



**بررسی نیازهای زنان
مصرف‌کننده مواد شهر
تهران در زمینه کنترل اعتیاد
و پیشگیری از
ابتلا به HIV/AIDS**



مجری: رویا نوری

همکاران: بابک قرقلو^۱، دکتر هومان نارنجی‌ها^۲، دکتر حسن رفیعی^۳ و مهدی اکبریان^۴



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime

Funding for the research project was provided by the United Nations Office for Drugs and Crime (UNODC)



سازمان ملی تحقیقات و بازپروری افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر

^۱ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی

^۲ کارشناس و محقق اعتیاد

^۳ استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۴ کارشناس ارشد رفاه اجتماعی

خرداد ماه ۱۳۹۰

تهران

به نام خداوند جان و خرد

تشکر و سپاسگزاری

از عنایت و همکاری مسئولان و خدمت دهندگان در مراکز کاهش آسیب زنان و دیگر مراکزی که در حوزه خدمات رسانی به زنان مصرف کننده مواد مشغول به فعالیت هستند و در جهت تسهیل انجام این طرح ما را یاری کردند، کمال تشکر را داریم. از دوستان و همکارانی که در دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران با حمایت خود امکان اجرای این طرح را میسر ساختند، سپاسگزاریم. اگر توانستیم به تعهدات پژوهشی خود عمل نماییم تنها با مشارکت زنانی بود که علیرغم اعتماد مخدوش شده شان به ما اعتماد کردند و رازهای نگفته زندگی های پر حادثه شان را به ما سپردند، ما را پذیرفتند و باور کردند و در نهایت از سرکار خانم دکتر گلاره مستشاری برای راهنمایی ها و نظرات کارشناسانه شان که در فرایند اجرای طرح اسباب تسهیل را فراهم کردند، کمال تشکر را دارم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۵	مقدمه
۷	فصل اول: کلیات پژوهش
۸	طرح مساله
۱۱	اهداف تحقیق
۱۲	پرسشهای تحقیق
۱۳	فصل دوم: ادبیات پژوهش
۱۴	مقدمه
۱۴	بیماری ایدز
۲۴	زنان وابسته به سوء مصرف مواد
۲۹	تزریق مواد در زنان و خطر ابتلا به ایدز
۳۱	پیشینه پژوهش
۴۰	عوامل خطر در ابتلا به ایدز و موانع پیشگیری
۴۳	تجارب برخی از کشورها در زمینه پیشگیری از ایدز در زنان در معرض خطر
۶۵	فصل سوم: روش شناسی پژوهش
۶۶	روش اجرای پژوهش
۶۷	جمعیت آماری
۶۷	حجم نمونه
۶۷	روش نمونه گیری
۶۹	فصل چهارم: یافته های پژوهش
۷۰	سن
۷۰	تحصیلات
۷۰	وضعیت تاهل
۷۲	محل زندگی
۷۴	منبع کسب درآمد
۷۹	داشتن/نداشتن عضو معتاد در خانواده

۸۳	سن اولین ازدواج
۸۴	تعداد دفعات ازدواج
۸۵	داشتن/نداشتن فرزند
۸۷	سابقه سقط جنین
۸۹	سن اولین مصرف
۹۴	اولین پیشنهاددهنده مصرف مواد
۹۴	اولین شریک مصرف
۹۶	اطلاع خانواده از اعتیاد
۹۹	فرایند مصرف
۱۰۲	شیوه تهیه مواد
۱۰۶	سابقه ترک
۱۱۰	سابقه تزریق
۱۱۴	سابقه تزریق مشترک
۱۱۶	جرایم
۱۱۸	سابقه خودکشی یا خودزنی
۱۲۰	سابقه تن فروشی
۱۲۵	تن فروشی و اعتیاد: مشابهت فرایندی
۱۲۵	مصرف مواد محرک و ارتباط جنسی با افراد ناآشنا
۱۲۸	سابقه خشونت جنسی
۱۳۳	سابقه ارتباط همزمان با شرکای متعدد
۱۳۴	سابقه ارتباط جنسی گروهی
۱۳۶	سابقه ارتباط جنسی مقعدی
۱۳۸	سابقه ارتباط جنسی دهانی
۱۳۹	سابقه ارتباط جنسی با شریک/شرکای جنسی تزریقی
۱۴۰	سابقه ارتباط با شریک/شرکای جنسی دارای شرکای جنسی متعدد
۱۴۲	موارد استفاده از کاندوم
۱۴۹	سابقه بیماری آمیزشی
۱۵۲	سابقه حضور در مکانهای پرخطر
۱۵۳	اطلاع/عدم اطلاع از چిستی HIV/AIDS

۱۵۹	اطلاع از راههای انتقال
۱۶۵	اطلاع از راههای پیشگیری
۱۶۸	منبع کسب اطلاع
۱۷۱	سابقه آزمایش (نتیجه آزمایش)
۱۷۵	سابقه مشاوره
۱۷۷	در معرض ابتلا دیدن/ندیدن خود
۱۸۱	به کار گیری/عدم به کارگیری روشهای پیشگیری
۱۸۴	استقبال/عدم استقبال از مرکز خدمات پیشگیری
۱۸۶	وضعیت موجود خدمات پیشگیری از ایدز برای زنان
۱۹۲	چگونگی و ویژگیهای مرکز خدمات پیشگیری (پیشنهادها)
۲۰۹	مهمترین نیاز در حال حاضر
۲۱۵	مهمترین نیاز برای پیشگیری از ایدز
۲۱۶	ضرورت درمان اعتیاد
۲۱۹	آموزش
۲۲۱	ایجاد احساس نیاز به سلامت
۲۲۲	به روز شدن اطلاعات
۲۲۳	در دسترس بودن
۲۲۴	ارتباط و همکاری بین بخشی
۲۲۵	انگ زدایی
۲۲۶	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۲۲۷	وضع موجود زنان مصرف کننده مواد
۲۳۵	خدمات موجود و نقد آن
۲۳۶	پیشنهاد گروه تحقیق
۲۳۹	مدل پیشنهادی تحقیق
۲۴۰	منابع

نتایج پژوهشها نشان می‌دهد انتقال ویروس ایدز در جهان در حال افزایش است. بیش از ۱۳ میلیون نفر در جهان به عنوان تزریق کننده مواد شناخته شده‌اند. حدود یک چهارم از وابستگان تزریقی مواد در آسیا زندگی می‌کنند. ۱۰ درصد از وابستگان به تزریق مواد در آسیا زنان هستند (UNAIDS2000 به نقل از BUTTER, 2003 & ERICKSON).

وابستگی به سوء مصرف مواد برای زنان نسبت به مردان با تبعات و خطرات بیشتری همراه است. یکی از آسیبهای اصلی که زنان مصرف کننده مواد را تهدید می‌کند، انتقال ویروس ایدز است (رزاقی و همکاران، ۱۳۸۲). خطر ابتلا به بیماری ایدز یکی از موارد پرخطری است که برای زنان مصرف کننده مواد به ویژه زنان تزریقی وجود دارد. ارتباط بین تزریق مواد و رفتارهای پرخطر جنسی، موجب افزایش و شیوع بیماری‌های جنسی مسری مثل ایدز شده است (وایزمن و همکاران، ۱۹۹۵ به نقل از کلر، ۲۰۰۰). روسپیگری و تزریق مواد به عنوان دو عامل خطر در ابتلای به ویروس ایدز شناخته شده است بطوری که برخی تحقیقات از ابتلای ۷۰ درصدی روسپیان و زنان تزریقی به ویروس ایدز خبر می‌دهند (UNAIDS, 2007). در میان زنان تزریقی استفاده از سرنگ مشترک عامل انتقال ویروس ایدز می‌باشد. در سال ۲۰۰۵ در کشور تایلند، ۴۳ درصد از زنان مبتلا به ایدز از وابستگان تزریقی مواد بودند (UnAids & Aids Epidemic Update 2007).

بسیاری از زنان معتاد برای تهیه مواد خود مجبور به روسپیگری می‌شوند که در مواردی این کار بدون رعایت اصول بهداشتی صورت می‌گیرد و این امر یکی از عوامل اصلی گسترش ایدز در میان زنان مصرف کننده است (اردلان و همکاران، ۱۳۸۱).

در کشورهای مختلف اقدامات گوناگونی در زمینه کاهش این آسیب و پیشگیری از شیوع ایدز در میان زنان تزریقی انجام شده است، هر چند نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کمتر از ۵ درصد از تزریقیها از خدمات پیشگیرانه و مراقبتی در برابر ایدز استفاده می‌کنند (IHRA/WHO/AHRN, 2004).

بنگلادش از جمله اولین کشورهای آسیایی است که در زمینه کاهش آسیب اقدام نموده، چرا که میزان ایدز در میان زنان تزریقی در این کشور از ۷ تا ۱۱ درصد گزارش شده است (UNODC, 2007). کشورهای به مانند اندونزی و کانادا نیز در این زمینه اقدامات قابل توجهی انجام داده‌اند.

در ایران نیز با وسعت و شدت یافتن مصرف تزریقی مواد در سالهای اخیر و ارتباط آن با بیماریهای عفونی منتقله از راه خون، ضرورت اقدامات سریع برای کنترل مصرف تزریقی مواد و عوارض آن را مطرح می‌نماید و در راستای ارتقاء برنامه‌های پیشگیری و مراقبت ایدز در میان زنان مصرف کننده مواد، این پژوهش بر آن است تا نیازهای این زنان را در راستای برنامه پیشگیرانه و مراقبتی از ایدز شناسایی نماید.

فصل اول :

کلیات پژوهش

طرح مسأله :

پژوهشها از افزایش مصرف مواد در زنان خبر می‌دهند (Comier et al, 2004, unodc, 2004). پژوهشگران اظهار می‌دارند که زنان سریعتر از مردان نسبت مصرف مواد وابستگی نشان می‌دهند، که این امر احتمالاً به دلیل آسیب پذیری اقتصادی و اجتماعی زنان در جامعه می‌باشد. تحقیقات نشان داده که تزریق مواد یکی از عوامل خطر ابتلاء به بیماری ایدز است و همچنین مصرف مواد با بسیاری از رفتارهای پر خطر در ارتباط است. از سال ۱۹۹۵ زنان تقریباً نیمی از مبتلایان به ایدز را به خود اختصاص داده‌اند.

امروزه ۱۵.۴ تا ۳۰.۸ میلیون نفر (بالای ۱۵ سال) ایدز دارند. تعداد زنان مبتلا به ایدز از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۷، ۱.۶ میلیون افزایش یافت. در سال ۲۰۰۷، به طور تقریبی ۲۹۰۰ نفر مبتلا به ایدز هرروزه به زنان بالای ۱۵ سال افزوده شد (Roberts and vromen, 2005). به طوری که نتایج پژوهشها حاکی از ابتلای حدود ۶۰٪ از افراد آلوده به ایدز از طریق رفتارهای پرخطر همراه با مصرف تزریقی مواد بوده است (رزاقی، رحیمی موقر، محمد و حسینی، ۱۳۸۲). همچنین نتایج پژوهشها نشان داده اند که مصرف مواد در زنان به خصوص مصرف تزریقی با آسیبهای اجتماعی دیگری همچون فرار از منزل و روسپیگری همراه است (اردلان و همکاران، ۱۳۸۱؛ علیای زند، ۱۳۸۱، رزاقی و همکاران، ۱۳۸۲). از نظر زیست شناختی زنان ۲ تا ۸ برابر بیشتر از مردان در رابطه جنسی دچار می‌شوند. ازسوی دیگرهم پوشانی مصرف مواد به ویژه تزریق و روسپیگری در زنان به عنوان دو عامل اصلی انتقال ویروس ایدز شناخته شده اند.

هر چند تحقیقات نشان داده که مصرف مواد به ویژه تزریق مواد در زنان نسبت به مردان کمتر است اما برخی پژوهشها گزارش کرده اند که زنان بیشتر از مردان از سرنگ و سوزن مشترک استفاده می‌کنند، (Farrell, 2001, Dorman ET al 1997) (Pool & Dell, 2005, Reynolds et al, 2008).

معمولاً احتمال اینکه یک زن از شریک جنسی اش در مورد تمیز بودن سوزن و سرنگ سؤال کند بسیار کم است، زیرا به زعم خود آنها طرح این پرسش از سوی آنان نشان دهنده بی اعتمادی شان به شریکشان محسوب می‌شود. از این رو مصرف تزریقی با سرنگ در آنان نسبت به مردان بیشتر و خطر ابتلا به ایدز در آن ها بیشتر است (UNODC, 2006).

همچنین نتایج برخی از پژوهشها حاکی است که دختران به خاطر ترس از خشونت و طرد شدن، از بحث با شریک جنسی خود در مورد استفاده از کاندوم، اجتناب می‌کنند (vetten, et al, 2001).

یافته های دیگر نیز نشان می‌دهد که تزریق مواد همراه با احساس شرمندگی با شدت بیشتری در زنان نسبت به مردان گزارش می‌شود و آنها بیش از مردان استفاده از مواد را پنهان می‌کنند (CHR, ۲۰۰۹) و کمتر نیز برای

درمان اقدام می نمایند. برخی یافته‌ها نشان می‌دهد علت وابستگی سریعتر زنان به مواد نسبت به مردان می‌تواند ناشی از نابرابری اجتماعی، وابستگی‌های جسمانی و مالی زنان، شرایط و فرصت‌های اشتغال زنان، وضعیت زنان در جامعه، توقعات سنتی از زنان و سبک زندگی آنها باشد.

در حاشیه ماندن از اجتماع نیز به عنوان یک عامل خطر در افزایش آسیب پذیری بیشتر زنان نسبت به مردان در وابستگی به مواد شناخته شده است. همچنین بعضی از زنان در شرایط ناامیدی و ناراحتی جهت تسکین به مصرف مواد اعتیاد آور روی می‌آورند که این امر به مرور زمان منجر به وابستگی آنان به مصرف مواد می‌شود (Comier et al, 2004, Roberts and vromen, 2005, woods, 1999, unodc, 2004).

همچنین برخی از زنان از طریق همسران معتاد خود و یا از طریق یکی از اقوام و خویشاوندان وابسته به سوء مصرف مواد با مواد آشنا شده و از این طریق به مصرف مواد گرایش می‌یابند (اکبریان و همکاران، ۱۳۸۸؛ نوری و همکاران، ۱۳۸۶) و بر اساس نتایج کسب شده در تحقیقات؛ کسانی که پس از گرایش به مصرف، روش تزریقی که پر خطرترین نوع مصرف مواد است را اتخاذ کرده‌اند، اولین مکان تزریق را منزل دوستان ذکر کرده‌اند (نارنجیها و همکاران، ۱۳۸۶).

برخی از مطالعات دیگر نشان داده که افزایش میزان بیماریهای عفونی در میان زنان مصرف کننده اروپایی و فرزندان تازه متولد شده آنها به تدوین برنامه‌های مراقبت از آنها انجامیده است. وجود عوامل بالقوه در زنان مصرف کننده مواد برای ابتلای به بیماریهای عفونی در این برنامه‌ها مد نظر قرار گرفته است. با توجه به تفاوت‌های میان زنان و مردان برنامه‌های کاهش آسیب از جمله تهیه پناه گاه شبانه، ارائه اطلاعات عملیاتی در خصوص ارتباط جنسی سالم و مصرف سالم تدوین شده است و با تمرکز بر استفاده از گروه‌های همتا، تقویت توانمندی دفاع از خود در برابر شرایط نابهنجار می‌باشد (EMCDDA, 2000). همچنین مطالعات نشان داده عواملی مانند فقر، فقدان ارتباط قوی و موثر، رانده شدن از خانواده و مدرسه، خشونت، تبعیض و جایگاه اقتصادی اجتماعی زنان از منظر نادیده گرفته شدن حقوق این گروه در جوامع منجر به عدم تطابق و هماهنگی زنان با برنامه‌های پیشگیری از ابتلا به ایدز شده است (Nanci et al , 2007).

همچنین نتایج پژوهش‌ها تفاوت میان زنان و دختران را از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی، شغل، نقش‌های خانوادگی، باروری، مسئولیتهایی از قبیل مراقبت از کودکان و آسیب پذیری نسبت به رابطه جنسی، و خشونت همسر گزارش می‌کند (British Columbia centre of Excellence for women, s, health, 2009).

به نظر می‌آید موارد مذکور در برنامه ریزی برای زنان مصرف کننده کمتر مورد توجه قرار گرفته است. لزوم پرداختن به این موارد از اهمیت بسزایی در تدوین برنامه‌های ویژه زنان مصرف کننده برخوردار است. امروزه که

مسئولین و سیاستگذاران امر اعتیاد در کشور نیز در راستای ارتقاء برنامه‌های پیشگیری و مراقبت ایدز در میان زنان مصرف کننده مواد اهتمام ورزیده اند، از این رو توجه به تمامی این موارد حایز اهمیت است. براین اساس پژوهش حاضر در نظر دارد با ارزیابی نیازهای زنان مصرف کننده مواد ، زمینه پیشگیری و مراقبت بهتر از آنان را در برابر بیماری ایدز ارتقاء دهد و ضمن فراهم نمودن یک منبع اطلاعاتی در مورد زنان مصرف کننده مواد و الگوهای مصرفی آنها و ارزیابی نیازهای آنان گامی مهم در راستای کاهش میزان شیوع ایدز در میان این جمعیت آسیب پذیر بردارد.

اهداف تحقیق

هدف کلی طرح:

تعیین نیازهای زنان مصرف کننده مواد در زمینه کنترل اعتیاد، پیشگیری از ابتلا به HIV/AIDS

اهداف اختصاصی :

➤ تعیین نیازهای زنان مصرف کننده مواد به خدمات درمان اعتیاد

➤ تعیین نیازهای زنان مصرف کننده مواد به خدمات پیشگیری از HIV

➤ تعیین نیازهای زنان مصرف کننده مواد به خدمات اجتماعی

➤ تعیین مواد مصرفی زنان مصرف کننده

➤ تعیین سن شروع مصرف مواد در زنان مصرف کننده

➤ تعیین اولین مکان تزریق مواد در زنان

➤ تعیین اولین ماده مصرفی در زنان مصرف کننده

➤ تعیین نحوه دستیابی و دسترسی زنان مصرف کننده به مواد

➤ تعیین فرایند مصرف مواد در زنان مصرف کننده

➤ تعیین رفتارهای پرخطر در میان زنان مصرف کننده مواد

➤ تعیین پیامدهای مصرف مواد در زنان

پرسش‌های تحقیق:

- زنان مصرف کننده مواد در زمینه خدمات درمان اعتیاد چه نیازهایی دارند؟
- زنان مصرف کننده مواد در زمینه خدمات پیشگیری از HIV چه نیازهایی دارند؟
- زنان مصرف کننده مواد در زمینه خدمات اجتماعی چه نیازهایی دارند؟
- مواد مصرفی زنان چیست؟
- الگوی مصرف مواد در زنان چگونه است؟
- سن شروع مصرف مواد در زنان چند سال است؟
- اولین مکان تزریق مواد در زنان کجاست؟
- اولین ماده مصرفی زنان چیست؟
- نحوه دستیابی و دسترسی زنان مصرف کننده به مواد چگونه است؟
- فرایند مصرف مواد در زنان چگونه است؟
- رفتارهای پرخطر در میان زنان مصرف کننده تزریقی مواد چیست؟
- پیامدهای مصرف مواد در زنان مصرف کننده چیست؟

فصل دوم :

ادبیات پژوهش

مقدمه:

امروزه با بررسی دقیق عوامل بیماری ها و چگونگی گسترش آن ، می توان راههای پیشگیری از بیماری ها را شناسایی نمود و با بکار بردن راهکارهای اجرایی قبل از بروز بیماری می توان آن را کنترل نمود و از شیوع بیشتر بیماری در جامعه جلوگیری کرد. بیماری ایدز که از سه دهه پیش شروع شده و به سرعت در حال گسترش در همه جهان است، یک بیماری عفونی محسوب می گردد که راههای انتقال منحصر به فرد این بیماری، آن را از سایر بیماریهای عفونی متمایز می نماید.

انتقال از راه ارتباطات جنسی محافظت نشده ، خون ، سرنگ و سوزن تزریق و ... باعث می شود تا این بیماری جزء بیماریهای رفتاری طبقه بندی گردد. بنابراین راههای پیشگیری از این بیماری عفونی هم، بصورت ویژه بوده و با تغییر رفتار میسر خواهد بود.

از گروههای پرخطر در معرض ایدز می توان به افرادی اشاره کرد که هم اکنون نیز رفتار های پرخطر دارند. معتادان تزریقی، همسرانشان ، تن فروشان، کسانی که رفتار جنسی غیر ایمن دارند، همسران افراد آلوده ، مبتلایان به بیماریهای مقاربتی و.... از زمره این افراد هستند .

در میان معتادان تزریقی، زنان تزریقی از گروه های ویژه و پرخطر در معرض ابتلا به ایدز محسوب می شوند، با توجه به این مهم، پژوهش حاضر درصدد است با بررسی نیازهای این زنان در زمینه کنترل اعتیاد و HIV در جهت هموار ساختن مسیر تدوین برنامه ها و سیاست گذاری های حوزه پیشگیری از ایدز عمل نماید و در این راستا گامی اساسی برداشته شود.

بیماری ایدز:

بیماری ایدز [AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)] یک بیماری عفونی است که در آن سیستم ایمنی بدن انسان دچار نقص می گردد. موقعی که سیستم ایمنی بدن آسیب می بیند، بدن در مقابل ویروسها ، باکتریها ، قارچها ، و بیماریهای بدخیم ضعیف می شود و با کوچکترین تهاجمی به بیماری مبتلا می گردد و در حالیکه قبلاً براحتی با این بیماریها مقابله می کرده و بر آنها پیروز می شده با شروع این بیماری و پس از نقص ایمنی، با ساده ترین میکروبها دچار بیماریهای وخیم و غیر قابل درمانی می گردد.

این بیماری در اثر ورود ویروسی به نام ویروس نقص ایمنی انسانی یا HIV (Human Immunodeficiency virus) به بدن ایجاد می گردد. این ویروس از این جهت خطرناک است که مستقیماً به سیستم محافظ بدن (سیستم ایمنی) حمله می کند و آن را از بین می برد و بدن را در مقابل ویروس ها و دیگر عوامل مهاجم، آسیب پذیر می نماید. از زمان ورود ویروس HIV به بدن تا ایجاد بیماری ایدز که در آن سیستم ایمنی تخریب گردد و نتواند از بدن محافظت کند، زمانی طولانی لازم است که طول این مدت، به سلامت قبلی بیمار، درمان دارویی و تغذیه بستگی دارد. اگر با مثبت شدن آزمایش فرد تحت نظر قرار گیرد و در موقع مناسب و قبل از ایجاد علائم تحت درمان قرار بگیرد احتمالاً یک زندگی طولانی و نسبتاً طبیعی خواهد داشت. تغذیه مناسب نیز به تأخیر در ایجاد این بیماری کمک می کند و کسانی که تغذیه خوبی داشته باشند دیرتر به این بیماری دچار خواهند شد (صدری زاده، ۱۳۷۶).

تفاوت ایدز با سایر بیماری ها :

عامل بیماری ایدز شناخته شده و راههای انتقال آن نیز معلوم است. تنها مخزن ویروس ایدز انسان است و مخزن دیگر بیماری ها (مثل حیوانات، پرندگان، آب، خاک و...) در انتقال آن نقشی ندارند. با این اوصاف این بیماری باید براحتی قابل کنترل باشد اما تا کنون به دلایل زیر کنترل نشده است:

۱. راههای انتقال این بیماری، آن را جزء بیماریهای رفتاری طبقه بندی می نماید و چون تغییر رفتار مشکل است، کنترل این بیماری نیز دشوار است.
 ۲. رفتارهای فوق جزء رفتارهای شخصی انسانهاست بنابراین صحبت راجع به آنها دشوار است و به سهولت انجام نمی گردد، از این رو به راحتی اختلالات رفتاری فوق قابل درمان نیست.
 ۳. از زمانی که بیماری ایدز شناسایی شد، به دلیل راههای خاص انتقال این بیماری و نیز مرگ و میر شدید مبتلایان، همواره به عنوان یک بیماری مهلک و یک ننگ اجتماعی در جوامع از آن یاد می شد.
 ۴. ایدز دارای دوره نهفته طولانی است. در این دوره چون بیماری ایدز علامتی ندارد بالتبع شناسایی آن دشوار است و فرد مبتلا ممکن است بدون آگاهی از ابتلای خویش افراد دیگری را نیز مبتلا سازد.
- ویروس اچ آی وی در خون، ترشحات جنسی مرد یا زن مبتلا و شیر زن آلوده وجود دارد و هنگامی به فرد دیگری منتقل می شود که این ترشحات به مقدار کافی به بدن فرد سالم برسد.

راههای انتقال آن رابطه جنسی محافظت نشده، تماس با خون فرد آلوده، سرایت از مادر به کودک در دوران جنینی یا در هنگام شیر دهی، استفاده از محصولات خونی یا بافت آلوده و تزریق آلوده می باشد. این ویروس

بدون انتقال از فرد آلوده، نمی تواند در بدن انسان خود به خود تولید شود. با کاهش قدرت سیستم دفاعی، بدن به مرور آماده ابتلاء به عفونتها و بیماریهایی می شود که بطور معمول نادر است. بیماریهای عفونی نادر، اسهال های شدید و مزمن، تب طولانی، کاهش وزن، بیماریهای پوستی، مغزی و شخصیتی از علائم ایجاد بیماری است (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰).

نحوه انتقال ایدز:

راههای اصلی انتقال ویروس HIV از فرد آلوده به فرد سالم عبارتند از : تزریق مشترک مواد، رابطه جنسی محافظت نشده ، استفاده از تیغ و وسایل برنده و تیز بصورت مشترک، دریافت خون و فرآورده های خونی آلوده، پیوند بافت یا عضو آلوده، مادر به کودک در دوران جنینی یا در زمان نوزادی .

خون و مایعات حاوی خون، شیر مادر، منی، ترشحات واژن، مایعات نخاعی و بافت های بدن قابلیت انتقال ویروس را دارند. اما مدفوع، ترشحات بینی، بزاق، خلط، عرق، اشک، ادرار، و ترشحات معده اگرچه ممکن است حاوی ویروس باشند، اما ثابت نشده بتوانند ویروس را منتقل نمایند (شجاعی، تهرانی، ۱۳۷۶).

ارتباط نزدیک تزریق مواد با بیماری ایدز:

استفاده از مواد مخدر و محرک به روش تزریقی معمولاً منجر به استفاده از وسایل تزریق مشترک می شود. اعتیاد به دلایل مختلف خطرناک است ولی ابتلا به ایدز یکی از مهمترین عواقب آن است. اعتیاد با رفتار جنسی پر خطر نیز ارتباط دارد، زیرا برخی از معتادان برای کسب درآمد یا تهیه مواد مخدر مجبور به تن فروشی می شوند. تزریق مستقیم یک ماده به داخل جریان خون روش بسیار مهمی برای انتقال HIV است و حتی ریسک انتقال HIV در این حالت از رابطه جنسی پر خطر نیز بیشتر است. معتادان تزریقی معمولاً متعلق به گروهها یا شبکه هایی هستند که از وسایل تزریق مشترک استفاده می کنند. به همین دلیل اگر در یک گروه تنها یک فرد HIV مثبت باشد همه افراد متعلق به آن گروه در اندک زمانی به ایدز مبتلا می شوند به ویژه در زندانها چون برای زندانیان دسترسی آسان به وسایل تزریق میسر نیست، HIV بسیار سریع گسترش می یابد. این امر همچنین در شرایطی خطرناکتر است که این افراد از زندان یا گروه خود خارج می شوند و با سایر افراد جامعه در ارتباطند.

شیوع بیماری ایدز در زنان:

زنان و دختران، نسبت قابل توجهی از افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز را تشکیل می‌دهند. وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایینتر زنان و دختران و عدم قدرت گفتگو و چانه زنی، آسیب پذیری این افراد را نسبت به شیوع و تأثیر این بیماری افزایش می‌دهد. در سراسر جهان، ۶۰ درصد از افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله مبتلا به اچ آی وی ، زنان جوان هستند. حتی در جاهایی که خدمات حمایتی در دسترس است، زنان و دختران قربانیان انگ خوردن هستند و معمولاً دسترسی کمتری به مراقبتها و درمان ایدز نسبت به مردان دارند. زنان و دختران هم چنین به طور نامتناسب بار شیوع این بیماری را بر دوش می‌کشند. آنها حتی از افرادی که مبتلا به اچ آی وی هستند مراقبت می‌کنند (CDC,2005).

از شروع شیوع ایدز (سال ۱۹۸۱) تا سال ۲۰۰۵ در ۵۰ ایالت و منطقه کلمبیا در طول این مدت ۹۵۲۶۲۹ نفر مبتلا به ایدز شناسایی شده‌اند که ۱۸۱۸۰۲ نفر از مبتلایان زن هستند و این میزان ۱۹ درصد از کل افراد شناسایی شده مبتلا به ایدز را تشکیل می‌دهد.

از شروع شیوع ایدز تا سال ۲۰۰۵ ، در ۵۰ ایالت و منطقه کلمبیا ۵۳۰۷۵۶ نفر در اثر ایدز جان سپرده‌اند که ۸۵۸۴۴ نفر از فوت شده ها زنان بوده‌اند که این میزان ۱۶ درصد از کل مرگ و میر در اثر ایدز را تشکیل می‌دهد.

شیوع ایدز در میان زنان رو به افزایش است. در سال ۱۹۹۲ زنان تقریباً ۱۴ درصد از مبتلایان به ایدز را در ۵۰ ایالت و منطقه کلمبیا تشکیل می‌دادند. پس از گذشت حدود ۱۳ سال در اواخر سال ۲۰۰۵، این نسبت به ۲۳ درصد افزایش یافت.

نتایج سرشماری ها در سال ۲۰۰۵ نشان داد که زنان آمریکایی آفریقایی تبار و زنان آمریکای لاتین حدود ۲۴ درصد از کل زنان ایالات متحده را تشکیل می‌دهند که این جمعیت ۸۲ درصد از کل زنان مبتلا به ایدز در سال ۲۰۰۵ را به خود اختصاص داده است (CDC, 2005).

در سال ۲۰۰۵ بیماری ایدز در ۹۷۰۸ نفر از زنان تشخیص داده شد. در این سال مهمترین راه انتقال بیماری ایدز در زنان از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده گزارش شد. بیش از ۸۰ درصد از زنان مبتلا به ایدز، از طریق ارتباط جنسی پرخطر با مردان مبتلا به این بیماری دچار شده بودند.

در سال ۲۰۰۵ از میان ۳۷۱۶۳ نفر بیمار مبتلا به ایدز تشخیص داده شده ، زنان ۲۶ درصد را تشکیل می‌دادند. در سال ۲۰۰۵ از میان ۱۲۶۹۶۴ نفر زن مبتلا به اچ آی وی/ایدز، ۶۴ درصد از مبتلایان، زنان سیاه

پوست، ۱۹ درصد زنان سفید پوست، ۱۵ درصد زنان از آمریکای لاتین، یک درصد زنان آسیایی یا از جزایر اقیانوس آرام و کمتر از یک درصد از زنان مبتلا را سرخ پوستان آمریکایی یا بومیان آلاسکا تشکیل داده بودند. تعداد تشخیص اچ آی وی/ایدز در میان زنان بزرگسال یا جوان از ۱۱۹۴۱ نفر در سال ۲۰۰۱ به ۹۷۰۸ نفر در سال ۲۰۰۵ کاهش یافت.

از ۴۰۶۰۸ نفر تشخیص ابتلا به اچ آی وی در ۵۰ ایالت و منطقه کلمبیا ۵۰۷۷۴ نفر (۲۷ درصد) زن بودند. میزان تشخیص ایدز در زنان سیاه پوست (۴۵/۵ درصد) تقریباً ۲۳ برابر میزان زنان سفید پوست (۲ درصد) و ۴ برابر میزان زنان آمریکای لاتین (۱۱/۲ درصد) بود.

در ۵۰ ایالت و منطقه کلمبیا ۴۲۱۸۷۳ نفر به ایدز مبتلایند که ۹۵۹۵۹ نفر از این مبتلایان زنان هستند که این میزان ۲۳ درصد از کل افرادی است که با ایدز زندگی می‌کنند.

در ۵۰ ایالت و منطقه کلمبیا ۱۶۳۱۶ نفر در اثر ابتلا به بیماری ایدز جان سپرده‌اند که ۴۱۲۸ نفر از آنان را زنان تشکیل می‌دادند و این میزان ۲۵ درصد از کل افرادی است که در اثر ابتلا به بیماری ایدز جان سپرده‌اند. نتایج مطالعه ای که در مرکز کنترل بیماری (CDC) ۶ بر روی بیش از ۱۹۵۰۰ بیمار مبتلا به اچ آی وی در ۱۰ شهر ایالات متحده انجام شد نشان داد که احتمال دریافت آموزشهایی برای درمانهای مؤثر در ابتلا به اچ آی وی توسط زنان نسبت به مردان کمتر است (CDC, 2005).

گزارشات حاکی است بیماری ایدز تعداد زیادی از زنان را در نیوجرسی گرفتار کرده است. در سال ۲۰۰۶ زنان حدود یک سوم از افراد بزرگسال مبتلا به اچ آی وی/ایدز را در این ایالت تشکیل می‌دادند. بیشتر زنان مبتلا در نیوجرسی زنان آمریکایی آفریقایی تبار هستند. آمارها از ابتلای ۶۳ درصد از زنان آمریکایی آفریقایی تبار و ۲۰ درصد از زنان آمریکای لاتین در ایالت نیوجرسی خبر می‌دهد. بسیاری از زنان مبتلا به اچ آی وی/ایدز در مناطق فقیر نشین و با درآمد کم زندگی می‌کنند و و از لحاظ دسترسی به سیستم مراقبت بهداشتی با محدودیت مواجهند (NJ HIV/AIDS report, 2008).

⁵) **District of Columbia**: federal district located on the eastern coast of the United States (shares the same area as Washington - the capital city of the United States)

⁶) **CDC (Center for Disease Control)** : public health organization in the United States that researches contagious diseases

بر اساس آمارها برآورد می شود که تعداد زنانی که در نیوجرسی با اچ آی وی/ایدز زندگی می کنند افزایش یافته و روشهایی که آنها را در معرض این بیماری قرار داده، تغییر یافته است. امروزه از تعداد زنانی که مصرف تزریقی مواد را گزارش کرده اند کاسته شده است و از طرف دیگر بر اساس آمارها تعداد زنانی که از طریق ارتباط جنسی با غیر همجنس به اچ آی وی / ایدز مبتلا شده اند دائماً در پنج سال گذشته در حال افزایش بوده است. آنچه مشهود است این است که در حال حاضر زنان بیشتری از طریق ارتباط جنسی با غیر هم جنس نسبت به دیگر روشهای انتقال ایدز مبتلا شده اند. بسیاری از زنان از طریق ارتباط جنسی با شرکای غیر همجنس خود که مصرف کننده تزریقی مواد بودند در معرض اچ آی وی قرار گرفتند. ارتباط با شریکهایی که وضعیت اچ آی وی در آنها مشخص نیست نیز یک عامل خطرناک قابل توجه می باشد. کاهش عوارض انتقال این بیماری در زنان، نیازمند تلاشهایی در زمینه مبارزه با سوء مصرف مواد به همراه کاهش رفتارهای پرخطر اچ آی وی می باشد (NJ HIV/AIDS report, 2008).

روند ابتلای زنان به ایدز در ایالت نیوجرسی بر اساس داده های موجود در سال ۲۰۰۸ نشان می دهد که یک نفر از هر ۳۰۶ زن (بالای ۱۳ سال) در نیوجرسی مبتلا به اچ آی وی/ایدز هستند. در میان ۵۰ ایالت، نیوجرسی بالاترین نسبت زنان مبتلا به اچ آی وی/ایدز را دارا می باشد. در سال ۲۰۰۶، زنان ۳۲ درصد از افراد تازه مبتلا شده به ایدز را در میان بزرگسالان/جوانان در نیوجرسی گزارش کردند. همواره طی سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۶ زنان ۳۲ تا ۳۴ درصد از موارد ابتلا به ایدز را در میان بزرگسالان و جوانان تشکیل می دادند. گزارشات سال ۲۰۰۸ از افزایش شیوع مصرف ایدز در میان زنان مسن تر نیوجرسی خبر می دهد. ۵۳ درصد از موارد جدید ابتلا به بیماری ایدز در سال ۲۰۰۸، مربوط به ابتلای زنان چهل سال و بالاتر در ایالت نیوجرسی بوده است. ۶۵ درصد از زنانی که در ایالت نیوجرسی مبتلا به ایدز هستند در سنین ۲۰ تا ۴۹ سال قرار دارند. بر اساس یافته های پژوهشی به نظر می رسد ارتباط جنسی محافظت نشده به عنوان مهمترین عامل در انتقال ایدز در زنان ایالت نیوجرسی باشد (NJ HIV/AIDS report, 2008).

۳۵ درصد از افراد ۱۳ ساله و بالاتر مبتلا به ایدز در ایالت نیوجرسی را زنان تشکیل می دهند و تقریباً ۲ نفر از ۵ نفری که با اچ آی وی در ایالت نیوجرسی زندگی می کنند، زن هستند. ۳۶ درصد از زنان مبتلا به ایدز در ایالت نیوجرسی از میان مصرف کنندگان تزریقی مواد هستند. ۵۶ درصد از زنان مبتلا به ایدز در ایالت نیوجرسی زنانی هستند که از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده مبتلا شده اند و ۷۷ درصد از آنها با یک مصرف کننده تزریقی مواد ارتباط جنسی داشته اند. در ایالت نیوجرسی حدود یک سوم از جمعیت جوان را زنان تشکیل می دهند .

در ایالت نیوجرسی زنان اقلیت، بیش از ۸۲ درصد موارد مبتلا به اچ آی وی/ایدز را در میان زنان جوان تشکیل می‌دهند. در طی سالهای ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۵ میزان تشخیص ابتلا به اچ آی وی/ایدز در میان زنان آمریکایی آفریقایی تبار بیست برابر بیشتر از میزان این بیماری در میان زنان سفید پوست غیر آمریکایی لاتین و در میان زنان آمریکایی لاتین این میزان شش برابر بیشتر از میزان آن در میان زنان سفید پوست غیر آمریکایی لاتین گزارش شد. این اختلاف نژادی در میان زنان بیشتر از مردان است. چهار نفر از پنج زن مبتلا به اچ آی وی/ایدز در ایالت نیوجرسی را زنان اقلیت تشکیل می‌دهند.

با توجه به روند شیوع ایدز بین سالهای ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۶ در ایالت نیوجرسی مشاهده می‌گردد که روند ابتلا به اچ آی وی در میان زنان آمریکایی آفریقایی تبار و زنان آمریکایی لاتین نسبت به هم‌تایان سفید پوست غیر آمریکایی لاتین بیشتر بوده است. زنان آمریکایی آفریقایی تبار افزایش قابل توجهی را در ابتلا به ایدز نسبت به زنان آمریکایی لاتین و زنان سفید پوست غیر آمریکایی نشان داده‌اند.

همچنین زنان آمریکایی آفریقایی تبار مبتلا به ایدز بیش از سایر زنان ایالت نیوجرسی در اثر ابتلا به بیماری ایدز جان خود را از دست داده اند (NJ HIV/AIDS report, 2008).

کشور اوکراین با شیوع ۱/۶ درصدی اچ آی وی در بزرگسالان شیوع بالاتری از بیماری ایدز رانست به تمام کشورهای اروپا و آسیای مرکزی نشان می‌دهد. اگرچه مبحث مصرف تزریقی مواد، به عنوان محرک انتقال اچ آی وی باقی مانده است، مرکز ایدز اوکراین گزارش می‌دهد که موارد جدید بیشتری از ابتلا به اچ آی وی مربوط به انتقال از طریق ارتباط جنسی با جنس مخالف وجود دارد. مرکز ایدز اوکراین گزارش کرد بیش از ۴۱ درصد از موارد جدید مبتلایان به ایدز در سال ۲۰۰۸ از راه ارتباط جنسی با جنس مخالف به ویروس اچ آی وی آلوده شده اند و نیز ۱۹/۲ درصد از نوزادان متولد شده در سال ۲۰۰۸ از طریق مادر به اچ آی وی مبتلا شده اند (Open Society Institute, 2010).

بر اساس برنامه توسعه‌ای سازمان ملل، زنان اکنون ۴۸ درصد از کل موارد اچ آی وی را در میان بزرگسالان در اوکراین تشکیل می‌دهند. تحلیل منطقه‌ای نشان می‌دهد که این افزایش هنوز تا حد زیادی چه به صورت مستقیم و چه غیر مستقیم به مصرف تزریقی مواد، قابل استناد است. دفتر ایدز سازمان ملل برآورد می‌کند که ۳۵ درصد از زنان مبتلا به اچ آی وی در شرق اروپا و آسیای مرکزی، از طریق مصرف تزریقی مواد و بیش از ۵۰ درصد از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده با شرکای جنسی مصرف کننده تزریقی مواد به این ویروس مبتلا شده‌اند (Open Society Institute, 2010).

آفریقای جنوبی با برآوردی برابر با ۵/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۰۹ بیشترین تعداد افراد مبتلا به اچ آی وی را در جهان به خود اختصاص داد. در ابتدای شیوع اچ آی وی / ایدز، ابتلا به اچ آی وی / ایدز در تعداد کمی از زنان تشخیص داده شده بود. اگرچه امروزه گزارش شده که بسیاری از زنان از طریق مصرف تزریقی مواد به اچ آی وی مبتلا شده‌اند اما بیماری آنها هنوز تشخیص داده نشده است. امروزه، زنان بیش از یک چهارم افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز را تشکیل می‌دهند. در سال ۲۰۰۴، ابتلا به اچ آی وی مهمترین عامل مرگ زنان ۲۵ تا ۳۴ سال سیاه پوست (از قبیل زنان آمریکایی آفریقایی تبار) ، سومین عامل اصلی مرگ زنان سیاه پوست ۳۵-۴۴ سال، چهارمین عامل اصلی مرگ زنان سیاه پوست ۴۵ - ۵۴ سال و چهارمین عامل اصلی مرگ زنان ۳۵ - ۴۴ ساله آمریکای لاتین بود.

در سال ۲۰۰۴، ابتلا به اچ آی وی پنجمین عامل اصلی مرگ در میان همه زنان ۳۵ تا ۴۴ سال و ششمین عامل مرگ در میان همه زنان ۲۵ تا ۳۴ سال بود (CDC, 2005).

تحقیقات در آسیا نیز نشان می‌دهد تزریق مشترک مهمترین عامل انتقال ویروس ایدز در آسیاست. شیوع بیماری ایدز در آسیا از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده و سرنگ آلوده بین مردان تشدید می‌شوند. برآورد می‌شود که ۱۰ میلیون زن در آسیا تن فروشی می‌کنند. ۴/۵ میلیون نفر مصرف کننده تزریقی مواد در آسیا برآورد می‌شود. حدود ۷۵ میلیون مرد به طور منظم با زنان روسپی در ارتباطند و ۲۰ میلیون مرد در معرض خطر اچ آی وی در اثر مصرف تزریقی نادرست مواد و ارتباط جنسی محافظت نشده مرد با مرد قرار دارند. مردان در این گروه‌های در معرض خطر، بیماری ایدز را به شریک‌های جنسی و زنان خود نیز انتقال می‌دهند و این موارد نشان می‌دهد که بیش از چند میلیون زن در معرض خطر ابتلا به بیماری ایدز قرار دارند.

شیوع اچ آی وی در قاره آسیا با توجه به تفاوت‌های موجود در بین کشورها، پیچیده و غیر یکنواخت است (Moses & et al, 2006). اما شیوع ایدز در کشورهای آسیایی دارای ویژگی‌های مشترکی است. این شیوع اصولاً بر مواردی مانند ارتباط جنسی محافظت نشده، اشتراک سوزن و سرنگ آلوده توسط مصرف کنندگان تزریقی مواد و ارتباط جنسی محافظت نشده مردان با مردان متمرکز است.

مردانی که با زنان روسپی ارتباط جنسی دارند، بزرگترین گروه جمعیت آلوده را تشکیل می‌دهند. اغلب این مردان یا متأهلند یا می‌خواهند ازدواج کنند. این امر اغلب تعداد قابل توجهی از زنان را در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی قرار می‌دهد زیرا این زنان با شوهران خود ارتباط جنسی دارند.

زنان در روابط جنسی محرمانه با شریک خود به سبب عوامل زیادی در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی قرار دارند، هرچند. شواهدی از انتقال اچ آی وی از طریق زنان به شریک‌های جنسی مرد آنها نیز وجود دارد.

در مورد شیوع اچ آی وی در میان زنان آسیایی از طریق ارتباط جنسی با شریک جنسی، داده‌های حاصل از پژوهش‌ها محدود است. این امر به دلیل عدم وجود داده‌هایی در مورد تعداد واقعی زنانی است که از طریق ارتباط زناشویی آلوده شده‌اند. هرچند نتایج پژوهش‌ها و داده‌های موجود نشان می‌دهد که نسبت زنانی که در سال ۲۰۰۶ به اچ آی وی مبتلا شده‌اند بیشتر از سال ۲۰۰۲ است.

به عنوان مثال، در کامبوج این نسبت به ۴۷ درصد از کل افراد مبتلا به اچ آی وی افزایش یافت. اغلب زنان توسط شوهران یا شرکای جنسی خود که درگیر روابط جنسی با روسپی‌ها یا مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بوده‌اند مبتلا شده‌اند. الگوی ابتلاء به اچ آی وی در میان زنان در کشورهای منطقه بر اساس وضعیت شیوع اچ آی وی در کشور متفاوت است. به عنوان مثال، در شیوعی که در اوایل دهه ۱۹۸۰ شروع شد درصد زنان مبتلا به اچ آی وی به طور قابل توجهی افزایش یافت.

نتایج پژوهش‌ها از افزایش بروز بیماری ایدز در زنان بزرگسال در آسیا خبر می‌دهد. در سال ۱۹۹۰، ۱۷ درصد از کل افراد بزرگسال مبتلا به ایدز در آسیا زنان بودند و این آمار با افزایش دو برابری در سال ۲۰۰۷ مواجه شده بطوری که در این سال ۳۵ درصد از کل افراد بزرگسال مبتلا به ایدز را زنان تشکیل داده بودند. شواهد موجود از بسیاری از کشورهای آسیایی نشان می‌دهد که بسیاری از زنان به دلیل رفتارهای جنسی خود مبتلا به اچ آی وی نشده‌اند بلکه این امر به دلیل درگیری شرکای جنسی شان در رفتارهای محافظت نشده بوده است. برآورد می‌شود که در بیش از ۹۰ درصد از زنان آسیایی مبتلا به اچ آی وی، این ویروس از طریق شوهران یا دوست پسرانشان در ارتباطهای جنسی طولانی مدت به آنها منتقل شده و آنان را نیز مبتلا ساخته است (Bennetts et al, 1999; Silverman et al, 2008).

این طور برآورد می‌شود که حداقل ۵۰ میلیون زن در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی از طریق شریک جنسی خود هستند (Commission on AIDS in Asia, 2008). این زنان یا متأهلند یا شریک جنسی مردانی هستند که درگیر رفتارهای جنسی پرخطرند.

در کشورهایی مانند کامبوج، هند و تایلند بیشترین تعداد موارد جدید ابتلا به این بیماری در میان زنان متأهل می‌باشد (Over & et al., 2007) و اچ آی وی، افرادی را که در معرض خطر کمتر ابتلا قرار دارند به طور فزاینده تحت تأثیر قرار می‌دهد. در حدود ۴۳ درصد از افرادی که در سال ۲۰۰۵ جدیداً به این بیماری مبتلا شده‌اند زنان بودند، اکثریت این افراد توسط شوهران یا شرکای جنسی خود مبتلا شده‌اند که یا ارتباط جنسی پرخطر داشته‌اند یا از وسایل تزریق آلوده استفاده کرده‌اند (WHO, 2007).

در هند، نسبت قابل توجهی از زنان مبتلا به اچ آی وی احتمالاً توسط شرکای جنسی خود که با زنان روسپی در ارتباط بوده اند، آلوده شده‌اند (WHO, 2007). نتایج پژوهشی طی سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۶ در ویتنام نشان داد که بین ۲۰ تا ۴۰ درصد از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ابراز داشتند که در یک سال گذشته با زنان روسپی ارتباط جنسی داشته‌اند و بیش از ۶۰ درصد گفتند که مرتباً با یک شریک ثابت ارتباط جنسی داشته‌اند. در این پژوهش فقط درصد کمی (۱۶ تا ۳۶ درصد) اظهار داشتند که در این ارتباطها از کاندوم استفاده کرده‌اند (Ministry of Health [Viet Nam], 2006).

انجمن ایدز آسیا در سال ۲۰۰۸ اثرات طولانی مدت نقطه تلاقی موجود بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی‌شان را در جاکارتای اندونزی به عنوان یک کلان شهر دارای ۴۰۰۰۰ نفر مصرف‌کننده تزریقی نشان داد. گرچه شیوع اچ آی وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بیشتر بود اما پس از ۱۵ سال مصرف‌کنندگان تزریقی دیگر اکثریت افراد مبتلا به اچ آی وی را تشکیل نمی‌دهند. شیوع در حال رشد ابتلا به ایدز در اندونزی به سرعت به سمت شبکه‌های روسپی شامل شرکای جنسی طولانی مدت و روسپی‌ها در حال افزایش است.

(Ministry of Health [Indonesia] and Statistics Indonesia, 2007)

دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل و دفتر ایدز سازمان ملل برآورد می‌کنند که ۸۵ درصد از زنان اچ آی وی مثبت در شرق اروپا و آسیای مرکزی از طریق مصرف تزریقی مواد یا ارتباط جنسی با یک شریک مصرف‌کننده تزریقی مواد مبتلا شده‌اند. زنان اکنون ۲۰ تا ۳۰ درصد از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد را در شرق اروپا و آسیای مرکزی تشکیل می‌دهند، به عنوان مثال ۲۰ تا ۳۰ درصد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در روسیه زنان هستند و هرروز بر این تعداد افزوده می‌شود، اما با این وجود، هیچ کدام از کشورهای منطقه خدمات بهینه‌ای که بیان‌کننده نیازهای زنان مصرف‌کننده مواد باشد، ندارند (UNAIDS, 2008).

زنان وابسته به سوء مصرف مواد:

در نتیجه تغییرات اجتماعی و اقتصادی، زنان امروزی علاوه بر نقشهای سنتی خود، یعنی نقشهای مادری و همسری، نقشهای جدیدی نیز عهده دار شده اند. تنش ها و آسیب های رو به افزایش حاصل از تغییرات اجتماعی باعث ازدیاد تمایل افراد به مصرف مواد مخدر و محرک در جوامع گردیده که زنان نیز از این امر مستثنی نیستند.

عواملی که در ازدیاد گرایش به مصرف مواد مخدر و محرک در زنان مؤثر است، نقش ها و مسئولیت هایی است که زنان در جامعه و محیط خود دارند. گستردگی اثرات مصرف مواد مخدر و محرک بر زنان به تدریج توجه سیاستگذاران و کارشناسان حوزه مصرف و مبارزه با مواد مخدر را به خود جلب کرد (Duongsaa, 1998). در مورد زنان وابسته به سوء مصرف مواد مخدر و محرک نسبت به مردان وابسته به سوء مصرف این مواد، مدارک و پژوهش های کمتری وجود دارد. در بسیاری تحقیقات مربوط به این حوزه، زنان به عنوان گروهی جداگانه مورد بررسی قرار نگرفته اند (Duongsaa, 1998).

بسیاری از بیمارستان ها و مراکز درمانی سرپایی، زنان معتاد را نمی پذیرند، به خصوص اگر این زنان، حامل ویروس ایدز یا حامله باشند. از دلایل پذیرش محدود زنان در مراکز درمانی می توان به عواملی مانند عدم وجود بخشهای جداگانه و تخصصی برای زنان، نبود تخصص در تعامل و ارتباط با معتادان زن یا حامله تا مواردی مانند ترس از انتقال ویروس ایدز به دیگر بیماران و کارکنان مراکز بهداشتی اشاره کرد.

با توجه به موارد مذکور، بسیاری از این مراکز، آمار مصرف کنندگان زن را بسیار پایین گزارش می کنند. از آنجایی که این آمارها منبع مهمی برای گزارش های سالانه در مورد مصرف مواد در سراسر جهان است، تعداد معتادان زن در آمارهای رسمی، همواره پایین تر از میزان واقعی ذکر می شود (Duongsaa, 1998).

