱۹: S65-73.
۱۳۵. دس جارلایس دی‌سی، فرایندها اس آر. پانزده سال تحقیقات در مورد پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر: آنچه آموخته‌ایم، آنچه نیاموخته‌ایم، آنچه انجام داده‌ایم، آنچه انجام نداده‌ایم. گزارش‌های سلامت عمومی، ۱۹۹۸، ضمیمه ۱۱۳، ۱: ۱۸۲-۱۸۸.
۱۳۶. انگا ان تی و دیگران. ابزارهای نوآورانه برای داده‌ها: مجموعه‌ای برای مدیریت کمک‌رسانی هم‌تایان به جمعیت‌های اصلی آسیب‌دیده در ویتنام. مجله نظارت و پاسخ برای غرب اقیانوس آرام، ۲۰۱۲، ۳(۳).
۱۳۷. مک آرتور جی و دیگران. درمان جایگزین مواد افیونی و انتقال اچ‌آی‌وی میان مردمی که مواد مخدر تزریق می‌کنند: بررسی نظام‌مند و فراتحلیل. BMJ، ۲۰۱۲، ۳۴۵.