زنان مصرف کننده مواد از نظر زمینه های ایجادکننده اعتیاد، دلایل مصرف مواد و نیازهای روانی- اجتماعی خود با مردان معتاد تفاوت دارند. به ویژه از آنجایی که نگاه جامعه به زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد، بسیار متفاوت است (Duongsaa, 1998) احتمال بیشتری دارد که زنان وابسته به سوء مصرف مواد نسبت به مردان وابسته به سوء مصرف مواد، برچسب بخورند، چرا که جامعه به فعالیتهای این زنان به عنوان "دوچندان منحرف" نگاه می کند: مصرف مواد به خودی خود به معنی تخطی از هنجارهای اجتماعی رفتار است، اما علاوه بر آن، زنان با اعتیادشان، از حدود انتظارات سنتی در مورد نقش همسر، مادر و پرورش دهنده خانواده هم تجاوز می کنند (Duongsaa, 1998).

زنان معتاد نسبت به مردان معتاد انگ بیشتری را از سوی اجتماع به دوش می‌کشند، همچنین هنگامی که برای درمان تصمیم می‌گیرند از سوی خانواده و دوستان با مقاومت⁷ بیشتری روبرو می‌شوند و پیامدهای بدتری در انتظار آنهاست. تجربه‌ی این تبعیض و انگ اجتماعی، توانایی‌های زنان را برای گزارش الگوهای مصرف مواد و نگرانی‌های ناشی از آن تحلیل می‌برد. سخنرانی‌های عمومی در مورد زنانبارداری که مواد مخدر مصرف می‌کنند و یا الکل می‌نوشند اساساً قضاوت گونه، سرزنش گرانه و غیر همدلانه است (Rutman & Greaves, 2002; et al, 2002).

اعتیاد یک موضوع مربوط به سلامتی است که به سبب پیامدها و عوامل خطر منحصر به فردش در مورد زنان و دختران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بدن زنان نسبت به اثرات الکل، تنباکو و دیگر داروها حساس‌تر از بدن مردان است، و زنان برخی از مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر و الکل را (مانند بیماری کبدی مربوط به الکل) خیلی زودتر از مردان نشان می‌دهند (الکل: سلامتی زنان، ۲۰۰۳). همچنین برخی از مشکلات سلامتی مرتبط با مصرف تنباکو در مورد زنان منحصر به فرد است، مانند سرطان سینه و گردن، و برخی از سرطان‌های ریه و مشکلات مربوط به تولید مثل (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۲).

اثرات برخی از داروهای غیر قانونی بر سلامتی در مورد زنان و مردان متفاوت است و خطرات آنها نیز مانند HIV در مورد زنان جدی‌تر است.

گر چه ممکن است از نظر عوامل خطر ساز، شباهت‌هایی میان زنان و مردان معتاد وجود داشته باشد (از قبیل سابقه‌ی خانوادگی استفاده از الکل و مواد مخدر و محرک)، متغیرهای روان شناختی مشخصی در مورد اعتیاد زنان مورد بررسی قرار گرفته است (Marcenko, Kemp, & Larson, 2000).

تحقیقات نشان می‌دهد که اغلب زنان وابسته به سوء مصرف مواد، سوء استفاده‌ی جنسی در دوران کودکی و خشونت خانوادگی را تجربه کرده اند (Banks & Boehm, 2001; Covington, 2002).

همچنین بر اساس یافته‌های پژوهشی بسیاری از زنان وابسته به سوء مصرف مواد از طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین جامعه بوده اند و همانطور که تحقیقات نشان می‌دهد افراد از طبقات اجتماعی - اقتصادی متفاوت نگرش‌های متفاوتی نسبت به رفتارهای مخاطره آمیز و خود کارآمدی^۸ دارند.

افراد از طبقات بالا بیشتر به پیامدهای کارهایشان آگاهند و بنابراین بیشتر احتمال دارد تصمیمات سالم اتخاذ کنند (Kenkel, 1991 به نقل از Van Oers, et al., 1999).

⁷resistance

⁸Self-efficacy

دیگر یافته‌ها نشانگر آن است که مصرف مواد خود به درآمد کمتر و سطح تحصیلات پایین‌تر می‌انجامد (Mullahy and Sindelar, 1996 به نقل از: Van Oers, et al., 1999).

مصرف مواد به ویژه در بین زنان با عوامل روان شناختی و اجتماعی - اقتصادی از قبیل خشونت علیه آنها، فقر و فقدان قوانین مربوط به حقوق اصلی انسان مرتبط است. افسردگی و ناکامی ناشی از عوامل فوق این زنان را مجبور می‌کند برای فرار از واقعیات خشن زندگی به آرام بخش‌ها و دیگر مواد روان گردان روی بیاورند، بدون آنکه به عواقب آن فکر کنند. وابستگی به مواد در زنان نه فقط به سلامت خود آنان بلکه به سلامت بچه‌ها و دیگر اعضای جوان خانواده صدمه می‌زند. بخصوص در مورد زنان باردار مصرف مواد باعث ایجاد اختلالات روانی و جسمی در جنین آنها می‌شود. همچنین نتایج مطالعات اوتینگ^۹ و بیوایس^{۱۰} (۱۹۹۰) نیز نشان داد که اعتیاد در دختران و پسران نوجوانانی که در محله‌های پائین و کثیف شهر زندگی می‌کنند بیشتر است (نقل شده در Kunst & et al, 2004).

فشار مالی، خشونت خانوادگی، تغییر نقش‌ها و مسئولیت‌ها، و رفتارهای غیر قابل پذیرش اجتماعی مانند روابط خارج از زناشویی^{۱۱} همگی به آشفتگی^{۱۲} وضعیت خانواده می‌انجامد. همچنین مرگ فرد مصرف کننده مواد در یک خانواده و طلاق، به ویژه در خانواده‌های فقیر می‌تواند اعضای خانواده را بسوی وضعیت‌های استثماری پیش برد که در موارد شدید این شرایط باعث فرستادن بچه‌ها به خیابان و درگیری زنان در تجارت جنسی می‌شود (IWDAF, 2003) و این موارد از جمله مواردی است که زنان وابسته به سوء مصرف مواد در گرایششان به سمت مصرف مواد برآن اذعان داشته‌اند. نتایج پژوهش‌ها نیز نشان داده که استرس اضافی ناشی از مقابله با سوء مصرف مواد در درون خانواده ممکن است پریشانی‌های جسمی و روانی ایجاد کرده و باعث گرایش زن خانواده به سمت مصرف الکل و مواد گردد (IWDAF, 2003).

زنانی که خودشان، مصرف کننده مواد نیستند، بلکه در خانواده ای زندگی می‌کنند که در آن، مرد یا مردان خانواده سوءمصرف مواد دارند، تحت تأثیر این سوءمصرف قرار می‌گیرند. مادران، همسران، خواهران، و دختران مردان سوءمصرف کننده مواد اغلب سعی می‌کنند سوءمصرف اعضای خانواده خود را کاهش داده یا پنهان کنند و در نتیجه انجام این کار، ممکن است از پیامدهای منفی سلامتی، اجتماعی و اقتصادی مانند خشونت خانوادگی

⁹Oetting

¹⁰Beauvais

¹¹extra-marital

¹²disharmony

- آسیب ببینند (Duongsaa, 1998). دلایلی که باعث می شود زنان چنین سوء رفتارهایی را تحمل کنند، ممکن است به چندین عامل بستگی داشته باشد. از یک طرف، روشهای تربیتی و پرورش جنسیتی رایج در بیشتر جوامع که زنان را طوری اجتماعی می کند که به نقش "همسر خوب" و "مادر نمونه" پایبند باشند و خود را به خاطر شوهران یا فرزندان خود فدا کنند. از طرف دیگر، بسیاری از مهارت های آموزشی و حرفه ای و فرصت های شغلی لازم محروم هستند و از این رو، مجبورند هم از نظر جسمانی و هم از نظر اقتصادی به مردانشان متکی باشند (Duongsaa, 1998).

همانطور که همسر بر فرایند بهبود تاثیر گذار است، می تواند بر ایجاد یا همیشگی کردن اعتیاد به الکل و دیگر مواد مخدر و محرک نیز نقش بسزایی داشته باشد. همسران مرد ممکن است در آشنایی زنان جوان با الکل و دیگر مواد نقش داشته باشند (Amaro & Hardy-Fanta, 1995). اگرچه ممکن است تجربه ای الکل و ماری جوانا برای نوجوانان امری عادی تلقی شود، ارتباط یک زن با مرد مصرف کننده ای مواد اغلب حرکت بسوی مواد سنگین تر^{۱۳} را تقویت می کند (Amaro & Hardy-Fanta, 1995). همچنین زنان معتاد بیشتر از مردان معتاد شرم و گناه ناشی از مصرف مواد را تجربه می کنند (Nelson-Zlupko & et al., 1996).

آمادگی زنان برای احساس شرم و گناه ناشی از مصرف مواد، احتمالاً از احساس مسئولیت بیشتر آنها برای بهزیستی فرزندان و احساس خود بیزاری ناشی از شکست به عنوان مراقبت کننده نشات می گیرد

(U.S. DHHS, 1999). این احساس منفی درباره ای خود سرانجام با انتظارات مشابه جامعه از یک مادر خوب همراه می شود (Finkelstein, Brown, & Laham, 1981). از آنجایی که مادران اغلب اولین مراقبت کننده ها هستند، زنان معتاد به سبب ترس از دست دادن بچه ها و خانواده هایشان اغلب مشکلات استفاده از مواد و الکل خود را نادیده گرفته یا انکار می کنند (Weissman, et al., 2000). بدون شک پناه بردن پشت چنین راز بزرگی احساس شرم و گناه را در این زنان تقویت می کند و با عزت نفس پائین در آنها همراه است. همچنین بر اساس نتایج پژوهش ها افراد با عزت نفس بسیار پائین به میزان زیادی در رفتارهای مرتبط با خطر عفونت HIV درگیر می شوند

(UNAIDS, 2009 در Kalichman & Rompa, 1995; Somlai et al., 2000 نقل شده)

¹³harder

زنان تنهای آفریقایی آمریکایی اگر از عزت نفس پایینی برخوردار باشند در خطر افزایش ابتلا به عفونت HIV قرار دارند. همراه با انگ زدن شدید اجتماعی و تبعیض، زنان با موانع قابل توجهی در میان هم‌تایان مصرف‌کننده مواد، خانواده‌ها و اجتماع خود روبرو هستند. وجود شرمندگی زنان را مجبور می‌سازد تا بیشتر از اجتماع دوری کنند و کمتر به دنبال کمک در زمینه اطلاعات، آموزش و مراقبت بهداشتی، اصولی و تخصصی شامل خدمات کاهش آسیب باشند. زنان و دختران وابسته به مواد از پیامدهای بدتری در مقایسه با هم‌تایان مرد خود رنج می‌برند. زنان بیشتر به خاطر شدت انگ و تبعیض مرتبط با مصرف مواد رنج می‌برند زیرا مسائل اجتماعی گسترده‌تری مانند خشونت خانگی، تجاوز جنسی و سوء استفاده، موقعیت اجتماعی و پیشرفت آموزشی پایینتر و انتظارات مرتبط با نقش‌های سنتی زنان بر آنها تاثیر سوء گذارده و منجر به ناتوانی اساسی زنان در رابطه با مصرف مواد شده است. اعتیاد و ایدز رابطه تنگاتنگی با هم دارند و بر اساس نتایج برخی از پژوهش‌ها زنان از نظر زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی نسبت به ویروس اچ‌آی‌وی در مقایسه با مردان آسیب‌پذیرتر شناخته شده‌اند. به علاوه، هنجارهای اجتماعی، نقش‌های سنتی و موقعیت فرمانبرداری زنان در سلسله مراتب اجتماعی بسیاری از آنان را در سراسر دنیا برای مدیریت بر سلامتی خود ناتوان ساخته است. موارد مذکور از طریق سوء مصرف و قاچاق مواد، تهدید، خشونت و فقر تشدید می‌شود. شرایطی که بر زنان و دختران بیش از مردان اثرات مخرب بر جای می‌گذارد.

بر اساس یافته‌های پژوهش‌های مختلف به دلیل دسترسی نابرابری که زنان و دختران به خدمات دارند آسیب‌پذیری شان به اچ‌آی‌وی و دیگر بیماریها و عفونتها افزایش می‌یابد. به علاوه بر اساس نتایج برخی از پژوهش‌ها زنان به دلیل آسیب‌پذیری جسمی و روان‌شناختی سریعتر از مردان به مواد وابسته می‌شوند. مطالعات نشان داده است حدود ۹۰ درصد از زنانی که به روسپیگری مبادرت می‌ورزند به مواد اعتیاد دارند، همچنین میزان مواجهه‌ی این افراد با خشونت بسیار زیاد است (McKeganey and Barnard, 1996) نقل شده در (UNAIDS, 2009) و همانطور که در اکثر جوامع به گفته خود زنان در حق آنان اجحاف می‌شود و در اکثر جوامع تبعیض جنسیتی وجود دارد، آنها ممکن است تبعیض بیشتری را متحمل شوند. همچنین مصرف مواد غیرقانونی در میان زنان، نقش‌هایشان در جامعه به عنوان مادر و همسر رابه چالش می‌کشد. انگ زدن به زنان مصرف‌کننده مواد، که منجر به عدم حضور آنها در جامعه و پنهان‌نگهداشتن مصرف‌کنندگان می‌شود، دستیابی به خدمات رابرایشان دشوار می‌سازد. همچنین اغلب زنان وابسته به سوء مصرف مواد برای تهیه و مصرف مواد به همسران خود وابسته‌اند و از آنجایی که بسیاری از زنان از اجتماع دور می‌مانند به همین دلیل دستیابی آنان به خدمات سخت است (UNAIDS, 2009).

تزریق مواد در زنان و خطر ابتلا به ایدز:

در جنوب شرقی آسیا، اکثریت مصرف کنندگان تزریقی مواد مردان هستند، با این وجود زنان مصرف کننده تزریقی مواد در همه کشورها وجود دارند. زنان مصرف کننده تزریقی مواد ممکن است از دریافت خدمات کاهش آسیب محروم شوند که یا خارج از دسترس است یا اینکه توجه خاصی به آسیب پذیری ها و نیازهای آنها نمی شود.

زنان مصرف کننده تزریقی مواد اغلب به خاطر پول، مسکن، تغذیه و محافظت از خود، ارتباط جنسی دارند، اکثر آن ها گزارش کرده اند که از خشونت شرکای جنسی رنج می برند و ارتباط جنسی محافظت نشده دارند (UNAIDS, 2009).

ارتباط جنسی زنان مصرف کننده تزریقی مواد با شرکای مردشان میتواند آنها رانسبت به ابتلا به اچ آی وی آسیب پذیر تر کند. اغلب شریکهای جنسی مرد آنها را با مصرف تزریقی مواد آشنا می کنند، اگر شریک جنسی مرد تمایل داشته باشد که به مصرف مواد ادامه دهد، ممکن است که شریک جنسی زن خود را برای ترک مواد و جستجوی درمان مواد دلسرد کنند. تحقیق نشان می دهد که احتمال استفاده از سوزن آلوده برای تزریق در زنان بیشتر است، بطوری که زنان از سوزن/ سرنگی که شریک مرد آنها قبلاً تزریق کرده، استفاده می کنند. اگر زن در مورد ابزار تزریق استریل سؤال کند شریک مرد او احتمال دارد احساس کند که زن به او اعتماد ندارد. بنابر شواهد موجود و براساس گزارشات، پرواضح است که زنان تزریقی دارای شریک جنسی مرد، خرید مواد و در صورت وجود تهیه سوزن تمیز را به شریکهای جنسی واگذار می کنند.

همچنین نتایج پژوهش ها نشان می دهد که تزریق کنندگان برای تقویت روابط و محکم کردن ارتباطهای خود با شرکایشان اغلب وسایل تزریق را به صورت مشترک مصرف می کنند (UNAIDS, 2009).

مرکز کاهش آسیب (موسسه بارنت در استرالیا) ۱۴ گزارش می دهد زنان مصرف کننده مواد اغلب فاقد توانایی و مهارت های شخصی هستند و متأسفانه از عدم حمایت اجتماعی رنج می برند و اغلب به مراقبتهای بهداشتی و خدمات اجتماعی دسترسی ندارند. این وضعیت احتمال افزایش تزریق مشترک مواد و وسایل تزریقی را برای زنان تزریقی به همراه دارد چراکه تهیه مواد و وسایل تزریق مواد نیز همانند دسترسی به خدمات برای زنان بسیار دشوار است. در نهایت هم پوشانی روسپیگری و مصرف تزریقی مواد این مسئله را برای زنان همواره

¹⁴(Burnet Institute, Australia)

دشواری‌تر می‌سازد تا در مورد ارتباط جنسی سالم تر گفتگو کنند در حالی که این امر افزایش اشتراک ابزار تزریق را در زنان به همراه دارد (IHRA/WHO/AHRN, 2004).

از آن گذشته اندام جنسی زنان به دلیل شکل خاص و سطح مخاطی وسیع تر و داشتن لایه مخاطی نازک روی آن باعث انتقال بهتر ویروسها و میکروبها می‌شود. همچنین در اغلب زنان به دلیل دسترسی کمتر به خدمات مراقبت و سلامت، آموزش و دیگر خدمات اجتماعی و اقتصادی، به درمان عفونتهای مقاربتی توجهی نمی‌شود که موارد فوق باعث افزایش خطر انتقال HIV می‌گردد.

دسترسی مناسب به آموزش و خدمات بهداشتی اولیه و انتشار اطلاعات، می‌تواند به زنان کمک نماید. ایجاد گروههای حمایتی برای زنان می‌تواند در افزایش عزت نفس آنها مؤثر باشد. همچنین، مداخلات کاهش آسیب میبایست به انتقال اچ آی وی از طریق ارتباط جنسی و مسائل مرتبط با روسپیگری توجه داشته باشد در حالی که مداخلاتی که در جهت روسپیگری عمل می‌کنند باید موارد کاهش آسیب را برای کاهش خطرات مصرف مواد به همراه داشته باشد (MAP, 2005).

پیشینه پژوهش:

نتایج پژوهشها نشان می‌دهد که زنان کمتر از مردان از موادمخدر و محرک استفاده می‌کنند (CHR, 2009). در ایران نیز یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که زنان کمتر از مردان مواد مصرف می‌کنند (نارنجیها و همکاران، ۱۳۸۶). بدلیل بافت فرهنگی موجود در کشور ایران اعتیاد در زنان شکل پنهان تری نسبت به مردان داشته است (نجاری، ۱۳۸۶). در خیلی از کشورهای غربی نسبت مصرف کنندگان تزریقی در دو جنس زن و مرد تقریباً برابر است (CHR, 2009).

در بیشتر کشورهای فقیر استفاده از مواد در میان زنان مسئله‌ای کم اهمیت است، زیرا کمتر از ۱۰ درصد تزریق کنندگان، زن هستند. اما در برخی از کشورهای آسیایی این میزان روبه افزایش است. مصرف تزریقی مواد به عنوان یک عامل اصلی برای انتقال بیماری ایدز در زنان شناخته است.

از سوی دیگر برخی پژوهشها عامل انتقال ایدز را بیشتر ناشی از داشتن رابطه جنسی محافظت نشده دانسته اند. همچنین نتایج پژوهشها افزایش بیماری ایدز را در زنان تزریقی گزارش کرده اند (CHR, 2009). در عین حال نتایج تحقیقات از سیر صعودی تزریق مواد در بین زنان خبر می‌دهد و اغلب پژوهشها افزایش ابتلا به بیماری ایدز را در زنان گزارش کرده اند. بنابراین میان تزریق در زنان و ایدز رابطه مستقیمی مشاهده شده است. هرچند زنان مبتلا به ایدز بیشتر از میان زنانی هستند که رابطه جنسی محافظت نشده دارند و در درجه دوم تزریق کنندگان بیشترین مبتلایان به ایدز را تشکیل می‌دهند ولی به دلیل ایجاد رابطه دوسویه بین ارتباط جنسی و مصرف مواد و همپوشانی این دو عامل، احتمال ابتلای زنان مضاعف می‌شود. (Comier et al, 2004), (Roberts and vromen, 2005, woods, 1999, unodc, 2004).

در بعضی کشورها مثل: هندوستان، چین، اندونزی، روسیه، اکراین ایدز به سرعت در میان روسپیان و مصرف کنندگان تزریقی مواد در حال افزایش است. برخی تحقیقات از ابتلای ۷۰ درصدی روسپیان و مصرف کنندگان تزریقی مواد خبر می‌دهد (Tanguay, 2006). همچنین پژوهشها نشان می‌دهد که رابطه ای دوسویه بین روسپیگری و سوء مصرف مواد وجود دارد و روسپیان تزریقی بیش از سایرین در معرض خطر ابتلا به ایدز قرار دارند. شیوع ایدز در زنان روسپی در سال ۲۰۰۲ نسبت به قبل سیر صعودی داشته و از ۱ درصد در سال ۱۹۹۶ تا ۱۱ درصد در سال ۲۰۰۲ گزارش شده است (Nam Trun, 2005).

اداره دادگستری آمریکا اعلام کرد در سال ۱۹۹۶ در بین دستگیرشدگان ۲۱ تا ۳۰ ساله، ۳۶ درصد زنان آزمایش آنها در مورد مواد مخدر مثبت بود (به نقل از کسل و برشتین ۲۰۰۱، پرندرگاست و ویش ۱۹۹۶ به نقل از بوالهروی و همکاران ۱۳۸۲). نتایج تحقیقات نشان داد که ۱۱ درصد از تزریقیها در داکا و حومه این شهر در

کشور بنگلادش مبتلا به ایدز بودند. نتایج این پژوهش نشان داد که از ۱۳۰ زن تزریقی ۸۲ نفر (۶۳/۱ درصد) روسپی بودند (Reddy, & et al, 2008).

نتایج پایش شیوع ایدز (MPA) نشان داد در ایالت سی. چو. ان چین ۴۷ درصد از ۴۵۲ زن تزریقی برای به دست آوردن پول یا مواد تن فروشی داشته‌اند. این افراد در معرض رفتارهای پرخطر ایدز هستند و تعداد اندکی از آنان از کاندوم، سرنگ و سوزن استریل برای تزریق استفاده می‌کردند.

گزارش پایش شیوع ایدز (MAP) نیز در شهر این‌هوچی‌مین ویتنام نشان داد که نیمی از روسپیان تزریقی مبتلا به ایدز بودند. در صورتی که تنها ۱۹ درصد از روسپیان که مواد را به شیوه دیگری غیر از تزریق مصرف می‌کردند و فقط ۸ درصد از زنان روسپی که هرگز مواد مصرف نکرده بودند به ایدز مبتلا شده بودند. نتایج مطالعات نشان داد که کمتر از ۵ درصد تزریقی‌ها از خدمات پیشگیرانه در برابر ایدز استفاده می‌کنند (Tanguay, 2006).

اکثر تحقیقات نشان می‌دهد که زنان بین ۱.۵ تا ۲.۵ برابر بیش از مردان نسبت به ایدز از طریق ارتباط جنسی آسیب پذیرند. زمانی که وابستگی ایجاد شد، روابط جنسی وسیله‌ای برای حفظ آن می‌شود. زنان تزریق کننده مواد ممکن است به خاطر پول یا مواد یا به دلیل فقر رابطه جنسی داشته باشند. بسته به میزان وابستگی به مواد، روسپیان ممکن است بیشتر در معرض خطر قرار گیرند. در مورد زنان، به نظر می‌رسد مصرف مواد شدیداً با تجربه خشونت یا ارتباط جنسی مرتبط باشد. (Comier et al, 2004, Roberts and vromen, 2005, woods, 1999, unodc, 2004).

مرکز ملی اعتیاد و سوء مصرف مواد در دانشگاه کلمبیا گزارش کرد که دخترانی که تجربه آزار جنسی یا جسمی داشته‌اند، دو برابر بیش از سایرین در معرض سیگار کشیدن، نوشیدن الکل یا مصرف مواد بوده‌اند (National center on Addiction and substance Abuse, 2003).

یک دلیل میزان بالاتر بودن مصرف مواد در میان زنانی که مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند این است که مصرف مواد احتمال دارد به عنوان روشی برای تحمل دردهای جسمی و روحی باشد (POOL & et al, 2005).

در مطالعه دیگری ارتباط میان مصرف آمفتامین‌ها و بروز HIV مورد آزمون قرار گرفت. از ۲۹۹۱ مرد همجنس باز که با حفظ نام و رعایت گمنام بودن افراد، آزمایش تشخیص HIV در سانفرانسیسکو انجام شد بروز HIV میان ۲۹۰ مصرف کننده آمفتامین ۶.۳ درصد در سال بود در مقایسه با ۲.۱۱ درصد میان ۲۷۰۱ غیرمصرف کننده، که این میزان تفاوت در سطح ۹۵٪ معنی دار بود (Buchacz et al, 2005).

در تحقیق دیگری طی سال های ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۴ به عنوان بخشی از مطالعه تزریق و شیوع HIV در ادینبورگ اسکاتلند ۶۳۴ مصاحبه با مصرف کنندگان تزریقی مواد انجام شد. نتایج نشان داد که بیش از ۴۴٪ افراد، آمفتامین ها را تزریق می کنند که بیشترین میزان تزریق در میان سایر مواد می باشد. ترجیح تزریق به عنوان شیوه مصرف آمفتامینها طی این دوره افزایش چشمگیری نشان داد، به رغم اینکه در میزان مواد در کل تغییری ایجاد نشد. به طور مشابه، مصرف هروئین و تزریق کاهش یافت. تحلیل داده ها نشان داد که تزریق کنندگان آمفتامین به دو زیر گروه مجزا قابل تقسیم اند. گروه غالب، مصرف کنندگان چند ماده ای هستند که به دفعات تزریق می کنند، سابقه تزریق طولانی تری دارند و بیشتر احتمال دارد که وسایل تزریق را به اشتراک بگذارند. حدود یک پنجم فقط محرک ها را تزریق می نمودند.

آنهايي که به دفعات تزریق می کردند، تقریباً به تازگی شروع به مصرف کرده بودند و تعدادشان طی سه سال افزایش یافته بود (Peter & et al, 1999). گزارشات حاکی است هرکجا که خدمات کاهش آسیب دایر است بخشی از از نیازهای خاص زنان مصرف کننده مواد برآورده می شود و متأسفانه اکثر زنان وابسته به مصرف مواد بدون هیچگونه حمایتی رها می شوند. نتایج مطالعات نشان می دهد که مصرف مواد در زنان رو به افزایش است و گزارشات از افزایش روز افزون مصرف مواد در زنان ساکن آسیا به ویژه بنگلادش، چین، هند، اندونزی، ژاپن، مالزی، نپال، پاکستان، فیلیپین، سریلانکا، تایوان، تایلند و ویتنام خبر می دهد. از نگرانی های اصلی پیرامون زنان مصرف کننده مواد می توان به دو رفتار بسیار پرخطر در آنان یعنی مصرف تزریقی مواد و روسپیگری اشاره کرد که این دو رفتار پرخطر امروزه در شیوع روز افزون بیماری ایدز در آسیا نقش بسزایی داشته است. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ در مورد ایدز از رابطه تنگاتنگ مصرف تزریقی مواد و روسپیگری و نسبت رو به افزایش ایدز در برخی از کشور ها از جمله چین، هند، ویتنام، پاکستان، اندونزی و بنگلادش خبر داد. هرچند سازمان ملل در گزارشات سالهای قبل نیز بر نقش رفتارهای پرخطر تزریق و روسپیگری در گسترش شیوع ایدز در جهان خبر داده بود. زن مصرف کننده برای تهیه مواد ممکن است حتی به روسپیگری روی آورد.

روسپیگری بخاطر تهیه مواد در آسیا نیز همچون دیگر نقاط جهان رایج است. هرچند برخی پژوهش ها رابطه روسپیگری با فقر را گزارش کرده اند. پایش شیوع ایدز ۱۵ گزارش کرد که در استان سیچوان ۱۶ چین ۴۷ درصد از ۴۵۲ زن شرکت کننده در پایش رفتار زنان تزریقی ابراز داشتند که آنها برای بدست آوردن پول یا مواد در ماه گذشته تن فروشی کرده اند. از سوی دیگر بسیاری از مصرف کنندگان تزریقی مواد مردانی هستند که برای ارضای نیازهای جنسی خود به دنبال زنان روسپی می روند و از آنجا که تعداد کمی از این افراد از کاندوم استفاده

¹⁵)Monitoring the AIDS Pandemic (MAP)

¹⁶)Sichuan

می کنند، این رفتارها در گسترش روز افزون شیوع ایدز مؤثر بوده است. همپوشانی روسپیگری و تزریق مواد و نقش آن در شیوع روز افزون ایدز در پژوهش ها تأیید شده است. پایش شیوع ایدز گزارش کرد که در شهر هوچیمین ۱۷ در ویتنام نیمی از زنان روسپی مصرف کننده تزریقی مواد به ایدز مبتلا شده اند در صورتیکه فقط ۱۹ درصد از زنان روسپی که مصرف تزریقی مواد نداشته اند و ۸ درصد از زنان روسپی که هرگز مواد مصرف نکرده بودند به اچ آی وی مبتلا شده اند (MAP, 2005).

اما پس از نگرانیها از سیر صعودی افزایش ایدز و به خصوص افزایش در زنان معتاد به ویژه در زنان تزریقی، سیاستگذاران در زمینه کاهش آسیب برنامه‌هایی تدارک دیدند. بنگلادش از جمله اولین کشورهای آسیایی است که در زمینه کاهش آسیب اقدام نموده است، زیرا میزان ایدز در میان زنان تزریقی در این کشور از ۷ تا ۱۱ درصد گزارش شده است (UNODC, 2007).

بسیاری از مصرف کنندگان تزریقی مواد مجبور به تن فروشی برای حفظ وابستگی به مواد هستند و شواهد موجود نشان می‌دهد که این مورد در میان زنان بسیار شایع می‌باشد. تعدادی از آنها ممکن است برای تأمین مواد خود به روسپی گری بپردازند در حالی که تعدادی ممکن است بخواهند از وضعیت شغلی خود از طریق مصرف مواد خلاص شوند. تعدادی از افراد مواد محرک مصرف می‌کنند تا ساعات بیشتر و مدت طولانی تری کارکنند. علاوه بر این زنان شریک جنسی مردان مصرف کننده تزریقی مواد اغلب تحت فشار برای تن فروشی هستند تا بتوانند مواد شریک جنسی خود را نیز تأمین کنند. روسپی گری برای تأمین مواد مصرفی شریک جنسی، بحث با شریک جنسی پیرامون استفاده از کاندوم را برای زنان دشوار می‌سازد. جدا از تنفروشی، بسیاری از مصرف کنندگان تزریقی مواد اغلب با روسپی ها ارتباط جنسی دارند و به طور ثابت از کاندوم استفاده نمی‌کنند. همانطور که داده‌های پایش رفتاری در چندین کشور جنوب شرقی آسیا نشان داد که اکثر مصرف کنندگان تزریقی در ارتباط جنسی خود از کاندوم استفاده نمی‌کنند.

برنامه‌های سوزن و سرنگ جامع باید ارجاع به خدمات سلامت جنسیتی و باروری را برای همه مردان و زنانی که به خدمات دسترسی دارند شامل مردانی که با هم جنس ارتباط جنسی دارند و روسپی‌ها فراهم کند. بسیاری از زنان مصرف کننده مواد در سن باروری قرار دارند و بارداری در این گروه رایج است. زنان باردار وابسته به مواد در معرض خطر بیشتری در ارتباط با سقط جنین، زایمان زودرس و دیگر موارد مرتبط هستند. به زنان باردار باید همه فرصتها برای انتخاب داده شود و هر کجا که ممکن است سم زدایی علیه مواد مخدر به آنها توصیه شود (UNAIDS, 2009). زنان بارداری که مواد مخدر مصرف می‌کنند باید به برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون

¹⁷)Ho Chi Minh

ارجاع داده شوند. زنان در صورتی که هم باردار و هم اچ آی وی مثبت باشند باید به خدمات پیشگیری از انتقال بیماری از مادر به کودک ارجاع داده شوند. (UNAIDS, 2009).

یک مطالعه کیفی بین فوریه تا می ۲۰۱۰ در سه شهر جزیره جاوه انجام شد. مصاحبه‌های عمیقی با ۱۹ زن مصرف کننده تزریقی مواد انجام شد تا آسیب پذیری این زنان را نسبت به اچ آی وی مورد بررسی قرار دهد. داده‌ها توسط دانشجویان دانشگاه گاجا مادا ۱۸ با نظارت محققان ارشد از دانشگاه ولز ۱۹ جنوبی و گاجا مادا جمع آوری شد. زنان در این مطالعه شرح دادند که چگونه از زنان جاوه‌ای انتظار می‌رود که خوب باشند. زنانی که برای عملکرد نامناسب مورد سوء ظن هستند (به خصوص زمانی که درگیر ارتباط جنسی خارج از زناشویی و مصرف مواد از هر نوعی می‌شوند) طرد می‌شوند و از اجتماع رانده می‌شوند و با انگ‌های شدید اجتماعی روبرو می‌گردند. در گروه اجتماعی خودشان نیز زنان، برابری، مهربانی و توجه کلی را گزارش کردند. زنان مصرف کننده مواد در نتیجه مصرف مواد انگ‌های شدید اجتماعی را تجربه کردند. تبعیض منفی از جهت دسترسی به خدمات بهداشتی از سوی اجتماع، دوستان و خانواده برای زنان گزارش شد. این تبعیض‌ها به زن آسیب رسانده و سبب شرمندگی او می‌شود. این عامل، دلیل اصلی پنهان کردن مصرف مواد و محدود کردن ارتباط اجتماعی‌شان به شریک و دوستان (اغلب مردان) مصرف کننده تزریقی مواد است. این گروه اجتماعی برای زنان بسیار مهمند و دوستان و شرکای جنسی به عنوان افراد محتاط توصیف می‌شوند و قابل اعتماد هستند. زنان در این پژوهش ابراز داشتند که به طور کلی مصرف مواد را با یک شریک مرد یا دوستان مرد خود شروع کرده بودند. مواد به طور کلی از طریق شریک یا دوستان مرد فراهم شده بود و مصرف مواد نیز اساساً با دوستان و شریک مرد بود. اشتراک گذاشتن مواد تا اندازه‌ای به دلایل اقتصادی (افراد به ندرت پول کافی برای خرید مواد را دارند) و تا حدودی به دلایل اجتماعی گزارش شد. اغلب زنانی که مورد مصاحبه قرار گرفتند در شش ماه گذشته برای تزریق سوزن و سرنگ به اشتراک گذاشته بودند. این کار معمولاً با یک شریک یا یک گروه کوچک از دوستان بود که اغلب مرد بودند. تمیز کردن سوزن‌ها به طور کلی فقط با آب انجام می‌شد. از نظر آنها آنها محدوده کوچک تزریق محافظت شده از اچ آی وی بود. قوی ترین مسئله در این حوزه درباره دلایل اشتراک سوزن و سرنگ برای تزریق، اعتماد و تعهد بود. زنان احساس می‌کردند که با شریکها و دوستان خود بسیار نزدیکند و به آنها اعتماد می‌کردند ولو اینکه اعتمادشان کامل نبود. اغلب زنان در زمینه ارتباط جنسی درگیر بودند. فقط یک زن اظهار داشت که ارتباط جنسی اتفاقی در سال گذشته (۲۰۰۹) داشته است و فقط سه زن روسپیگری را در سال گذشته (۲۰۰۹) گزارش کردند.

¹⁸)Gadjah Mada

¹⁹)New South Wales (UNSW)

کاندوم به صورت مرتب استفاده نمی‌شد عمدتاً به این دلیل که کاندوم لذت جنسی را برای خودشان و شرکای جنسی‌شان کاهش می‌داد (aids data hub. Indonesia, country Profile, 2010)

زنان تمایلی نداشتند که گزارش کنند که برای اشتراک گذاشتن سوزن یا عدم استفاده از کاندوم تحت فشار بودند. شرکای جنسی و دوستان عمدتاً به عنوان افراد محتاط توصیف می‌شدند تا اینکه افراد مسلطی بر زنان باشند. تعدادی از زنان، به خصوص زنان مسن‌تر و زنان دارای استقلال اقتصادی کاملاً در این زمینه قاطع بودند. اغلب زنان ارتباط کمی با خدمات کاهش آسیب حداقل در مورد برنامه توزیع سوزن و سرنگ داشتند. تجربه کمی در مورد متادون درمانی در میان زنان مورد مطالعه وجود داشت. ارتباط با برنامه سوزن و سرنگ مداوم نبود و اغلب غیر مستقیم (از طریق دوستان مرد خود یا شرکای جنسی) بود زیرا زنان نمی‌خواستند که به عنوان مصرف‌کننده مواد شناخته شوند. کمتر از نیمی از زنان یک بار آزمایش اچ‌آی‌وی داده بودند، اغلب آنهایی هم که انجام داده بودند یک سال پیش مورد آزمایش قرار گرفته بودند. دلیل اصلی عدم انجام دادن آزمایش، ترس افراد بود و این امر عمدتاً به دلیل طرد شدن از اجتماع در نتیجه مثبت بودن آزمایش و به تبع آن انگ مرتبط با اچ‌آی‌وی و مصرف مواد در زنان بود. اغلب زنان مورد پژوهش در بعضی از موارد، به طور کلی سوزن و سرنگ مشترک با شرکاء یا دوستان خود استفاده کرده بودند. به طور کلی، سوزنها فقط با آب تمیز می‌شدند که نمی‌توانست عامل حمایت‌کننده‌ای در برابر پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی باشد. اغلب زنان از کاندوم در همه موارد ارتباط با شریک جنسی استفاده نکرده بودند هرچند اغلب شرکای جنسی شوهران یا دوست پسرهایشان بودند. تعداد کمی از زنان مورد پژوهش اقرار به روسپیگری کردند و برقراری ارتباط جنسی به خاطر بدست آوردن مواد در بین نمونه‌های مورد پژوهش نادر بود و احتمالاً به دلیل انگ خوردن و شرمندگی مرتبط، این موارد گزارش نشد و یا توسط تعداد کمی از زنان گزارش شد. در میان تعداد کمی از زنان که روسپیگری را تأیید کردند استفاده از کاندوم توسط افراد به عنوان یک قاعده نبود مگر اینکه فردی خود خواسته باشد از کاندوم استفاده کند. کمتر از نیمی از زنان گزارش کردند که یکبار آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده‌اند. البته آنهایی هم که این آزمایش را انجام داده بودند، آزمایش آنها بیش از یک سال پیش بوده است. در نتیجه ممکن است برخی از زنان اچ‌آی‌وی مثبت باشند و در این مورد اطلاعی نداشته باشند. تعداد کمی از زنان درگیر برنامه متادون درمانی بودند. همسان با ساختارهای نظری که مشخص می‌کند خطر اچ‌آی‌وی از تعداد زیادی از افراد و عوامل اجتماعی ناشی می‌شود، تعدادی از عوامل با خطر اچ‌آی‌وی برای این زنان همراه بود. در سطح فردی، آگاهی خیلی خوبی درباره نقش اشتراک گذاشتن وسایل تزریق در انتقال اچ‌آی‌وی و انتقال از طریق ارتباط جنسی وجود داشت. با این وجود، بعضی از تصورات غلط مرتبط با خطر اچ‌آی‌وی وجود داشت. به خصوص اینکه تعداد

کمی از زنان فکر می‌کردند که افرادی که تمیز و سالم به نظر می‌رسیدند مبتلا به اچ آی وی نیستند و اشتراک سوزن یا داشتن ارتباط جنسی محافظت نشده با چنین افرادی بی خطر است. مسائل دارای اهمیت بیشتر شامل مشکلات اجتماعی بودند: جلوگیری از بیان مصرف مواد به دلیل شرمندگی و پنهان داشتن رفتار جنسی و حفظ ارتباطات با دوستان یا شرکای جنسی که مصرف کننده تزریقی مواد بودند. در حالی که شاید صحیح نباشد بگوییم زنان به اچ آی وی اهمیت نمی‌دهند، اما این مورد به طور کلی به اندازه مسائل و مشکلات اجتماعی دیگر مهم نیست. واضح است که این زنان در دنیایی زندگی می‌کنند که تزریق مواد و ارتباط جنسی خارج از زناشویی بسیار تابو است که پنهان کردن این رفتارها بهتر است. ارتباط جنسی فرد با یک شریک جنسی مهم تر از توجه به اچ آی وی و ارتباط جنسی بدون استفاده از کاندوم، اثبات اعتماد به شریک جنسی و روشی برای خشنود ساختن او می‌باشد. مشابهاً به رغم داشتن آگاهی در مورد اینکه اچ آی وی می‌تواند از طریق اشتراک سوزن منتقل شود، اشتراک سوزن وسیله ای برای ضمانت ارتباط با دوستان و یا شرکای جنسی می‌باشد. خلاصه اینکه یافته ها نشان می‌دهد که برای زنان مورد پژوهش، اچ آی وی اولویت کمتری نسبت به دیگر مسائل ارتباطی و اجتماعی دارد. دسترسی به کاندوم و سوزن و سرنگ استریل مانع اصلی برای ارتباط جنسی سالم تر و مصرف مواد نیست. به طور کلی اگر خود افراد بخواهند، این موارد از طریق مردان در دسترس می‌باشد. با این وجود موانعی وجود دارد که توجه به این مورد را تأیید می‌کند. داروخانه‌ها تعداد زیادی از این سوزنها را برای بسیاری از زنان فراهم می‌کنند. فایده داروخانه‌ها در این است که تعداد زیادی در سرتاسر شهر وجود دارند و رفتن به داروخانه صرفاً به این معنی نیست که یک زن مصرف کننده تزریقی مواد می‌باشد. سیاستهایی که داروخانه‌ها را برای همکاری با برنامه کاهش آسیب حمایت می‌کند می‌تواند به زنان در دسترسی مستقیم به وسایل تزریق و کاندوم کمک نماید. پر واضح است که رفتارهای پرخطر اچ آی وی به وسیله فضایی که زنان در آن زندگی می‌کنند شکل می‌گیرد. در فضایی محلی که در آن باورهای مذهبی قوی و موارد قانونی علیه مصرف مواد و ارتباط جنسی خارج از زناشویی وجود دارد تعداد کمی از زنان وجود دارند که مصرف تزریقی مواد یا ارتباط جنسی خارج از ازدواج دارند. اغلب مردم اندونزی، به خصوص زنان به هیچ وجه مواد غیرقانونی مصرف نمی‌کنند. با این وجود در میان کسانی هم که مصرف کننده این مواد هستند حس قوی از شرمندگی وجود دارد و اولین اولویتشان پنهان کردن این رفتارهاست. این مورد سبب می‌شود که زنان مصرف کننده تزریقی مواد زندگی اجتماعی خود را محدود به دیگر مصرف کنندگان تزریقی مواد کنند، در نتیجه از نظر اجتماعی منزوی می‌شوند. از این رو تمایلی به ارتباط با خدمات کاهش آسیب ندارند و از خرید کاندوم یا تهیه سوزن استریل ترس دارند. گرچه بعضی اوقات ارتباطی نسبتاً نزدیک با افراد تیم سیار دارند، باز هم تمایلی به درخواست برای سوزن و

سرنگ استریل از آنها ندارند چرا که ممکن است مشخص شود که آنها هنوز مصرف کننده تزریقی مواد هستند و این باعث شرمندگی بیشتر آنها می‌شود. در حالی که شواهدی مبنی بر خطر اچ آی وی و بعضی توضیحات برای این رفتارها وجود دارد عواملی نیز در این مطالعه وجود دارد که حمایت کننده زنان می باشد. یکی از این عوامل سطح بالاتری از اعتماد و کمتر در معرض خشونت قرار گرفتن بود. بعضی از زنان در مورد توانایی خود در رابطه با اصرار بر استفاده از کاندوم یا عدم استفاده مشترک از سوزن و سرنگ صحبت کردند. در بررسی قاطع بودن یا نبودن زنان در این رابطه مشخص شد که زنانی که از نظر مالی مستقل، مسن تر و باتجربه تر بودند قاطع تر بودند. عامل حمایتی دوم این بود که زنان در این مطالعه تمایل داشتند که با تعداد کمی از دوستان یا شریک جنسی تزریق مواد داشته باشند. بنابراین این گروههای کوچک محدود سبب کاهش تعداد افرادی می‌شود که زنان، مصرف کننده سوزن مشترک با آنها بودند (National AIDS commission Indonesia, 2008).

در نهایت می‌توان به موارد ذیل از آنچه که به عنوان راهکارهای اجرایی و در قالب پیشنهاد از دستاوردها حاصل شده اشاره کرد:

لحاظ نمودن مقابله با انگ های اجتماعی که زنان مصرف کننده تزریقی مواد به خصوص در دریافت خدمات بهداشتی تجربه می‌کنند. گسترش سازمانهای اجتماعی ارائه دهنده خدمات برای زنان و گسترش سازمانهای حمایت کننده از زنان مصرف کننده تزریقی مواد می‌تواند در این زمینه مفید باشد. افزایش دسترسی زنان به خدمات کاهش آسیب و برگزاری بحثهای گروهی متمرکز و فعالیتهای اجتماعی مخصوص زنان می‌تواند روشی برای دسترسی بهینه به این خدمات باشد.

تقویت مراکز کاهش آسیب، چرا که این کار می‌تواند در دسترسی آسانتر زنان به ابزار تزریق و کاندوم کمک کند. نظارت بر انزوا و محرومیت اجتماعی زنان مصرف کننده تزریقی، که این مورد می‌تواند با گسترش شبکه‌ای متشکل از زنان و فعالیتهای اجتماعی برای زنان مصرف کننده تزریقی مواد میسر شود.

(National AIDS commission Indonesia, 2008)

در برزیل مردان همجنس باز بیش از سایرین به بیماری ایدز مبتلا می‌شوند. هرچند در سالهای اخیر این بیماری از طریق ارتباط جنسی با غیر هم جنس نیز افزایش یافته است. از این رو شمار زنان مبتلا به ایدز در این کشور افزایش یافته است. نسبت شیوع در برزیل از طریق ارتباط جنسی از یک مورد در ۲۸ نفر در سال ۱۹۸۵ به یک مورد در ۱/۸ نفر در سال ۲۰۰۲ رسید. مصرف تزریقی مواد سهم عمده‌ای در افزایش موارد ایدز در میان زنان، چه در مورد مصرف مواد در خود زنان و چه به دلیل ارتباطهای جنسی محافظت نشده با مردان مصرف

کننده مواد دارد. در شهر ساوپائولو در سال ۱۹۹۱، شریکهای جنسی زن مصرف کنندگان تزریقی مواد ۳۷/۵ درصد از موارد ثبت شده مربوط به در معرض قرار گرفتن از طریق ارتباط جنسی با غیر هم جنس را نشان دادند. در سال ۲۰۰۳، ۱۵ درصد از زنانی که در این طبقه بندی قرار گرفتند شروع بروز اچ آی وی را به شریک جنسی مصرف کننده تزریقی مواد خود نسبت دادند.

هرچند ارتباط جنسی با مصرف کننده تزریقی مواد به عنوان عامل اصلی انتقال ایدز در میان زنان نیست اما انتقال ایدز از طریق ارتباط جنسی با غیر همجنس در زنان دائماً در حال افزایش است. داشتن یک شریک جنسی مصرف کننده تزریقی مواد نوع خاصی از انتقال را نشان می‌دهد و این مورد چالشهای خاصی در مورد پیشگیری و مراقبت به همراه دارد.

موارد مربوط به مصرف تزریقی مواد و نوع ارتباطی که در آن درگیر می‌شوند در مطالعات اخیر مورد بررسی قرار گرفته است. در عین حال، مسائل مربوط به اچ آی وی/ایدز در زنان نیز توسط تعدادی از محققان مورد بررسی قرار گرفته است. با این وجود مطالعات کمی در مورد زندگی زنان مصرف کننده تزریقی مواد، یا زنان دارای شریک جنسی مصرف کننده تزریقی مواد انجام شده‌اند. شکاف موجود یکی از دلایل این مطالعه کیفی بود زیرا این گروه از زنان خود را در نتیجه رفتار شریک خود و خود، نسبت به مصرف مواد در موقعیت افزایش آسیب پذیری نسبت به اچ آی وی می‌دیدند (Nanci silva & et al, 2007).

این مطالعه کیفی بر اساس ۱۵ مصاحبه تقریباً ساختاریافته با زنانی که در آغاز بروز اچ آی وی بودند و در بخش ویژه بیماریهای مقاربتی، در غرب سائوپائولو تحت مراقبتهای بهداشتی بودند، انجام شد.

در آگوست سال ۲۰۰۲، نام ۲۴۹۳ نفر آلوده به ویروس اچ آی وی/ایدز از طریق ارتباط جنسی در این کلینیک ثبت شد. از میان ۱۰۵۶ نفر زن ثبت شده، ۱۵۴ نفر در بخش انتقال از طریق ارتباط با غیر هم جنس مصرف کننده تزریقی مواد قرار گرفتند. از این میان ۸۱ نفر مورد بررسی قرار گرفتند بقیه‌ها یا جان خود را از دست دادند، یا درمان را ترک کردند یا به مراکز دیگری انتقال داده شدند.

دعوت نامه‌هایی برای این ۸۱ زن توسط متخصصان کلینیک سلامت بین ۲۹ اکتبر ۲۰۰۲ تا ۲۰ دسامبر ۲۰۰۲ فرستاده شد. در پاسخ به نامه‌ها ۳۶ زن فرم درخواست مصاحبه را کامل کردند. در مجموع ۱۵ زن بر اساس تفاوت در تحصیلات، سن و مصرف شخصی مواد انتخاب شدند (Nanci silva & et al, 2007).

مصاحبه‌ها موضوعات ذیل را در بر می‌گرفت:

²⁰São Paulo

کودکی، اولین تجربه ارتباط جنسی، تاریخچه ارتباط جنسی به خصوص با مصرف کنندگان تزریقی مواد، تاریخچه مصرف مواد و یا تجربه مصرف مواد شریک جنسی، زندگی فعلی (بچه‌ها، شریک جنسی، خانواده، شرایط زندگی، درآمد، کار)، تأثیر شروع بروز اچ آی وی در زندگی روزانه آنها، درک جلوگیری از آبلستی و پیشگیری از اچ آی وی و بیماریهای مقاربتی قبل و بعد از تشخیص اچ آی وی؛ چشم اندازها به آینده و اطلاع به زنان دیگر بر اساس تجارب خود.

مصاحبه‌ها در یک اتاق مصاحبه به طور محرمانه انجام شد. به طور متوسط مصاحبه‌ها یک ساعت و پانزده دقیقه طول کشیدند و ضبط و نکته برداری شدند. از زنان خواسته شد تا یک اسم جعلی برای خود انتخاب کنند تا گمنام بودن و قابلیت اعتمادشان حفظ شود. به زنان هم چنین اطلاعاتی در مورد اچ آی وی و سازمانهای دولتی و غیر دولتی ارائه دهنده خدمات به افراد مبتلا به اچ آی وی و حامی این افراد در سائوپائولو داده شد (Nanci & silva, 2007).

نتایج مطالعه به تفاوتهایی در روشهای زندگی زنان مصرف کننده مواد اشاره داشت. تفاوت هایی در روش زندگی زنان وابسته به سوء مصرف مواد یا زنان دارای شریک جنسی وابسته به سوء مصرف مواد دیده شد. عدم وجود مسائل مرتبط با مصرف غیر قانونی مواد در جامعه و تفاوت هایی در خدمات بهداشتی این زنان را آسیب پذیرتر می‌سازد.

از دیدگاه خود زنان، مصرف مواد توسط شریک جنسی شان اصولاً با خطر ابتلا به اچ آی وی/ایدز ارتباطی ندارد. بلکه خطر ابتلا به اچ آی وی/ایدز در اثر غفلت یا روش تدبیر شریک جنسی شان است، یا به این دلیل است که معتقدند که مثلث، تک همسری- وفاداری و اعتماد خود یک نمونه از محافظت است. با این وجود، زنان با مصرف مقداری از مواد برای اوقات فراغت و یا نزدیک شدن به همسران شان؛ مصرف مواد بخشی از دنیای زنان را شکل می‌دهد و همه در جستجوی معنا دادن به زندگی زناشویی و خانوادگی خود هستند. محیط دارای مصرف مواد با ریسک افزایش انتقال اچ آی وی مرتبط است (Nanci silva & et al, 2007).

در مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی مهمترین راهبرد پیشگیری که به زنان توصیه می‌شود استفاده از کاندوم در همه ارتباطهای جنسی است. روشی که عمل کردن به آن برای زوجهای دارای ارتباط مداوم دشوار است. به منظور کاهش آسیب پذیری این گروه خاص توجه به این نکته مهم است که شریک جنسی زنان، مصرف کننده تزریقی مواد باشد یا اینکه خودشان مصرف کننده مواد باشند، عواملی که به نظر می‌رسد که توجه زیادی به آن نشده است. در عین حال انگ زدن و تصور غالب در مورد این زنان به عنوان یک گروه خاص و دارای ویژگیهای مشابه بسیار قابل توجه است. داده‌های این مطالعه نشان داد که این زنان دارای ویژگیهای شخصیتی، سبک

زندگی شامل خانواده و شریک جنسی و روشهای زندگی مشترکند که بسیار شبیه به زنانی است که از قشر اجتماعی یکسانی هستند که مبتلا به اچ آی وی نیستند.

فرصتهایی برای بحث در مورد مسائل این زنان در بخشهای سلامت می‌تواند در زمینه پیشگیری و مراقبت موثر باشد (Nanci silva & et al, 2007).

امروزه با گسترش شیوع مصرف مواد محرک تبعات اعتیاد در ابتلا به ایدز افزایش بیشتری داشته است. به عنوان مثال زنان در روند افزایش مصرف متامفتامین در آمریکا جایگاه خاصی داشته اند، در سال ۲۰۰۳، ۴۰ درصد موارد بخش اورژانس و ۴۵ درصد پذیرشهای مرتبط با درمان متامفتامین، زنان بودند. اگرچه آزمایشهای گسترده‌ای برای مصرف متامفتامین و خطر اچ آی وی/بیماریهای مقاربتی در میان مردان هم جنس باز در سالهای اخیر وجود دارد، اما مطالعات کمی در مورد زنان مصرف کننده متامفتامین وجود دارد. نتایج نشان داد که زنان مصرف کننده تزریقی متامفتامین به طور قابل توجهی بیش از زنان مصرف کننده تزریقی مواد مخدر احتمال ارتباط جنسی محافظت نشده، داشتن چندین شریک جنسی، پذیرفتن سرنگ و سوزن مشترک و به اشتراک گذاشتن سرنگ و سوزن با بیش از یک نفر در شش ماه گذشته را گزارش کردند. تحلیل رگرسیون چند متغیری نیز نشان داد مصرف تزریقی متامفتامین بطور قابل توجهی با ارتباط جنسی، داشتن بیش از پنج شریک جنسی، پذیرش سرنگ و سوزن مشترک و داشتن بیش از یک شریک جنسی که اشتراک سرنگ در شش ماه گذشته داشته، مرتبط بوده است. بررسی‌های عمیقتر ارتباط بین مصرف متامفتامین و خطر ارتباط جنسی در میان زنان به سود برنامه‌های پیشگیری از اچ آی وی/بیماریهای مقاربتی خواهد بود. به علاوه مداخلات موجود برای زنان مصرف کننده تزریقی مواد ممکن است برای بررسی خطرات مصرف کنندگان تزریقی متامفتامین نیاز به اصلاح داشته باشد. زنانی که شریک جنسی سوء مصرف کننده مواد دارند در معرض خطر بیشتر ابتلا به اچ آی وی نسبت به زنان دیگر قرار دارند (CHR, 2009). مطالعات زیادی این ارتباط را بین اچ آی وی و خشونت مبتنی بر جنسیت نشان داده‌اند اما این ارتباط در یک مطالعه که گروهی از زنان جوان آفریقایی جنوبی نزدیک به ۱۱۰۰ نفر درگیر آن بودند به مدت دو سال مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی زنان در ابتدای مطالعه ۱۸ سال بود و اغلب در مدرسه ثبت نام کردند. هیچ یک از زنان در ابتدای مطالعه اچ آی وی مثبت نبودند، اما آنهایی که در معرض سوء استفاده شریک جنسی بودند احتمال اینکه آزمایش اچ آی وی در ۱۲ یا ۲۴ ماه بررسی در آنها مثبت باشد بیشتر بود. شرکت کنندگانی که در مطالعه دارای حس قدرت کمی بودند احتمال ابتلا نیز در آنها بیشتر بود. برابری قدرت ارتباط زنان از طریق پاسخ به سئوالاتی از قبیل اینکه آیا احساس کردند

که می‌توانند پیشنهادات ارتباط جنسی دوست پسران خود را رد کنند، مورد ارزیابی قرار گرفت (UNAIDS,2007)

در مطالعه آفریقای جنوبی که در لان ست ۲۱، منتشر شد، راشل جوکز ۲۲ و همکارانش گزارش دادند که خطر بیشتر ابتلا به اچ آی وی برای زنانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند یا اینکه قبلاً در معرض خشونت یا رفتار غیر قابل کنترل حتی در کودکی قرار داشته‌اند، وجود دارد. ارتباط بین ابتلا به اچ آی وی و رفتارهای خشونت آمیز یا رفتارهای کنترلی توسط شریک جنسی تا اندازه‌ای از تأثیرات روان شناختی که ممکن است بر زنان سالها بعد از حادثه اثر بگذارد حاصل می‌شود. استرس هیجانی و اعتماد بنفس پایین ممکن است آنها را به سوی ارتباط جنسی پرخطرتر سوق دهد (UNAIDS,2007).

از سال ۱۹۹۵ زنان تقریباً نیمی از مبتلایان به ایدز را به خود اختصاص داده‌اند. امروزه ۱۵.۴ تا ۳۰.۸ میلیون نفر (بالای ۱۵ سال) درگیر این بیماری هستند. احتمال افزایش ایدز در زنان در مناطق پرخطر بیشتر است. تعداد زنان مبتلا به ایدز از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۷، ۱.۶ میلیون افزایش یافت. در سال ۲۰۰۷، به طور تقریبی ۲۹۰۰ نفر مبتلا به ایدز هرروزه به زنان بالای ۱۵ سال افزوده شد. از نظر زیست شناختی زنان ۲ تا ۸ برابر بیشتر از مردان در رابطه جنسی دچار این بیماری می‌شوند. ارتباط جنسی بدون استفاده از کاندوم، میزان بالای انتقال ایدز را به دنبال دارد. رابطه جنسی محافظت نشده یک روش انتقال ایدز در جزایر واقع در دریای کارایب است. شیوع ایدز در میان زنان روسپی از ۳.۵ درصد در جمهوری دومینیکن به ۹ درصد در جامائیکا و ۳۱ درصد در گایانا (کشوری در شمال غربی آمریکای جنوبی) رسیده است. در تایلند ۴۳ درصد از مبتلایان جدید ایدز در سال ۲۰۰۵ زنان بودند. بیشتر زنان مبتلا به ایدز در تایلند بر این باور بودند که از طریق رابطه جنسی محافظت نشده مبتلا شده‌اند. همچنین برآورد شد که ۳۰ تا ۵۰ درصد از زنان مبتلا به ایدز در تایلند از طریق مصرف تزریقی مبتلا شده‌اند. از هر سه زن یک نفر در دنیا مورد تجاوز جنسی، کتک خوردن، روابط جنسی اجباری یا اینکه مورد سوء استفاده جنسی در طول زندگی قرار گرفته است. به خاطر ترس از خشونت و طرد شدن، ۵۸ درصد از دختران آفریقای جنوبی از بحث با شریک جنسی خود در مورد استفاده از کاندوم، اجتناب می‌کنند. با این حال در زوج‌ها، وقتی یکی از طرفین به ایدز آلوده شد، استفاده درست و مداوم از کاندوم برای شخصی که مبتلا نشده، احتمال ریسک ابتلا به ایدز را به نزدیک صفر می‌رساند (UNAIDS,2007).

²¹)Lancet

²²)Rachel Jewkes

نتایج پژوهشی که در میان دانش‌آموزان دبیرستانی، در Swaziland (کشوری در جنوب غربی آفریقا)، انجام شد نشان داد که در اغلب موارد یک پنجم زنانی که ارتباط جنسی داشته‌اند، در اولین تجربه رابطه جنسی خود مجبور به این کار شده‌اند. تحقیقی در آفریقای جنوبی نیز نشان داد که نزدیک به نصف زنان جوانی که تجربه رابطه جنسی داشته‌اند، برای اولین بار به اجبار وادار شده‌اند.

خشونت می‌تواند هم یک دلیل و هم یک پیامد ابتلاء به ایدز باشد. زنان در بعضی از تحقیقات، به دلیل ترس از کتک خوردن یا رها شدن توسط شریک جنسی خود، آزمایش ایدز را انجام نمی‌دهند، نتایج آزمایش را فاش نمی‌کنند یا درخواست نمی‌کنند که شریک جنسی آنها آزمایش شود، از کاندوم استفاده کند یا وفادار بماند.

در پژوهشی ۸۲ درصد از زنان جوان (۱۵ تا ۲۴ سال) در آفریقای جنوبی ابراز داشتند که آنها دوست دارند اطلاعات بیشتری در مورد اینکه چطور خودشان را از ابتلاء به ایدز از طریق رابطه جنسی محافظت کنند، داشته باشند. ۶۹ درصد ابراز داشتند که دوست دارند اطلاعات بیشتری در مورد بحث با شریک جنسی در مورد استفاده از کاندوم، داشته باشند. همچنین نتایج تحقیقات نشان داده که با افزایش سطح آگاهی رفتارهای پرخطر کاهش می‌یابد. نتایج تحقیقی که در بین دانشجویان انجام شد نشان داد که عزت نفس بالا با استفاده‌ی بیشتر از کاندوم در میان آنان همراه است (McNair, Carter, Williams, 1998).

در میان مردان جوان همجنس خواه و دو جنس خواه عزت نفس بالا با افزایش نرخ محافظت جنسی همراه است (Rotheram-Borus et al., 1995). سیمسون^{۲۳}، کایت^{۲۴} و ری^{۲۵} (۱۹۹۷) دریافتند رفتارهای تزریقی مخاطره آمیز در میان سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد که عزت نفس پائین‌تری دارند بیشتر است. عزت نفس پائین همچنین با تعداد دفعات سکس دهانی و تعداد دفعات آمیزش جنسی با تن فروشان، افزایش میزان مخاطرات جنسی، خطر افزایش عفونت HIV و نگرش‌های مرتبط با استفاده از کاندوم مرتبط است (Sterk, Klein, Elifson, 2004).

فریرا - پینتو^{۲۶} و رومنز^{۲۷} (۱۹۹۵) ذکر کردند که مداخلات بعدی در مورد عزت نفس زنانی که شریک جنسی مردان مصرف کننده تزریقی مواد بودند به کاهش معنادار در برخی از رفتارهای مرتبط با خطر HIV همراه شد.

²³Simpson

²⁴Knight

²⁵Ray

²⁶Ferreira-Pinto

²⁷Ramos

عوامل خطر در ابتلا به ایدز و موانع پیشگیری:

پایین بودن سن:

برای زنان از همه نژادها و ویژگیهای نژادی بیشترین تعداد اچ آی وی/ایدز در طول سالهای اخیر در بین زنان ۱۵ تا ۳۹ سال بوده است. هرچند از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ تعداد افراد مبتلا به اچ آی وی/ایدز در زنان ۱۵ تا ۳۹ سال برای زنان سفید پوست، سیاه پوست و آمریکای لاتین کاهش یافته است، اما تعداد افراد مبتلا به اچ آی وی/ایدز در طول این مدت در زنان ۱۵ تا ۳۹ سال آسیایی و ساکنین جزایر اقیانوس آرام و سرخ پوستان آمریکایی و زنان بومی آلاسکا افزایش یافته است (CDC, 2007).

نداشتن آگاهی از عوامل خطرزای شریک جنسی در انتقال بیماری ایدز:

تعدادی از زنان ممکن است از عوامل خطرزای شریک جنسی مرد خود (عواملی مانند ارتباط جنسی ناسالم و محافظت نشده با چندین شریک، ارتباط جنسی با مردان یا مصرف تزریقی مواد) در مورد ابتلا به اچ آی وی آگاهی نداشته باشند. مردانی که با هر دو جنس ارتباط جنسی دارند می‌توانند از طریق یک شریک جنسی مرد مبتلا شوند و سپس این ویروس را به شریکهای جنسی زن منتقل کنند. در گزارش یک مطالعه از افراد مبتلا به اچ آی وی در سال ۲۰۰۳ (۵۱۵۶ مرد و ۳۱۳۹ زن)، ۳۴ درصد از مردان سیاه پوست که با مردان ارتباط جنسی داشتند، ۲۶ درصد از مردان آمریکای لاتین دارای ارتباط جنسی با مردان و ۱۳ درصد از مردان سفید پوست دارای ارتباط جنسی با مردان گزارش کردند که با زنان ارتباط جنسی داشته‌اند. با این حال، این زنان ممکن است از ارتباط جنسی با دو جنس در شریک جنسی خود اطلاعی نداشته باشند، تنها ۱۴ درصد از زنان سفید پوست، ۶ درصد از زنان سیاه پوست و ۶ درصد از زنان آمریکای لاتین در این مطالعه می‌دانستند که دارای شریک جنسی هستند که با هر دو جنس ارتباط جنسی دارد. نتایج مطالعه دیگری از مرکز کنترل بیماری (CDC)، نشان داد که ۶۵ درصد از مردان جوانی که حتی یکبار با مردان ارتباط جنسی داشته‌اند نیز گزارش دادند که با زنان ارتباط جنسی داشته‌اند.

زنانی که فقط با زنان ارتباط جنسی دارند و کسانی که عوامل خطرزای دیگر مانند مصرف تزریقی مواد ندارند در معرض خطر کمی برای ابتلا به اچ آی وی قرار دارند. (CDC, 2007)

عوامل پرخطر مربوط به ارتباط جنسی با جنس مخالف:

اغلب زنان از طریق ارتباط جنسی پرخطر با مردان به اچ آی وی مبتلا می‌شوند. ۸۱ درصد از زنان مبتلا به اچ آی وی/ایدز در سال ۲۰۰۵، زنان سیاه پوست و آمریکای لاتین هستند که از طریق ارتباط جنسی پرخطر با مردان به اچ آی وی مبتلا شده‌اند. از جمله مواردی که زنان را در معرض خطر ابتلا به ایدز قرار می‌دهد می‌توان به عدم آگاهی در مورد اچ آی وی، نداشتن اطلاعات و آگاهی کافی در مورد خطرات بیماری ایدز، مصرف مواد یا الکل و تفاسیر متفاوت از ارتباط جنسی سالم و عدم آگاهی از ارتباط جنسی محافظت شده و کاندوم اشاره کرد. همچنین نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد تعدادی از زنان ممکن است در مورد استفاده از کاندوم اصراری نداشته باشند زیرا آنها می‌ترسند که مورد سوء استفاده جنسی شریک خود قرار گرفته یا اینکه شریک جنسی آنها را طرد کند. چنین نابرابری جنسی یک مسئله اصلی در روابط بین زنان جوان و مردان مسنتر است. نتایج مطالعه‌ای که در مرکز کنترل بیماری (CDC) از دبیرستانهای شهری در ایالات متحده انجام شد نشان داد بیش از یک سوم از زنان سیاه پوست و آمریکای لاتین اولین ارتباط جنسی خود را با مردی داشته‌اند که مسن تر (۳ سال یا بیشتر) از خودشان بوده است. این زنان جوان، در مقایسه با هم‌تایانی که شرکای جنسی شان تقریباً با آنها همسن بودند یعنی در اولین ارتباط جنسی جوانتر بوده‌اند، احتمال استفاده از کاندوم در طول ارتباط جنسی اولیه و جدیدترین ارتباط جنسی و نیز احتمال استفاده از کاندوم به صورت مستمر را کمتر گزارش کردند (CDC, 2007).

آسیب پذیری زیست شناختی و بیماری‌های مقاربتی

احتمال ابتلا به اچ آی وی از طریق ارتباط جنسی به طور قابل توجهی در یک زن نسبت به مرد بیشتر است. همچنین، ابتلا به بیماریهای مقاربتی به طور قابل توجهی احتمال ابتلا یا انتقال عفونت اچ آی وی را افزایش می‌دهد. میزان شیوع ابتلا به بیماریهای مقاربتی در میان زنان سیاه پوست و زنان آمریکای لاتین بیشتر از زنان سفید پوست است. میزان ابتلا به بیماریهای مقاربتی، به خصوص در سنین کمتر (۱۵ تا ۲۴ سال) بیشتر مشهود است (International Council of AIDS Service Organizations, 2007).

سوء مصرف مواد:

بر اساس مطالعات، ابتلاء یک نفر از هر ۵ زن مبتلا به ایدز با مصرف تزریقی مواد مرتبط است. اشتراک وسایل تزریق آلوده به ویروس اچ آی وی تنها خطر مرتبط با مصرف مواد نیست. زنانی که مصرف کننده کراک یا دیگر مواد غیر تزریقی هستند در صورتی که به خاطر مواد تن فروشی کنند نیز می‌توانند در معرض خطر بالای انتقال

اچ آی وی از طریق ارتباط جنسی باشند. هم چنین مصرف کنندگان تفننی و دائم مواد احتمال درگیر شدنشان در رفتارهای پرخطر مانند ارتباط جنسی محافظت نشده زمانی که تحت تأثیر مواد یا الکل هستند، زیاد است (CDC, 2007).

مشکلات اجتماعی اقتصادی:

تقریباً یک نفر از هر چهار نفر زن آمریکایی آفریقایی تبار و یک نفر از هر پنج زن آمریکای لاتین در فقر زندگی می‌کنند. مسائل اجتماعی اقتصادی مرتبط با فقر شامل: دسترسی محدود به مراقبتهای بهداشتی با کیفیت بالا، ارتباط جنسی به خاطر بدست آوردن مواد، پول یا برآورده کردن نیازهای دیگر و میزان مصرف بیشتر مواد می‌تواند به طور مستقیم یا غیر مستقیم عوامل خطرزای اچ آی وی را افزایش دهد. یک مطالعه در مورد انتقال اچ آی وی در میان زنان سیاه پوست در کارولینای ۲۸ شمالی نشان داد که زنان مبتلا به اچ آی وی به طور قابل توجهی بیش از سایر زنان، بیکار بوده اند، شرکای جنسی بیشتری داشته‌اند، مصرف کننده کراک کوکائین بوده اند، به خاطر پول، سرپناه یا مواد، روسپی‌گری می‌کرده اند و یا کمکهای دولتی دریافت می‌کرده اند (International Council of AIDS Service Organizations, 2007)

تفاوتهای نژادی/قومی

میزان تشخیص اچ آی وی و عوامل خطرزای ابتلا به این بیماری در زنان از نژادها و قومیت‌های مختلف متفاوت است، وضعیتی که باید در زمان ایجاد برنامه‌های پیشگیری مورد توجه قرار گیرد. به عنوان مثال اگرچه میزان برآورد سالیانه تشخیص اچ آی وی در زنان سیاه پوست به طور قابل توجهی از ۸۲/۷ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۱ به ۶۰/۲ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۵ کاهش یافته است، این میزان ۲۰ برابر میزان شیوع ابتلا به ایدز در زنان سفید پوست بوده است. به طور کلی میزان تشخیص اچ آی وی در زنان سیاه پوست و آمریکای لاتین از زنان سفید پوست، آسیایی و ساکنین جزایر اقیانوس آرام یا سرخ پوستان آمریکایی و زنان بومی آلاسکا خیلی بیشتر است. نسبت ابتلا زنان سیاه پوست به ایدز بیشتر از نسبت ابتلای مردان تمام قومیت ها و نژادها بجز مردان سیاه پوست است (UNAIDS, 2007).

عوامل خطر متعدد:

تعدادی از زنان مبتلا به اچ آی وی بیش از یک عامل خطر را گزارش دادند که بر هم پوشانی بین عوامل خطر در ابتلا به ایدز مانند تفاوت در روابط، استرس های اجتماعی اقتصادی، سوء مصرف مواد و مسائل روان شناختی

²⁸)Carolina

تأکید دارند. به عنوان مثال در کارولینای شمالی در بررسی ابتلا به اچ آی وی در زنان سیاه پوست، شرکت کنندگان اغلب گزارش دادند که دلایلشان برای رفتارهای پرخطر وابستگی مالی به شرکای جنسی مرد، احساس شکست ناپذیری، اعتماد بنفیس پایین به همراه نیاز به احساس مورد محبت قرار گرفتن توسط یک مرد و مصرف الکل و مواد بود (CDC, 2007).

تجارب برخی از کشورها در زمینه پیشگیری از ایدز در زنان در معرض خطر:

مؤسسه خیریه لاراس ۲۹، یک سازمان مردم نهاد در اندونزی است. از جمله خدمات این مؤسسه می توان به مداخلاتی که بر هم پوشانی بین مصرف تزریقی مواد و روسپیگری نظارت دارد، اشاره کرد. مؤسسه خیریه (LARAS) در کشور اندونزی مداخلاتی برای ارائه خدمات آموزشی و بهداشتی به زنان روسپی مصرف کننده مواد یا زنان روسپی در معرض خطر مصرف مواد انجام داده است. این مؤسسه خیریه به عنوان یک سازمان مردم نهاد (NGO)، در کشور اندونزی با پذیرش تقریباً ۵۰۰ روسپی خدماتی از قبیل ارائه کاندوم، سرنگ و سوزن بهداشتی و استریل در محیطی صمیمانه به آنان ارائه می دهد. هدف این مؤسسه این نیست که لزوماً مانع انجام روسپیگری در روسپیان شود، بلکه هدف ارائه آموزش های لازم در زمینه پیشگیری از رفتارهای پرخطر ایدز و آگاه سازی آنان می باشد. این مؤسسه خیریه هنوز در ابتدای راه است و درصدد جذب حمایت از دولت و اجرای قوانین رسمی، رسانه ها، جوامع محلی، NGO های بین المللی و خیرین است (Tanguay, 2006). این مؤسسه خدمات بهداشتی و آموزشی کاملی را تقریباً به ۵۰۰ نفر روسپی مصرف کننده مواد و افرادی که در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند ارائه می دهد. موفقیت این مؤسسه تا حدودی به دلیل مشارکت اغلب هم تیان- روسپی ها و زنان مصرف کننده مواد- در برنامه های مؤسسه می باشد. اکثریت ۵۰۰ رهجوی مؤسسه لاراس در ابتدا از طریق گروه سیار شناسایی شده و برای شرکت در برنامه ها ثبت نام کرده اند. در جایی که رهجویان، خدماتی در یک محیط صمیمانه از دیگر روسپی ها دریافت می کنند، علاوه بر تیم سیار، اطلاعات بهداشتی و آموزشی نیز توسط کارکنان هم تالی سالم هر هفته تقریباً به ۲۰۰ زن از طریق مراکز گذری با ارائه کاندوم و ابزار تزریق استریل برای افراد نیازمند به این وسایل ارائه می شود. جلسات بحث گروهی هر دو هفته

²⁹)LARAS

یکبار در مراکز گذری در بنتاج ۳۰ و ساماریندا ۳۱ برگزار می شود. آموزش و دیگر فعالیتهای اجتماعی در تقویت اعتماد بین همه افراد شرکت کننده در این برنامه کمک می کند.

اثر بخشی ارتباط ایجاد شده بین کارکنان و رهجویان در محیطی دوستانه و با مشارکت فعال در ایجاد انگیزه در زنان برای تغییر رفتارشان - نه لزوماً ترک روسپیگری بلکه یادگیری در مورد خطراتی که در معرض آن قرار دارند و چگونگی حفاظت از خودشان بسیار قابل توجه است. اگرچه این پروژه هنوز در ابتدای راه است، با جذب حمایت از دولت شامل مقامات رسمی، رسانه‌ها، اجتماعات محلی، سازمانهای مردم نهاد و خیریه های بین المللی اداره می شود، نیاز رو به رشدی را برای دیگر پروژه‌های تأثیر گذار در مورد زنان مصرف کننده مواد نشان می دهد (MAP,2005).

با وجودی که کمتر از ۵ درصد از مصرف کنندگان تزریقی مواد در آسیا که به خدمات و مراقبتهای پیشگیری از ایدز دسترسی دارند موقعیت هشدار دهنده است، چرا که هر زمان مسئله زنان مورد توجه قرار می گیرد این مسئله نمود بیشتری پیدا می کند. بر اساس نتایج پژوهش‌ها بیشترین انتقال اچ آی وی در آسیا از طریق تزریق مواد بوده است. از ۱۳ میلیون مصرف کننده تزریقی مواد در سرتاسر جهان در حدود یک چهارم این افراد در آسیا زندگی می کنند. گرچه تقریباً ۱۰ درصد از افراد مصرف کننده تزریقی مواد در آسیا زنان هستند، تعداد این زنان به طور یکنواخت با پیشرفتهایی در سیستم‌های پایشی در حال افزایش است. تحقیقات بیشتری ضرورت پیگیری نیازهای زنان وابسته به مواد و استفاده از مدل‌هایی مانند لاراس را نشان می دهند (MAP,2005).

برنامه منطقه‌ای اچ آی وی / ایدز آسیا (منطقه‌ایاچ آی وی) / ایدز آسیا برنامه (HAARP)

هدف طرح HAARP کاهش گسترش اچ آی وی مرتبط با مصرف مواد در میان مردان و زنان در جنوب شرقی آسیا و چین است. یکی از اصول اصلی این برنامه آگاهی و یکپارچه سازی جنسیتی، حمایت از اقدام و تغییر سیاستی است که نیازها و نقشهای مردان و زنان را درباره آسیب اچ آی وی مرتبط با مصرف مواد مطرح کند (HAARP,2010).

راهبرد ترکیب جنسیتی برنامه منطقه‌ای اچ آی وی / ایدز آسیا در ژوئن سال ۲۰۰۸ گسترش یافت. یک چک لیست جنسیتی به عنوان بخشی از راهبرد ترکیب جنسیتی گسترش یافت و سپس در سال ۲۰۰۹ زمانی که برنامه‌های همه کشورها به سمت اجرای طرح پیش رفت، مورد اصلاح قرار گرفت. چک لیست شامل توضیحات

³⁰)Bontang

³¹)Samarinda

مختلفی بود که جنبه‌های متفاوت یک برنامه باکیفیت پاسخگوی جنسیتی را توصیف می‌کرد. برنامه‌های کشوری می‌توانند از این چک لیست برای دستیابی به پیشرفت در جهت برنامه‌ریزی جامع بر اساس جنسیت و برای مردان و زنان مصرف کننده تزریقی مواد و شریکهای جنسی و همسران استفاده کنند. اجزای این برنامه عبارتند از: همکاری و مشارکت فعالانه در برنامه، ایجاد ظرفیت، برنامه‌ها و خدمات، کنترل و ارزیابی.

برنامه های میانمار و مؤسسه بین المللی ماری استاپس با دسترسی به همسران و شرکای جنسی سوء

مصرف کنندگان مواد

نتایج بررسی‌ها و پایش رفتاری اخیر در میانمار نشان داد که شرکای جنسی سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد نسبت به اچ آی وی آسیب پذیرند. این بررسی‌ها هم چنین نشان داد که در سه شهر ۳۲ از این کشور فقط ۱۰ درصد از مصرف کنندگان تزریقی مواد دارای تنها یک شریک جنسی ثابت، در آخرین ارتباط جنسی خوداز کاندوم استفاده کرده بودند. در حالیکه مصرف کنندگان تزریقی مواد که بصورت تصادفی شرکای جنسی خود را بر می‌گزیدند، بیشتر از کاندوم استفاده می‌کردند. زمانی که در مورد دلیل اصلی عدم استفاده از کاندوم با شرکای جنسی ثابت از آنها سؤال شد یکی از متداول ترین دلایل این بود که آنها احساس میکردند که نیازی به استفاده از کاندوم نبود. در نهایت گزارش بررسی‌ها و پایش رفتاری نشان داد که آنها توجهی به اهمیت استفاده از کاندوم برای پیشگیری از خطر انتقال بیماری به شرکای جنسی‌شان در صورتی که خود قبلاً آلوده شده بودند، نداشتند.

برنامه کشوری میانمار در میان برنامه‌های منطقه‌ای اچ آی وی / ایدز آسیا منحصر به فرد است چون آنها نه تنها به مصرف کنندگان مواد بلکه به همسران و شرکای جنسی‌شان نیز دسترسی دارند. در شش ماه اول سال ۲۰۰۹، ۵۱۴ زوج یا شرکای جنسی مصرف کننده مواد تحت پوشش خدمات برنامه کشوری میانمار قرار گرفتند.

از جمله خدمات ارائه شده به این افراد به قرار ذیل است:

خدمات مراقبتهای اولیه بهداشتی که توسط یک پرستار ارائه می‌شود.

ارجاع به دیگر مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی مرتبط در مناطق بومی و محلی از قبیل مؤسسات همکار برای آزمایش و مشاوره داوطلبانه (VCT)، خدمات مرتبط با سلامت در روابط جنسی و باروری شامل تشخیص و

³²Yangon, Mandalay and Myitkyina

درمان بیماریهای مقاربتی، درمان نگهدارنده با متادون، پیشگیری ثالثیه و درمان به منظور جلوگیری از پیشرفت بیماری، تشخیص و درمان بیماری سل. مراقبت در منزل (شامل گروه سیار برای مراقبتهای اولیه بهداشتی و درمانی برای افرادی که از حضور در مراکز گذری ناتوانند) نیز فراهم می‌شود.

حمایت های روانی ، اجتماعی و مشاوره

برنامه کشوری میانمار با سازمان مردم نهاد بین المللی ماری استاپس ۳۳ که اغلب برنامه هایش بر روی سلامت جنسی و باروری متمرکز است، همکاری می‌کند. از طریق این همکاری برنامه کشوری میانمار قادر خواهد بود که خدمات گسترده‌ای مخصوص زنان در راستای پاسخگویی به نیازهای خاص آنها فراهم کند. برخی از خدمات ارائه شده از سوی مؤسسه بین المللی ماری استاپس به قرار ذیل است :

ارائه خدمات مرتبط با سلامت جنسی و باروری برای مصرف کنندگان مواد و شرکای جنسی شان، کاهش خطر انتقال اچ آی وی از طریق ارتباط جنسی سالم در میان مصرف کنندگان مواد به وسیله ارتقاء رفتارهای جنسی سالم‌تر و موارد جستجوی درمان مناسب برای بیماریهای مقاربتی و بهبود دستیابی به ابزار پیشرفته پیشگیری از بارداری در میان مصرف کنندگان مواد و شرکای جنسی شان و مردان و زنان در جوامع (ICASO,2007).

برنامه کشوری کامبوج:

کامبوج بالاترین میزان شیوع اچ آی وی را در میان کشورهای جنوب شرقی آسیا به خود اختصاص داده است و این مورد عمدتاً به دلیل ارتباط جنسی محافظت نشده با روسپی‌ها بود. اجرای موفقیت آمیز استفاده از برنامه کاندوم به صورت ۱۰۰ درصد در کامبوج به نظر می‌رسد تا حد زیادی از میزان شیوع اچ آی وی در این کشور کاسته است. بطوری که میزان شیوع اچ آی وی از ۳/۲ درصد در سال ۱۹۹۹ به ۲/۶ درصد در سال ۲۰۰۲، ۱/۹ درصد در سال ۲۰۰۳ و ۰/۹ درصد در سال ۲۰۰۶ کاهش یافته است. بیشتر مبتلایان به ایدز در این کشور از راه جنسی مبتلا شده اند. بالاترین شیوع بیماری ایدز در این کشور به روسپیها و مردانی که با هم جنس ارتباط جنسی دارند و جمعیت مصرف کننده تزریقی مواد اختصاص دارد.

یک بررسی در سال ۲۰۰۵، رفتارهای پرخطر جنسی قابل توجهی در میان مصرف کنندگان مواد و روسپی‌ها

³³) Marie Stopes

با تعاملات بین این دو گروه نشان داد. ۲۰ درصد از مصرف کنندگان مواد (شامل مصرف کنندگان تزریقی مواد) در یک مرکز در فنوم پن ۳۴ به عنوان روسپی شناسایی شدند، در حالی که در پوپی ۳۵ این میزان ۵۲ درصد بود (PSI, 2006). در سال ۲۰۰۶، یک بررسی در میان روسپیها در فنوم پن و سیم ریپ ۳۶ نشان داد که ۷ درصد از زنان در این مطالعه تاکنون مصرف تزریقی مواد داشته‌اند (O'Connell, 2005). در سال ۲۰۰۷ ارزیابی خطر موجود در میان ۱۵۲ مصرف کننده تزریقی مواد در برنامه محلی سوزن و سرنگ در کارسنگ ۳۷ نشان داد که همه این افراد تن فروشی داشته‌اند و اکثر این افراد گزارش کردند که هرگز از کاندوم در ارتباط جنسی استفاده نکرده‌اند. حدود ۶۰ درصد از این زنان گزارش کردند که با روسپیها ارتباط جنسی داشته‌اند (Walsh, 2009).

مؤسسه بین المللی سلامت خانواده ۳۸ از جمله مؤسساتی است که تجربه زیادی در رابطه با ارائه خدمات به مراجعه کنندگان، هم روسپی ها و هم مردان همجنس باز، در کامبوج دارد. مصرف کنندگان مواد قادر خواهند بود تا به خدمات برنامه سوزن و سرنگ استریل، ارائه کاندوم، مشاوره و خدمات تغذیه‌ای و مراقبتهای اولیه بهداشتی و درمانی از طریق این خدمات دسترسی داشته باشند.

مؤسسه بین المللی سلامت خانواده توجه خاصی را به کاهش شیوع اچ آی وی در کامبوج و نیازهای گروه آسیب پذیر نشان می‌دهد. علاوه بر گسترش خدمات جدید برای روسپیها و مردان دارای ارتباط جنسی با همجنس که مصرف کننده مواد هستند، مؤسسه بین المللی سلامت خانواده قصد دارد که بر روی ارتباطهای موجود با این گروه‌ها که حتی دسترسی به آنها دشوار است سرمایه‌گذاری کند.

خدماتی که پاسخگوی نیازهای گروههای آسیب پذیر است و دوستانه، محرمانه، مشخص و موجود و دست یافتنی‌ترند و فراهم کننده برنامه سوزن و سرنگ استریل و دیگر خدمات برای مصرف کنندگان مواد است که در نهایت این خدمات به تغییراتی در رفتارهای پرخطر در دو گروه مردان دارای ارتباط جنسی با همجنس و روسپی ها منتج می‌شود (ICASO, 2007).

برنامه‌های پیشگیری از ایدز در زنان در معرض خطر در ایالات متحده :

در ایالات متحده، تعداد ابتلا سالیانه به اچ آی وی از بیش از ۱۵۰۰۰۰ مورد در طول اواسط دهه ۱۹۸۰ کاهش یافته است و از اواخر دهه ۱۹۹۰ در تقریباً ۴۰۰۰۰ مورد ثابت مانده است. مردم از اقلیت نژادی/

³⁴) Phnom Penh

³⁵) Poipet

³⁶) Siem Reap

³⁷) Korsang

³⁸) FHI (Family Health International)

قومی به طور نامتناسب به وسیله شیوع اچ آی وی متأثر شده‌اند. برای کاهش بیشتر شیوع اچ آی وی، مرکز کنترل بیماری(CDC)، یک برنامه پیشگیری پیشرفته را در سال ۲۰۰۳ اعلام کرد.

این برنامه شامل چهار راهبرد بود:

آزمایش اچ آی وی به عنوان یک بخش از مراقبتهای پزشکی،

اجرای مدل‌های جدید برای تشخیص ابتلا به اچ آی وی در خارج از مراکز پزشکی،

ممانعت از کارکردن افراد تازه مبتلا شده به اچ آی وی با افراد مبتلا به اچ آی وی و شرکای جنسی شان و کاهش بیشتر انتقال اچ آی وی قبل از تولد

در ایالات متحده، زنان به خصوص زنان رنگین پوست در خطر ابتلا به اچ آی وی قرار دارند. مرکز کنترل بیماری(CDC) از طریق اداره خدمات انسانی و سلامت برنامه ایدز ویژه اقلیت، در جستجوی راههایی برای کاهش نابرابری در جوامع دارای اقلیت نژادی/قومی هستند که این افراد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اچ آی وی قرار دارند. مرکز کنترل بیماری(CDC) هم چنین طرحهایی را اجرا می‌کند که گروههای اجتماعی زنان برای دستیابی به افراد پرخطر در جوامع رنگین پوست مورد استفاده قرار می‌گیرند، این مرکز هم چنین برنامه‌هایی مربوط به تیم سیار و آزمایش برای شرکای مردان مبتلا به اچ آی وی فراهم می‌کند. به علاوه مرکز کنترل بیماری(CDC) تأثیر بهم پیوستن موارد مرتبط با فرهنگ و جنسیت با مداخلات رایج را مورد شناسایی قرار می‌دهد.

برنامه‌های پیشگیری مرکز کنترل بیماری(CDC) در ایالت و ادارات سلامت محلی و سازمانهای اجتماع مدار سرمایه گذاری می‌شود. موارد زیر نمونه هایی از آن هستند.

در استان ایلینوی ۳۹ در ایالات متحده آمریکا، شبکه سلامت اجتماعی که بزرگترین شبکه مراکز سلامت اجتماعی در کشور است برای انجام مشاوره، آزمایش و ارجاع به مراکز سلامت در شیکاگو با بیشترین میزان تشخیص اچ آی وی و برای یک برنامه آموزشی مهارتهای اجتماعی با هدف کاهش رفتارهای پرخطر جنسی اچ آی وی در میان زنان آمریکایی آفریقایی تبار در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی سرمایه دریافت می‌کنند. در ماساچوست مؤسسه خدمات سلامت و بازتوانی CAB برای موارد زیر بودجه دریافت کرده و خدمات خود را ارائه می‌دهد:

✓ آموزش در راستای آگاهی از بیماری ایدز و خطرات ابتلا و انتقال آن

✓ مشاوره به گروه های در معرض خطر

- ✓ کاهش آسیب به منظور کاهش اچ آی وی از قبیل آموزش رفتارهای جنسی سالم و استفاده از کاندوم و برای زنان تزریقی استفاده از سوزن و سرنگ استریل
 - ✓ آموزش رفتارهای پیشگیرانه از بیماری هایی چون ایدز
 - ✓ ارائه برنامه ها و خدمات پیشگیری از اچ آی وی برای به کارگیری زنان و شرکای جنسی شان که در معرض ریسک بالای ابتلا به اچ آی وی قرار دارند، آنهایی که بی خانمان هستند و در سرپناه های خانوادگی زندگی می کنند یا از طریق تیم سیار خیابانی شناسایی شده اند.
- در نیویورک نیز شبکه مراقبت بهداشتی خدمات پیشگیری را از طریق مشاوره، مشاوره خطرات فراگیر و ارجاع و مداخلات طرح پیشگیری از ایدز برای زنان آمریکایی آفریقایی و آمریکای لاتین فراهم می کند.
- (CDC, 2007)

برنامه های پیشگیری از ایدز در زنان در معرض خطر در کشور اندونزی :

تا سال ۱۹۹۹ شیوع ایدز در اندونزی حتی در میان گروههای بسیار آسیب پذیر پایین بود. در اواسط دهه ۱۹۹۰، مصرف تزریقی مواد در اندونزی افزایش یافت که منجر به افزایش انتقال اچ آی وی از طریق اشتراک سوزن و سرنگ و نیز به صورت غیر مستقیم از طریق ارتباط جنسی شد. تا سال ۲۰۰۱ تعداد افرادی که با اچ آی وی در اندونزی زندگی می کردند ۹۳۰۰۰ نفر برآورد شد و تا سال ۲۰۰۷ این تعداد به ۲۷۰۰۰۰ نفر رسید. مصرف کنندگان تزریقی مواد اکثریت افراد مبتلا به اچ آی وی را تشکیل می دهند و بررسی ها و پایش زیست شناختی از مصرف کنندگان تزریقی مواد مشخص کرد که نیمی از مصرف کنندگان تزریقی مواد به اچ آی وی مبتلا هستند. پایش رفتاری مصرف کنندگان تزریقی مواد (اغلب مردان) در اندونزی نشان داد که میزان به اشتراک گذاشتن وسایل تزریق به طور قابل توجهی در سراسر کشور متفاوت است: بررسی هایی که در سال ۲۰۰۷ انجام شد نشان داد که میزان به اشتراک گذاشتن از ۹ درصد در سمارانگ ۴۰ تا ۶۳ درصد در جاکارتا متغیر است. طرح راهبردی ملی اندونزی (۲۰۰۷ تا ۲۰۱۰) افزایش تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد به خصوص در شهرهایی در جزیره جاوه ۴۱ و تعدادی از ایالات خارج از جاوه را به عنوان یک عامل مهم برای

⁴⁰) Semarang

⁴¹) Java

نظارت بر اچ آی وی مشخص کرد و درصدد برآمد تا با اجرای برنامه هایی، گامی در راستای پیشگیری از ابتلا به ایدز در مصرف کنندگان تزریقی بردارد (depkes, kPa, Fhi,2009).

کاهش آسیب بخشی از سیاست واکنش به اچ آی وی به خصوص در شهرهای جاوه و دیگر شهرهای بزرگ کشور اندونزی است. کاهش آسیب به برنامه‌هایی اشاره دارد که آسیبهای مرتبط با مصرف مواد را کاهش می‌دهد و شامل ارائه خدماتی از قبیل برنامه‌های توزیع سوزن، کاندوم برای مصرف کنندگان تزریقی مواد و همتایان جنسی‌شان، خدمات سیار برای آموزش و کاهش خطر و درمان جایگزین مواد مخدر می باشد. هرچند ارائه خدمات مراکز کاهش آسیب کشور اندونزی به موارد مذکور محدود نمی‌شود.

انجمن ملی ایدز اندونزی اعلام کرد که به داده‌های محلی و بومی بیشتری برای سیاستگذاری، برنامه ریزی اجرای برنامه‌ها و سیاستهای ملی و محلی و بومی نیاز دارد. بیشتر اطلاعاتی که زمینه انتقال و پیشگیری از اچ آی وی در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد شناخته شده است از نتایج تحقیق و پژوهش در کشورهای غربی بدست آمده است. اما فضای اندونزی با کشورهای غربی متفاوت است. اطلاعات کمی در زمینه آسیب پذیری به اچ آی وی در میان زنان مصرف کننده تزریقی مواد در اندونزی وجود دارد. تحقیق بین المللی در مورد خطرات اچ آی وی دریافت که تجربه زنانی که مصرف تزریقی مواد دارند با مردان مصرف کننده تزریقی مواد متفاوت است، بنابراین انجام تحقیقات مبتنی بر جنسیت در این مورد ضروری است.

به عنوان مثال تحقیقی که توسط دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ انجام شد نشان داد که زنانی که مصرف کننده تزریقی مواد هستند انگ های شدید اجتماعی را تجربه می‌کنند اولاً به دلیل اینکه آنها هنجارهای اجتماعی علیه تزریق مواد را نقض می‌کنند و دوم اینکه مصرف مواد آنها نقض انتظاراتی است که آنها باید در مورد نقشهای سنتی به عنوان مادر، همسر یا دختر انجام دهند. زنانی که مصرف کننده تزریقی مواد هستند احتمال اینکه به خاطر مواد، پول یا دیگر موارد، درگیر ارتباط جنسی شوند، در معرض تن دادن به خشونت شرکای جنسی، تجربه تجاوز جنسی و مراقبت از کودکان قرار بگیرند، بیشتر از مردان تزریقی است. زنان ظرفیت کمتری نسبت به مردان برای گفتگو و چانه زنی در مورد ارتباط جنسی سالم یا شیوه‌های تزریق دارند. این تفاوت‌های جنسیتی به طور کلی با موقعیت پایین تر اجتماعی و عدم قدرت زنان در مقابل مردان نسبت داده می‌شود. مطالعات و تحقیقات نشان داد که کمتر از ۱۰ درصد از مصرف کنندگان تزریقی مواد در اندونزی زنان هستند. با این وجود میزان اچ آی وی در میان زنان مصرف کننده تزریقی (۵۶ درصد) بیشتر از مردان مصرف کننده تزریقی (۵۲ درصد) می‌باشد (depkes, kPa, Fhi,2009).

در این راستا یک مطالعه عمیق در میان زنانی که مصرف تزریقی مواد داشتند در جاوه مرکزی انجام شد. هدف این مطالعه توصیف عواملی بود که با خطر اچ‌ای وی برای زنان مصرف‌کننده تزریقی در این منطقه ارتباط داشت. این مطالعه به عوامل اجتماعی مرتبط با انتقال اچ‌ای وی/ایدز به ویژه در رابطه با اشتراک گذاردن وسایل تزریق و ارتباط جنسی بدون استفاده از کاندوم و عواملی که مانع از دسترسی زنان به خدمات حمایتی و سلامتی می‌شود، نیز اشاره دارد.

منطقه جغرافیایی این مطالعه، محدود به سه شهر کوچک ۴۲ (دارای جمعیت ۲۰۰۰۰۰ تا ۶۰۰۰۰۰ نفر) در جاوه مرکزی بود. هرچند اندونزی یک کشور مسلمان است اما از نظر نژادی دارای بیش از ۳۰۰ گروه فرهنگی متفاوت می‌باشد. جاوه، جزیره بزرگ اندونزی بیش از ۴۵ درصد از جمعیت اندونزی را در خود جای داده است. نتایج این مطالعه نشان داد اچ‌ای وی یک مسئله قابل توجه در اندونزی است که عمدتاً در اثر مصرف تزریقی مواد حاصل می‌شود. اکثریت افراد مصرف‌کننده تزریقی مواد در اندونزی مردان هستند. با این وجود، تجربه بین المللی مشخص می‌کند که تجربه زنان مصرف‌کننده تزریقی مواد با مردان متفاوت است و در این زمینه پرداختن به راهکارهای اجرایی مربوط به جنسیت ضروری می‌باشد (depkes, kPa, Fhi,2009).

برنامه های پیشگیری از ایدز در زنان در معرض خطر در کشور کانادا

در طول زمان نسبت سالانه نتایج اچ‌ای وی مثبت در میان زنان بزرگسال و جوان کانادایی مرتبط با سوء مصرف تزریقی مواد تغییرات مختلفی داشته است. از سال ۱۹۹۶ تقریباً یک سوم تا نیمی از گزارشات اچ‌ای وی در میان زنان، مربوط به مصرف تزریقی مواد بوده است. قبل از سال ۱۹۹۵، ۳۷ درصد از زنان مبتلا به بیماری ایدز ناشی از مصرف تزریقی مواد به این بیماری مبتلا شدند. در حالی که در سال ۱۹۹۹ این نسبت به بالاترین سطح رسید و به ۴۸ درصد افزایش یافت. در سال ۲۰۰۳ نسبت آزمایشهای اچ‌ای وی مثبت در میان زنان بزرگسال مرتبط با مصرف تزریقی مواد به ۲۶/۷ درصد کاهش یافت و سپس در سال ۲۰۰۵ بتدریج با کمی افزایش به ۳۴/۹ درصد رسید. در اونتاریو میزان شیوع کلی اچ‌ای وی در میان ۵۳۷ نفر (۱۲۵ زن و ۴۰۳ مرد) مصرف‌کننده تزریقی مواد ۶/۷ درصد بود و درصد شیوع در میان زنان مورد مطالعه ۹/۶ درصد و در میان مردان ۶ درصد گزارش گردید (Millson&et al., 2004).

به اشتراک گذاشتن وسایل تزریق شامل: سوزن، سرنگ و ... به همراه تداوم تقاضای تأمین نشده برای دسترسی به متادون درمانی به عنوان مسأله مهم خطر ابتلا به اچ‌ای وی باقی مانده است. داشتن شریک جنسی مصرف

⁴²)Yogyakarta, Surakarta (colloquially Solo)and Salatiga

کننده تزریقی و یادداشتن شریک جنسی کارتن خواب و خیابانی با خطر ابتلا به اچ آی وی در زنان مرتبط است (Millson & et al, 2003).

مصرف غیر تزریقی مواد و الکل بر خطر ابتلا به اچ آی وی تأثیر می‌گذارد. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد که اچ آی وی می‌تواند از طریق به اشتراک گذاردن وسایل سیگار کشیدن انتقال یابد و مصرف الکل می‌تواند احتمال درگیر شدن زنان در ارتباط جنسی محافظت شده را کاهش دهد. مسائل جنسیتی شامل خشونت علیه زنان، عدم برابری اجتماعی و اقتصادی و هم چنین آسیب پذیری زیست شناختی زنان نسبت به اچ آی وی خطر فردی زنان را افزایش می‌دهد.

تلاشهایی برای پیشگیری از اچ آی وی در میان زنان مصرف کننده تزریقی مواد صورت گرفته است. فضای اجتماعی - اقتصادی که زنان در آن زندگی می‌کنند می‌تواند تأثیری قوی بر رفتارهای پرخطر فردی آنها داشته باشد. مداخلات خاص، اغلب در مورد زنان سوء مصرف کننده مواد بر اصول کاهش آسیب از قبیل تبادل سوزن و سرنگ متمرکز است. دایر کردن خدمات سیار برای ایجاد مداخلات و ارائه خدمات مراقبتی و بهداشتی در جهت سهولت دسترسی به خدمات برای آن دسته از سوء مصرف کنندگان مواد که دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای آنها دشوار است مورد نیاز می باشد. براساس مطالعات، زنان زندانی که مصرف کننده تزریقی مواد هستند در دسترسی به برنامه‌های کاهش آسیب، آزمایش اچ آی وی، مشاوره و به طور کلی خدمات مراقبتی با مشکلاتی مواجهند. گرایشهای مختلفی در مورد الگوهای مصرف دوباره سوزن و سرنگ و استفاده از کاندوم در میان مردان و زنان مصرف کننده تزریقی مواد در بررسی اتاوا⁴³ یافت شد که نشان می‌دهد که جنسیت باید در برنامه‌های پیشگیری از اچ آی وی مورد توجه قرار گیرد.

در نهایت از دستاوردهای مطالعات و برنامه های پیشگیری از ایدز در کشور کانادا برخی از راهکارهایی اجرایی استنباط می شود که برای اجرا در کشورهای دیگر پیشنهاد می گردد:

۱. خدمات پیشگیری از ایدز شامل انگ زدایی، مبتنی بر جنسیت برای سوء مصرف کنندگان مواد ارائه شود و در صورت امکان سوء مصرف کنندگان مواد را در طراحی، اجرا و ارزیابی فرایندهای پیشگیری درگیر کنید.
۲. برنامه آموزشی اچ آی وی و آموزش مواد را برای متخصصان مراقبتهای بهداشتی و مشاوران فراهم کنید.
۳. تأثیر انواع مصرف مواد و الکل را بر رفتارهای پرخطر اچ آی وی بررسی کنید.
۴. اشتراک و قرض دادن وسایل تزریق مصرف مواد، با توجه به تفاوت جنسیتی باید مورد توجه قرار گیرد.

⁴³Ottawa

۵. بین سازمانهای فراهم کننده خدمات برای ایدز، مراکز درمان وابستگی به مواد و گروههای اجتماعی (کاهش آسیب، مراکز زنان و ترک اعتیاد) مشارکت فعالانه ایجاد کنید.
۶. از رویکردهای کاهش آسیب در پیشگیری از اچ آی وی برای مصرف کنندگان مواد (برنامه تبادل سوزنو سرنگ ، خدمات تزریق سالم تر، نگهداری با متادون و توزیع کاندوم) حمایت کنید.
۷. از ایجاد مراکز در دسترس تست اچ آی وی محرمانه، حمایت کنید.
۸. برنامه‌های پیشگیری از ایدز مبتنی بر جنسیت و متناسب با خرده فرهنگ مصرف کنندگان مواد ایجاد کنید.
۹. آگاهی عمومی را در مورد ارتباط بین ارتباط جنسی سالم تر، مصرف مواد و پیشگیری از اچ آی وی بهبود ببخشید.

۱۰. نیازهای مصرف مواد و پیشگیری از اچ آی وی در زنان را در جوامع شهری و روستایی مورد بررسی قرار دهید (Millson & et al , 2003).

برنامه پیشگیری از ایدز در زنان در معرض خطر در استرالیا:

برای پاسخگویی به این مسائل، استرالیا در حال کار کردن در کشورهای منطقه اقیانوس آرام بر روی برنامه‌هایی برای بهبود دست یابی زنان و دختران به آموزش، پیشگیری حمایتی و خدمات درمانی و اصلاح خشونت علیه زنان می باشد.

همه طرحهای ایدز در استرالیا مسئله جنسیت را در طراحی، اجرا و نظارت خود مورد توجه قرار می‌دهند. به طور کلی استرالیا در منطقه اقیانوس آرام از آموزش معلمان، پزشکان و پرستاران در مورد مشاوره بیماریهای مقاربتی/ اچ آی وی و تهیه خدمات سلامت ارتباط جنسی و باروری حمایت می‌کند. استرالیا هم چنین از مرکز بحران زنان فیجی^{۴۴}، از دیگر سازمانها در منطقه اقیانوس آرام ، از طریق برنامه آموزشی منطقه‌ای خود حمایت می‌کند. در آسیا، سرمایه‌گذاریهای استرالیا، به مؤسسات محلی برای فراهم کردن خدمات برای زنان روسپی و برنامه‌های آموزشی ارتباط جنسی سالم برای مردان کمک می‌کند. در چین، استرالیا از برنامه‌های آگاهی در مورد اچ آی وی/ ایدز و پیشگیری در مراکز بازداشت و زندانها برای زنان حمایت می‌کند (HAARP,2010).

برنامه های پیشگیری از ایدز در زنان در معرض خطر در کشور اوکراین :

در پاسخ به شکاف موجود در خدمات کاهش آسیب برای زنان وابسته به سوء مصرف مواد، برنامه بین‌المللی گسترش کاهش آسیب مؤسسه جامعه باز، با حمایت مؤسسه بین المللی توسعه کانادا، هزینه‌های کمی به

⁴⁴)Fiji

طرح‌های کاهش آسیب اوکراین برای اجرای برنامه‌های کاهش آسیب مبتنی بر جنسیت اختصاص داد. برخی از این هزینه‌ها نیز توسط جمعی از خیرین تقبل می‌شد. این هزینه‌ها علاوه بر گسترش برنامه‌های جدید و ویژه برای زنان، برای گسترش تدریجی فعالیت و عملکرد سازمانها تخصیص داده می‌شود. بین ماه می تا جولای ۲۰۰۸، شش برنامه کاهش آسیب پاسخگوی جنسیت در مناطق مختلف اوکراین شروع به کار کردند. میزان هزینه‌ها از ۸۰۰۰ تا ۲۴۰۰۰ دلار آمریکا متفاوت بود. طرحها از تنوعی از رویکردها شامل حمایت و کار و نیز خدمات مستقیم استفاده می‌کردند. موارد زیر نکات کلیدی طرحها بودند (Open Society Institute, 2010).

سلامت جنسی و باروری:

خدماتی در زمینه سلامت جنسی و باروری از سوی مراکز کاهش آسیب اوکراین به زنان وابسته به سوء مصرف مواد ارائه می‌شود. این مراکز به جزء آزمایشهای سیار اچ‌آی وی و بیماریهای مقاربتی، اطلاعاتی در زمینه جنسیت، مشاوره و حمایت و مدیریت موردی برای بهبود پیگیری و وابستگی به درمان ارائه می‌دهند و سلامت جنسی و باروری، اچ‌آی وی/ایدز و خدمات درمان مواد را باهم مرتبط می‌کنند. همچنین مراکز کاهش آسیب در اوکراین توجه خاصی بر زنان باردار و والدین مصرف کننده مواد، جهت سهولت در دسترسی به درمان جایگزین دارند.

حفاظت خانوادگی و والدینی:

طرحهای زیادی در اوکراین برای حفاظت از خانواده و نقش مادری زنان در خانواده مورد توجه قرار گرفته است که در این طرحها به حمایت اجتماعی و پزشکی برای بهبود سلامت مادر و کودک، افزایش دسترسی به حمایت اجتماعی و پزشکی، بهبود مهارتهای والدینی، کمک به زنان در نگهداری کودکانشان و توانمند ساختن زنان برای تصمیم گیری آزاد، آگاهانه در مورد بارداری پرداخته شده است. (Open Society Institute, 2010)

حمایت قانونی و اجتماعی:

از دیگر طرح‌های اجرایی در اوکراین می‌توان به طرح‌هایی اشاره کرد که بر کمک‌های حقوقی و حمایت اجتماعی تمرکز دارد که برای زنان مصرف کننده وکیل و مشاوره حقوقی رایگان فراهم می‌کند. این طرح از طریق فراهم کردن سرپناه به مراجعان بی‌خانمان خود کمک می‌کند و در سطح شهر با سرمایه گذاری مسکن و ساختن سرپناه برای زنان وابسته به سوء مصرف مواد فعالیت می‌کند. اغلب این طرحها در اوکراین، انواعی از کمک‌های حقوقی را فراهم می‌کنند، کمکهایی که در جهت پیدا کردن گذرنامه گم شده، مسکن یا نگهداری کودکان و دستیابی به مراقبتهای پزشکی و امتیازات اجتماعی می‌باشد.

توانمندسازی:

تمامی طرح‌هایی اجرایی در کشور اوکراین به منظور ارائه خدمات به زنان وابسته به سوء مصرف مواد در راستای ایجاد حس اجتماعی در مراجعه‌کنندگان است. این طرح‌های اجرایی به گونه‌ای طراحی شده که زنان یا فرصتی برای زنان برای جمع شدن در کنار یکدیگر، حمایت از یکدیگر و دریافت کمک اختصاص می‌دهند. برخی از برنامه‌ها مهارت‌های رهبری را ترویج می‌دهند و زنان را در پشتیبانی، مشاوره هم‌تا یا کار مطبوعاتی درگیر می‌کنند. دیگر برنامه‌ها که به زنان در مورد سلامت و حقوق‌شان آموزش می‌دهند، آنها را برای حفاظت از خودشان و تصمیم‌گیری‌های آگاهانه‌تر توانمند می‌سازد. سرانجام، برنامه‌ها از حمایت‌های روان‌شناختی، هم‌تا و اجتماعی در کمک به زنان برای غلبه بر تجربه‌های آسیب‌زا، انگ درونی و مسائل اجتماعی که مراقبت از خود را برایشان دشوارتر می‌سازد، استفاده می‌کنند.

شبکه‌های ارجاع و فراهم‌کننده خدمات:

طرح‌هایی در اوکراین به منظور تقویت سیستمها و شبکه‌های ارجاع مطمئن و آموزش به ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز کاهش آسیب ارائه شده است. این طرحها در راستای تقویت سیستمها و شبکه‌های ارجاع مطمئن، خدمات‌دهندگان آموزش دیده به منظور ارائه مراقبت‌های هماهنگ شده و کاهش موانعی که زنان نیازمند به خدمات متعدد با آنها روبرو هستند، فعالیت می‌کنند. مسئولین این طرحها، با افراد و سازمانهای مرتبط با زنان وابسته به سوء مصرف مواد ارتباط برقرار نموده و قدرت تحمل و درک را در میان این زنان تقویت می‌کنند. آنها در جهت برقراری رابطه میان مراجعان و فراهم‌کنندگان خدمات و ایجاد پل بر شکافهای خدماتی موجود، عمل کرده و به مراجعین در راستای غلبه بر موانع اداری کمک می‌کند (Open Society Institute, 2010).

تجربه مستند شده شش برنامه در اوکراین نشان می‌دهد که تعدیل کمی بر روی خدمات موجود فعلی می‌تواند تأثیرات مثبت قابل توجهی بر کیفیت مراقبتهای در دسترس برای زنان مصرف‌کننده مواد داشته باشد. این گزارش که بر این طرحهای مؤفق تأکید دارد، تأثیر برنامه‌های مبتنی بر جنسیت را در کاهش آسیب بر روی مراجعه‌کنندگان، سازمانها و مراقبتهای بهداشتی و سیستمهای حمایت اجتماعی توضیح می‌دهد. این طرحها برای همه خیرین، سیاستگذاران، مدیران برنامه و ارائه‌دهندگان خدماتی که در زمینه سلامت و حقوق زنان مصرف‌کننده مواد و کودکانشان ذینفع هستند، طراحی شده‌اند.

در مورد طرح‌های اجرایی در زمینه ارائه خدمات به زنان وابسته به سوء مصرف مواد و تقویت مراکز کاهش آسیب در کشور اوکراین در حالی که این طرحها، اجرای مؤثر در یک دوره کوتاه و با سرمایه محدود را نشان

می‌دهند، توسعه یک سیستم مؤثر به منظور مراقبت از زنان وابسته به سوء مصرف مواد به همکاری و تعامل دولت، مسئولین بهداشت و فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، سازمانهای غیر دولتی و خیرین نیازمند است. در طول کمتر از دو سال، طرحهایی که در گزارش مرکز ایدز اوکراین شرح داده شد، برای گسترش اقدامات خود در جهت دربرگرفتن نیازهای خاص زنان وابسته به سوء مصرف مواد مدیریت شد. این برنامه‌ها که بیش از ۴۵۰۰ زن وابسته به سوء مصرف مواد، که اکثریت آنها مادر بودند را در طول دو سال در کشور اوکراین تحت پوشش قرارداد، ارائه دهنده خدمات توزیع سرنگ و سوزن استریل، دسترسی به درمان جایگزین همچون متادون درمانی، مراقبت از سلامت درارتباط جنسی و باروری، کمک در طول بارداری و حمایت‌های قانونی دیگر می‌باشند. این برنامه‌ها از کیان خانواده‌ها محافظت کرده و در راستای انسجام خانواده‌ها گامی اساسی بر می‌دارد و نیز به زنان برای تمرین رفتار سالم تر، دریافت درمان پزشکی به موقع، پیدا کردن مسکن و سرپناه و یافتن شغل مناسب و جلوگیری از محکومیت‌های غیر قانونی کمک می‌کنند. برنامه‌های مبتنی بر جنسیت نشان داد که نیازهای هیجانی و اجتماعی زنان مراجعه کننده، همراه با مسائل بهداشتی محدودتر که هدف اغلب مداخلات سلامت عمومی است، مورد رسیدگی قرار می‌گیرد. این رویکرد جامع، بر تعدادی از موارد ساختاریافته نظارت می‌کنند که خطرات مربوط به سلامت را شکل می‌دهند و احتمال ماندن زنان را در ارائه خدمات بر اساس اصول منظم بیشتر می‌کند. برنامه‌ها در یک مسیر ساختار یافته، ارتباطها و هماهنگی‌های بین خدمات اجتماعی و بهداشتی مورد نیاز زنان مصرف کننده مواد، غلبه بر موانع برای هموار کردن مسیر برای زنان از طریق سیستم را تقویت می‌کنند. با جذب متخصصان در این کارها، برنامه‌ها، قدرت تحمل ارائه دهندگان خدمات را نسبت به زنان وابسته به سوء مصرف مواد افزایش دادند و ظرفیتشان را از طریق آموزش بالا بردند. برنامه‌ها تأمین قانونی را با فراهم کردن دفاع قانونی از زنان، مبارزه با رشوه خواری در میان نمایندگان اجرای قانون و ارتقاء قدرت تحمل و درک در کل جمعیت تقویت می‌کنند.

این برنامه‌ها می‌توانند در نشان دادن راه پیش روی زنان مصرف کننده مواد در اوکراین کمک کنند. آنها فوایدی را برای زنان با مداخلات سطح کم نشان می‌دهند اما هم چنین بر روی چالشهای فراهم کردن خدمات، پشتیبانی و اصلاح منظم تأکید دارند (Open Society Institute, 2010).

فراهم کردن خدمات:

دسترسی با کیفیت به درمان و بازتوانی از سوء مصرف مواد برای زنان شامل:
مراقبت از کودکان و خدمات سیار برای زنانی که دارای کودک هستند.

بهبود گروه سیار و مدیریت موردی برای دسترسی به زنان که احتمالاً خودشان به دنبال خدمات نیستند به ویژه برای زنان باردار و زنانی که مادر هستند.

خدماتی برای پیشگیری و مقابله با خشونت خانوادگی

حمایتهای حقوقی

آموزش شغلی و کمک به تعیین شغل

آزمایشهای رایگان پزشکی و بارداری و سرمایه‌گذاری برای تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای آزمایش سیار اچ آی وی و بیماریهای مقاربتی

فراهم کردن سرپناه برای زنان

گسترش و توزیع اطلاعات خصوصاً در زمینه نیازهای زنان مصرف کننده مواد

گسترش جغرافیایی دسترسی به برنامه‌ها به خصوص در مناطق غیر شهری

ایجاد ظرفیت و ترکیب خدمات:

آموزش مددیاران و کارکنان مراقبت بهداشتی که با زنان مصرف کننده مواد کار می‌کنند.

گسترش بیشتر شبکه‌های ارجاع کشور و همکاران غیر دولتی، به خصوص در میان کلینیکهای سلامتی زنان، مراکز ایدز، زایشگاه‌ها، خدمات اجتماعی دولتی و سازمانهای مردم نهادی که فعالیتشان در زمینه زنان اچ آی وی مثبت و زنان مصرف کننده مواد است (Open Society Institute, 2010).

سیاستهای اتخاذ شده در کشور اوکراین در زمینه ارائه خدمات به زنان وابسته به سوء مصرف مواد:

➤ گسترش قوانینی برای تضمین دسترسی سیستماتیک به درمان جایگزین در زایشگاهها (و دیگر بیمارستانها) در سراسر کشور

➤ اصلاح دفتر ثبت مصرف کنندگان به منظور دسترسی آسانتر زنان به نگهداری و حفاظت دوباره از کودکانشان در صورت دارا بودن صلاحیت

➤ کار کردن در جهت کاهش مسئولیتهای نادرست علیه مصرف کنندگان مواد و تعهد برای وکیل حقوقی در مورد آنهایی که قادر به پرداخت هزینه آن نیستند (Open Society Institute, 2010).

برنامه های پیشگیری از ایدز در زنان در معرض خطر در آفریقای جنوبی:

- آفریقای جنوبی بیشترین تعداد افراد مبتلا به اچ آی وی را با برآوردی برابر با ۵/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۰۹ در جهان داراست. بیشترین شیوع ایدز در آفریقای جنوبی در زنان است. اگرچه بیشتر افرادی که با اچ آی وی زندگی می‌کنند از درمان و پیشگیری از پیشرفت اچ آی وی در طول زندگی بهره می‌برند، عفونتهای جدید به میزان هشدار دهنده به خصوص در میان زنان در حال بروز هستند. این مسئله بر نیاز به درک عوامل خطر برای جوانان مانند گروه مورد مطالعه و چگونگی عنوان کردن این نیازها تأکید می‌کند.
- شواهد رو به رشد نشان می‌دهند که برنامه‌های مداخله هدف دار و طراحی شده می‌تواند رفتار پرخطر را تغییر دهد. برنامه‌های مداخله‌ای معمولاً درصددند که زنان را برای حفاظت از خود در برابر اچ آی وی و دیگر بیماریهای مقاربتی با تکیه بر کنترل بیشتر بر ارتباطات خود توانمند سازند و مردان را با مفاهیم برابری جنسیتی آشنا کنند. اگرچه چنین برنامه‌هایی تاکنون موفقیت محدودی در کاهش میزان ابتلا به اچ آی وی داشته‌اند برخی از محققین خوش بین هستند که سرانجام می‌توانند برنامه‌هایی مؤثر مبتنی بر درس‌هایی که از تلاشهای گذشته گرفته شده، ایجاد کنند. از جمله این محققین می‌توان به لان اشاره کرد.
- دو برنامه نوید دهنده در یافته‌های حاصل از مطالعات و تحقیقات لان وجود دارد که عنوان کننده خشونت مبتنی بر جنسیت و انتقال اچ آی وی است، یکی ارائه خدمات حمایتی (استپینگ استون) که در سراسر کشورهای در حال توسعه اجرا شد و دیگری برنامه "ما متفاوت اما یکسان هستیم" بود که در نیکاراگوئه اجرا شد و به چندین کشور اسپانیایی زبان صادر شد. این برنامه‌ها بر رویکردهای متفاوتی تکیه داشت اما هر دو برنامه در جهت ارتقاء تساوی حقوقی جنسیتها بودند که این امر در کاهش انتقال اچ آی وی اساسی ایفا میکرد (ICASO,2007).
- از برنامه‌های مداخله‌ای مشارکتی مشهور ارائه خدمات حمایتی برای تساوی حقوقی جنسیتی بود که هدف آن تمرکز بر روی مردان و زنان جوان بود. این برنامه‌ها برای اولین بار در سال ۱۹۹۰ برای مبارزه با شیوع ابتلا به اچ آی وی در اوگاندا گسترش یافت و در بسیاری از کشورهای دیگر نیز مورد استفاده قرار گرفت. این برنامه اکنون نه تنها در سراسر آفریقا اجرا می‌شود، بلکه در کشورهای غرب اروپا، آمریکای لاتین و جزایر واقع در دریای کاریب و در هند و بنگلادش نیز اجرا می‌شود. نیمی از زنان جوان در مطالعه گزارش کردند که در برنامه خدمات حمایتی که در مناطق روستایی آفریقای جنوبی اجرا شده، شرکت کرده‌اند. آنها همراه با مردانی که از اجتماعات یکسان بودند، ۱۳ جلسه سه ساعته ویژه از آموزش‌های ارتباط جنسی، ایفای نقش، خود اندیشی و بحث در مورد اچ آی وی، نقشهای جنسیتی، خشونت مبتنی بر جنسیت و سلامت باروری بهره‌مند شده‌اند. مردان و زنان ابتدا در گروههای جداگانه و سپس برای یک جلسه گروهی دوره‌م جمع

می‌شدند. نصف دیگر زنان در این مطالعه یک دوره سه ساعته آموزش در مورد اچ آی وی و ارتباط جنسی سالم دریافت کرده بودند. یک سال بعد و دوباره پس از دو سال همه شرکت کنندگان آزمایش اچ آی وی و اچ اس وی انجام دادند. این برنامه مداخله ای با ابتلای کمتر میزان اچ آی وی برای شرکت کنندگان مرتبط نبود، اما با میزان کمتر اس اچ وی ۲ و یک عامل خطر برای ابتلا به اچ آی وی، ارتباط داشت، از دستاوردهای اجرایی این برنامه می توان به تغییر رفتار و اصلاح رفتارهای پرخطر در راستای کاهش بیماریهای مقاربتی اشاره کرد. از دیگر یافته های این پژوهش به این مهم می توان اشاره کرد که مردان جوانی که در این برنامه مداخله ای تا پایان شرکت کردند، کاهش قابل توجهی در خشونت علیه زنان و تجاوز جنسی گزارش کردند. این تغییرات در این افراد پس از دو سال از مطالعه در مقایسه با یک سال پیش بیشتر نیز بود که این مسأله بر اثرات بلند مدت این برنامه مداخله ای آموزش محور بر روی نگرش و رفتار شرکت کنندگان تأکید دارد (ICASO, 2007).

برنامه های پیشگیری از ایدز در نیکاراگوئه:

اگر چه شیوع اچ آی وی در نیکاراگوئه بسیار کمتر از آفریقای جنوبی بود، اما خطر انتقال بیماری ایدز در میان افراد جوان از طریق ارتباط جنسی ناسالم بسیاری از آنها را تهدید می کند. یک برنامه مداخله ای در نیکاراگوئه، مدل متفاوتی را دنبال کرد، بدین صورت که پیامهایی از طریق رسانه‌ها برای مردم پخش میشد، برنامه "ما متفاوت اما یکسان هستیم" بین سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ در نیکاراگوئه با هدف افزایش آگاهی در میان جوانان نیکاراگوئه ای در مورد خطرات ابتلا به اچ آی وی و خشونت مرتبط با جنسیت، کاهش انگ و انگ زدایی در میان افراد مبتلا به اچ آی وی و داشتن ارتباط جنسی سالم و هنجارو رفتارهای جنسیتی برابر اجرا شد. اجزای برنامه در گواتمالا و نقاط دیگر معرفی شدند.

پیامهای این برنامه از طریق برنامه های رادیو و تلویزیون به مخاطبین انتقال می یافت. در این راستا به منظور نشان دادن ویژگیهای افراد جوان اچ آی وی مثبت یک نمایش هفتگی در تلویزیون پخش می شد و تبعیض جنسیتی را در موقعیتهای معمول مورد بررسی قرار می داد. بازیگران محبوب در دبیرستانها نمایش اجرا می کردند تا در مورد اچ آی وی، تبعیض جنسیتی و موضوعات مربوط به آن بحث کنند. در یک نمایش در فراخوان رادیویی از سوی جوانان موضوعات مرتبط با جنسیت و موارد مربوط به آن مورد بحث و بررسی قرار می گرفت (UNAIDS, 2009).

یافته های حاصل از اجرای این برنامه در سه شهر نیکاراگوئه نشان داد که با اجرای این برنامه ها افراد جوان آگاهی پیدا کرده و نگرشها و رفتارهایشان تغییر کرده است.

به عنوان مثال افراد جوانی که بیننده یا شنونده برنامه ها بودند در مقایسه با سایرین بیشتر اذعان داشتند که مردان باید در کارهای خانه همکاری کنند و همچنین آنها ابراز داشتند که یک شوهر هرگز حق ندارد که همسرش را کتک بزند و اینکه خواهان این هستند که با افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز دوست باشند.

برنامه خدمات حمایتی "ما متفاوت اما یکسان هستیم"

برنامه های مشابهی در سراسر جهان در راستای کاهش خشونت مبتنی بر جنسیت و ارتقاء برابری جنسیتی اجرا میگردد. اگر چنین مفاهیم و رفتارهایی از یک جامعه برداشته شود زنان قدرت بیشتری خواهند داشت که از خود در برابر سوء استفاده و رفتارهای کنترل شریکانشان محافظت کنند و چرخه نادرست سوء استفاده و ابتلا به اچ آی وی را که زنان بسیاری در سرتاسر جهان از آن متضرر می شوند از بین ببرند (UNAIDS, 2009).

فصل سوم:

روش شناسی

پژوهش

روش اجرای پژوهش:

پس از جستجو، گردآوری و مطالعه منابع مختلف داخلی و خارجی و بررسی مطالعات صورت گرفته در حوزه ها و زمینه های مرتبط با موضوع پژوهش و همچنین مذاکره با صاحب نظران و فعالان حوزه اعتیاد زنان چنین نتیجه گیری شد که اطلاعات موجود در زمینه نیازهای زنان مصرف کننده مواد و به خصوص نیازهای مرتبط با حوزه پیشگیری از HIV/AIDS گنگ، خام و دارای ضد و نقیضهای بسیار است و قابلیت استناد علمی را دارا نمی باشد. لذا روشهای متداول نیازسنجی که اغلب در پژوهشهایی با موضوعات نظیر موضوع پژوهش حاضر به کار گرفته می شوند و به صورت کمی و پیمایشی هستند، مناسب تشخیص داده نشد. بنابراین جهت شناسایی فضای نیازهای زنان مصرف کننده -به خصوص نیازهای مرتبط با حوزه پیشگیری از HIV- و رفع ابهامات موجود، ترجیح داده شد تا جهت اجرای این پژوهش از روشهای کیفی استفاده شود. با توجه به توضیحات داده شده سطح تحلیل این پژوهش، خرد و واحد مشاهده آن نیز فرد است.

از میان مجموعه روشهای کیفی، با توجه به موضوع تحقیق، شرایط خاص جمعیت مورد مطالعه و امکانات و مقدرات گروه پژوهش، روشهای مصاحبه عمیق فردی و بحث گروهی متمرکز به عنوان روشهای جمع آوری اطلاعات، به کار گرفته شد. با بهره گیری از این دو روش، نیازهای مختلف زنان مصرف کننده مواد در سه حوزه خدمات درمان اعتیاد، پیشگیری از HIV، و خدمات اجتماعی هدف شناسایی قرار گرفت. البته در خلال مصاحبه ها و بحثهای گروهی، علاوه بر نیازهای مزبور، موضوعات مرتبط با سایر اهداف تحقیق نیز مورد بررسی قرار گرفت.

جلسات بحث گروهی متمرکز با مسئولان سازمانهای غیر دولتی، صاحب نظران و کارشناسان فعال در زمینه اعتیاد و کاهش آسیب زنان، به منظور ارائه تصویر نیازها و شرایط حاکم بر رفتارها و روابط زنان مصرف کننده در معرض خطر HIV و مآلات تقویت غنای یافته های این پژوهش برگزار گردید. چرا که افراد مذکور به دلیل ارتباط طولانی مدت با خدمات گیرندگان مراکز درمانی و کاهش آسیب اعتیاد ویژه زنان، اطلاعات ارزشمندی از نیازها، کمبودها، افکار و کنشهای آن داشته و همچنین تجارب گرانمایه ای درباره کم و کیف خدمات کاهش آسیب ویژه این گروه در معرض خطر دارا هستند.

جمعیت آماری:

با توجه به توضیحات ارائه شده در سطور فوق و آنچه از عنوان و اهداف این پژوهش بر می آید، جمعیت آماری این تحقیق، جمعیت زنان مصرف کننده مواد در شهر تهران است که به مراکز درمان اعتیاد یا مراکز کاهش آسیب مراجعه نموده یا می نمایند.

حجم نمونه:

در این پژوهش مجموعاً ۴۷ زن مصرف کننده مواد مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. هر یک از جلسات بحث گروهی با زنان موضوع مطالعه یا مسئولان سازمانهای غیر دولتی، صاحب نظران و کارشناسان فعال در حوزه های اعتیاد و کاهش آسیب زنان نیز با حداقل ۶ نفر تشکیل شد که مجموعاً ۲ جلسه بحث گروهی متمرکز با زنان مصرف کننده مواد و ۳ جلسه بحث گروهی متمرکز با مسئولان سازمانهای غیر دولتی، صاحب نظران و کارشناسان فعال در حوزه های اعتیاد و کاهش آسیب زنان برگزار گردید.

روش نمونه گیری :

چنانچه از شرایط خاص زنان مورد مطالعه و فقدان اطلاعات درباره ابعاد جمعیت آنان بر می آید، جمعیت آماری این پژوهش دارای چارچوب مشخصی (از لحاظ تعداد افراد این جمعیت) نیست. بنابراین اجرای روشهای نمونه گیری تصادفی متداول، به منظور انتخاب افراد شرکت کننده در مصاحبه ها و جلسات بحث گروهی میسر نبود. به همین دلیل سعی شد تا نمونه گیری به روش تصادفی و با استفاده از نمونه های در دسترس صورت پذیرد. بدین ترتیب، تا نقطه اشباع اطلاعات، کلیه افرادی که تماس و انجام مصاحبه با آنان امکان پذیر بود به عنوان نمونه های این پژوهش انتخاب گردیدند.

لازم به ذکر است به منظور دستیابی به اطلاعات جامع درباره نیازها، شرایط، الگوهای رفتار و روابط زنان مصرف کننده و همچنین کم و کیف امکانات و خدمات مربوط به پیشگیری از ابتلای HIV موجود برای این زنان، در نمونه گیری این پژوهش، سعی شد شرط حداکثر تنوع نمونه ها رعایت گردد. لذا در میان جمعیت نمونه این پژوهش، زنان با ویژگیهای دموگرافیک مختلف، پیشینه فرهنگی و اجتماعی متنوع، مواد مصرفی و الگوهای مصرف مختلف، رفتارها و روابط جنسی متنوع و سطح دانش و تجربه در زمینه چستی HIV و ایدز، راههای

انتقال و راههای پیشگیری از آن دیده می شود. همچنین در انتخاب کارشناسان و صاحب نظران شرکت کننده در جلسات بحث گروهی نیز اهتمام گروه پژوهش بر تنوع حوزه تخصص و تجربیات نمونه ها بوده است.

فصل چهارم

یافته‌های پژوهش

بحث متمرکز گروهی و مصاحبه عمیق با زنان مصرف کننده و مسئولان مراکز خدمات رسانی و خدمات
دهندگان به این گروه از مصرف کنندگان

سن:

- تعداد افرادی که در دهه ۲۰ عمرشان بودند گروه سنی اکثریت را به خود اختصاص دادند و در سنین ۱۸ تا ۲۹ سال قرار داشتند ولی اکثریت جمعیت مصاحبه شونده‌گان در دو دهه ۳۰ و ۴۰ سالگی بسر می بردند و بین ۳۰ تا ۴۷ سال بودند، از میان مصاحبه شونده‌گان تعدادی نیز زنان بالای ۵۰ سال بودند.

تحصیلات:

- بیشترین افراد مورد مصاحبه زیر دیپلم بودند ، تعدادی دارای دیپلم و تعدادی نیز دارای مدرک دانشگاهی بوده و در رشته اقتصاد ، بازیگری و هنر تحصیل می کردند .

• نرگس می گوید :

"تحصیلاتم لیسانسه اقتصادم. مترجمی زبان فرانسه رو نصفه ول کردم. تئاتر شهر کار می- کردم. عاشق بازیگری بودم. کلاس سینماگران نوین ایران رفتم. دیپلم از سازمان ارشاد بهم دادن و معرفیم کردن صداسیما. بعد سینما تلویزیون امتحان ازم گرفتند قبول شدم. کارمو دوست داشتم."

• پریسا ۲۲ ساله می گوید:

" دانشجوی فوق دیپلم فیلم سازی هستم و سحر می گوید: " من رشته م گرافیک بود."

وضعیت تاهل:

- در میان جمعیت مورد مطالعه اکثریت زنان در حال حاضر، مطلقه و تعدادی از آنان صیغه می باشند.

• سارا ۳۰ ساله می گوید:

" ۱۸ ساله بودم که صیغه شدم. باهاش توی خیابون آشنا شدم. یکی دوسال دوست بودیم و بعد صیغه/ش شدم"

- تعداد محدودی از زنان نیز همسرانشان فوت کرده است و در حال حاضر همسر دیگری ندارند که غالباً نگهداری بچه هایشان بر عهده آنهاست.

• فریده می گوید:

"شوهرم فوت کرده. با بچه‌هام هستم. ۳ تا پسر دارم. یکی ۱۲ سالشه، یکی ۱۰ سالشه، یکیش هم ۷ سالشه. الان مصرف کننده نیستم. شوهرم تریاک مصرف می کرد."

• مهرانگیز ۳۰ ساله می گوید:

"شوهرم ناراحتی داشت فوت کرد. دو تا پسر دارم. ازدواج نکردم. مواظب بچه‌هام بودم. تحت پوشش کمیته امداد بودم ولی حقوقم قطع شد. میرم اینور و اونور کار میکنم. دست فروشی می کنم. تن فروشی نکردم. شوهرم معتاد بود."

- در جمعیت فوق چند مورد دو جنسی مشاهده شد. این بیماران که از هویت جنسی خود سالها بی خبر بودند و به علت مشکلات رفتاری و فیزیکی بدنشان از پدرانشان کتک می‌خوردند. آنها حتی پس از بزرگ شدن و ارتباط دوستانه نیز باز گرفتار افراد خشنی شده بودند که همچنان آنها را مورد آزار و تنبیه بدنی قرار میدادند. این افراد در حال حاضر با انجام عمل جراحی در وضعیت جسمانی زنانه زندگی می کنند اما از وضعیت تأهل آنان تعریف دیگری مستفاد می شود.

• تینا می گوید:

"تا اینکه اون روز که پدرم منو برد پزشک قانونی. وقتی جواب رو گرفتم دیگه از چشم بابام افتادم. دیگه اینکه طلاق گرفتن و علت طلاق من شدم و اینها باعث شد طرد بشم از خانواده و هر آسیبی هم دیدم به خاطر همین طرد شدن از خانواده بود."

• شراره ۴۵ ساله می گوید:

"هی کتک می‌خوردم از بابام که چرا اینجوری راه رفتی، چرا اینجوری کردی و اینها من خودم هم نمیدونستم چرا کتک می‌خورم. نمیدونستم بابام چرا از راه رفتن من ایراد میگیره."

- شراره می گوید:

"من از بچگی *Transsexual* بودم. هرمافرودیت کسانی هستن که به صورت *She-male* ظاهر میشن. اونها آلت مردانه رو دارن. ولی از بالاتنه میرن سینه هاشون رو عمل میکنن، جراحی پلاستیک صورت میکنن ولی از لحاظ ارتباط جنسی ممکنه با یک زن ارتباط جنسی برقرار بکنن و یا با یک مرد. در اصل اونها *Bisexual* هستن. ولی من هیچوقت با یک جنس مونث نمیتونم. اصلا نمیتونم نزدیک بشم. از لحاظ سکس دوست دارم با یک مرد باشم. بعد از این که به دنیا اومدم نمی دونستم که چی هستم"

- تینا ۳۹ ساله دو جنسی می گوید:

"خیلی دوست دارم هزینه عملم رو پایین بیارن. من اگه این عمل آخرم رو هم انجام بدم، میشم یک زن کامل. وقتی که یک زن کامل بشم از این وضع میام بیرون. همینجوریش هم بهم پیشنهاد صیغه میکنن یا حتی ازدواج. سن بالاهاایی که ارتباط سکسی با خانم هاشون ندارن، پیشنهاد صیغه میکنن. چون بی بندوبار نیستن و به مذهبی بودنشون هم اهمیت میدن. صیغه شدن بهتره"

محل زندگی:

- اکثریت زنان مورد مصاحبه به علت بی خانمانی در پناهگاه زندگی می کردند.

- ناشناس ۳۷ ساله می گوید:

"الان شلتر هستم ضربه خوردم شوهرم از دست دادم بچه مواز دست دادم خونوادم فهمیدن اما دیگه منو نمی پذیرن".

- موارد دو جنسی که نه در خانواده و نه در جامعه پذیرفته نیستند نیز به این مکان پناه آورده بودند.

- تینا دو جنسی می گوید:

"توی پارک بودم و به این فکر میکردم که حالا که اومدم بیرون کجا برم و چکار کنم با بی پناهییم توی خیابون، توی گلها میفتادم و تشنج میکردم. وقتی دیدم که خیلی افتضاح

شده وضعم، اومدم پیش خانم سالاری و گفتم که من خسته شدم و میخوام پیام خوابگاه. معرفی کرد، بهش گفتم که من دوجنسی هستم گفت تمایلاتت که زنانه‌ست و عمل هم که کردی مشکلی نیست"

- تعدادی از زنان مورد مطالعه در منزل همسرانشان، تعدادی با اقوام درجه اول مانند پدر، مادر، خواهر یا برادر، زندگی می‌کنند اما بطور متناوب خانه را ترک کرده و خارج از خانه شب‌ها را سپری می‌کنند، از سوی دیگر این اقوام غالباً مصرف‌کننده مواد بودند یا قصد و غرض سوء استفاده از وی داشتند.

• آنا ۲۷ ساله می‌گوید:

"با خواهر و برادرم زندگی می‌کنم بعد از جدا شدنم وقتی برگشتم خونه اجبار به مصرف داشتم و چون توی خونه مصرف کننده داشتیم اونا برام تهیه میکردن".

• الهام ۲۱ ساله می‌گوید:

"هر وقت شب نمیرفتم خونه، میرفتم پارک، خونه دوستام. یه دفعه به دوستم گفتم من با خونه دعوام شده، شب هم خونه نمیرم، بیا بریم شمال. گفت باشه. تا حالا هم ندیده بودمش و فقط تلفنی در ارتباط بودم".

• شیدا ۲۰ ساله می‌گوید:

"البته با مامان زندگی می‌کنم که اون هم ترک کرده".

- همچنین در میان افراد فوق‌کسانی مشاهده شدند که کارتن خواب بودند و تعداد معدودی نیز در اتاق استیجاری اما در معرض کارتن خواب شدن با فرزندانشان بسر می‌بردند.

• زهره ۴۳ ساله می‌گوید:

"من ۱۳ ساله کارتن خوابم. اولین کارتن خوابی هستم که همه ازم راضی هستم ولی همیشه تمیز میگشتم از نظر بهداشت و اینا. حتی مشتری هام هم همه میگفتن که خیلی تمیزم و فرق میکنم با بقیه می‌گفتن آدم فکر می‌کنه بغله یه زنه خونگی می‌خوابه".

- فاطمه ۳۰ ساله می گوید:

"من کرایه خونه‌م عقب افتاده می‌ترسم دوباره کارتن‌خواب بشم. سه ماهه که کرایه خونه‌م عقب افتاده. با گدایی هم نمیتونم کرایه‌ام رو بدم، صاحب‌خونه اول بیرونم کرد چون کرایه نتونستم بدم. مجبور شدم کارتن‌خواب بشم. اثاث‌هامو شهرداری برد. نصفشو شهرداری برد، نصف دیگه‌اش هم مردم دزدیدن" همچنین فریده می گوید: "شوهرم فوت کرده. با بچه‌هام هستم. ۳ تا پسر دارم. یکی ۱۲ سالشه، یکی ۱۰ سالشه، یکیش هم ۷ سالشه. با بچه‌هام تو یه اتاق اجاره ای زندگی می‌کنم با گدایی اجاره مو در میارم"

- سمیه ۳۰ سال می گوید:

" من الان تنها زندگی می‌کنم و خونه دارم که اجاره‌ایه؛ یک اتاقه".

- فریده در پاسخ به این پرسش که الان با کی زندگی می‌کنی؟ می گوید:

" با بچه‌هام تو خیابون."

-از جمله موارد دیگری که مشاهده شد زندگی در خانه یک مرد در شرایط نابهنجار بود .

- سمیرا ۲۸ ساله می گوید:

"پیش یک مرد چهل و دو ساله که موجی جنگه. الان دو ساله پاک شده زندگی می‌کنم ، یه مرد بداخلاق، دستور بده که توی خیابون و توی خونه جلوی کس و ناکس میزد. یک بار اومدم از دستش خودم رو دار بزنم -با کمر بند و ماتتو- پاره شد افتادم روی زمین. حاضرم برم بهشت- زهرا توی یکی از قبر خالی‌هاش بخوابم ولی دیگه چشمم مجید رو نبینه"

منبع کسب درآمد:

- اکثریت زنان مورد مصاحبه از طریق تن فروشی امرار معاش می کردند هرچند اگر راههای دیگری نیز برای کسب درآمد داشتند ولیکن از تن فروشی به عنوان اصلی ترین راه تأمین معاش استفاده می کنند اما در میان دختران کم سن تر بیشتر شاهد فروش مواد یا دزدی یا حمایت یکی از اعضای خانواده در تأمین مالی آنها بودیم و رابطه جنسی به منزله راهی برای کسب درآمد نبود.

- پریسا ۲۲ ساله می گوید:

"پولش رو پدرم میداد. یکسال و نیم نمیدونست که اعتیاد دارم. مثلاً شهریه دانشگاه میشد ۵۰۰ تومن و من بهش میگفتم که شده ۷۰۰ تومن. پول روزانه رو از مادرم میگرفتم. مادرم خیلی مهربونه. پیشش گریه میکردم و میگفتم اعصابم خورده، خودش مثلاً ۵ تومن میداد میگفت بگو بیاره جلوی در و خودت نرو که باز یک و نیم نصف شب بیای خونه. میاوردن جلوی در، مامانم میرفت میگرفت و من مصرف میکردم."

- سمیه ۳۰ ساله می گوید:

"واسه مواد و اینا ممکنه تن فروشی هم میکنم؛ سر این واون رو کلاه میدارم؛ کاسبی مواد میکنم؛ دزدی کردم."

- موارد دو جنسی به طور مستقیم از تن فروشی به عنوان شغل اجتناب ناپذیرشان نام بردند.

- شراره دو جنسی که زبان انگلیسی را خوب صحبت میکند و در غالب جملاتش عبارات انگلیسی را بکار می برد، می گوید:

"از سال ۲۰۰۵ که اومدم ایران تا یک سال قبل، شغل من Prostitution بوده. میرفتم خونه‌های مردم - تلفنی - و سکس میکردم و پول میگرفتم:"

- دزدی، خفت کردن و زورگیری، گدایی و جمع آوری ضایعات از دیگر راههای تأمین معاش نام برده شد.

- الهام ۲۱ ساله می گوید:

"از جیب بابام میزدم، دوستانم رو توی مدرسه خفت می کردم و زورگیری میکردم"

- فریده با ۳ بچه زندگی می کند، او می گوید:

"با گدایی یا دست فروشی میگذره بچه م میره بیرون پول میاره"

- فاطمه می گوید:

"الانم گدایی میکنم، میرم بهشت زهرا قبر میخورم، قران میخونم برای مرده‌ها"

- منبع تأمین مالی زنان مورد مصاحبه ای که با همسرشان زندگی می کردند به دو شکل مشاهده شد، همسری که مصرف کننده نبود و خودش زن را تأمین نموده و حتی مواد مصرفی وی را تهیه می کرد و همسری که خودش مصرف کننده مواد بود که در غالب موارد زن را مجبور به تأمین مالی از طریق تن فروشی می کرد اما موارد معدودی نیز دیده شد که مرد مصرف کننده هنوز از همسر خود حمایت می کند.

• سحر ۲۹ ساله می گوید:

" شوهرم کار می کرد. خودم هم کارمند بودم. حسابدار تالار بودم. طلاهام رو فروختم. بعضی وقتها شوهر با من میومد، جنس رو میگرفت و میگفت تو به کسی رو ننداز؛ هر چی بخوای من برات تهیه می کنم."

• مهین ۴۰ ساله می گوید:

" چون همیشه شوهرم نمیداشت من بیرون برم. خودش میخرد و میگفت آبرومون میره. خودش هم کراک میکشید." شوهرم میگفت ترک کن، تو زنی و اگه من نباشم تو میری و خودفروشی میکنی. من میگفتم نه. ولی وقتی میومدن و راجع بهش صحبت میکردن، گفتم خدایا نکنه اگه شوهرم نبود من هم توی این راه میرفتم. اگه شوهرم نبود شاید الان توی خیابونها از اونها هم بدتر بودم ولی خداروشکر شوهرم با اینکه اعتیاد داشت ولی غیرت هم داشت."

• سارا ۳۰ ساله می گوید:

" من پول میاوردم خونه. بیرون روی داشتم! شوهرم اول نمیدونست. بعدش فهمید و قشنگ قبول هم کرد."

• بهناز ۳۶ ساله می گوید:

" بعضی اوقات خانواده کمکم میکرد. مثلا برای بچم که پول میفرستادن، میدادم مواد میگرفتم. بعضی موقعها هم تن فروشی میکردم. شوهرم بعضی موقعها میفهمید ولی بعضی موقعها که میرفتم خیابون و مواد تهیه میکردم، نمیفهمید."

- شکل دیگر تأمین مالی زنان مورد مصاحبه در ارتباط با زنانی است که ازدواج موقت کرده اند (صیغه) یا با مردی زندگی می کنند و به منظور رفع نیاز مالی با فرد مورد نظر هستند اما در اکثریت این موارد مشاهده شد که زن همچنان در کنار این رابطه به روابط دیگری نیز برای رفع نیاز رو می آورد یا از کمک دیگران مانند مادر خود استفاده می کند.

- ناشناس ۳۸ ساله می گوید:

"از بابای اینا جدا شدم. یک بار دیگه ازدواج کردم. سه سال صیغه بودیم یک ماه دوست بودیم. بعد دو سال عقد بودیم. یه دفعه نمی دونم چی شد ورق برگشت یه آدم دیگه شد. خیلی خوب بود اما خیلی بچه هامو اذیت کرد. الان هم رابطه صیغه ای دارم بچه ها نمیدونن [رابطه صیغه ای رو] ولی چاره ای ندارم. خرجمو چکار کنم. به پول احتیاج دارم صبحانه ، لباس پول شامپو از کجا بیارم"

- سمیرا ۲۸ ساله که با مجید زندگی میکند، می گوید:

"بعضی وقتها مجید هزارتومن، پونصد تومن میدهد. غیر از اون هم با چند تا پسر دوست شدم فقط در حد دوستی- اونها میدن، این و اون رو هم تیغ میزنم".

- مریم ۳۵ ساله می گوید:

"نمیشه که با کسی دوست نباشی. چون ما آدمهایی هستیم خیلی حساس که زندگی هامون از هم پاشیده. من از پارسال تا حالا با یکی دوست شدیم و صیغه کردیم که توی خیابون و اینها گیر ندن. خیلی بهم کمک میکنه. از نظر فکری، جنسی و مالی. از نظر مالی، به اون صورت نمیتونه. اگه اون کمک نکنه، میرم و همه کار میکنم".

- آرمیتا ۳۲ ساله می گوید:

"با یه آقای دوست بودم. توی زندگی با چند نفر دوست بودم که تامینم کردن. البته تن فروشی نمیکردم. از مامانم بیشتر پول میگیرم. مامانم حقوق بازنشستگی داره".

- فروش مواد روش دیگری بود که به عنوان راهی برای تأمین مالی ذکر شد.

- شیرین ۴۴ ساله می گوید:

"تا اونجا که تونستم تن فروشی نکردم بیشتر مواد فروختم"

- سمیه ۲۹ ساله می گوید:

"خواهرم فروشنده بود و شوهرش هم فروشنده بود. اون برام پول میاورد. بعد از اون کم کم نصف خرید و فروش ها رو من براش انجام می دادم"

- سحر ۲۴ ساله می گوید:

"با یکی دوست شدم به نام رامین. با اون دیگه پخش میکردیم؛ فروشنده شده بودم. با اون میرفتیم موادمون رو میگرفتیم و پخش میکردیم. خونه هم میگفتن برو همون حامد پولت رو بده. چون خونه هم بهم پول نمیدادن، دیگه مجبور بودم از این راه خرجم رو درارم. [رامین] موادش رو میداشت پیش من چون توی ایست و بازرسیها من رو کمتر میگشتن. از ساعت یک ظهر تا ۹ شب توی خیابونها و ترافیک میرفتیم اینور و اونور و پخش میکردیم؛ همه جای تهران، بیشتر سمت آزادی".

زهرا ۴۱ ساله می گوید:

"خلاف می کردم. مثل درست کردن پایپ، سیگار قلابی یا خرید و فروش تریاک و قمار. اینها هم خطرات خاص خودشون رو داشتند. شده ۳، ۴ شب خماری کشیدم ولی به خاطرش هیچوقت تن فروشی نکردم"

- در میان زنان مورد مصاحبه تعدادی نیز با کارهایی نظیر کار در خانه ها، نگهداری بیمار، مسافرکشی یا کار در حوزه تحصیلی مانند بازی در تئاتر نیازهای مالی خود را تأمین می کردند.

- نرگس که درس بازیگری را خوانده، می گوید:

"من تئاترشهر کار می کردم کارمو دوست داشتم. به خاطر آدماش نمی رفتم نه که پولشم احتیاج داشتم، همان داخل تئاتر میموندم. هم کارم در خفا بود هم تلاشم بیشتر بود"

- مریم ۳۰ ساله می گوید:

"خودم کار مسافرکشی میکردم. بیشتر خطهایی که کار میکردم هوام رو داشتن چون پدرم سرهنگ بود و میشناختنش. یا توی خونه سبزی خوردکنی میکردم."

- اما کماکان در کنار هر منبع درآمدی تن فروشی دیده می شود

- بهناز ۳۵ ساله می گوید:

"کارخونه میرفتم. یا مردم کمک میکردن به بچه‌ام من بی‌انصافی میکردم پول بچه‌ام رو می‌میگرفتم. یا تن فروشی میکردم."

داشتن/نداشتن عضو مصرف کننده در خانواده:

- غالب این زنان شوهران معتاد داشته اند یا در مسیر زندگی و ازدواجهای مکرر با افراد معتاد زندگی کرده اند. در عین حال اکثریت زنان فوق در خانواده ای بزرگ شده بودند که یکی از افراد خانواده مصرف کننده مواد بوده در غالب این موارد پدر مصرف کننده اصلی بوده و در موارد دیگری پدر و مادر همزمان مصرف کننده بودند لازم به ذکر است که مردانی که با این زنان رابطه داشتند نیز اعم از همسر دائم یا موقت یا دوست پسرانشان مصرف کننده مواد بودند.

- مهناز ۳۶ ساله می گوید:

"من با شوهرم مصرف میکردم. شوهرم آدمهای مختلف رو میاورد و من هم در کنارشون مصرف میکردم."

- آرمیتا ۳۲ ساله می گوید:

"از بچگی پدرم گراس میکشید یا کوکابین اسنیف میکرد و من دیده بودم. وقتی برگشتم ایران متوجه شدم که مادرم تریاک میکشه. قند داشت و برای اینکه قندش بیاد پایین میکشید."

- پریسا دانشجو:

"پدرم ۲۵ سال اعتیاد داشت به تریاک و الان ۵ ساله که پاکه. خیلی با ما راه اومد. ما دو تا خواهر شیشه‌ای بودیم. داداشم هم زندان بود و وقتی برگشت و دید ما میکشیم، برای اینکه نرییم با پسر دیگه ای بشینیم، خودش هم با ما جور شد و میکشید".

- زهرا ۴۲ ساله می گوید:

"همکارم، دوستام، هم باشگاهی‌هام. خونادمون همه تفریحی مصرف میکردن"

- شیدا ۲۰ ساله می گوید:

"از بچگی توی خانواده‌ام بوده. پدرم مصرف می‌کرد، تزریق می‌کرد. مادرم میکشید، مشروب می‌خورد".

- وجود فرد مصرف کننده در خانواده پدری یا مادری از موارد دیگری بود که به وفور دیده شد همچنین وجود برادر و خواهر مصرف کننده در خانواده از جمله مواردی بود که نقش مهمی نیز در آشنایی این زنان با مواد داشته اند.

- ندا ۲۴ ساله می گوید:

"من یک داداش دارم که یک سال با اون مصرف کردم"

- مریم ۳۰ ساله می گوید:

"بیشتر برادر بزرگم برام میگرفت. یا یک خاله داشتم و از اون می‌گرفتم"

- ناشناس می گوید:

"تا ۲۸ سالگی اعتیاد نداشتم. از سن ۲۸ سالگی از طریق برادرم معتاد شدم. چون برای اینکه خانواده شوهرم نفهمن اعتیاد دارم مجبور بودم پنهانی پیش برادرم برم و پیام".

- ناشناس ۴۲ ساله می گوید:

"بچه طلاقم. از نظر مالی در رفاه بودیم. با مواد توی خانواده مادریم آشنا شدم. از سن نه سالگی مصرف می‌کردم".

- سمیه ۲۶ ساله می گوید:

" تا زمانی که خودم رو شناختم پدرم خلافکار بود. دو سال بیشتر ندیدمش. دوسالگی، مادرم ازدواج مجدد کرد و پدرم برای ۱۸ سال افتاد زندان. دوسال من و خواهرم رو سپردن به عمو و پسرعمو هام. ۳ یا ۴ ساله بودیم من و مریم خواهر بزرگم شروع کردیم تو اون خونه زندگی کردن، مواد مخدر بود توی محله شوش بودیم. توی خونواده فقط پدر بزرگم تریاک استفاده می کرد. مادرم اومد سراغمون اما معتاد شده بود هرئین تزریق می کرد".

- ناشناس ۳۲ ساله می گوید:

"برادرم مصرف کننده بود. از طریق برادرم افتادم توی مواد"

- سمیرا ۲۸ ساله می گوید:

"خواهرم بدون سیگار و اینا یگراست افتاد توی کراک"

- زهره ۴۳ ساله می گوید:

" البته خونه پدریم معتاد شدم. خواهرام و برادرام میکشیدن من هم کنجکاو شده بودم که وقتی اینو میکشیدم زرنگ میشدم کارای خونه رو بکنم"

- پریسا ۲۲ ساله می گوید:

"بجیم توی خونه اعتیاد به شیشه پیدا کرده بود و من نمیدونستم. یک سال و خورده ای بود میکشید و من چون سرم به دانشگاه گرم بود نمیدونستم. بعد متوجه شدم که آبجیم شیشه ای شده."

- در موارد دوجنسی مورد مطالعه، هیچگونه سابقه مصرف مواد در خانواده پدری و مادری دیده نشد و آشنایی آنها با مواد تنها از طریق رابطه با فردی بوده که با آنها رابطه جنسی داشته است.

- تینا ۳۹ ساله می گوید:

"من دو جنسی هستم. وقتی از خانواده خودم به خاطر موقعیت جنسیم طرد شدم. تا وقتی توی خانواده خودم بودم حتی سیگار هم نمی کشیدم. چون یکی یک دونه بودم، یک بچه عاطفی در اوادم. وابسته به خانواده و پدر و مادر. مواد رو وقتی شروع کردم که دیدم از خانواده طرد شدم، تنها شدم و نمیتونم برگردم پیش پدر و مادرم. رفتم پیش دوستهای خودم - کسانی که مثل خودم هستن. شب اول اولین سیگار رو کشیدم. بعدش با یک پسر دوست شدم و دو سال، دو سال و نیمی که باهش بودم، بعدش از هم جدا شدیم و من خواستم خودکشی کنم. دوست هام - که خودشون مصرف کننده بودن - هرویین رو بهم پیشنهاد کردن و دادن"

- نکته قابل توجه مواردی بود که نه تنها در خانواده مصرف کننده وجود نداشته بلکه نگرش افراد خانواده حتی نسبت به کشیدن سیگار نیز منفی بوده و این زنان پس از ازدواج از طریق همسر و خانواده همسر با مواد آشنا شدند.

- زهرا ۳۲ ساله می گوید:

"ما توی خانواده مون حتی سیگاری هم نداریم."

- سحر ۲۹ ساله می گوید:

"هیچکدوم. همه فامیل، بابام، عموهام، همه سالم بودن فقط کراکو شناختم که اونم فقط شوهرم بهم تزریق میکرد."

- مهین ۴۰ ساله می گوید:

"خونوادم با مواد اصلا مخالفن. من تریاک مصرف میکردم و زدم به شیشه و کراک. با شوهرم شروع کردم. ۱۸ سال ام بود. اون افتاد به هرویین. از تزریق بدش میومد. من کراک که اوامد، تزریق کردم."

- بهناز ۳۵ ساله می گوید:

"خونواده من اصلا مصرف کننده نیستند. با ازدواج من مخالف بودن. چون خونواده شوهرم همه معتاد بودن. تخریقی بودن. خونوادم مخالف بودن. حتی موقع بچه دار شدنم هم برادرم بهم گفت سقطش کن. شوهرم مهربونه ولی مسوولیت قبول نمیکنه. خودم همه کارها رو میکردم. خونواده‌ام هم که دیدند منو معتاد کرد حمایت مالی رو که میکردن دیگه نکردن."

سن اولین ازدواج:

- اکثریت زنان مورد مطالعه در سنین زیر ۱۶ سالگی ازدواج کرده اند.

- شیدا ۲۰ ساله می گوید:

"من ۱۱ سالگی ازدواج کردم و ۱۳ سالگی بچه دار شدم. شوهرم عصبی بود. سوءظن داشت و خیلی اذیت می کرد. یک روز فرار کردم و رفتم پیش دوستم. مامان دوستم اعتیاد داشت؛ کراک می کشید."

- مریم ۳۰ ساله می گوید:

"۱۰ سالگی ازدواج کردم و الان جدا شدم. ۱۲ سالگی بچه دار شدم و ۲ تا دختر دارم."

- زهره ۴۳ ساله می گوید:

"من ۱۲ سال و هفت ماهم بود ازدواج کردم. کوچولو بودم هنوز سینه‌هام درنیومده بود. منو میزدن؛ خواهر شوهرم میزد، پدرشوهرم میزد. عذابم میدادن."

- سلیمه ۲۲ ساله می گوید:

"چهارده سالگی ازدواج کردم. باهاش خیلی دعوا داشتم. چون دختر بودم و باهام نمیتونست کاری بکنه. دامادش معتاد بود بهش گفتش که تو باید تریاک بکشی و تو هم بتونی کار بکنی. به خاطر همین شوهرم هم کشید و بعد گفت به زنت هم بده"

- مریم ۵۳ ساله می گوید:

"نوی سن ۱۴ سالگی ازدواج کردم؛ با کسی که نه دیده بودم و نه آشنا بودم باهانش. سه سال باهانش زندگی کردم و یک بچه داشتیم از اون جدا شدم"

- در میان زنان مورد مطالعه موارد معدودی وجود داشت که بین ۱۸ تا ۲۳ سالگی سن اولین ازدواجشان بود این افراد در خانواده ای بزرگ شده بودند که به نظر می آید از سطح اقتصادی بالاتری برخوردار بودند و اجباری برای ازدواج نبوده، برای مصرف سیگار یا مشروب فرزندان معنی نبوده و ازدواج تحمیلی نیز در آنها وجود نداشت.

- مزده ۴۰ ساله می گوید:

"۲۳ سالگی ازدواج کردم. چهار سال بعدش جدا شدم. چون شوهرم با خانمهای متعدد رابطه داشت. من هم دوست نداشتم. اون موقع هم مصرف نمیکردم. من یازده سال الکل مصرف میکردم با حشیش. برادرم مصرف کننده بود آزارم می داد اما خونوادم کاریم نداشتن حتی با مشروب خوردنم مشکلی نداشتن. مادرم فرهنگی بود".

تعداد دفعات ازدواج:

اکثریت زنان مورد مصاحبه حداقل یک بار ازدواج کرده اند در حالی که موارد متعددی نیز مشاهده شد که ۲ تا ۳ بار ازدواج داشته اند که بعضی از این موارد به علت فوت همسر بوده اما غالب این ازدواج ها پس از طلاق های مکرر رخ داده است.

- ناشناس ۴۰ ساله می گوید:

"ازدواج کردم ولی شوهرم فوت کرده. بعد از فوت اون یکی دیگه بوده که جدا شدم ازش. یک دختر دارم."

- ناشناس ۳۸ ساله می گوید:

"۱۳ سالم بود ازدواج کردم. تا ۲۸ سالگی اعتیاد نداشتم. از سن ۲۸ سالگی از طریق برادرم معتاد شدم. چون برای اینکه خانواده شوهرم نفهمن اعتیاد دارم مجبور بودم پنهانی پیش برادرم برم و بیام. مشکل بود برام و متارکه کردم. بعد رفتم شهرستان پیش خانواده ام. دنبال

اعتیاد رو گرفتم. با کسی هم که مجددا ازدواج کردم سنش بالا بود و اعتیاد به تریاک داشت. دیدم با اون هم نتونستم کنار بیام، مجددا طلاق گرفتم. با نفر سوم هم که صیغه‌اش شدم اون اعتیادش خیلی بالا بود"

• ناشناس ۳۲ ساله می گوید:

"بعد از ۱۵ سال زندگی‌مو ول کردم. طلاق گرفتم. اگه میخواستم با یک مرد با سن کم ازدواج کنم ممکن بود خانواده شوهرم بگن که عاشق شده بود رفت. پیر بود. با خودم ۳۰ سال تفاوت سنی داشت. بعد که وارد زندگی شدم دیدم اون هم داره تریاک مصرف میکنه".

• مریم ۵۳ ساله می گوید:

"با کسی که نه دیده بودم و نه آشنا بودم باهاش. سه سال باهاش زندگی کردم و یک بچه داشتم. از اون جدا شدم و چون از لحاظ اقتصادی ضعیف بودم، دوباره ازدواج کردم".

- یکی از موارد مشاهده شده ازدواج مجدد با همسر اول بود که علیرغم وادار نمودن زن توسط شوهر به هم بستر شدن با مردان دیگر، شوهر برای ازدواج مجدد و رفع مشکل ۳ بار طلاق دادن وی به دنبال محلل بوده است .

• زهره ۴۳ ساله می گوید:

"من خودم روی هم رفته ۵ ماه بیشتر شوهر داری نکردم. توی این ۵ ماه هم ۳ بار طلاق گرفتم. دفعه سوم که شوهرم خواست محلل بیاره پیشم که یارو بیاد یه شب پیشم بخوابه گفتم این کارو نکن نخواستم. گفتم واسه تو که عادیه تو روزشم آدم میاری بغلم می خوابونی حالا که شبه تارشه گفتم اگه بیاری همه می فهمن تو غیرت نداری پس بذار کسی نفهمه. از هم جداشدیم".

داشتن/نداشتن فرزند:

- اکثریت زنان مورد مصاحبه دارای یک فرزند بودند که اگر با مادر زندگی میکنند وادار به گدایی می شود و در غیر اینصورت غالب موارد به جایی سپرده شده اند که کماکان در وضعیت پر خطر بسر می برند.

• فاطمه می گوید:

" در زمان کارتن خوابی با بچه‌ام گدایی می‌کردم اما الان خونه مادرمه. آره جاش امنه. مادرم مصرف کننده‌ست ولی جرات نمیکنه به اون بده."

- در حالی که موارد متعددی نیز مشاهده شد که بین ۲ تا ۳ فرزند دارند و غالب این کودکان در اختیار بهزیستی قرار گرفتند و یا با خانواده مادری یا پدری خود زندگی می‌کنند.

• الهه ۲۹ ساله می گوید:

" دو تا پسر دارم. یکیش از ازدواج اولمه که توی ۱۷ سالگی بود. در حالی که حامله بودم، بدون اینکه بدونم حامله هستم، طلاق گرفتم. الان اون پسر ۱۰ سالشه. با این یکی شوهرم هم یک پسر ۳ سال و نیمه دارم. که هر دو بچه‌ام الان توی بهزیستی هستن."

• مریم ۳۵ ساله می گوید:

" ۱۵ سالگی حامله شدم و یک پسر آوردم. اون که مرد، بعد از چند سال یک دختر آوردم که اسمش عاطفه است و الان توی بهزیستیه. بعد از اینکه از شوهرم جدا شدم، چون نمیتونستم تامینش کنم، بردمش بهزیستی. بعد از اون باز شوهر کردم یک دختر دیگه آوردم که اون هم مرد. بعد یک دختر دیگه آوردم که اسم اون هم عاطفه است و توی بهزیستی مشهده. الان اول راهنماییه."

• مریم ۵۳ ساله می گوید:

" سه سال باهاش زندگی کردم و یک بچه داشتم. از اون جدا شدم و چون از لحاظ اقتصادی ضعیف بودم، دوباره ازدواج کردم. نفر دوم مصرف کننده بود ولی تفنی میکشید. چند سالی باهاش زندگی کردم و ۳ تا بچه هم از اون دارم."

• سلیمه ۲۲ ساله می گوید:

"دو تا دختر دارم که یکیشون پیش مادرمه یکیشون پیش مادرشوهرم."

سابقه سقط جنین:

- اکثریت زنان مورد مصاحبه حداقل یک بار سابقه سقط داشته اند که این عمل در شرایط پر خطر و غیر بهداشتی انجام گرفته است .

• ناشناس ۴۰ ساله می گوید:

"چند سال پیش سقط داشتم. میل میزدیم، قابله‌های خونگی بودن این کار رو میکردن. بعد خونریزی که میفتادیم میرفتیم بیمارستان. یادمون میدادن که نگیم میل زدیم، بگیم خونریزی کرده یا از پله افتادیم".

- در موارد دیگری نیز بین ۲ تا ۳ بار سقط هم دیده شد همچنین موردی به ۱۳ بار سقط جنین اشاره می کرد که قابل توجه می باشد.

• ناشناس ۵۴ ساله در پاسخ به این سؤال که "تا حالا حامله شدی؟ می گوید:

"۱۵ شکم حامله شدم سقط های مکرر داشتم الانم ۲ تا پسر دارم"

• عزیزاده کارشناس ایدز، باسابقه فعالیت چندین ساله در سازمان زندان و همکار پروژه‌های تحقیقاتی در مورد زنان مصرف کننده مبتلا به ایدز می گوید:

"سقط غیر ایمن بین زنان مصرف کننده مواد خیلی رایج است. بارداری ناخواسته‌شان زیاد است".

سن اولین مصرف:

- سن اولین مصرف اکثریت زنان مورد مصاحبه بین ۱۴ تا ۱۸ سال بود اما در مواردی نیز ۱۱ یا ۱۲ سال سن اولین مصرف ذکر شد که غالب این افراد در حال حاضر بین ۲۰ تا ۲۶ سال هستند که می توان آنها را به دو گروه طبقه بندی

کرد، گروهی که با ازدواج اجباری در سنین پایین مصرف را آغاز کردند و گروهی که در این سنین به میهمانی های دوستانه می رفتند و روابط متعدد برقرار می کردند.

● ندا ۲۴ ساله می گوید:

"حدود ۱۴، ۱۵ سال ام بود که مدرسه راهنمایی می رفتم. با یک اکیپ پسر دوست شدم. اون موقع قرص اکس تازه اومده بود. پنجشنبه ها که میشد، بچه ها میگفتن بریم دور هم بشینیم و قرص اکس بترکونیم. میرفتیم شب تا صبح اکس میزدیم."

● سلیمه ۲۲ ساله می گوید:

"چهارده سالگی ازدواج کردم با شوهرم اولین بار مصرف کردم."

● الهام ۲۱ سال می گوید:

"۱۲ سال ام بود، اولین بار هم با حشیش و ترامادول شروع کردم. اول راهنمایی رو تازه تموم کرده بودم."

● سمیرا ۲۶ ساله می گوید:

"اولین مصرفم... نه اکس بود. راهنمایی بودم، روز اول، ۳ تا ترامادول خوردم و دو تا حشیش کشیدم"

- در برخی موارد که سن بالای ۱۸ سال، سن آغاز مصرف ذکر شده است مصرف، مقارن با دوران دانشجویی آغاز شده است.

● پریسا ۲۲ ساله دانشجو می گوید:

"دانشگاه من نزدیک جاده چالوسه. با چندتا از دوستای دانشگاهیم بر خوردم. با حشیش شروع شد. با دوستا شبها میرفتیم جاده و دور هم مینشستیم و میکشیدیم."

● سحر ۲۳ ساله می گوید:

"من رشته‌ام گرافیک بود. به خاطر اینکه میخوابیدم و کارهام خیلی عقب میفتاد، یکی از دوستانم گفت بیا شیشه بکش"

- در پاره ای از موارد سن آغاز به مصرف بین ۱۱ تا ۱۴ سال عنوان شد اما فضای اولین مصرف بیشتر بر کار کردن به علت نیاز مالی معطوف بود

● زهرا ۴۱ ساله می گوید:

"از سن ۱۳ سالگی شروع به کار کردم. چون کارم خیاطی صنعتیه. توی محیطش مواد زیاده. من مجبور بودم که اضافه بر سازمان کار کنم و نیاز به انرژی برای کار داشتم. به خاطر همین، تریاک میکشیدم که بتونم اضافه کار کنم."

اولین پیشنهاددهنده مصرف مواد:

- اکثریت زنان مورد مطالعه اولین پیشنهاد مصرف را از همسرانشان یا مردی که با او رابطه جنسی داشتند، دریافت کردند.

● سحر ۲۹ ساله می گوید:

"یک مدت سردردهای شدیدی میکردم. شوهرم به من میگفت یک آمپولی بهت میزنم که سردردت ساکت بشه. یکی دو دفعه یک آمپولهای قهوه‌ای میریخت توی قاشق و من نمیدونستم چیه. دراز میکشیدم، پاهام رو میزد به دیوار، چشمهام رو با یک روسری مشکی می‌بست، روی گاز حلش می‌کرد، بعد با آمپول قاطی می‌کرد و می‌زد به من و وقتی میزد من دیگه چیزی نمی‌فهمیدم."

● مریم ۵۳ ساله می گوید:

"شوهرم یک شب که پیشش نشستم، گفت میخوای یک دود بگیری؟ گفتم که نه. گفت با یک دود و دو دود چیزی نمیشه. من سه دود گرفتم و حالم جوری شد مجبور شد بهم آبلیمو بده. از حالی که بهم داده بود نمیخواستم بیرون بیام. بعد از اون، جسته و گریخته

بهم میداد. شب به شب به امید کشیدن این، میومدم و می‌نشستم پیشش و بعد از یک هفته قطعش کرد".

● الهام ۲۱ سال می گوید:

"از بچگی با پدر و مادرم خیلی مشکل داشتم. دخترعموم با یک پسر دوست بود. پسره مصرف کننده بود. توی محلمون زندگی می‌کرد. دخترعموم بهش خیانت کرد. اون هم همه سعی خودش رو کرد که روی من خالی کنه. کم‌کم بهم نزدیک شد و گفت تو که با پدر و مادرت مشکل داری، من میتونم چیزهایی بهت بگم که آروم بشی. اولین بار هم با حشیش و ترامادول شروع کردم."

- پس از همسر به عنوان اولین پیشنهاد دهنده مصرف، می توان به بستگان درجه اول اعم از برادر یا خواهر اشاره کرد.

● ناشناس ۳۲ ساله می گوید:

"برادرم مصرف کننده بود. از طریق برادرم افتادم توی مواد. چون توی خانواده شوهرم حتی سیگار قدغن بود. من از دود سیگار هم فرار میکردم. یک دود، ۲ تا دود تریاک که کلیه‌ام درد میکرد. ساکت میکنه، مسکنه، اینا... دیگه افتادم جوری بود که هر روز بعدازظهر به بعدازظهر باید میرفتم خونه برادرم".

● پریسا ۲۲ ساله می گوید:

"ابجیم توی خونه اعتیاد به شیشه پیدا کرده بود و من نمیدونستم. یک سال و خورده‌ای بود میکشید و من چون سرم به دانشگاه گرم بود نمیدونستم. بعد متوجه شدم که ابجیم شیشه‌ای شده. شیشه رو با اون تجربه کردم"

- نکته قابل توجه در میان این زنان، مادرانی بود که اولین پیشنهاد دهنده مصرف مواد بودند.

- مریم ۳۵ ساله می گوید:

"موقعی که با مادرم بود، بعد از به دنیا آوردن عاطفه، مادرم گفت واسه به دنیا آوردن این بچه خیلی زجر کشیدی، بهم مواد داد. اینطوری آشنا شدم. یواش یواش باعث شد که بشینم بکشم. شوهرم هم تزریقی بود. کشیدنم تبدیل به خوردن شد."

- سمیه ۲۶ ساله می گوید:

"نوی همون حول و حوش که خواهرم خونه نبود دیدم مادرم داره مواد استفاده میکنه. یکبار برای دندون درد کشیدم و چون بهم لذت داده بود، دوباره دندون درد رو بهونه کردم. مادرم دیگه خیلی راحت کراک می کشید توی خونه. من هم باهاش می زدم"

- مریم ۳۵ ساله می گوید:

"موقعی که با مادرم بود، بعد از به دنیا آوردن عاطفه، مادرم گفت واسه به دنیا آوردن این بچه خیلی زجر کشیدی، بهم مواد داد. اینطوری آشنا شدم. یواش یواش باعث شد که بشینم بکشم. شوهرم هم تزریقی بود. کشیدنم تبدیل به خوردن شد."

- از جمله مواردی که قابل ذکر است پیشنهاد اولین مصرف توسط دوستان یا بستگان به منظور کاهش درد اعم از جسمی یا روانی این افراد بوده است.

- ناشناس ۳۲ ساله می گوید:

"برادرم مصرف کننده بود. از طریق برادرم افتادم توی مواد. چون توی خانواده شوهرم حتی سیگار قدغن بود. من از دود سیگار هم فرار میکردم. یک دود، ۲ تا دود تریاک که کلیه ام درد میکرد. ساکتت میکنه، مسکنه، اینا... دیگه افتادم جوری بود که هر روز بعدازظهر به بعدازظهر باید میرفتم خونه برادرم."

- سمیرا ۲۸ ساله می گوید:

"خواهرم بدون سیگار و اینا یکراست افتاد توی کراک. من هم به خاطر تصادفی که داشتم پام درد میکرد. گفت بیا از این بکش درد تو خوب میکنه. بعدا اعتراف کرد که من تو رو عملی کردم که خرج عملم رو تو بدی".

- بهناز ۳۵ ساله می گوید:

"روماتیسم گرفتم. یکی از دوستای خونوادگیم بود. زن بود. گفت تریاک بکش. تریاک رو خوردم. بعدش شیره شد".

- شیدا ۲۰ ساله می گوید:

"یک روز فرار کردم و رفتم پیش دوستم. مامان دوستم اعتیاد داشت؛ کراک می کشید. من خیلی دلتنگ بچه‌ام بودم و گریه می کردم. مادرش گفت چرا اینقدر خودت رو می خوری؟ بیا یک کم از این بکش غم‌هات رو فراموش می کنی. من از دود سیگار هم بدم میومد. این رو که کشیدم یک حالی شدم؛ از این رو به اون رو شدم. خوشم اومد. دیگه هر روز می کشیدم".

- در مواردی نیز پیشنهاد مصرف از جانب دوستان به منظور بالا بردن کارایی فرد یا لاغری بوده است.

- زهرا ۴۱ ساله می گوید:

"از سن ۱۳ سالگی شروع به کار کردم. چون کارم خیاطی صنعتیه. توی محیطش مواد زیاده. من مجبور بودم که اضافه بر سازمان کار کنم و نیاز به انرژی برای کار داشتم. به خاطر همین، تریاک میکشیدم که بتونم اضافه کار کنم. از طریق یکی از فامیل‌ها پیشنهاد شد. با استفاده اون اگه روزی ۴ ساعت کار میکردم، حالا میتونستم ۸ ساعت کار کنم"

- سحر می گوید:

"من رشته‌ام گرافیک بود. به خاطر اینکه میخوابیدم و کارهام خیلی عقب میفتاد، یکی از دوستانم گفت بیا شیشه بکش، بیخوابی میاره. از یک سوت شروع کردم. میگفتن اعتیاد نداره.

دیگه همه کارهام رو بموقع انجام میدادم و استادم هم تعجب کرده بود. همینجوری شد که
الکی الکی افتادم توی شیشه"

● مزده می گوید:

" ۱۰ سال مشروب میخوردم و گهگداری هم حشیش میکشیدم. بعدش مشروب رفتم روی
شیشه. یک سال مصرف شیشه داشتم. توی مهمونی گفتن که این اعتیاد نداره و لاغر
میکنه، من برای اینکه لاغر کنه یک بار زدم. اصلا خوشم نیومد. یکجای دیگه دوباره
مهمونی رفتم. اما اینبار که مصرف کردم خوشم اومد. شش ماه اول پیایی بود و شش ماه
بعد شده بود هرروز صبح، ظهر، شب"

- در مورد نمونه های دو جنسی اولین پیشنهاد دهنده فقط دوستان بودند این افراد از خانواده طرد شده اند و تنها در
مسیر ارتباط با فضای اجتماعی انتخاب راه کرده اند.

● شراره دو جنسی می گوید:

" شبی که من میخواستم برم و جراحی کنم اونقدر که میترسیدم رفتم پیش دوست پسری
که داشتم و اون تریاک میکشید، اونجا تا صبح تریاک کشیدم. اعتیادم هم به خاطر این بود
که بعد از جراحیهایی که داشتم و مرفینهایی که بهم تزریق میشد، بعد از اینکه میومدم یک
خلای در من به وجود میومد که مرفین یا ماده مخدر دیگه ای لازم میبود. این بود که من
همیشه این OK رو به خودم میدادم که اگه بخوای بکشی ممانعتی نداره و لازمه که مصرف
کنی. من فقط یک دفعه گرس کشیده بودم. ۱۸ سال ام که بود، اگه کسی گرس داشت یا
حشیش داشت میکشیدم."

● تینا دو جنسی می گوید:

" دوست هام - که خودشون مصرف کننده بودن- هرویین رو بهم پیشنهاد کردن و
دادن. حدود ۱۳، ۱۴ سال پیش بود. ۲۰ و چند ساله بودم"

اولین شریک مصرف:

- در میان اکثریت زنان مورد مطالعه مردی که با آنان رابطه جنسی داشته اعم از همسر یا غیر همسر اولین شریک مصرف بود.

- ناشناس ۳۲ ساله می گوید:

"شوهرم که ۳۰ سال ازم بزرگتر بود شد یار بازییم بود با اون یار، بازییم کشیده بود به تزریق، به مواد سفید؛ تمجیزک هم مصرف میکردم. خودم به خودم میزدم. یار بازییم زمانی که رگ پیدا نمی کردم. دیگه زد توی کشاله. یکبار که اومد بزنه توی کشاله زد توی سرخرگم".

- سلیمه ۲۲ ساله می گوید:

"چون دختر بودم و باهام نمیتونست کاری بکنه. دامادش معتاد بود بهش گفتش که تو باید تریاک بکشی و تو هم بتونی کار بکنی. به خاطر همین شوهرم هم کشید و بعد گفت به زنت هم بده. باهانش نشستم کشیدم"

- از سوی دیگر اولین شریک مصرف عده ای زیادی نیز بستگان درجه اول که شامل مادر، خواهر، برادر یا دایی و سپس دوستان اعم از پسر و دختر می باشد، عنوان شده است.

- سمیه ۲۶ ساله می گوید:

"توی همون حول و حوش که خواهرم خونه نبود دیدم مادرم داره مواد استفاده میکنه. یکبار برای دندون درد کشیدم و چون بهم لذت داده بود، دوباره دندون درد رو بهونه کردم. مادرم دیگه خیلی راحت کراک می کشید توی خونه. من هم باهانش می زدم"

- پریسا ۲۲ ساله دانشجو می گوید:

"آبجیم توی خونه اعتیاد به شیشه پیدا کرده بود و من نمیدونستم. یک سال و خورده ای بود میکشید و من چون سرم به دانشگاه گرم بود نمیدونستم. بعد متوجه شدم که آبجیم شیشه ای شده. شیشه رو با اون تجربه کردم. دیگه با کشیدن شیشه، حشیش رو گذاشتم"

کنار و آگه هم میکشیدم تفریحی بود و دیگه اجبار به مصرف نداشتم. ولی مدت دوسال شیشه کشیدم و یار بازیم خواهر و برادرم بودن".

• نرگس که لیسانس دارد می گوید:

"یک دایی داشتم که با هم مصرف میکردیم. وایمیستادم شاید از خماری زوزه هم میکشیدم تا دایی محسنم بیاد."

• شیما ۲۴ ساله می گوید:

"من اول با یکی دوست شدم. میرفتم خونشون مشروب میخوردیم. زن بود. دوتا بچه داشت. ۲سال پیش. شیر و تریاک میکشیدیم. جلوی خانواده نمیتونستم بکشم، مینداختم بالا. مینداختم بالا حالم بد میشد. توی شیشه قلیون، مشروب میریختم و مصرف میکردم حسابی میرفتم تو فضا"

• الهه ۲۹ ساله می گوید:

"به یک پسر علاقمند شدم و به خاطرش افتادم توی تریاک. باهاش می نشستیم به نشئه- خوری. اولش برای تفنن بود ولی بعدش معتاد شدیم"

• سارا ۳۰ ساله می گوید:

"اون با مواد آشنام کرد. صیغه اش بودم، اون هرویین مصرف میکرد. اولش تریاک بود بعدش هم هرویین و کراک. تزریق نمی کرد. توی یک خونه زندگی می کردیم. اولین بار که رفتم پیشش بهم تعارف کرد. خودش تفریحی میکشید. من هم که عشق کورم کرده بود. از همون موقع شروع کردم."

• سمیرا ۲۸ ساله می گوید:

"توی ۱۷ سالگی عضو گروه هوی متال بودم. ۵تا پسر بودن و من یک دختر. قرص میخوردیم و شوی متال میداشتن و بحث های فلسفی میکردیم. رابطه جنسی نداشتم چون

میگفتن این از ضعف‌های آدمه. مثل خوردن، خوابیدن، سکس و عشق و عاشقی، مواد مصرف می‌کردیم و بیدار می‌موندیم".

اطلاع خانواده از اعتیاد:

- اکثریت خانواده های زنان مورد مطالعه، درگیر اعتیاد بوده و به علائم و نشانه های اعتیاد تسلط داشتند و بعد از ۱ تا ۳ سال از اعتیاد این زنان نه تنها خبردار شده اند بلکه آنها را از جهت تأمین مواد مصرفی کمک هم می کردند.

• شیدا ۲۰ ساله می گوید:

"پولش رو بابام بهم میداد. دیگه یک ماه، دوماه همینجوری گذشت. بعد رفتم خونمون. اونها نمیدونستن که کراک مصرف می‌کنم. بالاخره مامانم مواد رو دست من دید. نمیتونست چیزی بگه چون خودش هم مصرف می‌کرد"

• فاطمه که مادرش مصرف کننده است و در حال حاضر فرزندش را وی نگه می دارد می گوید:

"اونا بعد از یک سال فهمیدن که مصرف کننده شده‌ام. قیافه‌ام تابلو شد فهمیدن."

• ناشناس ۴۰ ساله می گوید:

"با مواد توی خانواده مادریم آشنا شدم. ۲ سال از اعتیادم گذشته بود که خونوادم فهمیدن"

• پریسا ۲۲ ساله دانشجوی می گوید:

"۳ سال شیشه می کشیدم، من رو هم که خانوادم نمیدونستن، سال آخر متوجه شدن. در واقع ۶، ۷ ماه آخر فهمیدن که اون رو هم خواهرم لو داد. میخواستن ببرنش کمپ و گفت چرا من رو میبرین، اون رو ببرین، اون هم داره مصرف میکنه. اینجوری خانواده متوجه شدن که من اعتیاد دارم."

- در پاره ای موارد نیز خانواده به اعتیاد فرد پی برده اما واکنش مستقیمی نشان نداده و تنها سعی بر نادیده گرفتن وی داشته اند تا در امان باشند.

- مهین ۴۰ ساله می گوید:

" من مصرف میکردم و فکر میکردم کسی نمیفهمه. نمیدانستم کسی بفهمه، در صورتی که طرف مقابلم میفهمید. توی فامیل هم خواهرم اینها میفهمیدن. با ما رفت و آمد نمی کردن. وقتی می رفتم خونشون، خودم میفهمیدم که تحت نظر بودم."

- ناشناس ۳۲ ساله می گوید:

"دقیقا اون زمانی که گرفتار شدم فهمیدن"

- زهره ۴۳ ساله می گوید:

"خونوادم؟ مادرو اینا؟ آره. زود فهمیدن چون دختر بودم رنگو روم پریده بود من خیلی زود تابلو شدم و اونا هم زود فهمیدن. احتیاج نبود زمان بگذره"

- در خصوص موارد دوجنسی که پس از رانده شدن از خانواده گرفتار مواد شدند یافته ها متفاوت می باشد

- تینا دو جنسی می گوید:

"من دو جنسی هستم. وقتی از خانواده خودم به خاطر موقعیت جنسیم طرد شدم. تا وقتی توی خانواده خودم بودم حتی سیگار هم نمی کشیدم. چون یکی یک دونه بودم، یک بچه عاطفی در اوادم. وابسته به خانواده و پدر و مادر. مواد رو وقتی شروع کردم که دیدم از خانواده طرد شدم، تنها شدم و نمیتونم برگردم پیش پدر و مادرم. رفتم پیش دوست های خودم - کسانی که مثل خودم هستن. شب اول اولین سیگار رو کشیدم، پدر و مادرم از هم جدا شدند پدرم نگفت برو بیرون ولی طوری با زن بابام مشکل داشتم که بهم گفتن برو پیش مادرت. مادرم هم وقتی میخواست بره سرکار میگفت تو هم برو بیرون. من هم مجبور بودم از صبح تا شب رو توی زمستون و تابستون توی این جامعه کثیف میبودم."

- در صورتیکه در برخی دیگر از خانواده ها تا ۱۰ سال نیز اعتیاد این زنان که با مشروبات الکلی یا قرص آغاز شده بود، پنهان باقی مانده است.

مژده ۴۰ ساله می گوید:

"خونوادم بعد از اینکه پاک شدم فهمیدن . من یازده سال الکل مصرف میکردم با حشیش.
خونوادم کاریم نداشتن حتی با مشروب خوردنم مشکلی نداشتن. بعد مشروب رفتم روی
شیشه".

• مریم ۳۰ ساله:

"اونها نفهمیده بودن و این آخریها خودم بهشون گفتم. پدرم ۷، ۸ سال با من قطع رابطه
کرده بود. من هم از تنهایی شدید مجبور شدم رو به کراک بیارم".

• نرگس که لیسانسه است می گوید:

"از ۷ سالگی ته پیک هارو می خوردم، من مشروب می خوردم خونوادم خوششون هم
میومد. اما گذر زمان باعث شد که مصرفم رفت بالا و آن بی خوابیهای شبانه ام، اون حرف
زدنهای زیادم یا اون چرتهایی که میزدم باعث شد که متوجه بشوند. زمانی هم فهمیدن که
من شاید احتیاج به توجه داشتم. سیگار می کشیدم در اتاقم تا بوی سیگار بره در اتاقم رو وا
کنند، نیومدند. یکی را کردم دوتا. سیگار را کردم تریاک نیومدند. زمانی اومدند که من دیگه
کله ام رو زمین بود. کراک و شیشه با هم. گفتم حالا برای چی اومدین؟ دیگه پذیرشش رو
نداشتم".

• شیما که ۲۶ ساله است و پدر و مادرش شمال زندگی می کند می گوید:

"من خونه آبجیم بودم. تهران. همش می خوابیدم. خواهرم میگفت چرا اینقدر می خوابی؟
راستشو بهش گفتم. خواهرم داشت سخته می کرد. میرفتم خونشون مشروب می خوردیم. زن
بود، شیر و تریاک میکشیدیم. جلوی خونواده نمیتونستم بکشم، مینداختم بالا. مینداختم
بالا حالم بد میشد. توی شیشه قلیون، مشروب میریختم و مصرف میکردم حسابی میرفتم
تو فضا. بعد از اون هم ترامادول میزدم. بعد دیگه شیر و تریاک رفت کنار و اکس هم مصرف
میکردم بعد کراک و شیشه کشیدم"

فرایند مصرف:

- اکثریت زنانی که دوره اعتیاد آنها طولانی تر بود مصرف مواد را با تریاک آغاز کردند سپس مصرف هروئین ، کراک ، حشیش، نورجیزک، تمجیزک و شیشه و.....را تجربه کردند. لازم به ذکر است که غالب زنان مورد مصاحبه در حال حاضر مصرف کننده شیشه و کراک می باشند.

- مهرانگیز ۴۷ ساله می گوید:

"اون زمان یخورده تریاک میخوردم. با دومی ازدواج کردم و سه ماه طول کشید که افتاد زندان و من متارکه کردم. اونجا هم هروئینی شدم. چون اون هروئینی بود. بعد از اون هم حشیش، شیشه، همه چیز مصرف کردم. الان کراک مصرف می کنم".

- ناشناس ۳۸ ساله می گوید:

"برادرم به تریاک معتادم کرد. با کسی هم که مجددا ازدواج کردم سنش بالا بود و اعتیاد به تریاک داشت. دیدم با اون هم نتونستم کنار بیام، مجددا طلاق گرفتم. با نفر سوم هم که صیغه اش شدم اون اعتیادش خیلی بالا بود. از مواد سفید و سیاه، همه نوع استفاده کردم. حتی تزریق. تمجیزک، نورجیزک، دوا سفید هم تزریق کردم".

- بهناز ۳۶ ساله می گوید:

" پام درد گرفت. روماتسیم که گرفتم به من تریاک خوروند؛ توی چای حل کرد. از اون به بعد به روش خوراکی و بعدش هم مشامی. بعدش هم جایگزین کردم. اول هروئین رو و بعد هم که رفتم ترک کنم، متادون، بعد از متادون، شیشه و بعدش هم کراک"

- مهین ۴۰ ساله می گوید:

" من تریاک مصرف میکردم و زدم به شیشه و کراک. من کراک که اومد، تزریق کردم. من دودی میکشیدم. یک خانم توی پارک گفت تزریق راحت تره. من هم بلد نبودم. اول میترسیدم. اون یکبار برام زد و بعد برام عادی شد و خودم میزدم"

- در حالی که در گروه دیگری از زنان مصرف کننده که دوره اعتیادشان کمتر بود فرایند مصرف اکثریت با مشروب، قرص های اکس، حشیش یا قرص های ترامادول آغاز شده و به مصرف مرفین، کراک و شیشه منتهی شده است.

• ندا ۲۴ ساله دیپلمه می گوید:

"اون موقع قرص اکس تازه اومده بود. پنجشنبه ها که میشد، بچه ها میگفتن بریم دور هم بشینیم و قرص اکس بترکونیم. میرفتیم شب تا صبح اکس میزدیم. البته بعد قرص، مشروب هم میخوردیم. مادرم نمیدونست قرص می خورم ولی با بیرون رفتنم کاری نداشت؛ باهش راحت بودم. تا اینکه اکس تموم شد و شیشه اومد. یک سال بعدش شروع کردم به شیشه کشیدن. البته هفته ای یکبار بود؛ تفننی بود. بعد که مزه/اش رفت زیر زبونمون، هر روز کشیدیم. دیدیم خوابمون نمی بره. از بیخوابی برداشتیم و تریاک کشیدیم. با تریاک هم خوابم نمی برد تا اینکه قرص خوردم؛ دیازپام، اگزازپام، ترامادول، بابامادول، زانکس، همه اینها رو مصرف کردم. من معلم قرص و مرفین بود ولی با دوستانم که نشسته بودیم، اونجا چیزی جز کراک نبود و من مجبور شدم کراک هم مصرف کنم. از کراک خوشم اومد و افتادم توش".

• الهام ۲۱ ساله می گوید:

"با حشیش و ترامادول شروع کردم همینطور ادامه پیدا کرد تا اینکه ۱۵ سال ام بود و با کراک و شیشه آشنا شدم. اون دوتا مواد هم سر جاش بود و مصرف میکردم. شد چهار نوع مواد در روز. اونها هم برای اولین بار حالم رو خیلی بد کرد ولی اینقدر پررو بودم که ولشون نکردم. چون میگفتم جلوی دوستانم کم نیارم. پیشنهاد مواد جدید رو کسانی بهم میدادن که میرفتم ازشون مواد بگیرم. میگفتن این یکی رو بزنی بهتره و قویتره و نشئگیش بالاتره".

• آنا ۲۷ ساله می گوید:

"همه چی زدم. شیشه و کراک. با اکس شروع شد".

- نرگس لیسانسه می گوید:

"از ۷ سالگی ته پیکها رو می خوردم. سیگار. یکی را کردم دوتا. سیگار را کردم تریاک مرفین زدم. دو سال تخریب شیشه بود. بعد کراک شد. بعد کراک و شیشه با هم شد".

- سمیرا ۲۶ ساله می گوید:

"اولین مصرفم.....نه اکس بود بعد همین شیشه بود"

البته در مواردی هم مشاهده شد که آغاز مصرف با کراک بوده است

- شیدا ۲۰ ساله می گوید:

"با کراک شروع کردم، بعدش شیشه، مشروب، سیگاری همه اینها رو مصرف می کردم."

- در خصوص دوجنسی ها در فرایند مصرف تجربه همه مواد مشاهده می شود

- شراره دو جنسی می گوید:

"اونجا که تریاک مصرف کردم. قبلش هم حشیش و گراس رو Try کرده بودم. مشروبخور نشدم؛ هیچوقت تریاکی نشدم. بعد از اون دیگه موادی استفاده نکردم تا اینکه کوکاییین رو یک وقتی که جراحی کرده بودم، یکی از دوستانم دعوتم کرد یک جایی و من رفتم. اونجا کوکاییین بود با شامپاین. دیگه موادی مصرف نکردم تا اینکه با شوهر دومم آشنا شدم. ازدواج که کردم، بعد از شیش ماه، یهو ۲ تا آمپول آورد و گذاشت روی میز. دست و پای من رو بست و تزریق کرد به من. چون من از سوزن و آمپول خیلی میترسیدم. آمپولها هم نورجیزک و تمجیزک و اینها بود. بعد از اون همون شوهرم بهم تزریق هرویین کرد؛ یک دفعه. بعدش برای چند ماهی من تزریقات تمجیزک و اینها رو داشتم"

- در فرایند مصرف عده ای که در حال خوردن متادون بودند تقدم و تأخری در انتخاب نوع مصرفی دیده نشد زیرا غالباً چند نوع ماده را با هم مصرف می کنند.

- آرمیتا می گوید:

"الآن متادون میخورم، تل میکشم، شیشه هم میکشم، سیگاری هم باشه میکشم".

- زهرا ۴۲ ساله می گوید:

"کوک زده بودم ولی هرویین نه. الآن از موقعی که خوابگاه اومدیم. موقعی که دارم میرم DIC متادون بخورم بارها پیش اومده مجبور شدم از کراک استفاده کنم. یک موقع هایی میبینی دیر میشه یا موفق نمیشم، تریاک گیرم نمیداد و مجبور میشم کراک مصرف کنم با اینکه خوشم نمیداد".

- بهناز ۳۵ ساله می گوید:

"من موقعی که متادون مصرف میکردم شیشه رو هم میزد. بعد که منو اخراج کردن /از درمان متادون / شیشه رو نتونستم چون محرک بود به خاطر همین کراک مصرف کردم".

شیوه تهیه مواد:

در خصوص روش تهیه مواد می توان دو گروه را از هم تفکیک کرد زنانی که سن و سال بیشتری داشتند یا از طریق همسر با مواد آشنا شده بودند همچنان مواد خود را یا به صورت آشکار یا پنهان از مواد مصرفی همسرانشان تأمین می کردند و یا در صورت عدم حضور همسر از طریق تماس با ساقی و تن فروشی مواد مورد نیازشان را تهیه می کردند.

- مهین ۴۰ ساله می گوید:

"چون همیشه شوهرم نمیداشت من بیرون برم. خودش میخرد"

- ناشناس ۵۴ ساله می گوید:

"اول شوهرم تهیه می کرد اما بعد از فوتش با بدبختی با ضایعات جمع کردن"

- مریم ۵۳ ساله می گوید:

"آره. شوهرم داشت. جاسازش رو میزد."

- مهرانگیز ۴۷ ساله در پاسخ به این سؤال که موادت رو از کجا تهیه می کنی؟ می گوید:
"همینجا پره. توی خیابون‌ها"

- مریم ۳۰ ساله می گوید:

"زنی با خواهرش زندگی میکنه. هر دو تا قاچاق میکنن. قم زندگی می کنن. توی قم مواد هست ولی تهیه‌اش سخته برای یک زن. من خودم وقتی اینها رو نمی شناختم، خیلی وقتها خماری می کشیدم. پیش کسی هم نمی رفتم. چون زنهای دیگه ای هم نمی شناختم. هر کس هم می شناخت، می ترسید".

- بهناز ۳۶ ساله می گوید:

"تن فروشی می کردم، شوهرم بعضی موقعها میفهمید ولی بعضی موقعها که میرفتم خیابون و مواد تهیه میکردم، نمیفهمید".

- اکثریت زنانی که سن و سالشان کمتر بود توسط دوستان (پسر یا دختر) و یا اعضای خانواده اعم از برادر، پدر، مادر مواد مصرفی شان را تهیه می کردند و این گروه کمتر بطور مستقیم با ساقی در ارتباط بودند و اگر هم با ساقی مرتبط شدند غالباً این افراد زن بودند.

- مریم ۳۰ ساله می گوید:

"بیشتر برادر بزرگم برام میگرفت. یا یک خاله داشتم و از اون می گرفتم. خاله خودم نیست، دوستمه؛ چند ساله با هم دوستیم. قاچاق فروش بود. بهم میگفت اگه یه وقت خواستی به خاطر این [مواد] بیرون بری، بیا خودم بهت میدم ولی بیرون نرو".

- نرگس می گوید:

"یک دایی داشتم که با هم مصرف میکردیم. وایمیستادم شاید از خماری زوزه هم میکشیدم تا دایی محسنم بیاد برای من هم میگفتم بگیره. یکبار یا دوبار خودم گرفتم. اون هم از یه آدمی بود که بهش میگفتند خاله. اون هم دو تانیه نکشید با آژانس رفتم و گرفتم و نشستم توی ماشین و برگشتم".

- سحر ۲۹ ساله می گوید:

"همون دوستم بهم آدرس داد. یک ساقی خانم بود. می رفتم ازش می گرفتم یا زنگ می زدم برام میاورد".

- شیما ۲۶ ساله می گوید:

"اولاش ستایش برام میاورد. چون منو دوست داشت مجانی برام میاورد. بعدش از مامانم پول میگرفتم و میرفتم داروخونه این قرصو بهم میداد. هر داروخونه ای نمیداد".

- ندا ۲۴ ساله می گوید:

"دنگی دنگی میکردیم یا یکی فاز مهربونی میگرفت و میرفت میخرید یا با داداشم مصرف می کردم یا از مامانم میگرفتم. پارسال یکی از دوستام برام میگرفت همیشه. امسال که اومدم اینجا داداشم برام تهیه میکرد. البته پولش رو مامانم میداد. اون موقع که شیشه مصرف می کردم، خیلی با ساقی رو به رو میشدم. اما امسال یک بار هم نرفتم از ساقی بگیرم".

- پریسا ۲۲ ساله دانشجوی می گوید:

"مادرم خیلی مهربونه. پیشش گریه میکردم و میگفتم اعصابم خورده، خودش مثلا ۵ تومن میداد میگفت بگو بیاره جلوی در و خودت نرو که باز یک و نیم نصف شب بیای خونه. میاوردن جلوی در، مامانم میرفت میگرفت و من مصرف میکردم. وقتی پدرم فهمید، برای اینکه آبروش نره و دخترش یک نصف شب نیاد خونه، پول جنس رو خودش میداد. پول رو میداد و کاسب میاورد در خونه و من میرفتم و میگرفتم. میگفت اگه بری بیرون، دیگه پول جنس بهت نمیدم. داداشم که اومد، پول جنسمون رو اون میداد، دستش توی جیب خودش. من توی مدت دوسالی که اعتیاد داشتم، شاید انگشت شمار بوده که کاسبهایی که [باهشون] دوستم، اون هم از همسایه هامون میگرفتم. چون همسایه هامون همه کاسبن. رد و بدل میکردیم".

• الهام ۲۱ ساله می گوید:

"یادمه اولین بار که رفتم توی پارک مواد بگیرم -خونمون کرجه-، جلوتر از من یک دختر میرفت که از اون آقایی که اونجا بود مواد بگیره. دختره رو برد پشت شمشادها و شروع کرد به سوء استفاده. این موند توی ذهن من. دویدم خونه و تیغ رو برداشتم و سرم رو از ته زدم. یک کلاه هم برای دادش بود گذاشتم و به اسم اینکه پسرم معرفی کردم و مواد میگرفتم".

• اما برخی از زنان نظر دیگری دارند و معتقدند ساقی مرد در مورد پول گرفتن انعطاف دارد و در پاسخ به این سؤال که زن‌هایی که شیشه مصرف میکنند، بیشتر سراغ زن میرن برای تهیه‌اش یا مرد؟

• سمیه ۳۰ ساله می گوید:

"سراغ مرد میرن. چون زنهایی که کاسبی شیشه میکنند باید پول ببری تا بهت جنس بدن. سعی میکنند سراغ مرد برن که اگه نداشتن حالا یا برن باهانش یا با زبون بتونن بگیرن".

- موارد دو جنسی تنها از طریق دوستان مواد خود را تهیه می کردند و از تماس با ساقی پرهیز داشتند زیرا بنا بر تجربه های سخت آزار جنسی بیش از افراد دیگر مورد ایضاء واقع می شوند.

• شراره دو جنسی در پاسخ به این سؤال که مواد را از طریق ساقی تهیه می کردی؟ می گوید:

"نه. هیچوقت. من جلوی خودم رو میگرفتم چون میدونستم که این کار به کجا میکشه. میدونستم که با یک نفر که Dealer هستش ارتباط برقرار کنم، اصلا Dealer باز میشم و میترسیدم. چون میگفتم اینکه دوستم داره اینجوری عوضیه و بخاطر همین از آدمهای دیگه وحشت داشتم".

- موارد دو جنسی چنانچه به ساقی مراجعه می کنند حتماً زن است زیرا بسیار مورد آزار قرار گرفته اند.

• تینا دو جنسی می گوید:

"یک بار که برای خرید تریاک اومده بودم دروازه غار، یک خانومی اونجاست که آپارتمان بزرگی داره و مال خودشه و خلاف تریاک میکنه. گفت حالا توی این زمستون کجا میری و چکار میکنی؟ گفتم که بی‌پناهم. گفت پیش ما بمون. منظورش این بود که کار کنم. پله‌ها

رو بشورم و آپارتمان رو نظافت کنم و کارهای خونه رو انجام بدم. کار خونه‌اش خیلی زیاد بود. نزدیک یک سال هم اونجا بودم تا اینکه دیدم اون احترام‌هایی که قبلا قایل بودن دیگه نیستن. بهم بی‌احترامی می‌کردن و دری‌وری می‌گفتن و من قهر کردم و اومدم بیرون".

- افرادی نیز بودند که خود فروشنده مواد بودند و ماده مصرفی شان را بر می داشتند

- زهرا ۳۲ ساله در پاسخ به این سؤال که موادت رو چجوری تهیه می‌کردی؟ می‌گوید:
"مواد می‌فروختم".

سابقه ترک:

اکثریت زنان مورد مطالعه سابقه ترک داشتند، در میان روشهای ترک، کمپ، متادون درمانی و داروی گیاهی و گروههای خودیاری مانند معتادان گمنام مشاهده شد. زنانی که سابقه طولانی مدت مصرف مواد داشتند علیرغم سالهای زیاد وابستگی بیش از سه بار سابقه قطع مصرف نداشتند

- ناشناس ۳۷ ساله با ۱۲ سال سابقه مصرف می‌گوید:

"آره یک بار ترک کردم"

- ناشناس ۳۸ ساله می‌گوید:

"۱۰ سال اعتیاد داشتم. یکبار بیشتر ترک نکردم"

- مهین ۴۰ ساله که ۲۲ سال است مواد مصرف می‌کند، می‌گوید:

"چون همیشه شوهرم نمیداشت من بیرون برم. خودش میخريد و میگفت آبرومون میره اون موقع توی خونه میخواستن ترکم بدن". این سومین بارمه که ترک می‌کنم"

- در بعضی موارد چنانچه فرد به علت ارتکاب جرم به زندان رفته باشند، امکان ترک فراهم شده است.

- مریم ۳۵ ساله می گوید:

"تا دو سه سال پیش که ترک کردم و یک اتفاقی افتاد و رفتم توی زندان. با یکی دوست بودم که به خاطرش رفتم زندان. اونجا همه چیز رو ترک کردم. کارهایی که توی زندگیم نکردم، تزریق بوده، گرد بوده؛ کراک هم نکشیدم. ولی شیشه و تریاک بوده. شیشه رو هم گاهی اوقات که ناراحت می‌شدم می‌زنم. ولی الآن متادون می‌خورم. ولی بدنم می‌خاره."

- سمیرا ۲۸ ساله می گوید:

"آره همون موقع که شریکم رو گرفتن من هم دستگیر شدم. توی زندان سه عملم رو ترک کردم: کراک، شیشه و حشیش. رسونده بودمش به ۴ سی سی در روز ولی لغزش کردم. الآن ۳ روزه دوباره تحت درمانم."

- زهره ۴۳ ساله می گوید:

"کراک و شیشه مصرف می‌کردم ولی الآن ۲ ماهه فقط متادون. خیلی عجیبه که ۲ ماه نکشیدم من ولی یه ۵ سالی که توی زندان بودم نکشیدم."

- درمان با متادون با بازخوردهای گوناگون همراه بود از جمله کسانی که متادون را به علت شرایط خوبی که برایشان ایجاد می کند کافی دانستند

- ناشناس ۴۰ ساله می گوید:

"فقط متادون. وقتی نگرم میداره مگه مرض دارم چیز دیگه استفاده کنم؟!!!"

- یا کسانی که مصرف متادون را خطرناک تر دانستند

- سلیمه ۲۲ ساله در پاسخ به این پرسش که : متادون درمانی داشتی؟ می گوید:

"آره ۱۵ روز ولی ول کردم چون گفتند اعتیادش بدتره. وحشت کردم"

- همچنین مصرف های طولانی مدت متادون بدون کنترل درمانی نیز از جمله موارد لازم به ذکر است.

- شیرین ۴۴ ساله می گوید:

" ۵ سال متادون می خوردم برای کار دخترم مجبور شدم برم شمال اما متادونمو ندادن افتادم تو کراک و شیشه، باز دارم متادون می خورم."

- از آنجایی که رفتارهای پرخطر و مصرف چند ماده به طور همزمان در زنان جوان بیشتر مشاهده شد لذا در وضعیت درمانی زنان جوانتر تفاوت های بارزی وجود دارد. در میان این گروه استفاده از روش های مختلف از جمله مراجعه به روانپزشک، متادون درمانی، دارو درمانی، داروهای گیاهی و روش های پرهیزمدار مانند انجمن معتادان گمنام مشاهده می شود.

- الهام ۲۱ ساله می گوید:

" پدرم رفته بود از داروخونه قرص گرفته بود که من رو ترک بده. ولی مادرم من رو برداشت و برد دکتر- روانپزشک. به خاطر اینکه ترک کنم، ۱۰ تا آرامبخش میخوردم. فقط میخوابیدم و فقط برای دستشویی بیدار میشدم، گرسنه نمیشدم، تشنه نمیشدم، هیچ حالتی نداشتم. نوار مغزی هم که دادم، یکی از رگهای مغزم خوابیده -دیگه شده بود روزی ۱۰ تا ۲۰ تا متادون و ترامادول می خوردم. ولی کراک برام واجب بود، عرق سرد میکردم، استخونهام زقزق میکرد و نمیدونستم دردم مال کدومیکیه. یادمه پارسال یک سال و نیم بود که پاک بودم. راهنما داشتم، ۱۲ قدم رو کار کردم و حتی رهجو هم داشتم. قانون رو زیر پا گذاشتم و به حرف راهنما گوش نکردم. با یک پسر آشنا شده بودم که NA می بود. نمیدونستم که لغزش کرده باهاش شیشه زدم"

- سحر ۲۹ ساله می گوید:

"خودم با داروی گیاهی ترک کردم ولی یک شب تشنج کردم، دهنم قفل شد و خون بالا آوردم. بهم گفتن سخته مغزی کردی. دو ماه بیمارستان بودم. سیتی اسکن کردن گفتن یک چیزهایی توی سرش مشاهده میشه. الان هم تشنج میکنم."

- شیما ۲۶ ساله می گوید:

"من اصلا از دکتر و بیمارستان و... بدم میاد. آخه منو یکبار توی بیمارستان بستری کردن، ۶ بار شوک مغزی بهم دادن".

- مصرف همزمان متادون با مواد دیگر از جمله مواردی است که در هر دو گروه دیده می شود به ویژه در میان زنانی که رفتارهای پرخطرتر در آنان بیشتر مشاهده شد

- زهرا ۳۲ ساله می گوید:

"یک بار رفتم کمپ و ترک کردم. دو سال و نیم پاک بودم. بعدش به خاطر مشکلاتی که با خانواده داشتم دوباره مصرف کردم. ۴۶ سی سی متادون می خوردم و کنارش کراک و مواد دیگه هم مصرف می کردم".

- آرمیتا می گوید:

"الآن متادون میخورم، تل میکشم، شیشه هم میکشم، سیگاری هم باشه میکشم".

- بهناز ۳۵ ساله می گوید:

"من موقعی که متادون مصرف میکردم شیشه رو هم میزدم. بعد که منو اخراج کردن /از درمان متادون / شیشه رو نتونستم چون محرک بود به خاطر همین کراک مصرف کردم".

- ناشناس (ساله؟) می گوید:

"بعد تریاک رو شروع کردم. بعد هرویین و بعد کراک. تزریق نداشتم. الان ۲ سال و نیمه متادون میخورم و گهگاهی شیشه میکشم".

- لغزش اغلب زنان مورد مطالعه با ماده شیشه می باشد

- تینا دو جنسی در پاسخ به این سؤال که مدتی که تحت درمان متادون بودی چند بار لغزش داشتی؟ می گوید:

" یکی دو بار شیشه کشیدم"

- بهناز ۳۶ ساله می گوید:

"اول هروئین رو و بعد هم که رفتم ترک کنم، متادون، بعد از متادون، شیشه و بعدش هم کراک".

- ناشناس ۳۲ ساله:

"افتادم توی مواد سفید. از مواد سفید هم دیدم بهم نمیسازه، افتادم توی کراک و شیشه. بعد از کراک و شیشه. تصمیم گرفتم که فایده نداره رفتم کمپ. دوباره افتادم توی مواد محرک"

- در پاره ای از موارد شرایط مکانی مرکز که در مسیر مصرف کنندگان و فروشندگان زیادی می باشد، منجر به لغزش فرد شده است.

- زهرا ۴۲ ساله می گوید:

"کوک زده بودم ولی هرویین نه. الان از موقعی که خوابگاه اومدیم. موقعی که دارم میرم DIC متادون بخورم بارها پیش اومده مجبور شدم از کراک استفاده کنم. یک موقع هایی میبینی دیر میشه یا موفق نمیشم، تریاک گیرم نمیاد و مجبور میشم کراک مصرف کنم با اینکه خوشم نمیاد".

سابقه تزریق:

- اکثریت زنان مورد مصاحبه سابقه تزریق دارند در میان این افراد کسانی هستند که با تغییر الگوی مصرف همسرشان تزریق را آغاز کردند.

- مریم ۳۵ ساله می گوید:

"آره. شوهر اولم تزریق میکرد. خودش تنها مصرف میکرد و سرنگش هم خودش میخرید. نگران بودم که باهاش میخوابم مریض نشم"

• مریم ۵۳ ساله می گوید:

" شوهرم اون افتاد توی تزریق و دنبال اون من هم تزریقی شدم. من از هرویین شروع کردم وقتی دیگه نتونستم رگ پیدا کنم، زدم به مشامی مصرف کردن"

• ناشناس ۳۲ ساله می گوید:

" یار بازی داشتم. با اون یار بازیم کشیده بود به تزریق، به مواد سفید؛ تمجیزک هم مصرف میکردم. خودم به خودم میزدم. یار بازیم زمانی که رگ پیدا نمی کردم. دیگه زد توی کشاله. یکبار که اومد بزنه توی کشاله زد توی سرخرگم. رگم پاره شد. ۲، ۳ ماه توی بیمارستان بستری بودم. پام میخواست قطع بشه."

- در مواردی اجبار به تزریق از جانب همسر دیده می شود.

• سحر ۲۹ ساله می گوید:

" شوهرم به من میگفت یک آمپولی بهت میزنم که سردردت ساکت بشه. یکی دو دفعه یک آمپولهای قهوه‌ای میریخت توی قاشق و من نمیدونستم چیه. دراز میکشیدم، پاهام رو میزد به دیوار، چشمهام رو با یک روسری مشکی می بست، روی گاز حلش می کرد، بعد با آمپول قاطی می کرد و می زد به من و وقتی میزد من دیگه چیزی نمی فهمیدم. خودش هم کراک تزریق می کرد"

- دختران جوان تر که فرایند اعتیاد را به سرعت طی کردند و رفتارهای پرخطر بسیاری داشتند، تزریق را با افراد ناشناس تجربه کردند.

• الهام ۲۱ ساله می گوید:

" ۱۶ سال ام بود. از خونه فرار کرده بودم، رفتم شمال. پسر راننده اتوبوس اعتیاد داشت - به کراک و تمجیزک. من اون موقع کراک هم میزدم. کراک و زدیم و بعد گفت یک چیز بهتر دارم. خون بازی رو می گفت. تمجیزک رو زدم دیدم آره، نشئگیش خیلی بالاست ولی

خوشم نیومد چون کثیف کاری زیاد داشت. خون من هم خیلی رقیق بود و بند نمیومد. رگم اولش پیدا نمیشد، بعدش هم پاره شد و خونش بند نمیومد"

• شیما ۲۶ ساله می گوید:

"خونه یکی از دوستانم رفته بودم، گفت بکش آروم میشی ها! دیگه اونجا شیشه کشیدم. بعد یه آمپولی هم آورد. من از آمپول بدم میومدم. گفت دستتو بیار جلو برات بزنم. دستمو بردم جلو و این آمپول رو برام زد. بعد از ۱۰ دقیقه انگار روی هوا بودم."

- زنانی که سن بیشتری دارند و سالهای اعتیادشان زیاد است تجربه تزریق را دیرتر از زنان جوان داشتند.

• ناشناس ۵۴ ساله می گوید:

" ۱۸ سال مصرف کردم اول با تریاک شروع کردم و بعد هروئین مشامی زدم و ۵ سال تزریق میکردم تقریباً ۴۵ ساله بودم اولین تزریقو کردم"

- در میان زنانی که روش مصرفشان تزریق است سابقه تزریق از ۳ سال تا ۲۵ سال مشاهده می شود و اکثریت این افراد در سنین ۳۰ تا ۴۰ سال هستند

• ناشناس ۴۰ ساله می گوید:

"هم قرص میخوردم، هم تزریق میکردم، هم کشیدنی که خیلی کم بود. سابقه تزریقم ۲۵ ساله و اولین سن تزریقم ۱۳ سالگی بود و آخرین تزریق مشترکم پارسال بوده"

• ناشناس ۴۰ ساله می گوید:

"من ۲۰ سال پیش شروع کردم به مصرف. با تریاک شروع کردم. بعدش افتادم به هرویین و کراک. بعد شروع کردم به تزریق. البته من سرنگم همیشه یکبار مصرف بود. اگر داشتم که میگرفتم چند تا میداشتم توی خونه. اگر هم نداشتم نمیکردم، میکشیدم. آخرش که دیدم رگ ندارم و به گردنم میزدم، دیگه قیچیش کردم."

- ناشناس ۳۷ ساله می گوید:

" تریاک ، هروئین ، شیشه، شیره؛ من شیره رو تزریق کردم ۲۲ ساله بودم اولین تزریقو کردم."

- در مواردی پیشنهاد تزریق از جانب زن دیگر و بدون هیچگونه آشنایی داده شده که بدون تأمل پذیرفته و اقدام به تزریق صورت گرفته است.

- فاطمه می گوید:

" یه خانومی اومد و یه مشورتی بهم داد. باهاش همینجا آشنا شدم. بهم دیازپام پیشنهاد کرد و خودش تزریق کرد " ۱۰ سال کراک و شیشه زدم روش مصرفم تزریق بوده ۳ ساله تزریق می کنم امروز آخرین تزریقم بوده"

- مهین ۴۰ ساله می گوید:

"من کراک که اومد، تزریق کردم. من دودی میکشیدم. یک خانم توی پارک گفت تزریق راحت تره. من هم بلد نبودم. اول میترسیدم. اون یکبار برام زد و بعد برام عادی شد و خودم میزدم. شیشه یک بار کشیدم و حالم بد شد، لبم زخم میشد. اولین تزریقم رو یادم نیست کی بود، تقریباً دو سال پیش بود."

- رفتارهای پر خطر در افراد دو جنسی بسیار شدید دیده می شود و تزریق از جمله رفتارهایی است که آنها تجربه کرده اند

- شراره دو جنسی می گوید:

"با شوهر دومم آشنا شدم. ازدواج که کردم، بعد از شیش ماه، یهو ۲ تا آمپول آورد و گذاشت روی میز. دست و پای من رو بست و تزریق کرد به من. چون من از سوزن و آمپول خیلی میترسیدم. آمپولها هم نورجیزک و تمجیزک و اینها بود. بعد از اون همون شوهرم بهم تزریق هرویین کرد؛ یک دفعه. بعدش برای چند ماهی من تزریقات تمجیزک و اینها رو داشتم. عمداً یک جوری تزریق میکرد که بخوره به عصبم و من مجبور بشم خودم تزریق کنم. پول بود، سوزن هم

بود، فقط این باید میومد و تزریق میکرد ولی اینقدر دیر میومد که من مجبور میشدم خودم بردارم و تزریق کنم".

- یکی از زنان مورد مصاحبه از انگیزه تزریقش می گوید:

- آرمیتا ۳۲ ساله می گوید:

"یه دختری رو دلمون واسش سوخت و آوردیم پیش خودمون زندگی کنه. با هم مصرف میکردیم ولی اون بیشتر نشئه میشد. وقتی ازش پرسیدم گفت من تست میکنم. گفتم مگه هرویین رو هم میشه تزریق کرد. گفت آره میخوای؟ ترسیدم. گفت تو که هرویینی هستی با تزریق میتونی هم توی جنس صرفهجویی کنی و هم بیشتر نشئه میشی. من هم زدم و خوشم اومد".

سابقه تزریق مشترک:

در میان زنان مورد مصاحبه مواردی از تزریق مشترک دیده شد، زنانی که همسر داشتند با تکیه بر این نکته که "چون سرنگ همسر بود از آن استفاده می کردم" نگرانی از خطر استفاده از سرنگ مشترک نداشتند چون به او مطمئن بودند.

- فریده که مبتلا به بیماری ایدز می باشد، می گوید:

"شوهرم ۱۰ سال تزریق می کرد اگر سرنگ تازه بود میزد اگه نبود با هم می زدند منم با سرنگ اون می زدم میذاشت گوشه ای یا رو طاقچه منم برمی داشتم باهاش تزریق می کردم".

- مریم ۵۳ ساله می گوید:

"از سرنگ خودم هم استفاده میکردم. آزمایش هم که دادم، منفی بود. با این آقا هم استفاده میکنم و هیچ مشکل و مانعی هم برای استفاده اش ندارم. از سرنگهای شوهرم استفاده میکردم ولی مال کس دیگه ای رو نه".

- سلیمه ۲۲ ساله می گوید:

"با شوهرم مشترک تزریق می کردیم. یکی دو بار هم سرنگ روی زمین بود. برداشتم و مصرف کردم".

- زنانی که سن کمتر داشتند و ازدواج هم نکردند تجربه سرنگ مشترک را حداقل یک بار اما خیلی زودتر از دیگران داشته اند.

- الهام ۲۱ ساله می گوید:

"من از سرنگ مشترک هم فقط یک بار موقع مصرف تمجیزک استفاده کردم"

- در این میان زنانی نیز بودند که با چندین نفر تزریق مشترک داشتند.

- ناشناس ۴۰ ساله می گوید:

"با چهار نفر هم تزریق کردم"

- موارد دو جنسی هم از جمله زنانی بودند که تجربه سرنگ مشترک را داشتند.

- شراره دو جنسی می گوید:

"با سرنگ مشترک فقط یک بار این کار رو کرد. ولی با سرنگ خودم شده بود که ۲ دفعه هم تزریق کنم."

- از دیگر نکات مهم در موضوع تزریق، ذکر این نکته است که در میان این زنان اگر کسی تزریق هم نداشته است اما مردی که با او رابطه جنسی داشته، اعم از همسر یا غیر همسر تزریقی بوده است.

- ناشناس (؟ساله) می گوید:

"اونایی که باهاشون رابطه داشتم معتادم بودن تزریقی هم بودن"

- بهناز ۳۶ ساله می گوید:

"شوهرم تزریق مشترک هم داشت با سرنگهای مختلف تزریق داشت"

- مریم ۳۵ ساله می گوید:
"شوهر اولم تزریق میکرد. خودش تنها مصرف میکرد و سرنگش هم خودش میخرید. نگران بودم که باهش میخوابم مریض نشم"

- دکتر شیرازی درمانگر اعتیاد می گوید:
"خیلی وقتها این خانمها Multipartner نیستند اما اون شریک جنسی یا همسرشون سابقه زندان داشته یا تزریق داره و این میشه Bridg People یعنی جمعیت پل."

جرائم:

اکثریت زنان مورد مصاحبه سابقه خرید و فروش مواد داشته اند و غالباً تجربه زندان و دستگیری به جرم مصرف و حمل مواد، سرقت و سایر جرائم مرتبط و غیر مرتبط با مواد را ذکر کردند.

- زهرا ۴۱ ساله می گوید:
"خلاف می کردم. مثل درست کردن پایپ، سیگار قلابی یا خرید و فروش تریاک و قمار".

- شیرین می گوید:
"تا اونجا که تونستم تن فروشی نکردم بیشتر مواد فروختم"

- زهرا ۴۲ ساله می گوید:
"خرید و فروش داشتم ولی خلاف دیگه ای نداشتم".

- الهام ۲۱ ساله می گوید:
"از خونه فرار کردم. چند بار به خاطر مواد از خونه فرار کرده بودم. برای کارورزی میرفتم یک اداره ای که ساعتهای کارورزیم بگذره. یک روز نرفتم سر کارم و رفتم پیش اون پسره. تصمیم گرفتم که خونه نرم و پیش اون موندم. بعد دیدم که پایپش رو درآورد، کراکش رو

درآورد، شیشه ... گذاشت روی میز. من ۱۵ گرم رو توی ۲ روز زدم. بعد نیروی انتظامی من رو گرفت و برام زندان بریدن"

• شیدا ۲۰ ساله می گوید:

" یک سال سابقه زندان دارم. به خاطر حمل کراک و بدحجابی"

• سمیه ۲۷ ساله می گوید:

" آره. یکماه سابقه زندان دارم."

• تینا دو جنسی می گوید:

" یکبار به خاطر مواد گیر کردم و ۲۰ روز توی اوین بودم. اونجا یک بند مخصوص به خودمون بود."

• سمیرا ۲۸ ساله می گوید:

" میلیون آخر پولم رو با یک کاسب شریک شدم. ۱۰ برابر اون پول رو بعنوان سود بهم داد آره همون موقع که شریکم رو گرفتن من هم دستگیر شدم. توی زندان سه عملم رو ترک کردم: کراک، شیشه و حشیش."

• مهرانگیز ۴۷ ساله می گوید:

"آره، زیاد دارم. دزدی بوده، جیب بری بوده، اعتیاد هم بوده.

• ناشناس ۴۰ ساله می گوید:

" دوبار سابقه زندان دارم. یک ماه پیش اومدم بیرون بعد از دو سال."

- مواردی هم در میان زنان فوق دیده شد که سابقه بارها زندان رفت دارند.

• زهره ۴۳ ساله می گوید:

" ۵۲ تا سابقه زندان دارم به خاطر مواد"

- علیزاده کارشناس ایدز، باسابقه فعالیت چندین ساله در سازمان زندان می‌گوید:

"ما مصرف‌کنندگان زیادی داریم که مرتکب جرم می‌شوند و در زندان، خوشبختانه در زندان کلینیک‌های مثلثی فعال هستن"

سابقه خودکشی یا خودزنی:

- بر اساس مشاهدات اگرچه در میان اکثریت زنان مورد مطالعه سابقه خودزنی وجود داشت در عین حال شواهد گفتاری نشان می‌دهد اختلالات روانپزشکی تشخیص داده نشده نیز ممکن است در این گروه وجود داشته باشد. یکی از آنها بطور بارز علائم صرع روانی - حرکتی را بیان می‌کرد: به یاد نیاموردن ساعت‌هایی از زندگی روزمره و میل به خودکشی و حتی اقدام مکرر به خودکشی.

- سمیرا ۲۸ ساله می‌گوید:

"بعضی وقت‌ها توی خونه هستم ولی نمی‌فهمم کی میرم بیرون. یهو میبینم دیروخته و من توی خیابون و یا توی ماشین کسی هستم و دارم باهاش میرم مکان. میبینم پولم نیست یا پولم ۲ برابر شده. خودم هم تعجب میکنه".

- همین بیمار از دوران کودکی خود می‌گوید:

"من از ۶ سالگی مردم. چون جعبه قرصها رو آوردم و تا خرخره قرص خوردم. ولی بالا آوردم. دیگه هفته‌ای دو سه بار این کار رو میکردم. دیگه یواش یواش دار زدن رو یاد گرفتم. اولین بار ۱۲ سال داشتیم که خودم رو دار زدم ولی همیشه یکی پیدا میشد و من رو می‌آورد پایین. همش میترسم وقت‌هایی که حالم دست خودم نیست یه گندی بزنم".

- سارا ۳۰ ساله می‌گوید:

"یک بار برای خودکشی تزریق کردم البته هوا [نه مواد]. فقط زیر رگهام باد کرد ولی هیچی نشد"

- الهام ۲۱ ساله می گوید:

"خیلی شیطون بودم، بیش فعالی داشتم، از ۱۱ سالگی ریتالین مصرف میکردم. مادرم بهم میداد که بیش فعالیم رو کنترل کنه".

- زهره ۳۲ ساله می گوید:

" ۱۸ سال ام بود یک بار به مدت سه ماه نامزد داشتم. ازش جدا شدم. به خاطر بیماری صرعی که دارم. ۲۵ ساله این بیماری رو دارم"

- پریسا ۲۲ ساله دانشجویی گوید:

"یکبار دستم رو کوبیدم به آینه؛ به خاطر دوتا دوست پسرهام. این یکی میخواست زنگ بزنه به اون یکی. شمارش رو دید توی گوشیم و میخواست بهش زنگ بزنه و بگه که این با منه. یک بار هم با قرص بود. بابام خیلی رفته بود روی مخم. گیرهای بیخود بهم میداد و میگفت من ازت توقع نداشتم و تو دختر دانشجوی منی و خاک بر سر من که همچین بچه هایی تربیت کردم. من هم اعصابم خورد شد و کلی قرص خوردم. وقتی خواستم خودکشی کنم اکسازپام و دیازپام و لورازپام رو با هم خوردم."

- مریم ۳۰ ساله می گوید:

" از بابام هم خیلی می ترسم و جرات نمی کنم حرف هم بزنم. خیلی جلوی پسر غریبه کتکم میزد. یک بار هم دست به خودکشی زدم؛ با طناب".

- خانم علیزاده کارشناس ایدز، باسابقه فعالیت چندین ساله در سازمان زندان و همکار پروژه‌های تحقیقاتی در مورد زنان مصرف کننده مبتلا به ایدز می گوید:

"من می دیدم خیلی از زنان مصرف کننده که رفتارهای پرخطر جنسی و نیز رفتارهای پرخطر دیگه داشتند دارای سابقه اختلال و مشکلات روانی بودند. خیلی از این زنان سابقه خودزنی، اختلالات شخصیت و مصرف مواد داشتن. من فکر می کنم آنچه در این تحقیقات دیدم این بود که اختلالات روانی بیشتر آنها را رو به سمت سکس و روسپیگری می کشاند"

سابقه تن فروشی:

- زنان مورد مطالعه را با توجه به سابقه تن فروشی به دو دسته عمده تقسیم می شوند. دسته اول که نسبت کوچکی از جمعیت نمونه را تشکیل می دهند، داشتن سابقه تن فروشی را انکار می نمایند. [لازم به ذکر است بنا به اظهارات مسئولین مراکز خدمات دهنده به این زنان، معمولاً سوابق تن فروشی از جانب آنها انکار می شود ولی شواهد حاکی از آن است که اغلب ادعای نداشتن سابقه تنفروشی صحت ندارد].

• الهه ۲۹ ساله می گوید:

"نه. تا حالا پیش نیومده. خودم نخواستم".

• مهین ۴۰ ساله می گوید:

"نه. اصلاً. چون همیشه شوهرم نمیداشت من بیرون برم. خودش میخرد و میگفت آبرومون میره".

• مهرانگیز ۳۰ ساله می گوید

:"تن فروشی نکردم".

• سمیه ۲۷ ساله می گوید:

"نه".

• زهرا ۳۲ ساله می گوید:

"نه. من از مردها متنفرم"

• زهره ۳۹ ساله می گوید:

"به خاطر پول نه. دوست بودم."

• مریم ۳۰ ساله می گوید:

"نه. خودم دوست پسر داشتم که ۵، ۶ سالی باهش بودم".

- برخی از زنان اینگونه رفتارهای جنسی را مقید به قواعد شرعی (صیغه) می کرده اند که البته در اینکه آیا این ادعاها صحیح است و یا اینکه قواعد شرعی به درستی اجرا می شده است [مثلا نگه داشتن عده]، شاهدهی در دست نیست.

• آرمیتا (۳۲ ساله) می گوید:

"توی زندگیم با چند نفر دوست بودم که تامینم کردن. البته تن فروشی نمیکردم. حتی آدمهایی که باهشون بودم رو خودم انتخاب کردم و خواستم و یک صیغه‌ای باهش خوندم".

• مریم (۳۵ ساله) می گوید:

"من از پارسال تا حالا با یکی دوست شدیم و صیغه کردیم که توی خیابون و اینها گیر ندن. خیلی بهم کمک میکنه. از نظر فکری، جنسی و مالی. از نظر مالی، به اون صورت نمیتونه. اگه اون کمک نکنه، میرم و همه کار میکنم".

• ناشناس ۳۸ ساله می گوید:

"یه صیغه‌ای دارم. اون هم به خاطر اینکه دوست ندارم با هر کسی باشم. آخه من هم احتیاج به خرجی دارم. من از سر احتیاجم مجبورم با اون باشم".

- دسته دوم از زنان مورد مطالعه صریحا و یا تلویحا به داشتن سابقه جنسی در قبال رفع نیازهای اقتصادی اذعان نموده اند. لازم به ذکر است که عمدتا نیازهای اقتصادی مذکور به مساله تامین مواد مصرفی باز می گردد.

• بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

"برای اینکه مواد رو تهیه کنم داشتم. ۲ نفر بودن".

• بهناز (۳۶ ساله) می گوید:

"بعضی موقعها هم تن فروشی میکردم. شوهرم بعضی موقعها میفهمید ولی بعضی موقعها که میرفتم خیابون و مواد تهیه میکردم، نمیفهمید. تا جایی که میتونستم، میرفتم و کار میکردم ولی چون قیافه و شکل و شمایلم جوری بود که ازم ضمانت میخواستند، نمیتونستم برم خونه مردم کار کنم. مجبور بودم تن به تن فروشی بدم".

- سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:

"شوهر خواهرم هم کس و ناکس رو میاورد خونه. بیرون معامله منو باهشون میکرد میاورد خونه. هر کدومشون که میومدن وضع منو توی اون خونه میدیدن دلشون برام میسوخت. همه بهم پیشنهاد میدادن که ول کن اینجا رو بیا بریم خونه ما. بعد از دو ماه برداشتم قران رو پاره کردم تا حیوون بشم و خواهرم نتونه منو بفرسته بیرون. اصلا نمیخواستم برم. بعضی وقتها توی خونه هستم ولی نمی فهمم کی میرم بیرون. یهو میبینم دیروقتنه و من توی خیابون و یا توی ماشین کسی هستم و دارم باهش میرم مکان. میبینم پولم نیست یا پولم ۲ برابر شده. خودم هم تعجب میکنم".

- سارا (۳۰ ساله) می گوید:

"من پول میاوردم خونه. بیرون روی داشتم! اول نمیدونست. بعدش فهمید و قشنگ قبول هم کرد. از همون ۱۸، ۱۹ سالگی شروع شد. اولش نمی خواستم چون قصد ازدواج داشتم باهش. ولی وارد یک جمعی شدم که دیدم باید این کار رو برم. جمع دوستانم بودن که مته خودم بودن. نیاز مالی داشتم وگرنه اصلا نمیرفتم همش تنفر بود".

- شیدا (۲۰ ساله) در پاسخ به این سؤال که: "شده بود به خاطر مواد با کسی بخوابی؟ می گوید:

"آره. خیلی. ۳ ساله که این کار رو نمی کنم ولی قبل از ترک چرا. برام فرق نمیکرد یارو ۲۰ سالشه یا ۶۰ سالشه؛ افغانیه یا ایرانی. اونازنگ میزدن، من میرفتم پیش اونا. ۳، ۴ سال اینطوری بود. خیلی بدبختی کشیدم.

- شیرین (۴۴ ساله) می گوید:

"تا اونجا که تونستم نکردم بیشتر مواد فروختم"

- ناشناس (؟ ساله):

"بله. یه وقتایی مجبور میشم ولی سعی میکنم با کاندوم اینکارو بکنم".

- ناشناس (۳۲ ساله)

"آره چرا دروغ بگم وقتی مصرف می کردم آره. توی اعتیاد چرا. ولی همش با کاندوم بوده".

- ناشناس (۳۷ ساله):

"مواد پولشو در میاره دیگه ، رابطه جنسی پولشو میاره"

- زهره (۴۳ ساله) می گوید:

"شوهرم، مرد میاورد توی بغلم میخوابوند واسه موادمون. دنبال زندان و مواد جابجا کردن و فحشا و اینا برای خرجم بودم. اولین زنی هستم که ۳۰ سال فحشا کردم و بعد این مدت وقتی آزمایش دادم نه هیاتیت داشتم و نه ایدز".

- در میان این زنان، مواردی مشاهده می شود که در سنین نوجوانی یا با اغوای اطرافیان و یا به اجبار بکارت خود را فروخته اند. البته در یک مورد این اقدام مقید به قواعد شرعی شده است. در اینجا نیز، چنانچه از نفس کار فروختن بکارت بر می آید، عامل اقتصادی نقشی اساسی ایفا می نماید.

- آرمیتا (۳۲ ساله) می گوید:

"اولین پارتنی زندگیم رو که رفتم ما رو گرفتن. یه آقایی توی اون مهمونی بود که از من خوشش اومده بود. صاحب اون مهمونی که ما رو بردن من رو برد توی اتاق و گفت فلانی از تو خوشش اومده و میخواد باهت ازدواج کنه. ۱۰۰ هزار دلار میده که ۳۰ هزار تاش مال من و ۷۰ هزار تاش رو هم تو میگیری. میخواد موقت عقدت کنه و بیره کویت زندگی کنی. خلاصه هر جور بود شستشوی مغزیم داد و این کار رو کردم/فروختن بکارت".

- فاطمه می گوید:

"چرا مادر من وقتی بچه بودم، دخترانگی منو فروخت به ۳ میلیون تومن به یک بازاری. مادرم با یک ساندیس منو بیهوش کرد و بعد از ۳ روز که به هوش اومدم دیدم تموم بدنم خون خالیه. ۱۲ سال ام بود. یک ماه منو پیش خودش نگه داشت و با من ارتباط جنسی داشت".

- سمیه (۲۶ ساله) می گوید:

"عموم توی صافکاری کار میکرد. دستش رفت زیر پرس. صاحبکارش که میومد بهش سر بزنه، من رو دید. عموم اینها در مقابل مبلغی من رو در اختیار اون گذاشتن. ۶ سال باهش زندگی کردم. تا اینکه اومدم خوابگاه و این جرات رو پیدا کردم که برم و صیغه‌نامه رو فسخ کنم و اینجا زندگی کنم"

- سه نمونه خاص از زنان مورد مطالعه (دو زن اقلیت جنسی و یک زن مبتلا به HIV) نیز اعلام نمودند که سابقه تنفروشی داشته اند.

- شراره (۴۵ ساله-Trans):

"از سال ۲۰۰۵ که اومدم ایران تا یک سال قبل، شغل من *Prostitution* بوده. میرفتم خونه‌های مردم - تلفنی - و سکس میکردم و پول میگرفتم. من فقط به خاطر پول این کار رو کردم. پول رو هم برای «عطینا تطینا» نه؛ به خاطر اینکه کرایه خونه نداشتم بدم، به خاطر اینکه غذا نداشتم بخورم، واقعا به خاطر فقر".

- تینا (۳۹ ساله-Trans):

"به خاطر اینکه یک وقت‌هایی مجبوره این کار می‌شدم، چون سرپرست ندارم و کار بهم نمیدن به خاطر موقعیت جنسیم".

- فریده (؟ ساله - HIV+):

"اره چند بار مجبور شدم چاره نداشتم".

تن‌فروشی و اعتیاد: مشابهت فرایندی

برخی بیماران درست همانند الگوی مصرف مواد در دوران تن‌فروشی به علت جذابیت فردی و توانمندی در کسب درآمد، دورانی طلایی را سپری میکنند اما با گذشت زمان این جذابیت ظاهری از بین میرود، توان وی تحلیل میرود و کارایی فردی او مختل میشود، این مسئله در بیماران مصرف‌کننده مواد که ۲ آسیب را همزمان دارا هستند بیشتر است.

- مریم ۵۳ ساله میگوید:

" آدمی که مصرف‌کننده‌ست رو همیشه بهش کمک کرد؛ مخصوصاً زن. زن تا زمانی که برو رو و زیبایی داره، همه جا جاشه. میاد و از وجود خودش استفاده میکنه و اصلاً برایش مهم نیست."

- یک درمانگر اعتیاد می‌گوید:

"اونهایی که بر و رویی دارن، شاید نیاز به سرپناه ندارن. ولی اونهایی که یکنخورده جزغاله شدن، اونها اولین نیازشون سرپناهه."

مصرف مواد محرک و سابقه ارتباط جنسی با افراد ناآشنا:

- از لا به لای مصاحبه‌های انجام‌گرفته و گهگاه از اظهارات مستقیم زنان جوان تر مورد مطالعه چنین بر می‌آید که شرکای جنسی آنان اغلب افراد ناآشنا بوده‌اند که با توجه به مصرف مواد محرک در میان این افراد به بی‌خبری از شرایط برقراری رابطه جنسی اشاره شده است از سوی دیگر البته با توجه به بخش قبل که بسیاری از نمونه‌ها به تنفروشی اشاره نموده بودند، آشنا نبودن شرکای جنسی نیز قابل ادعا می‌باشد.

- سمیرا (۲۸ ساله) می‌گوید:

" بعضی وقت‌ها توی خونه هستم ولی نمی‌فهمم کی میرم بیرون. یهو میبینم دیروقتنه و من توی خیابون و یا توی ماشین کسی هستم و دارم باهش میرم مکان. میبینم پولم نیست یا پولم ۲ برابر شده. خودم هم تعجب میکنم."

- بازرس فعالیتهای کاهش آسیب از آهنگ رهایی شرق می گوید:
" اصلا تو منطقه‌ای مثل اتابک یا هاشم آباد، آنقدر دختر غربتی هست که مرده با زور می‌بره، هیچکی هم باهاشون کار نداره، دختره سه چهار روز نیست"
- مدیر مرکز کاهش آسیب زنان می گوید:
" خیلی از زنان مصرف کننده مواد محرک گزارش کردند که ما رو پس از مصرف مواد محرک مرداها به جاهای خلوت می‌بردن و با ما سکس داشتن و برای سکس اونا رو به بهشت زهرا می‌برن، چون مصرف مواد محرک دارن اصلا یادشون نیست که چه اتفاقی براشون افتاد"
- شیدا (۲۰ ساله) می گوید:
" بعضی وقتها میشد منودوستم میرفتم و ۱۰، ۱۵ نفرتوی یک روز باهامون بودن".
- یکی از کارشناسان در جلسه بحث گروهی اظهار داشته است:
"مصرف محرکها از مخدرها پرخطرتره چرا که با افزایش رفتارهای پرخطر از قبیل ارتباطهای جنسی ناهوشیارانه و غالبا محافظت نشده همراه است."
- شیدا (۲۰ ساله) در پاسخ به این سؤال که: "شده بود به خاطر مواد با کسی بخوابی؟ می گوید:
" آره. خیلی. ۳ ساله که این کار رو نمی‌کنم ولی قبل از ترک چرا. برام فرق نمیکرد یارو ۲۰ سالشه یا ۶۰ سالشه؛ افغانستانه یا ایرانی. اونا زنگ میزدن، من میرفتم پیش اونا. ۳، ۴ سال اینطوری بود. خیلی بدبختی کشیدم."
- یکی از مسئولین کاهش تقاضا در جلسه بحث گروهی می گوید:
"مصرف کنندگان شیشه افزایش تحرک و بی باکی و کاهش احتیاط رو داشتن و رفتارهای پرخطر بیشتر. وقتی می‌گن هیپاتیت C شون مثبته یه جورایی ربط پیدا می‌کنه با تزریق."

- عضو پروژه مبارزه با ایدز صندوق جهانی می گوید:

"به خاطر شیوع مصرف شیشه حتی در بین کسانی که کراک مصرف میکنند، این مساله میل جنسی فرق کرده."

- البته در میان زنان نمونه تحقیق، مواردی هم مشاهده می شود که ادعای محدود کردن شرکای جنسی خود به افراد دوست و آشنا را دارند.

- آنا (۲۷ ساله) می گوید:

"نه [در پاسخ به سوال مستقیم در مورد سابقه ارتباط جنسی با افراد ناآشنا]."

- مریم (۳۰ ساله) می گوید:

"با کسی ارتباط نداشتم، اوایل که شوهرم بود و بعدش هم دوست پسر. اون هم رفته بود و آزمایش داده بود و سالم بود."

- ندا (۲۴ ساله) می گوید:

"با آدمهای تزریقی هم نبودم. با آدمهای کروکثیف هم ارتباط نداشتم. اونهایی که باهشون بودم کاملا میشناختم."

- مریم (۳۵ ساله) می گوید:

"من از پارسال تا حالا با یکی دوست شدیم و صیغه کردیم که توی خیابون و اینها گیر ندن. خیلی بهم کمک میکنه. از نظر فکری، جنسی و مالی. از نظر مالی، به اون صورت نمیتونه. اگه اون کمک نکنه، میرم و همه کار میکنم."

سابقه خشونت جنسی:

اکثر زنان مورد مطالعه به انحاء مختلف مورد تجاوز و یا خشونت جنسی قرار گرفته اند. هر چند مواردی از خشونت جنسی از سوی همسر یا دوست پسر اعمال شده است اما اغلب تجاوزها و خشونت‌های صورت گرفته از سوی افراد ناشناس بوده است. این موارد معمولاً در محل مصرف یا تهیه مواد رخ داده است و یا اینکه در حین پرسه زدن یا اقامت در محل‌های پرخطر اتفاق افتاده است. عدم برخورداری از مسکن و سرپناه مشخص از عوامل حضور این زنان در محیط‌های پرخطر است.

- مدیر مرکز کاهش آسیب زنان می گوید:

" در مرکز ما زنان مراجعه کننده خشونت و زنا‌ی محارم را زیاد گزارش می‌کردند.

- نرگس (؟ساله) در مورد دایی خود می گوید:

"یه روز که مصرف شیشه کرده بودم باهانش خوابیدم بعد از اون خجالت کشیدم چون غیرعادی بود حرکتتم. ولی چون دیدم محاله رسیدن من به اون"

- بهناز (۳۵ ساله) در پاسخ به سوال شده بود [همسرت] به زور بیاد بغلت بخوابه؟ می گوید:

" آره."

- فاطمه می گوید:

"مادر من وقتی بچه بودم، دخترانگی منو فروخت به ۳ میلیون تومن به یک بازاری. مادرم با یک سانديس منو بیهوش کرد و بعد از ۳ روز که به هوش اومدم دیدم تموم بدنم خون خالیه. ۱۲ سال ام بود. یک ماه منو پیش خودش نگه داشت و با من ارتباط جنسی داشت."

- مریم (۵۳ ساله) می گوید:

" یک جا شوهرم فرستاد رفتم برای گرفتن مواد، ۳ نفر بودن. رفتم تو و یکیشون اومد سراغم. با زبون و التماس منصرفش کردم. ولی اون دو نفر دیگه نشد و مجبور شدم."

- ندا (۲۴ ساله) می گوید:
 "فقط یکبار اونی که دوستش داشتم مست بود ولی زدن در کار نبود؛ خشونت بود ولی زدن، نه نبود".
- سحر که لیسانسه است می گوید:
 "بله. یک بار آبان ماه بود. نامزدم زندان بود. من رفته بودم برای گرفتن فیش حقوقی یکی از دوستای شوهرم. یک لیوان آب به من داد دم در و من بعدش نفهمیدم چی شد. سوء استفاده هم از من کرده بود".
- سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:
 "یک جا رفتم ۱۲ نفر ریختن سرم. با گریه که برمیکشتم خونه. خواهرم میگفت به من چه که چه بلایی سرت اومده، برو بیرون گریهات که تموم شد بیا خونه".
- سارا (۳۰ ساله) می گوید:
 "آره خفتم کردن. رفتم توی خونه و دیدم چند نفر بودن. ۴، ۵ نفر بودن. پولم رو هم گرفتن. میخواستن از اونجا ببرنم یک جای دیگه و نگه دارن و بعد بکشن".
- سمیه (۳۰ ساله) می گوید:
 "شده که خفتم کردن. ساعت ۸، ۹ شب بوده که توی پارک داشتم میرفتم. از پشت زدن توی سرم و کتکم زد و دستشو گرفته بود جلوی دهنم. خلوت بود هرچقدر جیغ و داد کردم نشد. کارشو کرد و پولهامو هم هرچی داشتم ازم گرفت و رفت".
- ناشناس می گوید:
 "آره یه شب شده ۳ نفر. منو از خوابگاه بیرون داده بودن. اون شب برای اینکه منو قرص خور کرده بودن هیچی نفهمیدم".
- ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:
 "رابطه های زوری داشتم رابطه بی کاندوم تو روابط اجباری داشتم"

• زهره (۴۳ ساله) می گوید:

"بله. سر همین قرص بوده که خیلی زیاد بهم دادن خوردم بیهوش شدم. وقتی بلند شدم جای ۱۱، ۱۲ تا سیگار روم بود که خاموش شده بود. حول و حوش ۸ ماه منو خواهرم میبرد بیمارستان. فکر کنم ۱۰ نفر ۹ نفری بودن. توی جاده ساوه و اینا بودم. بخاطر اینکه فحش ناموس دادم، پولمو ندادن داد و بیداد کردم. سر همین اونام بدجوری به باد کتک و... دوتا آتیش سیگار که گذاشتن روی چشمم داشت کورم میکرد. عفونت کرده بود تا یک بند انگشت تو میرفت. خواهرم نجاتم داد. از روی خالکوبیای پام فهمیدن منم"

• زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"الان با کس خاصی نیستم گفتم وقتی افتادم پایین شهر واسم دام می ندازن حتی همدردای خودم به خاطر ۵ تومن میفروشنمون. واسه همین انگار ما مهر به پیشونیمون خورده هرکی بخواد به ما تعرض می کنه. روز روشن چاقو پشت سرم گذاشته یارو کشیده منو به همه جا. یک بار ۸ ماه توی یک خونه بازداشت بودم و بعدش که اومدم بیرون، مستقیما رفتم آزمایش دادم برای چکاپ. توی اون خونه رفتم برای کار. از طریق یک آقا با اونجا آشنا شدم. گفتن خونوادگی کار میکنیم مادرم و خواهرم اونجا کار میکنن. هماهنگ کردم و رفتم. بعد به مدت ۸ ماه نتونستم پیام بیرون حتی گوشه دیوار رو سوراخ کرده بودم و یادداشت می انداختم ولی کسی سراغم نیومد".

- برخی از زنان با اینکه عملا مورد تجاوز قرار نگرفته اند اما در معرض این امر قرار گرفته اند. در مورد این زنان نیز محل مصرف، نقش مهمی در قرار گرفتن این زنان در موقعیت تجاوز یا خشونت جنسی ایفا می کند.

• مریم (۳۰ ساله) می گوید:

"نه. فقط یک بار بیرون رفتم که همین دوست پسرم سر راهم قرار گرفت و باهش رفتیم توی یک خونه که چندتا جوون دیگه هم بودن. ولی اون جلوشون وایستاد و حتی چاقو هم خورد ولی نداشت با من کاری بکنن."

- پریسا (۲۲ ساله) می گوید:

"نه. یک بار خفت شدم ولی خوشبختانه... توی این شلوغیها بود که مملکت میخواست برگرده. من هم نشئه کرده بودم حسابی. من رفتم بیرون. خیابون ما هم خیلی شلوغ شده بود. یک پسره با پولسار اومد و سوارم کرد و گفت بریم بچرخیم. لابلای حرفا بهش گفتم شیشه دار؟ گفت خودت میکشی؟ گفتم آره. گفت بیا بریم خونه ما. ساعت ۱۱ و نیم شب بود و من اصلا به این فکر نکردم. خونه شون هم زیرپله مانند بود. خودش هم شیشه‌ای بود ولی اصلا بهش نمیومد. خونه هم مال دوستش بود. کشیدیم و ساعت ۱۲، ۱۲ و نیم بود که گفتم من میخوام برم. در رو روم قفل کرد و گفت کجا؟ اینهمه کشیدی و باید باشی. از اونجایی هم که من تا حالا ... نکردم و خیلی میترسم، گریه ام گرفته بود. اونقدر دهن و دماغم رو فشار داد که داشت نفسم بند میومد. یکهو در زدن و این [پسره] بلند شد. یک آینه روی میز توالت بود و من هم بلند شدم و زدم توی آینه و گفتم بیا در رو باز کن و جیغ و داد کردم. اون هم گفت خفه شو و بیا برو گمشو و در رو باز کرد و من نجات پیدا کردم".

- با این حال برخی از نمونه های این مطالعه اعلام نموده اند که مورد تجاوز یا خشونت جنسی قرار نگرفته اند. (این سوال به طور مستقیم پرسیده شده است و پاسخگویان اکثرا به پاسخهای کوتاه اکتفا نموده اند).

- آرمیتا (۳۲ ساله) می گوید:

"نه".

- بهناز (۳۶ ساله) می گوید:

"نه اصلا. تا رضایت دوطرفه نبود، نمیکردم این کار رو".

- الهه (۲۹ ساله) می گوید:

"نه. چون خودم نخواستم، نداشتم کسی بیاد طرفم. اصلا بدم میاد با مرد رابطه داشته باشم."

- سحر (۲۹ ساله) می گوید:

"نه اصلاً".

- ناشناس (۳۶ ساله) می گوید:

"نه"

- سمیه (۲۷ ساله) می گوید:

"نه. به اونجاها نرسیدم"

- ناشناس (۲۹ ساله) می گوید:

"نه".

- سمیرا (۲۶ ساله) می گوید:

"نه. اصلاً".

- هر سه زن مورد مطالعه دارای شرایط خاص، بارها در موقعیت خشونت جنسی قرار گرفته اند و در بسیاری موارد تجاوز و خشونت جنسی به وقوع پیوسته است.

- شراره (۴۵ ساله-Trans) می گوید:

"اون [شوهر اول] اصلاً آدم عوضی بود. دست بزن داشت. دست و پای من رو بسته بود و هر بلایی سر من میآورد. اووووه! اینقدر من رو خفت کردن! اینقدر بهم تجاوز کردن! از بچگی زیاد. توی میدون فاطمی نگهداشتن و من رو کردن توی یک رودخونه و باقمه ۷،۸ نفر اونجا به من تجاوز کردن. حالا اونجا کار ندارم که کاری ندارم که چکار با من کردن و به خون و خونریزی افتادم، ولی اصولاً من تا زمانی که واژنم باز نشده بود، خیلی به من فشار میومد و همه از عقب با من ارتباط برقرار میکردن. یک بار توی ترکیه یک نفر به زور به من تجاوز کرد و من چنان عفونتی کردم و نتونستم به خودم برسم که یک کانال عفونی در من بوجود اومد. با پیچگوشتی داغ تهدید میشدم و بهم تجاوز میکردن، ۷ سال شوهر اولم

موقع سکس با شلاق اسب سواری من رو کبود میکرد یا شوهر دومم که داشت به خاطر سکس من رو خفه میکرد"

• فریده (HIV+) می گوید:

"آره چند بار پیش اومده بهم حمله کردن".

تینا (۳۹ ساله-Trans) می گوید:

"ولی شده رفتم توی خونه و طرف خواسته بهم زور کنه و پولمو نده یا بدون کاندوم بخواد کاری بکنه، از خودم دفاع کردم".

سابقه ارتباط همزمان با شرکای جنسی متعدد:

- پی بردن به این موضوع که آیا زنان مورد مطالعه با افراد متعددی به طور همزمان رابطه جنسی داشته اند، با مطالعه یافته های ارائه شده در بخشهای مربوط به «تن فروشی»، «ارتباط جنسی با افراد ناآشنا» و «خشونت جنسی» تا حدود زیادی میسر می شود. با این حال پاسخهای نمونه زنان به پرسش مستقیم در این باره و یا مواردی از میان صحبتهای انجام گرفته آنان که مستقیماً به این مورد اشاره دارد، زیر عنوانی خاص ارائه می گردد. لازم به ذکر است که منظور از اصطلاح «رابطه همزمان با چند شریک جنسی»، صرفاً محدود نکردن ارتباط جنسی به یک شریک و عدم التزام به تعهد اخلاقی و عملی در این زمینه است و به معنای رابطه جنسی گروهی نیست.

• مدیریت مرکز کاهش آسیب زنان می گوید:

"ما در زنان مرکزمان داشتیم کسانی رو که گزارش کردند با ۵ یا حتی ۶ یا بیشتر مرد نیز رابطه داشته/اند".

به جز تعداد محدودی از زنان مورد بحث -بهناز (۳۶ ساله) و سلیمه (۲۲ ساله)- که اظهار نموده اند که هیچگاه به طور همزمان با چند شریک جنسی ارتباط نداشته اند، بقیه زنان مورد مطالعه به داشتن چنین ارتباطهایی اذعان کرده اند.

• ندا (۲۴ ساله) می گوید:

"چون من فقط با یکی بودم و با اون هم می نشستم و مصرف میکردم، یکی بود. بعد که با اون قطع کردم و گفتم دیگه تکراری شده واسم. بعد که میرفتم توی یک جمعی و با دوستانم می نشستم و مصرف میکردم، خوشمون میومد از همدیگه و قرار میداشتیم و می رفتیم".

- ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"بله"

- شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"بعضی وقتها میشد منودوستم میرفتیم و ۱۰، ۱۵ نفرتوی یکروز باهامون بودن".

- ناشناس (۳۲ ساله) می گوید:

"رابطه با چند نفر اگه با کاندوم باشه خطر نداره"

- زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"۱۸ سال هم با یکی دوست بودم و زندگی مشترک داشتیم. البته توی مسایل جنسی آزاد بودیم."

- هر دو زن Transsexual اعلام کرده اند که با افراد متعددی ارتباط جنسی داشته و یا دارند.

- شراره (۴۵ ساله-Trans) می گوید:

"اول و دوم دبیرستان اینقدر من رو اذیت کردن که ... البته چند نفر هم بودن که اونها به من خیلی کمک میکردن ولی من با تمام اونها رابطه گذاشتم؛ با تمام اونها رابطه جنسی داشتم".

- تینا (۳۹ ساله-Trans) می گوید:

"یک نفر هست که سه ساله باهش دوستم و چون هم رو دوست داریم با اون ارضا میشم. البته بیشتر از لحاظ روحی. اون نمیدونه که من با کس دیگه ای میرم".

سابقه ارتباط جنسی گروهی:

- پاسخهایی که به پرسش مستقیم درباره سابقه ارتباط جنسی گروهی داده شده است و یا صحبتهایی از زنان مورد مطالعه که در آنها به موضوع مورد نظر اشاره شده اند، دارای پراکندگی زیادی است به طوری که نمی توان درباره اینکه اکثریت با کدام دسته از زنان است اظهار نظر نمود. به هر حال دسته ای از زنان اعلام نموده اند که سابقه ارتباط جنسی گروهی نداشته اند.

- آرمیتا (۳۲ ساله) می گوید:

"اصلا. حتی آدم‌هایی که باهشون بودم رو خودم انتخاب کردم و خواستم و یک صیغه‌ای باهاش خوندم".

- الهه (۲۹ ساله) می گوید:

"نه. گفتم که باکس دیگه‌ای ارتباط نداشتم".

- سحر می گوید:

"نه هیچوقت".

- سارا (۳۰ ساله) می گوید:

"اونجوری خیلی دوست داشتن ولی من قبول نمی‌کردم. تقاضاش زیاد نبود، کارش سنگین بود. اگه قبول میکردم پول بیشتری میدادن ولی کارش درست نبود

- سمیه (۲۶ ساله) می گوید:

"اصلا. [شوهرم] خیلی تعصب داره".

- سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:

"نه. ولی توی ۱۷ سالگی عضو گروه هوی متال بودم. ۵ تا پسر بودن و من یک دختر. قرص می‌خوردیم و شوی متال میداشتن و بحث‌های فلسفی میکردیم. رابطه جنسی نداشتیم چون میگفتن این از ضعف‌های آدمه. مثل خوردن، خوابیدن، سکس و عشق و عاشقی. مثلا میشد من ۲۰ روز، ۳۰ روز غذا نمی‌خورم. میگفتن اگه زندگی انسان رو از لحظه تولد تا مرگ فیلمبرداری کنن و بذارن روی دور تند، این آدم همش در حال خوردن و دستشویی رفتنه. من این قانون رو توی گروه گذاشتم. مواد مصرف می‌کردیم و بیدار می‌موندیم".

- دسته دیگری از زنان مورد مطالعه به داشتن ارتباط جنسی گروهی اذعان داشته اند. در میان این زنان یکی از زنان موارد خاص نیز دیده می شود.

- شراره (۴۵ ساله-Trans) می گوید:

"مثلا شده توی عید جا نداشتم و رفتم توی یک خونه‌ای که ۲۰ تا، ۳۰ تا مرد اونجا بودن. جمع میشدن بازی و مصرف مواد و عشق و حال، من هم Partner جنسی همه اونها بودم، مثلا توی خیابون با یکی آشنا میشدم و من رو میبردن اونجا. هیاتی با من سکس میکردن. همگی لخت میشدن، توی صف وامیستادن و دونه دونه با من سکس میکردن.

- شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"اره".

- سمیه (۳۰ ساله) می گوید:

"من جاهای شلوغ نمیرفتم. جایی که میدونستم ۲ نفر، ۳ نفر هستن نمیرفتم. شده دونفری با یک زن دیگه رفتیم پیش یک مرد. جشن تولد یکی از دوستانمون بود. ۳، ۴ نفر با ۳، ۴ نفر".

- ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:

"اره هم گروهی داشتم"

- ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"بله".

- زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"یک مورد رابطه گروهی داشتم".

سابقه ارتباط جنسی مقعدی:

- بنا بر پاسخهایی که به پرسش مستقیم درباره سابقه ارتباط جنسی مقعدی داده شده است می توان گفت که اکثریت غالب زنان مورد مطالعه سابقه این نوع ارتباط جنسی نداشته اند. البته در مواردی، پیشنهاد این نوع ارتباط یا حتی اصرار بر داشتن چنین ارتباطی از جانب شرکای جنسی مطرح می شده است.

- بهناز (۳۶ ساله) می گوید:
"نه اصلا. بدم میومد از این کار."
- الهه (۲۹ ساله) می گوید:
"نه. شده که شوهرم بخواد، ولی نداشتم."
- مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:
"نه. فعلا که نبوده."
- نرگس (؟ ساله) می گوید:
"نه هیچی. چون تنگه و نمی تونم ولی ازم خواسته بود."
- سحر (؟ ساله) می گوید:
"میخواست ولی من نمیداشتم."
- سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:
"نه اصلا. فقط از جلو."
- سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:
"نه. نفرت دارم."
- سمیه (۲۶ ساله) می گوید:
"نه. بدش میومد."
- سمیه (۳۰ ساله) می گوید:
"این اواخر هم میگفت که فقط از عقب میخوام و من نمیداشتم و دعوا میکردیم."
- شیرین (۴۴ ساله) می گوید:
"نه به خاطر مصرف مخدر بیوست داغونم کرده اصلا راحت توالت نمیرم چه برسه به رابطه از پشت".

- دسته دیگر از نمونه مصاحبه شوندگان اعلام نموده اند که کم و بیش سابقه ارتباط جنسی مقعدی داشته اند. بالطبع با توجه به موقعیت خاص جنسی، ارتباط جنسی مقعدی برای دو نمونه Transsexual اجتناب ناپذیر بوده است.

• سارا (۳۰ ساله) می گوید:

"ره. از پشت میخواستن دیگه. ولی هیچوقت دچار خونریزی و اینها نشدم".

• شراره (۴۵ ساله-Trans) می گوید:

"توی سن ۱۵ سالگی با یک پسر دیگه‌ای آشنا شدم که توی عروسی خواهر دیده بودم و اولین کسی که توی زندگی باهش خوابیدم، اون شخص بود. کامل Intercourse هم داشتیم، از عقب؛ این ارتباط از عقب و خونریزی همیشه در من بوده و مردها هم خوششون میاد. اصولا من تا زمانی که واژنم باز نشده بود، خیلی به من فشار میومد و همه از عقب با من ارتباط برقرار میکردن".

• شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"ره. با شوهرم خیلی داشتم".

• زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"رابطه مقعدی هم شده".

• زهره (۳۹ ساله) می گوید:

"نه. شاید یک بار یا دو بار"

سابقه ارتباط جنسی دهانی:

پاسخهایی که به پرسش مستقیم درباره سابقه ارتباط جنسی دهانی داده شده است حاکی از این امر است که داشتن یا نداشتن رابطه جنسی دهانی در میان زنان مورد مطالعه دارای نسبت ۵۰-۵۰ است. مثلا بهناز (۳۵ ساله)، فاطمه، مریم (۳۰ ساله)، پروانه (۲۹ ساله)، شیوا (۳۶ ساله) و زهره (۳۹ ساله) اظهار داشته اند که رابطه دهانی در ارتباطهای جنسی آنها وجود نداشته است. در مقابل کسانی مانند مزده (۴۰ ساله)، ناشناس (۴۰ ساله)، شیرین (۴۴ ساله) و سمیه

(۲۶ ساله) به داشتن چنین ارتباطی اذعان نموده اند. نمونه دیگری از پاسخهای دارای توضیح نسبتاً بیشتر، از قرار زیر است:

• سحر می گوید:

"میخواست. ولی من میگفتم که بدم میاد".

• سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:

"نه. حالم به هم میخوره".

• مریم (۳۵ ساله) می گوید:

"خیلی کم. در صورتی که کاندوم استفاده کنه. چون اگه یک قطره از منیش بره توی دهن دیگه آدم میگیره صد در صد".

• ندا (۲۴ ساله) می گوید:

"اونی که خیلی دوستش داشتم، آره. فقط همون یک نفر".

• سارا (۳۰ ساله) می گوید:

"آره دهانی هم میخواستن".

• سمیه (۲۷ ساله) می گوید:

"یک نفر بود که باهاش رابطه دهانی داشتم".

سابقه ارتباط جنسی با شریک / شرکای جنسی تزریقی:

- در میان زنان مورد مصاحبه موارد زیادی از رابطه جنسی با افرادی که الگوی مصرف موادشان تزریق بود مشاهده شد.

• بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

"شوهرم تزریقیه".

- بهناز (۳۶ ساله) می گوید:

"[شوهرم] معتاد تزریقیه. آره. با سرنگهای مختلف تزریق داشت".

- فریده (HIV+) می گوید:

"شوهرم ۱۰ سال تزریق می کرد. اگر سرنگ تازه بود میزد اگه نبود با هم می زدند".

- فاطمه می گوید:

"شوهرم تزریق می کرد" شده بود سرنگ استفاده شده مصرف کنه؟ - "آره شده بود".

- مریم (۳۵ ساله) می گوید:

"آره. شوهر اولم تزریق میکرد. خودش تنها مصرف میکرد و سرنگش هم خودش میخرد. نگران بودم که باهاش میخوابم مریض نشم. غیر ممکن بود که بدون کاندوم باهاش نزدیکی کنم".

- ندا (۲۴ ساله) می گوید:

"با آدمهای تزریقی هم نبودم. با آدمهای کروکشیف هم ارتباط نداشتم. اونهایی که باهشون بودم کاملا میشناختم".

- سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

"با شوهرم مشترک تزریق می کردیم".

- ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:

"اونایی که باهشون رابطه داشتم معتادم بودن تزریقی هم بودن"

سابقه ارتباط جنسی با شریک/شرکای جنسی دارای شرکای جنسی متعدد:

- از لا به لای صحبتهای زنان مورد مطالعه و یا پاسخهایی که به پرسش مستقیم در این باره داده اند چنین بر می آید که اکثر آنان دارای شریک جنسی ای هستند که خود با کسان دیگری ارتباط جنسی دارد. البته با توجه به یافته های بخشهای مربوط

به «تن فروشی» و «خشونت جنسی» می توان تا حدود زیادی به این نکته دست یافت که شرکای جنسی آنها با افراد دیگر نیز ارتباط جنسی داشته و یا دارند.

• مریم (۳۰ ساله) می گوید:

"شوهرم دوست دخترهاش رو میاورد خونه و اونها مصرف میکردن و جلوی من هم باهشون ارتباط داشت."

• مزده (۴۰ ساله) می گوید:

"شوهرم با خانمهای متعدد رابطه داشت. یه آقاهه اومد [توی زندگیم] که خیلی بیماری داشت. بیماری جنسی. دوست داشت باهش ور بری از عقب. اون با یک زن دیگه هم رابطه داشت من فهمیده بودم."

• نرگس در پاسخ به این سؤال که خبر داشتی با کس دیگه‌ای هم ارتباط جنسی داره؟ می گوید:

"-آره با خواهرم."

• سحر (؟ ساله) می گوید:

"[شوهرم] رفته بود و با یک دختره به نام بیتا دوست شده بود. از وقتی که متوجه شدم، دیگه خیلی سخت راضی میشدم. خیلی استرس مریضی رو داشتم و بهش میگفتم که تو رفتی با یک دختر خیابونی و من نمی تونم ولی دوستش داشتم"

• سمیرا (۲۶ ساله) می گوید:

"اینو مطمئن بودم [که شوهرم با افراد دیگه ارتباط داشت]"

• شیرین (۴۴ ساله) می گوید:

"مردی که باهش بودی با دیگرانم بوده؟ - با خیلیا بوده فروشنده موادم هست"

- سمیه (۲۶ ساله) می گوید:

"بعد از یک مدت، [مادرم] دست یک پسر جوون رو گرفت و آورد و گفت اسمش مجیده. وابسته‌اش شدم. خیلی راحت توی خونه‌ای که مادرم هم بود با من سکس داشت. دیگه هر چی می‌گفت قبول می‌کردم. چون توی زندگی‌مون مرد نبود. با مادرم هم می‌خوابید".

- سمیه (۲۷ ساله) می گوید:

"صیغه‌ای نه ولی همینجوری با زن‌های دیگه بود".

- ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:

"من وقتی با اونم با کسی نمیرم ولی اون شاید با کس دیگه‌ای بره. من چه میدونم! مگه مردارو میشه شناخت؟ من به مردا اطمینان ندارم. ولی فکر میکنم داشته باشه از تلفناش شکهایی کردم. البته دروغم نمیگه میگه دوست دختر دارم رابطه دارم اما دوستیه، مگه میشه؟ البته چاخانه مگه میشه سکس نباشه".

- ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:

"اونو نمیدونم ولی صد درصد [داشت]".

- برخی از این زنان نیز اعلام کرده اند که در مورد اینکه شریک جنسی آنها با افراد دیگر ارتباط جنسی نداشته یا ندارد مطمئن هستند. البته مواردی مانند پریوش (۴۰ ساله) نیز درباره اینکه شریک یا شرکای جنسی‌شان با افراد دیگر ارتباط داشته اظهار بی اطلاعی نموده اند.

- مهین (۴۰ ساله) می گوید:

"از شوهرم مطمئنم. نه اصلاً".

- سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

"شوهرم هم نداشت".

- ناشناس (۳۲ ساله) می گوید:

"مطمئن بودم که اون هم با کس دیگه‌ای رابطه نداشته. اگر کوچکترین شکی به طرف مقابلم داشتم کاندوم استفاده میکردم."

موارد استفاده از کاندوم:

- اکثریت چشمگیر نمونه های مورد مطالعه معمولاً از کاندوم استفاده نمی کرده اند. برخی از آنان استفاده از کاندوم را صرفاً به مواقع تنفروشی یا ارتباط با افرادی غیر از همسر و دوست پسر خود محدود می کرده اند. دلایل این امر نیز عبارت اند از: بی میلی خود شخص (به دلیل عدم احساس لذت)، عدم رضایت یا اجازه شریک جنسی به استفاده از کاندوم، باور به اینکه کاندوم صرفاً برای پیشگیری از بارداری است و...

• مریم (۵۳ ساله) می گوید:

"با این آقا هم استفاده میکنم و هیچ مشکل و مانعی هم برای استفاده‌اش ندارم ولی با شوهر خودم، استفاده نمیکردم."

• مهرانگیز (۳۰ ساله) می گوید:

"نه. فقط با شوهرش ارتباط جنسی داشته."

• مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:

"نه. چون اطمینان دارم به دو طرف. اصلاً بهم مزه و حال نمیده. اون [دوست پسر] هم تا حالا حرفش رو نزده."

• مهین (۴۰ ساله) می گوید:

"نه. بدم میاد. اون [شوهرم] راضی بود ولی من بدم میومد."

• مزده (۴۰ ساله) می گوید:

"نه همیشه. یکیو که دوست داشتم اصلاً حالیم نبود. کاندوم همیشه دو طرفه بود. ولی با کسی که دوستش داشتم میخواستم همینجوری [بدون کاندوم] باشه."

• نرگس (? ساله) می گوید:

"در مواقع ارتباط با ایمان، بعضی مواقع کاندوم استفاده میکردم چون اون نمیخواست، لذتش کمتر بود. من هم چیزی نمیگفتم میترسیدم از دست بدمش".

● سحر (؟ ساله) می گوید:

"اون [شوهرم] دوست نداشت از کاندوم استفاده کنه ولی من همیشه بهش میگفتم. کاندوم هم همیشه داشت. من بهش میگفتم استفاده کن ولی نمیکرد. البته هیچوقت حامله نشدم".

● سمیرا ۲۸ ساله میگوید:

"مجید از کاندوم بدش میاد. یا خیلیهای دیگه از کاندوم بدشون میاد. بهش میگم چرا به من اعتماد میکنی شاید من ایدز داشته باشم ولی اون شوخی شوخی ردش میکنه. جدی نمیگیره. مردها به تنها چیزی که فکر میکنن سکسشونه".

● پزشک درمانگر اعتیاد زنان می گوید:

"زنان معمولاً شریکهای جنسی متعدد دارن. شاید در عدم استفاده از کاندوم، خود زنان مقصر نباشن و شرکای جنسی باعث این کار بشن ولی مهم اینه که زنها بتونن فشار بیان".

● بازرس و مسئول درمان اعتیاد و فعالیتهای کاهش آسیب از آهنگ رهایی شرق می گوید:

"جنسیت در رفتار اثرگذار است. خانمی که تن فروشی می‌کنه بر مرد بابت استفاده از کاندوم بی اثر است. مرد می‌گه اگه بدون کاندوم نذاری سکس کنم می‌ذارم می‌رم".

● جامعه شناس و محقق حوزه زنان در بحث گروهی می گوید:

"واقعیت اینه که برای HIV Prevention من شخصا فکر میکنم بیش از اینکه روی اون خانمها کار کنیم، باید روی آقایون کار کنیم. یعنی اصلاً گروه هدف رو ما اشتباه تعریف می‌کنیم. خانم در شرایط ایران -چه بالا شهرش چه پایین شهرش، چه شیرازش- در رابطه جنسی تصمیم‌گیر نیست؛ مرد تصمیم‌گیره. تحصیل کرده و بدون سواد هیچ فرقی نمی‌کنه. HIV Prevention باید روی مردها کار کنه و نه روی زن‌ها. اصلاً باید با مردها شروع کنه. مشتری‌ها اونها هستند؛ مشتری‌های زن‌دار و بی‌زن. اونها هستند که اجازه

نمی‌دن این از کاندوم استفاده بکنه. اگه میخوایم روی زن‌ها کار کنیم باید کاندوم زن‌ها رو توزیع کنیم".

• سمیرا (۲۶ ساله) می‌گوید:

"[با شوهرم] نه. وقتی طلاقمو گرفتم با کس دیگه‌ای که بودم چون میشناختمش کاندوم استفاده نمی‌کردم چون اون هم دوست داشت. حتما هم نمیگفت ولی بعضی وقتها که آخر عادت‌م بود کاندوم استفاده می‌کردم. یا نزدیک عادت ماهیانه‌ام بود، کاندوم استفاده می‌کردم. یا احساس می‌کردم ترش‌حی دارم کاندوم استفاده می‌کردم."

• سحر (۲۹ ساله) می‌گوید:

"شوهرم سالمه. نه اون با کسی رابطه داشت و نه من. اولی هم سالم بود. اونو دوستاش اونجوری [معتاد] کرده بودن".

• ناشناس (۳۲ ساله) می‌گوید:

"اگر هم بدون کاندوم بوده، کسی بوده که مورد اعتماد بوده. مرد زندگیم بود. مطمئن بودم که اون هم با کس دیگه‌ای رابطه نداشته. اگر کوچکترین شکی به طرف مقابلم داشتم کاندوم استفاده می‌کردم."

• سمیه (۳۰ ساله) می‌گوید:

"آره. این کراک‌هایی که توی این چندسال اخیر اومد خیلی مزخرف بود. یک زخم کوچک، عفونت شدیدی می‌کرد. بعد از مدتی شوهر من هم جوش‌های عجیبی زده بود طوری که وقتی می‌ترکوند چرک سبز و زیادی بیرون می‌زد. این بود که ترسیدم و ازش می‌خواستم که با کاندوم ارتباط داشته باشیم. بعضی وقت‌ها سر همین دعوا مون میشد. حتی کتک هم می‌خوردم. ولی زیر بار نمی‌رفتم."

• شیرین (۴۴ ساله) می‌گوید:

"قبلا که صیغه بودم با هم متادون می‌خوردیم هیپاتیت داشت کاندومم دوست نداشت"

- بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

"با شوهرم نه. هیچوقت با غیر از شوهرم بعضی وقتها. خودم می گفتم. من نمیدانستم داخل بریزن".

- اما دسته دیگر از زنان مورد مطالعه حتی در موارد ارتباط با افراد ناآشنا نیز از کاندوم استفاده نمی کردند. این زنان قاعده و نظم خاصی در استفاده از کاندوم نداشته اند و حتی از سوی برخی از آنها استفاده از کاندوم به کلی انکار شده است.

- ندا (۲۴ ساله) می گوید:

"نه. دوست نداشتم".

- بهناز (۳۶ ساله) می گوید:

"بعضی موقعها آره. حالا مردها بهم میدادن یا خودم داشتم. ولی بیشتر موقعها نه. بعضی موقعها پولش نبود، بعضی موقعها در دسترس نبود".

- الهه (۲۹ ساله) می گوید:

"نه کاندوم مصرف نمی کردم. ولی با این شوهرم، چرا".

- الهام (۲۱ ساله) می گوید:

"نه".

- سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:

"اون موقع خونه سارا، هیچی. اصلا هم پیش نیومد حامله بشم یا سقط کنم. اونها جلوگیری میکردن. مجید هم خودش جلوگیری میکنه".

- سمیه (۲۶ ساله) می گوید:

"یکی دو بار که استفاده کردم، اذیت می شدم. به طور طبیعی پیشگیری می کردم".

- ناشناس (۵۴ ساله) می گوید:

"بله اما آخرین رابطه نه استفاده نکردم".

- زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"آره. پیش اومده. بعضی قبول کرده بعضیا قبول نکردن. ادر پاسخ به سوال: آخرین رابطه جنسیت کاندوم استفاده کردی؟ فکر نکنم".

- زهره (۳۹ ساله) می گوید:

"بله. خیلی وحشت دارم از اینجور چیزها. یه موقع هایی پیش میومده. مثلا همین که بچه- دار شدم، خیلی به زور شد".

- چند مورد از جمعیت نمونه ادعا کرده اند که همیشه از کاندوم استفاده کرده اند. البته در اکثر موارد با استناد به شواهدی که حین صحبت درباره سایر موضوعات به دست آمد، عدم صحت ادعاهای مطرح شده مشخص گردید.

- آنا (۲۷ ساله) می گوید:

"آره. اون [که صیغه اش بودم] میخواست. در پاسخ به سوال «چجوری پیشگیری میکردی؟» پاسخ داده است: با قرص".

- فاطمه می گوید:

"من با نامحرم ارتباط نداشتم. با شوهرم هم هر دفعه کاندوم استفاده می کردم. (فرزند دارد)".

- شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"آره همیشه از کاندوم استفاده می کردم. خودم میخوام".

- شیما (۲۶ ساله) می گوید:

"اصلا نمیدونستم کاندوم چیه؟ یکبار آورده بودن. طعم قهوه بود. بازش کردم... بادش کردم. دهنم بیحس شده بود".

• مریم (۳۰ ساله) می گوید:

"بله همیشه از کاندوم استفاده می کردم چون از حاملگی می ترسیدم. با کسی ارتباط نداشتم، اوایل که شوهرم بود و بعدش هم دوست پسرم".

• مریم (۳۵ ساله) می گوید:

"بله. همیشه. چون اگه نمیکردم، الان هم حامله شده بودم، هم مریضی گرفته بودم".

• ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:

"با اینکه خودم حساسیت داشتم ولی به خاطر ترسم استفاده میکردم (سابقه حاملگی و سقط دارد)".

• ناشناس (?ساله) می گوید:

"من فقط با کاندوم. (در جای دیگر می گوید: سعی میکنم با کاندوم اینکارو بکنم)".

• ناشناس (۳۶ ساله) می گوید:

"بله همیشه (سابقه حاملگی و سه بار سقط دارد)".

• ناشناس (۲۹ ساله) می گوید:

"تا حالا نداشتم کسی بدون کاندوم باهام سکس کنه. هزارتا مریضی میگیرم (سابقه حاملگی و سقط داشته است)".

- در پاره ای موارد عدم شناخت و استفاده از کاندوم در میان برخی از زنان شهرستانی نیز ذکر شده است.

• یکی از کارشناسان ایدز در جلسه بحث گروهی اظهار داشته است:

"در یک خانه تیمی در سعادت آباد، خانمی ۱۷ ساله، شهرستانی مجرد و ساده بود که اصلا هرگز کاندوم را ندیده بود و نمی شناخت. این خانم رو برای آزمایش فرستادیم و اچ آی وی

مثبت بود و چون زیبا بود اکثر مشتریان این خانه تیمی دوست داشتن با او رابطه داشته باشند."

- برخی بیماران به این نکته اشاره کردند که در ارائه خدماتی مانند کاندوم نباید محدودیت بگذارند و شاید افراد برای برداشتن خجالت بکشند و یا محدودیتی برای خواستن آن داشته باشند. لذا باید دسترسی به کاندوم را افزایش داد.

• زهرا ۴۱ سال میگوید:

"یه وقتایی کاندوم نیاز داشتم ولی روم نشده که بردارم."

• یکی از مسئولین مراکز در جلسه بحث گروهی اظهار داشته است:

"خیلی از خانمها خجالت می‌کشن کاندوم بگیرن، ما سعی کردیم این تابو را بشکنیم حتی سر هر میزی کاندوم گذاشتیم تا اگه می‌خوان بردارن. کارکنان ما نیز خیلی راحت کاندوم می‌دن".

- از سه زنی که دارای شرایط خاص بودند فقط تینا (۳۹ ساله-Trans) ادعا کرد که در روابط جنسی اش همواره از کاندوم استفاده می‌کند. شراره (۴۵ ساله-Trans) نیز در پاسخ به سوال مربوطه بیان کرد که کاندوم اخیرا وارد ایران شده است و چند سال پیش که وی ارتباطهای جنسی زیادی داشت کسی کاندوم را نمی‌شناخت.

• فریده (HIV+) می‌گوید:

"نه دوست ندارم. الان با یکی هستم که دوست نداره کاندوم استفاده کنه".

• تینا (۳۹ ساله-Trans) می‌گوید:

"اونهایی که مشتری من میدونن و اونهایی هم مشتری من نیستن بهشون میگم که بدون کاندوم نمیشه.

سابقه بیماری آمیزشی:

اکثر زنانی که مورد مصاحبه قرار گرفتند با وجود داشتن رفتارهای پرخطر، اعلام کرده اند که هیچ سابقه مبنی بر ابتلا به بیماریهای زنان نداشته اند و تعداد کم موارد بیماریهای زنان با اظهارات مسئولین مراکز و نیاز خود این زنان به پزشک متخصص زنان منطبق نیست.

• آنا (۲۷ ساله) می گوید:

"نه".

• مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:

"نه اصلا. من حتی یکبار هم دکتر زنان نرفتم".

• سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

"نه. هیچی".

• ناشناس (۲۹ ساله) می گوید:

"نه".

• نرگس می گوید:

"نه. اصلا. در دوران مصرفم فوق العاده وسواس بودم. هفته‌ای ۳ تا سفدری اکسون استفاده می‌کردم"

• بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

"نه".

• یکی از مسئولین مراکز در جلسه بحث گروهی اظهار داشته است:

"ما در میخک زنانی داریم که عفونت آمیزشی بالایی را گزارش کرده‌اند".

- با این حال عده دیگری از زنان مورد مطالعه به داشتن سابقه ابتلا به بیماریهای زنان از قبیل عفونت، ترشح و اختلال در قاعدگی اشاره نموده اند.

• الهه (۲۹ ساله) می گوید:

"دشتم. نرفتم دکتر".

• فریده (HIV+) می گوید:

"اره گرفتم".

- فاطمه می گوید:

" عفونت زنانگی داشتم. رفتم دکتر".

- مزده (۴۰ ساله) می گوید:

" فقط زمانی که شوهر داشتم. شوهرم با زنای عشق‌آبادی و اینا رابطه داشت و من هم عفونت می‌گرفتم".

- سمیرا (۲۶ ساله) می گوید:

"نه. اصلا. فقط موقعی که شیشه مصرف میکردم ترشح داشتم."

- شراره (۴۵ ساله-Trans) می گوید:

"یک بار توی ترکیه یک نفر به زور به من تجاوز کرد و من چنان عفونتی کردم و نتونستم به خودم برسم که یک کانال عفونی در من بوجود اومد و من سالها این کانال عفونی رو داشتم. هر چندوقت دهن باز میکرد و چرک ازش خارج میشد. تا اینکه شوهر کرده بودم و وضعم خوب شد، وقتی عفونت کرد رفتم دکتر و دکتر من رو جراحی کرد و این کانال رو درآورد و راحت شدم".

- ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"چرا افتادگی رحم دارم. کاملا رحمم بیرونه".

- زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"اره. از اون قضیه /حبس شدن در یک خانه و مورد سوء استفاده جنسی و کار اجباری قرار گرفتن/ به اینور حدود ۲ سال و نیمه پر بود نمیشم. به خاطر هزینه‌اش جایی نرفتم."

- زهره (۳۹ ساله) می گوید:

"یک موقعه‌هایی پیش میاد که عفونت دارم. میرم دکتر محله‌مون"

سابقه حضور در مکانهای پرخطر:

- زنان مورد مطالعه، به ویژه آنهایی که دارای سرپناه مشخصی نیستند خود به پرخطر بودن مکانهایی که بدانجا رفت و آمد می‌کنند معترف اند. خطرهای مورد اشاره از سوی آنان شامل سرنگهای آلوده موجود در این مکانها یا خطر قرار گرفتن در معرض تجاوز یا ارتباطهای جنسی مشکوک است.

• الهه (۲۹ ساله) می‌گوید:

"پارسال یک جایی نشستم که مواد بکشم، یک سرنگی رفت توی باسنم، از اون موقع پیگیر شدم که برم آزمایش بدم ببینم بیماری ایدزی، چیزی توی بدنم نرفته باشه. نتونستم برم آزمایش بدم."

• مریم (۵۳ ساله) می‌گوید:

"جایی که کار میکنم همش با سرنگهای آلوده و آدمهای پرخطر سر و کار داریم. ولی خیلی چیزها رو رعایت باید بکنم."

• سمیرا (۲۸ ساله) می‌گوید:

"اولش اگه میدونستم خوابگاه اینجوریه اصلا پام رو نمیداشتم اینجا. زن‌ها خیابونی و مصرف کننده هستند اینجا. اصلا راحت نیستی. شب‌ها دور هم جمع میشن، مصرف میکنن. یه زن آبادانی بود میگفت میبرمت خونه خاله فاطمی توی آریاشهر. یا مرجان من رو میبرد بیرون. پیش مردها معامله من رو میکرد. خودش روش نمیشد مستقیم بگه، مرده رو میاورد مخ من رو بزنه و درازای اون معامله پول میگرفت. اینجا با هیچکدوم رابطه ندارم."

• زهرا (۴۱ ساله) می‌گوید:

"توی محیط پرخطر زندگی میکنیم. شاید پرخطرترین قسمت توی ایران. مثلا توی تردهامون توی همین پارک ۵۰ درصد ممکنه یک سرنگ بره توی پامون."

- تعدادی از مصاحبه شونده‌گان به خطراتی که در مرکز کاهش آسیب یا شلتری که مجبور به ماندن در آنجا هستند به عنوان یک مکان پرخطر، اشاره داشتند. شواهد نشان می‌دهد در این مرکز و مراکز مشابه، زمینه‌های رفتارهای مجرمانه بطور دسته جمعی و یا آموزش آنها توسط افراد با سابقه بیشتر وجود دارد.

● سمیرا ۲۸ ساله میگوید:

"اینجا توی شلتریه زن آبادانی بود میگفت میبرمت خونه خاله فاطمی توی آریاشهر. یا مرجان من رو میبرد بیرون. پیش مردها معامله من رو میکرد. خودش روش نمیشد مستقیم بگه، مرده رو میاورد مخ من رو بزنه و در ازای اون معامله پول میگرفت. اینجا با هیچکدوم رابطه ندارم."

● سمیرا ۲۸ ساله میگوید:

"اولش اگه میدونستم خوابگاه اینجوریه اصلا پام رو نمیداشتم اینجا. زن‌ها خیابونی و مصرف کننده هستند اینجا. اصلا راحت نیستی. شب‌ها دور هم جمع میشن، مصرف میکنن."

● پزشک درمانگر مرکز کاهش آسیب زنان می‌گوید:

"خانمهای مصرف کننده رو شرایطی فراهم کنیم که به کلینیکها مراجعه کنن. چون DICها افراد خاصی میان. یک خانمی که ممکنه کارمند هم باشه ولی Abuser هست وقتی یک بار میاد DIC و فضای اونجا رو میبینه، دیگه نمیاد."

● فاطمه می‌گوید:

"اینجا کسایی هستن که زن‌ها رو آلوده میکنن به کراک، هرویین، شیشه. زنهای اینجا رو هم گلچین کنن زنای خوب رو نگه دارن و زنهای بد رو جدا کنن"

اطلاع/عدم اطلاع از چستی HIV/AIDS:

- با قاطعیت می‌توان گفت زنان مورد مطالعه در این پژوهش، در مورد ویروس HIV، بیماری ایدز، ارتباط بین آن دو، مکانیسم عمل این ویروس، خطرات و مشکلاتی برای انسان ایجاد می‌نماید اطلاعات کامل و دقیقی نداشتند. با این حال

برخی از آنها نسبت به سایرین اطلاعات دقیقتری داشتند ولی چنانچه مشاهده می شود هیچ یک از تعاریفی که از ایدز ارائه داده اند کامل نیست.

• مریم (۳۵ ساله) می گوید:

"آن بگیری نشون نمیده. چند سال دیگه معلوم میشه که بعدش هم نمیتونی کاریش بکنی و بهبودیش خیلی مشکله."

• مزده (۴۰ ساله) می گوید:

"یک بیماری جنسیه که از طریق خون، رابطه جنسی منتقل میشه. اگه داشته باشی و مثلاً سرماخوردگی بگیری دیگه خوب نمیشه. ادامه دار میشه تا بمیری."

• شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"یک بیماریه که اولش یک ویروس HIV هست بعد یه مرض میشه."

• ناشناس (؟ ساله) می گوید:

"ایدز یه نوع ویروسه که وقتی وارد بدن میشه سیستم دفاعی بدن از کار میفته. بدن نمیتونه در مقابل اون ویروس مبارزه کنه. روز به روز لاغرتر میشه. رنگش پریده میشه."

• ناشناس (۳۶ ساله) می گوید:

"بیماری ای که از طریق سرنگ آلوده و رابطه جنسی منتقل میشه. HIV رو میشه پیشگیری کرد ولی ایدز رو نه میشه پیشگیری و نه میشه درمان کرد. این بیماری نشون نمیده. ممکنه کسی ظاهرش سالم باشه. درمان نداره. درمانش همون پیشگیریه."

• ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"اینجوری که آموزش دادن HIV قابل پیشگیری و درمانه ولی ایدز نه. پیشرفته HIV میشه."

• ناشناس (۵۴ ساله) می گوید:

" HIV رو میشه کنترل کرد اما انتهایش ایدز که دیگه متوقف نمیشه "

• سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:

" همه چیز رو میدونم. رابطه جنسی هست. سرنگ آلوده هست. قطره خون بخوره به زخم هستش. /در پاسخ به سوال: ممکنه کسانی ایدز داشته باشن ولی از صورتشون مشخص نباشه؟! /آره. چون ۱۰، ۱۲ سال توی بدنشون مخفی میمونه".

- اکثریت قابل توجه تعاریفی که این زنان از بیماری ایدز ارائه نموده اند محدود به بیان برخی راههای انتقال و پیشگیری از HIV می شود و در واقع چستی HIV/AIDS را در بر نمی گیرد. البته چنانچه در برخی از پاسخهای این زنان مشاهده می شود در میان راه های انتقال و پیشگیری اشاره شده نیز اطلاعات غلط به چشم می خورد.

• آنا (۲۷ ساله) می گوید:

"ره. از راه خون انتقال پیدا میکنه. میترسم. نزدیکی".

• آرمیتا (۳۲ ساله) می گوید:

" بله استفاده از سرنگ آلوده، مشترک، رابطه جنسی "

• بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

"از طریق معتادای تزریقی، سرنگای مشترک، وسایل آرایشگری، وسایل دندانپزشکی"

• بهناز (۳۶ ساله) می گوید:

" آره، شنیدم. از آمیزش جنسی و وسایل دندون پزشکی، مسواک. از طریق بوس و دهان نیست ولی از طریق آمیزش جنسی هست."

• الهه (۲۹ ساله) می گوید:

"یک بیماری کشنده است. که از طریق تست کردن، از طریق تیغ‌های کثیف که کس دیگه‌ای مصرف کرده باشه یا از طریق رابطه جنسی بدون کاندوم. تا حالا از قیافه نفهمیدن که کسی ایدز داره یا نداره".

• الهام (۲۱ ساله) می گوید:

"راههای انتقالش رو می دونم: رابطه جنسیه، مادر به فرزند، وقتی خون کسی آلوده باشه و به انسان منتقل بشه اون هم احتمالا دچار بیماری میشه. از ظرف مشترک منتقل نمیشه مگه اینکه دهنش زخم باشه. از طریق آب دهان و اینها انتقال پیدا نمیکنه."

• فاطمه می گوید:

"با آمپول زدن، همخوابیه..."

• مریم (۳۰ ساله) می گوید:

"یک بیماری خونیه که بیشتر از راه نزدیکی کردن منتقل میشه."

• مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:

"یک بیماری خونیه که از رابطه نامشروع و تیغ و از سوزن آلوده و زخم. بیشتر با همجنس-بازی و فساد اخلاقی منتقل می‌شه. هرچی رابطه جنسی با افراد بیشتری باشه، احتمالش خیلی بیشتره. لوازم شخصی هم رو استفاده کنن مبتلا میشن. از چشم هم میشه. مثلا از مداد هم استفاده کنن. پشه هم بزنه انتقال میده. مادر حامله جنینش رو هم مبتلا میکنه."

• نرگس می گوید:

"ایدز از سر سرنگهای مشترک میاد. از طرف شاید همجنس بازی بیاد. شاید از لحاظ نزدیکی غیربهداشتی بیاد. از راه مقعد. از راه رحمی بیاد. رعایت نکردن بهداشت شخصی"

• ندا (۲۴ ساله) می گوید:

"از طریق سوزن، تزریق، سکس منتقل میشه. زیاد راجع بهش نمیدونم."

- پریسا (۲۲ ساله) می گوید:
 "از تزریق و سرنگ و تماس جنسی منتقل شده. همین رو میدونم."
- سمیرا (۲۶ ساله) می گوید:
 "آره پیش یه خانوم دکتر مشاوره شدم. نزدیکی کردن یا کاندوم پاره بشه،"
- شیما (۲۶ ساله) می گوید:
 "از طریق خون منتقل میشه. اوناییکه ایدز میگیرن دوست دارن کسای دیگه رو هم ایدزی کنن. مثلا میری خونشون توی سوپ خونشو میریزه."
- شیرین (۴۴ ساله) می گوید:
 "سرنگ بازی و سکس بازی و خون اطلاعاتی دارم راجع به این چیزا اما درگیری خودمونو داریم تا بتونیم تو کلاسا شرکت کنیم سخته یا کلاس نمی دارن یا اگه میدارن همه با هم می دارن همیشه حاضر بشیم"
- سمیه (۲۶ ساله) می گوید:
 "کاملا آشنایی دارم."
- سمیه (۲۷ ساله) می گوید:
 "تا حدودی میدونم. از وسایل شخصی کسی استفاده نکردم"
- سمیه (۳۰ ساله) می گوید:
 "بله. ایدز از هپاتیت، کم خونیه، اینهایی که هپاتیت C دارن از بزاق دهنه و بوس و قاشق و لیوان. اونهایی هم که رابطه‌های بدون کاندوم و از مقعد و یا از تیغ و مسواک و اینها میاد."
- ناشناس (۲۹ ساله) می گوید:
 "ایدز یه مریضیه. از راه تزریق، ارتباط جنسی"

- ناشناس (۳۲ ساله) می گوید:

"فکر کنم از تزریق مشترک و رابطه جنسی باشه"

- ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:

"یه بیماری که از تزریق مشترک میاد"

- ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:

"یک نوع بیماریه. از روابط جنسی میشه. از طریق تزریق میشه؛ سرنگ مشترک. بیشتر از لحاظ خونیه. چه تفاوتی با HIV داره؟ - اونو دقیقا نمیدونم"

- ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"چون خیلی کاری به این چیزا نداشتم، خیلی اطلاع ندارم. ولی شنیدم که میگن همبستر بودن و بزاق دهن و بوسه و خون که میاد... اینارو شنیدم."

- زهره (۴۳ ساله) می گوید:

"خیلی چیزا شنیدم ندیدم با چشمم شنیدم که یه مریضیه که مثلا پوستت میره و میرسه به رگ و ریشه و... عفونت مرد یا زن خطرناکه. اصلا من ایدز رو نمیشناختم فقط میدونستم آدم هرچی تمیزتر باشه عمرش طولانی تر میشه."

- زهرا (۳۲ ساله) می گوید:

"از رابطه جنسی میاد. چون من این رابطه رو ندارم مساله ای نیست. راه های دیگه اش هم قاشق دهنیه، لیوانه و..."

- زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"اطلاع کامل دارم. وسایل بهداشتی مثل کاندوم، تزریق، سرنگ، وسایل برنده است، بوسیدن معمولی نه ولی بوسیدن خاص به خاطر اینکه ممکنه از طریق بیماری لثه و دندون داشته باشه و منتقل بشه."

- زهره (۳۹ ساله) می گوید:

"اگر خانم و آقا نزدیکی کنن، از طریق سوزن، مادر به بچه هم میشه."

- تعداد محدودی از این زنان اعلام نمودند که هیچ اطلاعاتی راجع به ایدز یا HIV ندارند. در این میان آنچه از میان صحبت‌های تینا (۳۹ ساله-Trans) درباره این بیماری و نشانه‌های آن (معادل گرفتن هیپاتیت و ایدز) قابل تامل است.

- مهین (۴۰ ساله) می گوید:

"هیچی نمیدونم."

- مهرانگیز می گوید:

"من نمیدونم. اصلا اطلاع ندارم."

- سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

"نه".

- تینا (۳۹ ساله-Trans) می گوید:

"من به کره چشمشون خیلی توجه میکنم. اگه کمی زردی داشته باشه میفهمم که هیپاتیت

دارن."

اطلاع از راههای انتقال:

- تقریبا تمامی زنان مورد مطالعه اطلاعات نسبتا مناسبی از راههای انتقال HIV داشته اند. رابطه جنسی، تزریق مشترک و تماس خونی با خون آلوده عمده راه های انتقالی هستند که کم و بیش از سوی همه این زنان بدانها اشاره شده است.

- آرمیتا (۳۲ ساله) می گوید:

"استفاده از سرنگ آلوده، مشترک، رابطه جنسی"

- بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

"از طریق معتادای تزریقی، سرنگای مشترک، وسایل آرایشگری، وسایل دندانپزشکی"

• بهناز (۳۶ ساله) می گوید:

"از آمیزش جنسی و وسایل دندانپزشکی، مسواک، از طریق بوس و دهان نیست ولی از طریق آمیزش جنسی هست." میدونی کسی که در معرض ایدزه، به بچه‌اش منتقل میکنه یا نه؟ - بله میکنه.

• الهام (۲۱ ساله) می گوید:

"رابطه جنسیه، مادر به فرزند، وقتی خون کسی آلوده باشه و به انسان منتقل بشه اون هم احتمالاً دچار بیماری میشه. از ظرف مشترک منتقل نمیشه مگه اینکه دهنش زخم باشه. [از طریق] آب دهان و اینها انتقال پیدا نمیکنه."

• فاطمه می گوید:

"با آمپول زدن، همخوابیه..."

• مریم (۳۰ ساله) می گوید:

"از راه بغل کردن یا توی ظرف مشترک غذا خوردن هم منتقل میشه؟ - فکر نکنم. بیشتر از راه خون و رابطه جنسی منتقل میشه." مادر به فرزند منتقل میشه؟ - بله خوب از خون به خونه.

• نرگس (؟ ساله) می گوید:

"ایدز از سر سرنگهای مشترک میاد. از طرف شاید همجنس بازی بیاد. شاید از لحاظ نزدیکی غیربهداشتی بیاد. از راه مقعد. از راه رحمی بیاد. غذا بخوری شاید بگیری. ولی بوسیدن نمیاد. از راه نزدیکیه، سرسرنگه، لیوان مشترکه و رعایت نکردن بهداشت شخصی."

• پریسا (۲۲ ساله) می گوید:

"از تزریق و سرنگ و تماس جنسی منتقل مشه. همین رو میدونم." اگه توی ظرف مشترک با آدم ایدزی غذا بخوری چی؟ - " نه اینها برای هیپاتیته."

• سحر می گوید:

"بله. از راه خون، از راه ارتباطات جنسی بدون پیشگیری، .."

• سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:

" همه چیز رو میدونم. رابطه جنسی هست. سرنگ آلوده هست. قطره خون بخوره به زخم هستش."

• شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"از طریق سرنگ، تیغ، بذاق دهن چون ممکنه لثه‌ها خونریزی داشته باشه، از طریق مقعد و واژن منتقل میشه." از بغل کرد هم منتقل میشه؟ - نه اینها راه انتقال هیپاتیته. ایدز اینجوری منتقل نمیشه.

• شیرین (۴۴ ساله) می گوید:

"سرنگ بازی و سکس بازی و خون.." بغل گرفتن منتقل میکنه؟ - فکر نکنم. از راه خونه، همجنس بازی و از راه مقعد رابطه داشتن،

• سمیه (۲۶ ساله) می گوید:

"از راه تزریق، سوزن مشترک، رابطه جنسی محافظت نشده: بدون کاندوم. از راه سرفه، عطسه، بغل کردن، آشامیدن و اینها منتقل نمیشه."

• سمیه (۲۷ ساله) می گوید:

"از خون و ژیلت و رابطه جنسی منتقل میشه."

• سمیه (۳۰ ساله) می گوید:

"اینهایی که هیپانیت C دارن از بزاق دهنه و بوس و قاشق و لیوان. اونهایی هم که رابطه- های بدون کاندوم و از مقعد و یا از تیغ و مسواک و اینها میاد."

● ناشناس (؟ساله) می گوید:

"یکی از سرنگ های آلوده ست، رفتارهای نامناسب مثلا هرکس با هرکس همبستر بشن، احتمال داره ویروس ایدز بگیرن."

● ناشناس (۲۹ ساله) می گوید:

"نیش پشه، در آغوش گرفتن کسی، یا غذا خوردن توی ظرف مشترک همیشه راه انتقال باشه؟ - نه."

● ناشناس (۳۲ ساله) می گوید:

"تیغ استفاده شده یا مسواک خون آلود. از طریق دست دادن و بغل کردن منتقل نمیشه"

● ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:

"رابطه جنسی بی کاندوم، سرنگ مشترک یا تیغ مشترک با دست دادن و بغل کردن منتقل نمیشه یعنی اگه با یه ایدزی زندگی کنی بیماری منتقل نمیشه. از مادر به فرزند منتقل میشه نباید بچه دار بشه"

● ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:

"از طریق خونی میشه، زناشویی هم میشه. راههای انتقالش از مادر به فرزند چجوریه؟ - از طریق خونی میشه. "از طریق پشه، آغوش گرفتن، ظرف مشترک غذا میشه یا نه؟ - پشه اینا نه. چون باید از طریق رگی باشه."

● ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"شنیدم که میگن همبستر بودن و بزاق دهن و بوسه و خون که میاد... اینارو شنیدم."

- ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"از فراورده‌های خونی بود که الآن می‌گن چند سالیه نیستش؛ از طریق روابط جنسی، سرنگ آلوده، تیغ و لوازم شخصی مشترک." نیش پشه، آغوش گرفتن، ظرف مشترک میتونی انتقال بده؟ - اینجوری که گفتن اینها راههای انتقالش نیست. بوسه خشک نیست ولی لب گرفتن باعث انتقال میشه."

- زهره (۴۳ ساله) می گوید:

"همبستر شدن. سرنگ آلوده و اینا. خالکوبی‌های خودم هم قبل از این بوده که این مسایل رو بدونم. ولی از وقتی دونستم دیگه این کارها رو نمیکنم. یا مثلاً سرنگ بردارم بزنم، میترسم."

- ناشناس (۵۴ ساله) می گوید:

"تزریق مشترک باعث انتقال میشه یکی دیگه هم در مورد ارتباطات جنسیه بدون کاندوم از طریق خون هم منتقل میشه از طریق دست دادن و بوسیدن و ظرف مشترک منتقل نمیشه"

- چنانچه اشاره شد اطلاعات زنان نمونه این پژوهش از راه‌های عمده انتقال نسبتاً خوب است ولی اطلاعات این زنان درباره ارتباطها و رفتارهایی که جزو راههای انتقال HIV نیستند، کامل نیست و یا حتی می توان گفت غلط است.

- آنا (۲۷ ساله) در پاسخ به این پرسش که: اگه برادرت ایدز داشته باشه بغلش کنی بوسش کنی میگیری؟ - می گوید:

"نمیدونم"

- الهه (۲۹ ساله) می گوید:

"از طریق تست کردن، از طریق تیغ‌های کثیف که کس دیگه‌ای مصرف کرده باشه یا از طریق رابطه جنسی بدون کاندوم، از راه نفس هم منتقل میشه. ادر پاسخ به سوال: از مادر مبتلا به بچه منتقل میشه؟] این رو بهش فکر نکردم. نمیدونم.

• مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:

"از رابطه نامشروع و تیغ و از سوزن آلوده و زخم. بیشتر با همجنس‌بازی و فساد اخلاقی منتقل می‌شه. هرچی رابطه جنسی با افراد بیشتری باشه، احتمالش خیلی بیشتره. لوازم شخصی هم رو استفاده کنن مبتلا میشن. از چشم هم میشه. مثلاً از مداد هم استفاده کنن. پشه هم بزنه انتقال میده. مادر حامله جنینش رو هم مبتلا میکنه."

• مزده (۴۰ ساله) می گوید:

"پشه فکر کنم میشه. مادر حامله هم میشه. [اهدای خون] میشه ولی بوس و آب دهن و اینا نمیشه. [ارتباط جنسی] از پشت رو نمیدونم ولی از جلو میدونم میشه."

• سحر (۲۹ ساله) می گوید:

"میگن از طریق دست دادن و رابطه جنسی... ممکنه قاطی جنسم چیزی باشه." سؤال: اگه یکی رو بغل کنی چی؟ - "آره. خوب نفس میخوره به هر حال."

• سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

"از کثیفی"

• سمیرا (۲۶ ساله) می گوید:

"فقط سکس نیست، سرنگهایی که استفاده میکنن، خونبازی که میکنن. آرایشگاهی میری که چیزی مصرف میکنن، یا مثلاً دندانپزشکی. از طریق خون هم میشه ایدز وارد بشه" [سوال: زن حامله چی؟] نمیدونم. [سوال: نیش پشه؟] نمیدونم. [سوال: آدم میتونه با کسی که ایدز داره توی ظرف مشترک غذا بخوره] از این طریق فکر نکنم وارد بشه. [سوال:

بغلش کنه ماچش کنه چی/اون هم فکر کنم وارد نمیشه. از بزاق دهن هم وارد نمیشه. از استخر رفتن هم وارد نمیشه."

• سارا (۳۰ ساله) می گوید:

"خونی و جنسی دیگه. [سوال: از بغل کردن و بوسیدن میشه] آره. چرا نمیشه! از ترشح لب و اینها میشه. [سوال: از ظرف مشترک ممکنه؟] ممکن نیست ولی من حساسم. [سوال: اگه پشه من رو که مثلا ایدزی هستم بزنه و بعد بیاد و تو رو بزنه منتقل میشه؟] این رو نمیدونم، از کشورهای مختلف دارن وارد میکنند؛ ایدز و هیپاتیت رو. با خودشون میارن. بعضی ها با خاک منتقل میکنن. عربستان با خاک، آنفلوآنزا رو وارد کرد."

• ناشناس (۳۶ ساله) می گوید:

"بیماری ایه که از طریق سرنگ آلوده و رابطه جنسی منتقل میشه. [سوال: نیش پشه، آغوش گرفتن، غذا خوردن توی ظرف مشترک، اینا هم منتقل میشه؟] بله. اینا همه موثرند."

• زهرا (۳۲ ساله) می گوید:

"راههای دیگه/اش هم قاشق دهنیه، لیوانه و ..."

• زهره (۳۹ ساله) می گوید:

"اگر خانم و آقا نزدیکی کنن، از طریق سوزن، مادر به بچه هم میشه. [سوال: اگه آدم یکی رو بغل کنه ممکنه ایدز بگیری؟] شاید از طریق دهان. [سوال: خون دادن چی؟] بله. میشه."

اطلاع از راههای پیشگیری:

اطلاعات زنان مورد مطالعه از راههای پیشگیری از ابتلای HIV نیز به دلیل اطلاعات نسبتاً خوبشان از راههای انتقال آن، وضعیت نسبتاً مطلوبی دارد. اکثر آنان از روشهای عمده پیشگیری کم و بیش مطلعند.

• آنا (۲۷ ساله) می گوید:

"سعی می‌کنم از وسایل شخصی خودم استفاده کنم."

• بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

"کاندوم باید استفاده کنیم دیگه. بهداشت رو رعایت کنیم."

- فاطمه (؟ ساله) می گوید:
"باید کاندوم مصرف کنی".
- مهین (۴۰ ساله) می گوید:
"معلومه دیگه. مثلا رابطه نامشروع نداشته باشم".
- مریم (۳۵ ساله) می گوید:
"از وسایل کسی استفاده نکنی بخصوص وسایل آرایشی، مثل تیغ، مثل شورت. کاندوم رو یکبار مصرف کنی. من از غذا، لباس و لیوان کسی استفاده نمی‌کنم".
- مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:
"باید با یک نفر باشه. کارهایی مثل خوردن [سکس دهانی] و اینا بیشتر می‌کنه. وسیله‌هایی مثل کاندوم و اینها من خودم چندشتم می‌شه".
- نرگس (؟ ساله) می گوید:
"در صورتیکه تو نزدیکی رعایت بهداشت رو بکنه. از چیزهای ایمنیش استفاده بکنه".
- پریسا (۲۲ ساله) می گوید:
"از تزریق و سرنگ و تماس جنسی منتقل مشه. همین رو میدونم".
- شیدا (۲۰ ساله) می گوید:
"باید از سرنگ نو و تیغ نو استفاده کنیم".
- سمیه (۲۷ ساله) می گوید:
"نوی روابط جنسی از کاندوم استفاده کنم. از مسواک و لوازم شخصی خودم استفاده کنم".
- سمیه (۳۰ ساله) می گوید:

" من طرف تزریقی‌ها نمیرم چون حتی اگه یک قطره خونشون بریزه روی آدم ممکنه بگیرم."

● ناشناس (؟ ساله) می گوید:

"دم خیلی مواظب باشه از وسایل نظافت شخص، تیغ، مسواک، شونه... از راه وسایل شخصی از راه دهن وارد میشه. آدم وقتی با کسی همبستر میشه و در مورد اون اطلاعاتی نداره باید حتما از کاندوم استفاده کنه."

● ناشناس (۳۲ ساله) می گوید:

"با کاندوم رابطه باشه"

● ناشناس (۳۶ ساله) می گوید:

"از سرنگ آلوده استفاده نکنیم. از وسایل بهداشتی استفاده کنیم. موقع رابطه جنسی، استفاده از کاندوم، اگه داشته باشیم سعی میکنم وسایل مصرفیمو به کس دیگه‌ای ندم که اون هم مبتلا بشه. مسایل بهداشت شخص رو رعایت کنم. از سرنگ آلوده استفاده نکنم. اگه با کسی رابطه جنسی میذارم از کاندوم استفاده کنم. با شخصی که این بیماری رو داره هیچ تماسی نداشته باشم."

● زهره (۴۳ ساله) می گوید:

"خالکوبی‌های خودم هم قبل از این بوده که این مسایل رو بدونم. ولی از وقتی دونستم دیگه این کارها رو نمیکنم. یا مثلا سرنگ بردارم بزدم، میترسم."

● ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"باید توی روابط جنسی از کاندوم استفاده کرد. از سرنگ یکبار مصرف استفاده کنیم. سرنگ کسی رو استفاده نکنیم. لوازم شخصی مثل تیغ خودمونو استفاده کنیم. باید قبل از باردار شدن با پزشکشون در تماس باشن. آزمایش بدن."

- ناشناس (۵۴ ساله) می گوید:

"سرنگ مشترک استفاده نشه مسواک و ناخن گیر خودشو استفاده کنه"

- البته مواردی نیز به چشم می خورد که یا اطلاعاتی در این زمینه نداشتند یا اطلاعاتشان کاملا غلط بود و یا پاسخهای کاملا مبهم - که احتمالا ناشی از عدم آگاهی بوده است - داده اند.

- بهناز (۳۶ ساله) می گوید:

ادر پاسخ با سوال: "برای مادرانی که حامله اند و در معرض خطرند، این مرکز چجوری میتونه کمکشون کنه؟" خوب باید خونشون رو عوض کنن دیگه! من تا اینقدر مطلعم."

- سحر (۲۹ ساله) می گوید:

"آزمایش می دم، /برای پیشگیری/ نمیدونم چکار کنم. فقط میدونم که بیماری خطرناکيه".

- زهرا (۳۲ ساله) می گوید:

"باید احتیاط کنم."

منبع کسب اطلاع:

- اکثریت غالب زنان مورد مطالعه، اطلاعات کم و بیش صحیحی را که درباره HIV، راههای انتقال و راههای پیشگیری از آن داشتند از مراکز مختلف فعال در حوزه کاهش آسیب یا درمان اعتیاد کسب کرده اند.

- بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

"برای متادون که میرفتم بهمون میگفتن".

- بهناز (۳۶ ساله) می گوید:

"من دیپلم دارم، متادون درمانی رفتم، اونجا یاد دادن".

- فاطمه می گوید:

"خانه خورشید"^{۴۵}.

• مریم (۳۵ ساله) می گوید:

"از مراکزی که توشون بودیم و چیزهایی که خودمون میدونیم".

• سحر (? ساله) می گوید:

"توی کمپ [درمان اعتیاد]."

• سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:

"همینجا [خانه خورشید]"

• سمیه (۲۶ ساله) می گوید:

"توی بهزیستی کار می کردم، یاد گرفتم".

• ناشناس (? ساله) می گوید:

"این روش ها رو هم توی میخک^{۴۶} یاد گرفتم".

• ناشناس (۲۹ ساله) می گوید:

"توی DIC مددکارا گفتم".

• ناشناس (۳۶ ساله) می گوید:

"توی DIC"

• ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:

"DIC تو کلاس [دایر در مراکز کاهش آسیب] رفتیم".

^{۴۵} مرکز کاهش آسیب

^{۴۶} مرکز کاهش آسیب

• ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:

"از بهداشت پرسیدم/از میخک".

• ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"نوی خانه خورشید کلاس میذارن."

• مینو (۴۰ ساله) می گوید:

"خانه خورشید و DIC میخک. مددکارها یاد میدن."

• ناشناس (۵۴ ساله) می گوید:

"از DIC"

- گروه دیگری از نمونه های این پژوهش، اعلام کرده اند که اطلاعات (اعم از صحیح و غلط) خود را درباره HIV، راههای انتقال و راههای پیشگیری از آن، از منابع غیر رسمی دریافت نموده اند. از عمده ترین این منابع، دوستان، آشنایان و اطرافیان این زنان هستند.

• آنا (۲۷ ساله) می گوید:

"شنیدم".

• الهه (۲۹ ساله) می گوید:

"کسان دیگه بهم گفتن. بعضی ها که خودشون تستی بودن بهم می گفتن".

• مریم (۳۰ ساله) می گوید:

"از دوست پسر. چون سوادش بهتر از خودم بود."

• سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

"خونواده‌ام میگفتن. آشناها میگفتن. شوهرم میگفت. میگفت نزدیکی با کس دیگه‌ای ایدز میاره. اون هم شنیده بود".

- تعداد محدودی از زنانی که منبع اطلاعات مربوط به HIV را منابع غیررسمی ذکر نموده اند از مواردی مانند فیلمهای علمی و روش مطالعه نام برده اند.

• الهام (۲۱ ساله) می گوید:

"اینها رو مطالعه کردم."

• مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:

"من فیلمهای علمی زیاد نگاه می‌کنم."

• نرگس که لیسانس دارد، می گوید:

"از راه مطالعه. کم و زیاد مطالعه میکردم."

• دکتر شادی طلب محقق حوزه زنان می گوید:

"نشون میده که Sex Workerها میدونن HIV چیه؛ میدونن یک بیماری خونی است که نحوه انتقالش چیه؛ یعنی این نیست که بگیم نمیدونن. اما اینکه چقدر در عمل برای پیشگیری اقدام میکنن، هم ارائه کنندگان خدمات ما روش سرمایه گذاری زیادی نکردن و هم دریافت کنندگان خدمات ما هنوز اون حساسیت لازم برای دریافت خدمات برای Prevention ندارن گرچه اون اطلاعات رو دارن".

سابقه آزمایش (نتیجه آزمایش):

اکثریت قابل توجه زنان مورد مطالعه سابقه آزمایش HIV و سایر بیماریها مانند انواع هپاتیت را داشته اند. بخش عمده ای از این گروه، یا توسط مراکز کاهش آسیب برای آزمایش ارجاع شده اند و یا در بیمارستانها و مراکز درمانی به عنوان بخشی

از فرایند درمان یا عمل جراحی ملزم به آزمایش شده اند. البته تعداد اندکی نیز به دلیل دغدغه و نگرانی شخصی که در نتیجه رفتارهای پرخطر ایجاد شده است، اقدام به آزمایش داوطلبانه HIV نموده اند

• بهناز (۳۶ ساله) می گوید:

"متأسفانه من که اومدم اینجا [کمپ] هنوز ترخیص نشدم که برم و آزمایش بدم."

• الهه (۲۹ ساله) می گوید:

"پارسال یک جایی نشستم که مواد بکشم، یک سرنگی رفت توی باسنم، از اون موقع پیگیر شدم که برم آزمایش بدم ببینم بیماری ایدزی، چیزی توی بدنم نرفته باشه. نتونستم برم آزمایش بدم. مواد نمیداشت برم."

• فاطمه (؟ ساله) می گوید:

"توی بیمارستان که بودم ازم آزمایش هپاتیت و ایدز گرفتن گفتن خوب دراومده."

• مریم (۳۰ ساله) می گوید:

"بله دادم و نتیجه اش منفی بود."

• مزده (۴۰ ساله) می گوید:

"من هر سه ماه، چهار ماه آزمایش کامل میدم. آزمایش ایدز، هپاتیت، هر چی هست میدم چون میترسم."

• سحر (۲۹ ساله) می گوید:

"اینجا که آزمایش دادم، سالم بودم."

• سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

"اره آزمایش دادم. ندارم."

- سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:
"آخرین آزمایشی هم که دادم منفی دراومد."
- سارا (۳۰ ساله) می گوید:
"آزمایش دادم و نتیجه اش رو هم گرفتم."
- شیرین (۴۴ ساله) می گوید:
"آره از طرف جایی که متادون می گیرم ارجاع شدم"
- سمیه (۲۶ ساله) می گوید:
"بله هم ایدز و هم هیپاتیت. توی همون بهزیستی."
- سمیه (۳۰ ساله) می گوید:
"آره. سه بار آزمایش دادم."
- ناشناس (؟ ساله) می گوید:
"هر سه ماه یکبار میرم بیمارستان امام خمینی آزمایش میدیم."
- ناشناس (۲۹ ساله) می گوید:
"یک بار رفتم آزمایش دادم گفتن نداری."
- ناشناس (۳۶ ساله) می گوید:
"نازه آزمایش دادم. منفی بوده"
- ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:
"آزمایش دادم. مطمئنم ندارم از طریق اینجا رفتم بیمارستان امام خمینی آزمایش دادم"
- ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:
"بله خیلی آزمایش دادم. توی زندان مرتب آزمایش میدادم."

• زهره (۴۳ ساله) می گوید:

"آزمایش دادم گفتن سالمی"

• زهرا (۳۲ ساله می گوید):

"اره آزمایش دادم. هم خانه خورشید و هم میخک"

• زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"از طریق خانه خورشید معرفی شدم. برخوردشون خوب بود. خدمات خاصی نگرفتم فقط چکاپ شدم."

- با این حال تعدادی از زنان نیز به پرسش مربوط به سابقه آزمایش HIV پاسخ منفی داده و یا از صحبت‌های آنان چنین بر می آید که آزمایش نداده اند.

• بهناز (۳۵ ساله):

"نه. من فقط به مصرفم فکر میکردم."

• الهام (۲۱ ساله) می گوید:

• "خیلی دوست داشتم، نشده. یک بار به مامانم گفتم که من سابقه تزریق دارم، همیشه بریم آزمایش HIV بدیم؟ گفت من رو نترسون. دیدم خیلی هول شد، دیگه من هم راجع بهش صحبت نکردم، گفتم اگر هم دارم بذار بمونه."

• مهین (۴۰ ساله) می گوید:

"نه. ندادم."

• مریم (۳۵ ساله) می گوید:

"الان سالمم و همیشه تست سرطان میدم و خودم رو چک میکنم. هیچ مریضی الان ندارم. آزمایش میدم، آمپولش رو میزنم. آمپول هپاتیت، ایدز."

• ناشناس (۳۷ ساله):

"نمیدونم"

• زهره (۳۹ ساله):

"نه نرفتم"

- هر سه زن مورد مطالعه که دارای شرایط خاص بودند سابقه آزمایش HIV داشته اند. البته در مورد فریده (؟) -ساله- (HIV+) طبیعتاً این امر (آزمایش HIV) تحقق یافته است. نتیجه آزمایش هر دو مورد زنان Transsexual نیز منفی بوده است اما آخرین آزمایشی که داده بودند به چند سال قبل برمی گشت.

• تینا (۳۹ ساله-Trans) می گوید:

"اونجا [اشتراک] با بیماری‌ها آشنا شدم و آزمایش هم دادم و مطمئن شدم که ایدز و هیپاتیت ندارم."

• فریده (HIV+) می گوید:

"اره دادم نتیجه شو گرفتم مثبت بود."

• شراره (۴۵ ساله-Trans) می گوید:

"هر دفعه که آزمایش داده بودم منفی دراومده بود، برای خودم هم تعجب آور بود."

• شراره در جای دیگر می گوید:

"دلم میخواد از سلامتیم باخبر بشم و قبلا هم گفتم میخوام یک تست HIV بدم. چون من دیگه تن فروشی نخواهم کرد و دیگه اعتیاد هم نخواهم داشت."

سابقه مشاوره:

- اکثر زنان نمونه این پژوهش، هیچوقت در مورد HIV به مشاورین یا کارشناسان مربوطه مراجعه نکرده اند. البته لازم به توضیح است که مراد از مشاوره، مشاوره فردی در زمینه HIV است وگرنه بسیاری از این زنان در کلاسهای عمومی دایر در مراکز کاهش آسیب یا مراکز درمان اعتیاد حضور داشته اند.

• الهام (۲۱ ساله) می گوید:

"نه. آخه هیچوقت تنها نتونستم برم بیرون که بخوام با کسی مشورت کنم."

• مهین (۴۰ ساله) می گوید:

"مشاوره هم نرفتم."

• مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:

"[نه] من فیلم‌های علمی زیاد نگاه می‌کنم."

• نرگس (؟ ساله) می گوید:

"ما به عواقب کارمون فکر نمی‌کردیم."

• سحر (؟ ساله):

"نه."

• سارا (۳۰ ساله) می گوید:

"نه."

• ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"نه نمیدونم کجا باید برم."

- با این حال برخی از زنانی که مورد مصاحبه قرار گرفتند اعلام کرده اند که در زمینه مسائل مربوط به HIV/AIDS سابقه مراجعه به مشاور داشته اند.

• بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

"بهزیستی کرج بوده."

• مریم (۵۳ ساله) می گوید:

"اره جایی که کار میکردم [DIC] بوده".

• سمیرا (۲۶ ساله) می گوید:

"پیش یه خانوم دکتر مشاوره شدم."

• سمیه (۳۰ ساله) می گوید:

"مشاوره ایدز هم رفتم."

در معرض ابتلا دیدن/ندیدن خود:

- به دلیل محیطهای پرخطری که زنان نمونه این پژوهش در آن زندگی می کنند یا می کرده اند و یا به خاطر رفتارهای پرخطری که در گذشته مرتکب شده اند و یا در حال حاضر یا آینده احتمال ارتکاب این رفتارهای پرخطر وجود دارد، بخش عمده ای از آنان خود را در معرض ابتلا به ایدز می بینند.

• بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

"چرا. چون شوهرم تزریقیه. چون بیکاره بالاخره یک زنو سوءاستفاده میکنه هرچی که بتونه."

• آنا (۲۷ ساله) می گوید:

"نا موقع مصرف کردنم آره."

• آرمیتا (۳۲ ساله) می گوید:

"آره. وقتی به گذشته فکر میکردم نگران میشدم که مبادا جایی غفلت کرده باشم".

• الهام (۲۱ ساله) می گوید:

"آره. یک مدت شده بود واقعا فکر میکردم ایدز دارم. چون خون-دماغ میشدم، خون بالا میاوردم، به خاطر تزریق مشترکی که داشتم و به خاطر رابطه جنسی که با پیمان

داشتم. پیمان خیلی آدم ضعیفی بود، لاغر بود و ضعف بدنی داشت. این چیزها واقعا فکرم رو مشغول میکرد. یک بار هم خودش به شوخی بهم گفت اگه من ایدز داشته باشم اشکالی نداره؟"

• مهرانگیز (۳۰ ساله) می گوید:

"اره نگران بودم. وقتی زخمی میشدم میترسیدم نکنه بگیرم."

• سحر (؟ ساله) می گوید:

"آره. چون من مصرف میکردم و روی قیافه‌ام تاثیر گذاشته بود. نامزدم اوایل مصرفش بود و قیافه‌اش خیلی از من بهتر بود. رفته بود و با یک دختره به نام بیتا دوست شده بود. از وقتی که متوجه شدم، دیگه خیلی سخت راضی میشدم. خیلی استرس مریضی رو داشتم و بهش میگفتم که تو رفتی با یک دختر خیابونی و من نمی‌تونم ولی دوستش داشتم"

• سحر (۲۹ ساله) می گوید:

"اره. چون معتادم. ممکنه قاطی جنسم چیزی باشه."

• سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

"آره خیلی میترسم. تزریق داشتم. با شوهرم مشترک تزریق می‌کردیم. یکی دو بار هم سرنگ روی زمین بود. برداشتم و مصرف کردم."

• سارا (۳۰ ساله) می گوید:

"صد درصد. به خاطر مریضی. چون رابطه بود دیگه به هر حال."

• شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"همیشه نگرانی دارم."

• ناشناس (؟ ساله) می گوید:

"بله من جایی [خوابگاه] هستم که خودتونم می‌بینی همه در معرض هستن."

• ناشناس (۳۲ ساله) می گوید:

"بهرحال شاید منم سرنگ مشترک زدم یا رابطه جنسی"

• ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:

"اره از اینکه با رابطه جنسی بی کاندوم باشه می ترسم"

• ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:

"بله. همون موقع ترسیدم که رفتم آزمایش دادم"

• ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"بله ۱۰۰ درصد. سرنگ‌های آلوده‌ای که توی پارک ریخته. اگر دوباره مصرف کننده بشم. اگر سرنگ گیرم نیاد سرنگ مشترک استفاده میکنم. موقع خماری دیگه آدم این حرفا حالیش نیست. اگر مواقعی هم بخوایم خودفروشی داشته باشیم خوب در معرض خطر هستیم. اگر هم من بخوام رعایت کنم شاید طرف مقابل نخواد همچین کاری بکنه."

• زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"به شدت. به خاطر روابط جنسی اجباری که داشتم. مثلا توی تردهامون توی همین پارک ۵۰ درصد ممکنه یک سرنگ بره توی پامون. به خاطر روابط جنسی اجباری که داشتم. چون توی محیط پرخطر زندگی میکنیم. شاید پرخطرترین قسمت توی ایران. مثلا توی تردهامون توی همین پارک ۵۰ درصد ممکنه یک سرنگ بره توی پامون. به خاطر روابط جنسی اجباری که داشتم."

• مریم (۳۰ ساله) می گوید:

"وقتی با شوهرم بودم خودم رو در خطر میدیدم، چون با زنهای دیگه ارتباط داشت. وقتی از زندگیم رفت، بعد از آزمایش مهدی [دوست پسر]، واسه اینکه خیالم راحت بشه، خودم رفتم آزمایش دادم. من با کسی ارتباط نداشتم که احتمال داشته باشه که بگیرم. نمیدونم دیگه ممکنه از چه راهی منتقل بشه."

- دسته دیگری از این زنان علی‌رغم اینکه -با توجه به اطلاعات موجود- در محلهای پرخطر اقامت یا رفت و آمد دارند و یا حتی رفتارهای پرخطری داشته و یا در معرض ارتکاب به چنین رفتارهایی قرار دارند، دغدغه ابتلا به ایدز نداشته و خود را در معرض آن نمی‌دانند. در مورد برخی از این زنان، عدم دغدغه ابتلا به ایدز نه از پاسخهای مستقیم بلکه از میان صحبت‌های آنها قابل فهم است.

• مهین (۴۰ ساله) می‌گوید:

"با کسی رابطه نداشتم، سرنگم رو هر روز نو می‌خریدم، اینکه از زمین بردارم و... اینجوری نبود. هر روز از داروخونه تهیه می‌کردم."

• مریم (۳۵ ساله) می‌گوید:

"الان سالمم و همیشه تست سرطان میدم و خودم رو چک میکنم. هیچ مریضی الان ندارم، آزمایش میدم، آمپولش رو میزنم. آمپول هپاتیت، ایدز"

• مزده (۴۰ ساله) می‌گوید:

"[موقع مصرف] اصلا. میگم که قاطی بودم."

• ندا (۲۴ ساله) می‌گوید:

"نه. توی حال خودم نبودم که به این چیزها فکر کنم ولی وقتیایی که تنها بودم به این فکر میکردم که برم و چکاپ بدم، من که [توی فکرش] نبودم. چون توی عالم مصرف که آدم به فکر این چیزها نیست. بفکر اینه که خماره و باید بکشه. اینکه داره یا نداره."

• مریم (۵۳ ساله) می‌گوید:

"تا زمانی که توی موادند هیچ چیز براشون مهم نیست. چون من خودم بودم و درد اینها رو کشیدم."

• پریرسا (۲۲ ساله) می‌گوید:

"نه. چون تماس جنسی نداشتم، تا حالا تزریق رو هم تجربه نکردم که بخوام در معرض ایدز باشم."

- شیما (۲۶ ساله) می گوید:

"نه. اصلا نمی ترسم."

- شیرین (۴۴ ساله) می گوید:

"نه چون رعایت می کنم"

- سمیه (۳۰ ساله) می گوید:

"این موادهایی که آدم مصرف میکنه، معلوم نیست چین. من طرف تزریقی ها نمیرم چون حتی اگه یک قطره خونشون بریزه روی آدم ممکنه بگیرم. سعی میکنم واسه خودم پایپ شخصی داشته باشم و طرفشون نرم. من با یک بنده خدایی دوست بودم که بدنش جوش- های تازه زده بود که تبدیل به جوش های چرکی میشد. دو سه بار که با من رفته از کاندوم استفاده نکرده. البته تمیزه و میشناسمش."

- ناشناس (۵۴ ساله) می گوید:

"در حال حاضر نه"

- زهرا (۳۲ ساله) می گوید:

"نه. من یه جورایی بد دلم"

- زهره (۳۹ ساله) می گوید:

"نه اصلا. چون همیشه هم خودم رو تمیز نگه داشتم و هم اجازه ندادم کسایی که با من نزدیکی میکنن، از کاندوم استفاده نکنن."

بکارگیری / عدم بکارگیری روشهای پیشگیری:

- اغلب زنان وقتی درباره بکارگیری یا عدم بکارگیری روشهای پیشگیری - که به هر نحوی آموخته اند- مورد پرسش قرار گرفتند پاسخی دادند که نشان می دهد این زنان، حداقل تا حدودی این روشها را بکار گرفته و یا سعی در کاهش رفتارهای پرخطری دارند که نیاز به پیشگیری های بعدی را رفع می نماید.

● شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"سعی می‌کنم تیغ یکبار مصرف استفاده کنم؛ رابطه بدون کاندوم نداشته باشم؛ رابطه دهانی نداشته باشم."

● ناشناس (؟ ساله) می گوید:

"تا اونجا که بهم یاد دادن رو رعایت میکنم. چیزی نبوده بدونم و عمل نکنم"

● ناشناس (۳۲ ساله) می گوید:

"سرنگ آلوده استفاده نکردم. همه رو یکبار مصرف، مصرف کردم. همیشه با کاندوم بوده. سرنگهام رو هم همیشه از خود بهداشت میگرفتم. توی شیراز از طرف بهداشتی برام روزانه میاوردن. از سرنگ قبلی خودم هم استفاده نمی‌کردم. چون حساس بودم می رفتم از داروخانه می خریدم"

● مزده (۴۰ ساله) می گوید:

"رابطه‌هام رو هم خیلی کم کردم دیگه."

● ناشناس (۲۹ ساله) می گوید:

"تا حالا نداشتم کسی بدون کاندوم باهام سکس کنه. هزارتا مریضی میگیرم."

● ناشناس (۳۲ ساله) می گوید:

"تا الان حواسم جمع بوده با کاندوم بوده و سرنگ مشترک نزددم."

● ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:

"جلوگیری میکنیم. موقع برنامه زناشویی کاندوم استفاده کردم. موقع تزریق هم تمام سرنگهام یکبار مصرف بوده."

● ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"من سرنگم همیشه یکبار مصرف بود."

- زهره (۴۳ ساله) می گوید:

"خالکوبی‌های خودم هم قبل از این بوده که این مسایل رو بدونم. ولی از وقتی دونستم دیگه این کارها رو نمیکنم. یا مثلا سرنگ بردارم بزخم، میترسم."

- ناشناس (۵۴ ساله) می گوید:

"من سعی میکنم اگه با فرد معتادی رابطه داشتم رعایت کنم."

- عده دیگری از این زنان به علت‌های مختلف، مسایل مربوط به پیشگیری از HIV را در عمل رعایت نمی کنند. عدم آشنایی با بیماری ایدز و ویروس HIV، عدم احساس جدیت خطر ابتلا (علی‌رغم علم به روشهای پیشگیری) و عدم اراده و اختیار کافی در بکارگیری روشهای پیشگیری - به دلیل داشتن حالت انفعالی در موقعیت خماری یا در مقابل خواسته های غلط شرکای جنسی - از جمله موانع بکارگیری روشهای پیشگیری از ایدز هستند.

- مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:

"چون اطمینان دارم به دو طرف. [کاندوم] اصلا بهم مزه و حال نمیده. اون [دوست پسر] هم تا حالا حرفش رو نزده."

- سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

"جلوگیری نداشتم. چون بچه‌هام ۴ ساله که میشن بچه دار میشم. الان دخترم سه سالشه. برای همین جلوگیری نداشتم. من چهارسال به چهارسال حامله میشم."

- سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:

"الآن پیشگیری از بارداری نمی‌تونم بکنم چه برسه به پیشگیری از ایدز. مجید از کاندوم بدش میاد. یا خیلی‌های دیگه از کاندوم بدشون میاد. بهش میگم چرا به من اعتماد میکنی شاید من ایدز داشته باشم ولی اون شوخی شوخی ردش میکنه. جدی نمیگیره. مردها به تنها چیزی که فکر میکنن سکسشونه. نمیتونم. مردها رو که میدونی چقدر دستاشون سنگینه. زورمون بهشون نمیرسه."

- ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:

"من سرنگ استریل استفاده می کنم. میدونم تزریق مشترک خطر داره اما مجبور شدم زدم یا رابطه بی کاندوم تو روابط اجباری داشتم."

- یکی از سه زن دارای شرایط خاص در این مطالعه نیز جزء آن دسته از زنانی است که در بکارگیری روشهای پیشگیری که آموخته است، با مشکلی رو به روست که تحقق عملی آموخته هایش را امکان ناپذیر می نماید.

• فریده (HIV+) می گوید:

"اره می دونم بلدم به این آدمی که بامنه گفتم [HIV مثبت هستم] اما میگه مهم نیست بی کاندوم باهام رابطه داره."

استقبال/عدم استقبال از مرکز خدمات پیشگیری:

- اکثر زنان در پاسخ به سوالی در مورد استقبال یا عدم استقبال از خدمات مراکز پیشگیری از ایدز، اعلام نموده اند که به این مراکز مراجعه و از خدمات آنها استفاده خواهند کرد.

• آرمیتا (۳۲ ساله) می گوید:

"صد در صد میروم. نه مانعی وجود نداره."

• الهام (۲۱ ساله) می گوید:

"خیلی دوست دارم. من چون توی NA بودم و ۱۲ قدم رو کار کردم، دلم میخواد یک چیزهایی بگیرم بیاد. چون یک مدت طولانی همیشه سرم توی خودم بود و حتی خودم رو هم نمیدیدم. خیلی دلم میخواد یک چیزهایی بگیرم بیاد. ادر پاسخ به سوال: فکر میکنی همچین مرکزی بتونه به زنها کمک کنه؟! واقعا میتونه. اگه همگانی باشه، همه در مورد ایدز یک چیزهایی بدونن، خیلی چیزها جلوش گرفته میشه."

• نرگس (؟ ساله) می گوید:

"میروم. نمی خوام توی مردم با آبروریزی یا با خیلی چیزا بمیرم. برم پیشگیری کنم اگر هم چیزی شد بگم کردم."

• ندا (۲۴ ساله) می گوید:

"آره. میرم. برام مهم نیست که توش همه جور آدم بره. میرم."

• سمیرا (۲۶ ساله) می گوید:

"این کمک‌ها خیلی خوبه. چون خیلیها شاید نتونن پیشگیری کنن."

• سمیه (۲۶ ساله) می گوید:

"چرا که نه. همین مراکزیه که هست و اطلاعات و خدماتی مثل کاندوم میده رو میرم؛ مثل خانه خورشید."

- در مقابل، دسته دیگری از این زنان نسبت به مراجعه به مراکز پیشگیری از HIV و دریافت خدمات از آنها ابراز بی میلی یا بی نیازی نمودند.

• مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:

"خودم موضوع رو میدونم. وقتش رو هم ندارم برم ولی شما بگین میرم."

• سارا (۳۰ ساله) می گوید:

"نه. چون خودم رو میشناختم، رفتارهام و حساسیتم رو میدونستم، احتیاج نداشتم. اونقدر کارهای دیگه هست که این مساله یادم نمیداد. با خواهرم صحبت کنم، بهتره."

• الهه (۲۹ ساله) می گوید:

"یک جورایی آره!"

• شیرین (۴۴ ساله) می گوید:

"درگیری خودمونو داریم تا بتونیم تو کلاس شرکت کنیم سخته یا کلاس نمی دارن یا اگه میذارن همه با هم می دارن همیشه حاضر بشیم، امروز کار داشتیم خودمم مشکل دارم ول کنم بیام کلاس!؟"

وضعیت موجود خدمات پیشگیری از ایدز برای زنان:

با بررسی وضعیت خدمات کاهش آسیب موجود ویژه زنان می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- خدمات با رویکرد کاهش آسیب با توجه به بالا بودن تعداد مردان تزریقی با رویکرد مردانه تنظیم شده اند و نیازهای زنان در آن مغفول مانده است.

• متخصص درمان اعتیاد و فعال در حوزه کاهش آسیب می گوید:

" ۶ سال پیش که طرح *DIC* زنان رو که شروع کردیم به کار کردن روش، یک سال و خورده ای طول کشید. به خاطر این که توی محله سیروس، دروازه غار یک خانمی اومد توی *DIC* و مرتباً از طریق این و اون مسخره می شد. اومدیم فکر کردیم که میشه یک *DIC* زنان زد که رفتیم با چند نفر مثل خانم دکتر مستشاری صحبت کردیم. باز هم مقاومت بود. یک سال جلوش مقاومت بود تا اینکه رفتیم از ۵ تا از علمای قم استفتاء گرفتیم و از اون موقع کلید خورد. حتی کار کردن برای این بیمارها هم خیلی سخته."

• پزشک درمانگر مرکز کاهش آسیب زنان می گوید:

" در رابطه با پیشگیری از *HIV* یک سری از خدماتی که ارائه میشه برای زنان و مردان مشترکه. تا چند سال پیش که روی *Exchange Niddle* کار شد و خیلی خوب جا افتاد. تعداد معتادان تزریقی کاهش یافت. مساله بعدی کاندوم بود. کاندوم با توجه به مشکلات موجود به تدریج جا افتاد. مخصوصاً اینکه در مساله کاندوم، کفه ترازو به طرف زنان بیشتر سنگینی میکنه تا به طرف آقایون. اما اون قسمت از خدمات که متوجه انتقال از مادر به فرزند بود با توجه به قوانین کشور، خیلی نتونستیم موفق باشیم. هنوز کار خاصی نتونستیم کاری بکنیم."

- جامعه شناس و محقق حوزه زنان می گوید:

" به نظر میاد توزیع خدمات، بیشتر برای آقایون تعیین شده. اونجا هم آقایون میان، تمام برنامه‌هایی رو که دکتر شیرازی گفتن، به درستی سوزن می‌گیرن، سرنگ میگیرن، درباره *Safe Sex* و *Safe Injection* هم آموزش‌هایی در حد توان نیروهای اون *DIC* داده میشه. ولی تمرکز روی مردانه. فعلا -لااقل اون چیزی که من میفهمم به عنوان یک محقق- برنامه‌های پیشگیری از ایدز و *HIV Prevention* با تمرکز روی مردان شروع شده و این تصور بوده که چون تزریق عامل اصلی انتقال بیماری است و مردان بیشترین سهم تزریق کننده‌ها رو دارن، بنابراین اینجوری تقسیم شده. حالا چه توی زندان، چه بیرون از زندان، چه توی *DIC*"

- نیروی انسانی فعال در حوزه کاهش آسیب زنان از لحاظ تعداد با محدودیت روبروست همچنین عدم وجود شرح وظایف مشخص با توجه به نیاز این مراکز به وضوح دیده می شود لذا از نیروهای بکار گرفته شده به صورت بهینه استفاده نمی شود.

- یکی از کارشناسان حوزه اعتیاد می گوید:

" ارائه دهندگان خدمات اینقدر گرفتارند و اینقدر نیروی انسانی کمه و اینقدر فشار و حجم کار بالاست که واقعیت اینه اگه بخوان هم نمیتونن. یعنی ما از طرف *Service Provider* ها هم برای زنان مشکل داریم. به نظر من یکی از مشکلات ما در ارائه خدمات به زنان بالقوه در خطر *HIV* خط مقدم، اینه که خدمات دهندگان ما نیروی انسانی کافی برای این کار ندارن. گذاشتن کاندوم و سرنگ کفایت نمیکنه. نمی‌رسن [کفایت نمیکنه]. خانه خورشید روزی ۱۰۰ نفر بهش مراجعه میکنه. چطور میتونه یک *Service Provider* به این تعداد آموزش بده؟ نمی‌رسن؛ طبیعتاً از اونور هم استفاده کامل نمیشه"

- پزشک متخصص درمان اعتیاد و فعال در مرکز کاهش آسیب زنان می گوید:

" الان شرح وظایف یک پزشک، یک روانپزشک، یک مددکار و یک روانشناس توی یک مرکز کاهش آسیب مشخص نیست. همون کاری رو که داریم توی یک تیپ *B* انجام میدیم، همون کار رو توی یک مرکز روانشناسی هم انجام میدیم. شرح وظایف خیلی مخلوطه با هم. نتیجه این میشه که نه آماری داریم، نه شرایط [مطلوبی] داریم و نه

مسایل فرهنگی رو داریم. من نمیدونم همون روانپزشک یا پزشک، چه خدماتی رو میتونه به عنوان شرح وظایف بده که یک سطح بالاتر باشه از مثلا چیزی که توی کمپ داره اجرا میشه."

- مسئول پروژه کاهش آسیب صندوق جهانی می گوید:

"من فکر میکنم توی *DIC* که اصلا حضور پزشک و روانپزشک لزومی نداره بجز زمانی که بخوایم بسته های حمایتی بهشون بدیم- توی بخش درمان و متادون درمانی که حضور پزشک و روانپزشک الزامی میشه ... الان مثلا *Peer* مون داره متادون کار میکنه، پزشک ما هم داره *DIC* کار میکنه. توی *DIC* ما کف خدمات رو میخوایم بدیم و اصلا اونجا نیاز به پزشک نداریم. اونجا داره متخصص ما کار میکنه و جایی که باید متخصص کار کنه، یک *Peer* کار میکنه. این تداخل، متاسفانه به خاطر تعدد سیاستگذارهاست.

- یکی از فعالین حوزه کاهش آسیب زنان می گوید:

"به دلیل اینکه ما بودجه کم داریم نمی‌تونیم به کارشناسمون پول خوب بدیم، کارشناس کار بلد هم پس از یک مدت کوتاهی از مرکز می‌ره."

- خدمات با رویکرد کاهش آسیب با همان ساختار اولیه در حال اجراست و بدون هیچگونه ارزیابی در حوزه خدمات ارائه شده به زنان صورت می‌گیرد..

- متخصص حوزه درمان اعتیاد و فعال در کاهش آسیب زنان می گوید:

"من یک *Input* دارم [مثلا] یک سال به من پول نمیدن توی *DIC*، پرسنل من هم به روز نیستند، آموزش هم نمی‌گیرن، یعنی من *Input* مناسبی ندارم. بنابراین من به عنوان کسی که خدمات میدم، نمی‌تونم خدمات رو اونجوری که باید، ارائه کنم. دوما اینکه خدمات در کشور ما به روز نیست. یعنی من الان کاری رو انجام میدم که ۶ سال پیش برای مصرف کننده تزریقی هرویین و کرک انجام میدادم. الان *Drug Marketing* تغییر کرده و شده شیشه. شیشه رو هم کمتر دارن تزریق می‌کنن. من میدونم که شیشه داره روابط جنسی

محافظت نشده رو افزایش میده. به جایی که پیام و این قسمت رو تقویت کنم، همچنان
اصرار میکنم روی سرنگ و سوزن."

- متخصص حوزه درمان اعتیاد و فعال در کاهش آسیب زنان می گوید:
" خدمات در کشور ما به روز نیست. یعنی من الآن کاری رو انجام میدم که ۶ سال پیش
برای مصرف کننده تزریقی هرویین و کرک انجام میدادم."

- متخصص درمان اعتیاد می گوید:
"خیلی وقتها من -به عنوان کسی که سرویس میدم- اطلاع ندارم. اوایل خیلی خوب بود
ولی به مرور زمان خیلی کم رنگ شد. یک شکل وظیفه‌ای پیدا کرد. مثلا دیروز یک کارگاه
بود برای بچه‌های مددیار در این حوزه وقتی صحبت از انتقال خون پیش اومد، [یکی] بهم
گفت: من رفتم اونجا و فقط به من گفتن که تتو کردی؟ گفتم: نه. گفتن: برو خون بده. تنها
سوالش همین بود. یعنی اون کسی هم که داره خدمات رو ارائه می‌کنه، یا اطلاعاتش به روز
نیست یا دچار روزمرگی شده که این مسایل براش پیش اومده."

- مسئول کاهش آسیب جمعیت تولد دوباره می گوید:
" در رابطه با خدمات کاهش آسیب جمعیت [خیریه تولد دوباره] در رابطه با زنان کاری که
ما انجام میدیم، توزیع سرنگ و نهایتا آموزش. ارجاع به کلینیک‌ها هم میکنیم که حالا من
پرونده‌های زیادی دارم که فرد رو فرستادم رفته و جواب آزمایش مثبت بوده و هیچ کاری
در رابطه با درمان انجام نشده. ما صرفا آمارها رو یادداشت میکنیم. خیلی جاها نامه نگاری
کردیم. با بچه‌هایی که میگن ما مبلغی از بهزیستی گرفتیم که در قسمت درمان هم اینها رو
کمک کنیم ولی کماکان وقتی میفرستیم، هیچ نتیجه‌ای نمی‌گیریم. کاری که ما میکنیم:
ارجاع، لاتکس داده میشه و آموزش اولیه؛ کار دیگه‌ای من به شخصه انجام نمیدم."

- آنچه که در میان مصرف کنندگان مشاهده شد عدم اعتماد آنان به خدمات و خدمت دهندگان بود که همین
نکته توسط فعالین و متخصصین در این حوزه نیز تأیید شد.

- پزشک و متخصص حوزه کاهش آسیب زنان می گوید:

"یک سری مسائل هم هست؛ مسائل اجتماعی رو من نمی‌تونم حل کنم. اگه شوهرت زندانه، اگه بچه‌ات رو میخوان بگیرن یا ... این دیگه در توانایی من نیست. ما اولش خیلی پر طمطراق میایم و می‌گیم یک مرکز هست و ما اینجا ال می‌کنیم بل می‌کنیم ولی خودمون میدونیم که نمیتونیم این کارها رو انجام بدیم. من فکر میکنم خودمون شفافیت نداریم. دوما اینکه مثلا من یک کارگاهی رفتم [و آموزشی دیدم] و همون رو می‌خوام بیارم روی Client اجرا کنم. بر اساس نیاز اون، این برنامه رو نچیده‌ام."

- جامعه شناس و محقق حوزه زنان می گوید:

"دلیل اینکه به ما اعتماد نمیکنن اینه که ما نیازهای اونها رو متوجه نمیشیم و وقتی هم که متوجه میشیم از دست ما خارجه. یک آدمی که DIC داره چجوری میتونه برای اون مشکل مسکن رو حل کنه؟ مثلا شلتر ۳۰ تا جا داره. همونا که توی پارک محل میخوان ۶۰، ۷۰ نفرند. بنابراین اصلا تعجب نکنین که چرا به ما اعتماد نمی‌کنن."

- جامعه شناس و محقق حوزه زنان می گوید:

"البته اونها حق دارن و اصلا نباید تعجب کنیم که اعتماد نمیکنن. اصولا سطح اعتماد در کل جامعه پایینه. Social Capital کل جامعه داره روند نزولی طی میکنه. بنابراین تعجب نکنیم که آسیب دیده‌ترین آدمها کمترین سطح اعتماد رو دارن."

- درمانگر و فعال در حوزه کاهش آسیب می گوید:

"دلیل اینکه به ما اعتماد نمیکنن اینه که ما نیازهای اونها رو متوجه نمیشیم و وقتی هم که متوجه میشیم از دست ما خارجه"

- در میان زنان مصرف کننده مشکلات متعدد فردی اعم از بیماری های مختلف، مشکلات قانونی و اجتماعی دیده شد که هیچگونه پیگیری اعم از مشاور های پزشکی یا ارجاع و مشاوره های حقوقی در نظر گرفته نشده است.

- درمانگر و فعال در حوزه کاهش آسیب می گوید:

"در عین اینکه نیازهاشون هست ولی واقعا نهادهایی که بتونن به این نیازها جواب بدن - که حالا یک مرکزی یک Referral System خیلی قوی داشته باشه- اصلا وجود نداره. مثلا اینکه فکر کنیم که ۲۰ تا NGO هست که خدمات حقوقی رایگان به اینها ارائه کنه، اینطور نیست و خیلی محدوده. یا مثلا برای آموزش های فنی و حرفه ایشون واقعا نمیتونین اینها رو هر جایی معرفی کنین. اولاً خیلی محدوده و دوم اینکه اونها برای خودشون یک سری مقررات و اولویتهایی دارن که مانع میشه. بنابراین اون Support System که معتادها لازم دارن، یک جاهایی هست و ارجاع میدن، یک جاهایی نیست و روی دستمون میمونه"

- بسیاری از زنان به موضوع انتقال بیماری ایدز و سلامتی خود بی تفاوت هستند و نظرات کارشناسان نیز این امر را تأیید می کند.

- جامعه شناس و محقق حوزه زنان می گوید:

"ما در حوزه های سلامتی و اجتماعی در ایجاد احساس نیاز، خیلی موفق نیستیم. در نتیجه نتونستیم طرف رو به هر روشی به این نقطه ای برسونیم که سلامتی براش همون قدر ارزش داشته باشه که مثلا برای من نوعی داره.

- جامعه شناس و محقق حوزه زنان می گوید:

"یک نکته خیلی مهم برای ما که داریم با مردم کار میکنیم اینه که چقدر بتونیم احساس نیاز رو [در اونها] تقویت کنیم. معمولا در ترویج هر ایده نو یکی از کارهای سخت اینه که شما چقدر آدم ها رو متقاعد کنی که این نیاز هست"

- مدیر مرکز کاهش آسیب خانه خورشید می گوید:

"صد تا زن مراجعه کننده مصرف کننده داریم اما یه سری مشکلات در ارائه خدمات بهشون داریم هم شهرداری مشکل ماست و هم نیروی انتظامی، مثلا شوراییاری به ما می گه فقط زنان این محله را حمایت کنیم و به جای حمایت به ما می گن این زنا رو از کجا

آوردین و برای چی آوردین؟. طی این چند سال فعالیتمون ما هفتصد پرونده داریم. شورایاری مدام به ما می‌گه آدرس و اسامی این زنان رو برای ما بفرستین ولی من هیچ وقت نمی‌فرستم. مکان مرکز ما متعلق به شهرداریه، شورایاری خیلی تلاش کرده از ما پس بگیره تا حالا که موفق نشده. یه مشکلی که در ارائه خدمات به این زنان ما داریم اینه که در کشور ما همکاری بین بخشی تعریف نشده، ارائه بهداشت همکاری نمی‌کنه."

• وی ادامه می‌دهد:

"دندان پزشک می‌گه زنی که ارجاع می‌دین اچ آی وی مثبت نباشه. ما هیچ‌گونه ارائه خدمات برای زنان اچ آی وی مثبت، نه در بیمارستان امام خمینی و نه در کلینیک‌های مثلثی نداریم. ما وقتی برخی از زنان مصرف‌کننده را برای آزمایش اچ آی وی می‌فرستیم حتی از ما حمایت نمی‌شه، مثلا سازمان انتقال خون می‌گه اگر اچ آی وی مثبت بودند رایگان و اگر نبودند هزینه آزمایش را مرکزتون باید پرداخت کنه."

چگونگی و ویژگیهای مرکز خدمات پیشگیری (پیشنهادها):

این بیماران به علت فشارهای عدیده و محدودیتهای بیشمار به حداقل‌هایی راضی هستند که در حوزه فعالیت‌های کاهش آسیب قرار نمی‌گیرد.

• بیماری ۴۰ ساله میگوید:

"اولین نیاز همه مون سرپناهه. چون واسه نداشتن جا مجبورم برم خونه افراد مختلف و اونجا هم مسایل جنسی هست. بعدش نداشتن شغل باعث میشه میرن برای خودفروشی."

• بیمار دیگری میگوید:

"یک جایی اندازه دستشویی باشه مال خودم باشه. توش آرامش داشته باشم. توی زندگیم دو تا چیز رو تجربه نکردم: یکی خندیدن بود. یکی هم آرامشه که هیچوقت تجربه نکردم."

اکثریت این افراد اظهار داشته اند با تاسیس چنین مرکزی به آن مراجعه میکنند و معدودی نسبت به خدمات شک داشتند و آن را وعده ای تحقق ناپذیر میدانستند. اکثر این بیماران دادن سر پناه، تامین مخارج اولیه مالی و تامین شغل را از مقدمترین و اساسی ترین نیازهای خود و خدمات مراکز مشابه ذکر کردند اما در بررسی نظرات و

پیشنهادهای زنان مورد مطالعه درباره چگونگی و ویژگیهای یک مرکز پیشگیری از HIV/AIDS، به مواردی برخوردیم که اهم آن از قرار ذیل است.

۱. خدمات دهندگان این مراکز:

آنا (۲۷ ساله)، فاطمه (؟ ساله)، ناشناس (۴۰ ساله)، مهرانگیز (۴۷ ساله)، مژده (۴۰ ساله)، سمیرا (۲۶ ساله)، سمیه (۲۶ ساله)، ناشناس (۳۶ ساله) و ناشناس (۳۸ ساله) در این باره اظهار نظر نموده اند. نظرات غالب آنان بر زن بود خدمات دهندگان مرکز کاهش آسیب زنان تاکید دارد.

۲. مکان مرکز پیشگیری از HIV:

بهناز (۳۵ ساله)، فاطمه (؟ ساله)، سحر (؟ ساله)، سمیه (۲۷ ساله)، ناشناس (۳۷ ساله)، ناشناس (۳۸ ساله) و ناشناس (۵۴ ساله) در این باره اظهار نظر کرده اند. مجموعه نظرات آنان حاکی از این است که نباید فاصله زیادی با محل زندگی آنان داشته باشد و در عین حال در محله غریبی باشد تا مراجعه کنندگان شناسایی نشوند. البته در یک مورد نیز پیشنهاد شده است که -بدلیل موضع گیری مردم- از مناطق مسکونی فاصله داشته باشد.

• فعال حوزه کاهش آسیب زنان می گوید:

"مثلا تو به مرکز ما در شهری ما به زنان مصرف کننده مون مجبور بودیم متادون بدیم، به تعدادی رو باید ارجاع می دادیم خانه خورشید. اما خب چون برای مراجعه کنندگان مسیرش دور بود این کار عملیاتی نبود و اکثرشون پس از ارجاع دیگه برای ارائه خدمات نمی اومدن. به نظرم چالش اصلی کلینیکهای مثلثی اینه شاید بشه گفت عدم ارزیابی این کلینیکها و دور بودن مسافت گروه هدف با کلینیکهای مثلثی از مشکلات کلینیکهای مثلثی است"

• درمانگر اعتیاد در مرکز کاهش آسیب زنان می گوید:

"منطقه جغرافیایی خیلی مهمه برای رفت و آمد کردن و گرفتن خدمات. بالطبع هر چقدر نزدیکتر باشه به محل زندگیشون بهتره. ولی برای جلوگیری از مساله انگ زنی. فکر میکنم که اون مرکز باید مثل یک Complex باشه که کسی که میره اون تو، معلوم نباشه که میره توی کلینیک، میره توی یک مرکز حقوقی، میره آرایشگاه یا ..."

• وی می گوید:

" احساسم این است که مرکز کاهش آسیب زنان طوری برنامه ریزی شود تا مصرف کنند. زن اگر نرود به خرابه‌ها برای مصرف، در نتیجه با خطرات کمتری مواجه است. زن برای مصرف به خرابه‌ها برود یه سری افراد موادش را می‌گیرن و بعضی‌ها به زور باهانش سکس می‌کنن."

- برخی از زنان به مرکزی اقامتی و دور از شهر تکیه کردند که از آنها محافظت کند.

• مریم ۵۳ ساله می گوید:

" باید مرکز بزرگی بیرون از شهر باشن و نیروهای زیادی داشته باشن که با ملاحظت و محبت این افراد رو جذب کنن و دائم زیر نظر داشته باشن."

• مریم ۵۳ ساله می گوید:

" یک جایی درست کنن مثل شهرک و این آدم‌ها رو جمع کنن اونجا تا اینجوری آشفته و ویلوان همه جا نباشن و با هر کسی ارتباط برقرار کنن. چون این ارتباطها باعث میشه که ایدز منتقل بشه"

• ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:

" بیشتر حمایت می‌خوایم اگه جایی باشه اقامتی باشه خوبه دکتر زنان باشه آزمایشا گروه ما پول نداریم اگر مریض بشیم. اگه محله غریب باشه راحت تریم"

• ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

" اگه اقامتی باشه که خیلی بهتره. یه جوری باشه که ما که خوابگاه هستیم و مسکن نداریم، توی خیابون نمونیم. از خوابگاه بیایم اونجا. سرویس خوب بدن، پوشاک بدن، جا بدن. بیشتر از لحاظ جا در مضیقه‌ایم."

- مهرانگیز ۴۷ ساله می گوید:

" این زنها رو یکجوری پناه بدن. امکانات بدن. حقوق بشر بدن. توی همین پارکها مامورای شهرداری میان زنها رو بلند میکنن و میبرن و کارشون رو میکنن و پیاده میکنن."

۳. رایگان بودن / نبودن خدمات:

پیشنهادات ارائه شده در باره این موضوع، نظرات بهناز (۳۵ ساله)، مهین (۴۰ ساله)، مریم (۳۵ ساله)، مژده (۴۰ ساله)، پریسا (۲۲ ساله)، سلیمه (۲۲ ساله)، شراره (۴۵ ساله-Trans) و سمیه (۲۷ ساله) را شامل می شود. تقریباً تمامی پیشنهادات، مبتنی بر رایگان بودن خدمات و خیریه ای بودن چنین مراکزی است.

۴. ارائه حمایت های مالی و تامین نیازهای اصلی مراجعین در این مراکز:

بهناز (۳۵ ساله)، الهه (۲۹ ساله)، فریده (? ساله- HIV+)، مریم (۵۳ ساله)، مهرانگیز (۴۷ ساله)، سمیرا (۲۶ ساله)، ناشناس (۳۶ ساله)، ناشناس (۳۸ ساله)، ناشناس (۴۰ ساله) و زهرا (۴۱ ساله) بر فراهم آوردن امکان تامین نیازهای اقتصادی و برآورده کردن نیازهای اصلی مانند مسکن، خوراک و پوشاک برای خود و فرزندان مراجعین، در این مراکز تاکید نموده اند.

- عضو پروژه مبارزه با ایدز صندوق جهانی می گوید:

" باید بگم که نیازهای اونها هم مانند نیازهای همه انسانها، سطحبندی داره. اول مشکل موادشونه، بعد که حل شد مشکل خوراک و مسکن و مسایل خانوادگیشونه و همینطور نیازهای عاطفی و روانیشون. متناسب با اینها باید خدمات ما هم سطوح مختلفی داشته باشه. باید همه قسمتهای نیازهای اینها رو ببینیم"

۵- اشتغال زنان در معرض خطر:

فراهم آوردن امکان اشتغال و کسب درآمد از سوی مراکز پیشگیری از HIV و یا حتی بکارگیری مراجعین در خود این مراکز پیشنهادهایی بوده است که از سوی فریده (? ساله- HIV+)، ناشناس (۳۶ ساله)، ناشناس (۳۸ ساله)، زهرا (۴۱ ساله) و زهره (۳۹ ساله) مطرح گردیده است.

۶- خدماتی که ارتباط مستقیم با پیشگیری از HIV دارد:

فریده (؟ ساله - HIV+), مهین (۴۰ ساله), مریم (۳۵ ساله), مریم (۵۳ ساله), سحر (۲۹ ساله), سمیرا (۲۶ ساله), شراره (۴۵ ساله - Trans), شیدا (۲۰ ساله) و سمیه (۲۷ ساله) به لزوم در اختیار گذاشتن وسایل پیشگیری و با تاکید بیشتری به آموزشهای پیشگیرانه در این مراکز اشاره نموده اند.

۷- چگونگی برخورد و ارتباط خدمات دهندگان با مراجعین در مراکز

بنا به آنچه از نظرات عده ای از نمونه های پژوهش مانند مریم (۳۰ ساله), مریم (۵۳ ساله), مهرانگیز (۴۷ ساله), مزده (۴۰ ساله), نرگس (؟ ساله), سحر (؟ ساله), سلیمه (۲۲ ساله), سمیرا (۲۶ ساله), سارا (۳۰ ساله), شیدا (۲۰ ساله), شیرین (۴۴ ساله), سمیه (۳۰ ساله), زهرا (۳۲ ساله) و زهرا (۴۱ ساله) بر می آید, برخورد مناسب همراه با ملاحظت و مهربانی, رازداری, همدردی و بهره مندی از تکنیکهای مشاوره و برقراری ارتباط ویژه و تواناییهایی بوده است که برای خدمات دهندگان این مراکز لازم تشخیص داده شده است.

• مریم (۵۳ ساله) می گوید:

"اگه ایدز داشته باشم و برم اونجا, اولین چیزی که میخوام خورد نشدن و دوری نکردن از منه. آموزشهای مختلف رو باید بنارن و مهمتر این که تکرار بشه و نه برای یک بار"

• مزده (۴۰ ساله) می گوید:

"اولا که باید احساس همکاری و احساس همدردی کنن. مثلا سرزنشم نکنن اگه همچین اتفاقی برام افتاده باشه. ایدزی هم نباشن. میترسم برم. گمنامیم هم حفظ بشه. جایی درز نکنه. هزینه کمی داشته باشه و خانوم هم باشن. دانششوهم داشته باشن. احساس همدردی و درک"

۸- اعتماد سازی با بکارگیری همتا

همچنین از سوی مریم (۵۳ ساله), شراره (۴۵ ساله - Trans), سمیه (۲۶ ساله), زهرا (۴۱ ساله) و زهره (۳۹ ساله) بر این نکته تاکید شده است که در میان خدمات دهندگان مراکز پیشگیری از HIV از گروه های همتا جهت تسهیل خدمات دهی استفاده شود.

- الهام ۲۱ ساله در پاسخ به این پرسش که به کی اعتماد می کنی؟ می گوید:
 "به اون‌ی که همدردم باشه. چون اون دردی رو که من میکشم، اون هم با تمام سلولهای بدنش احساس میکنه."
- مسئول کاهش آسیب جمعیت تولد دوباره می گوید:
 "چیزی که به خود من جواب داده اینه که وقتی میری و میشینی و به حرفهای اینها گوش می کنی و واسه شون ارزش قائل میشی، همونطور که دکتر [شیرازی] فرمودند وقتی از گروه *Peer* استفاده میکنی، خیلی جواب میگیری. اینها یک عمر توی اجتماع صدمه دیدن. اتفاقا وقتی وارد جمع اینها میشی میبینی خواسته هاشون خیلی کمه. خیلی هاشون دنبال یک سرپناهن"
- یکی از کارشناسان کاهش آسیب می گوید:
 "من فکر میکنم توی *DIC* که اصلا حضور پزشک و روانپزشک لزومی نداره بجز زمانی که بخوایم بسته های حمایتی بهشون بدیم- توی بخش درمان و متادون درمانی که حضور پزشک و روانپزشک الزامی میشه ... الان مثلا *Peer* مون داره متادون کار میکنه، پزشک ما هم داره *DIC* کار میکنه. توی *DIC* ما کف خدمات رو میخوایم بدیم و اصلا اونجا نیاز به پزشک نداریم. اونجا داره متخصص ما کار میکنه و جایی که باید متخصص کار کنه، یک *Peer* کار میکنه. این تداخل، متأسفانه به خاطر تعدد سیاستگذارهاست."
- درمانگر و فعال در حوزه کاهش آسیب می گوید:
 "اگر خیلی جاها اعتماد نمیکنن یا اعتمادشون سلب شده به خاطر اینه که ما به عنوان یک *Service Provider* باهشون شفاف نیستیم. خدماتی که من میدم یک خدمات مشخصه که باید براش تعریف کنم و بگم در این حد من میتونم خدمات بدم. اگر بیشتر از این میخوای، یک جای دیگه رو باید پیدا کنی. دوما این که ما در بخش اعتمادسازی کمتر از بچه های *Peer* استفاده می کنیم. *Peer* چند تاست: ممکنه یکی از همون ها رو بر میداری و بهش آموزش میدی که مصرف کننده هم هست، *Sex Worker* هم هست، هنوز بهبودی

هم پیدا نکرده، از شما حقوق مشخصی هم نمی‌گیریه و... اون به عنوان یک Peer خیلی خوب میتونه با اونها ارتباط برقرار کنه. برای اون باید کاملا مشخص کنیم که وظایف چیه، حدود چیه و اون چیزهایی که من میتونم بهت جواب بدم چیه."

- مسئول مرکز کاهش آسیب زنان می‌گوید:

"ما در ارائه خدماتمون به زنان ایدزی مصرف‌کننده سعی کردیم از خودشون استفاده کنیم اینکه مثلا ما در یک محله خانمی همسایه کنار مرکز مونه که اچ آی وی مثبت و مجرد هم هست حالا بچه آورده و بچه‌اش هم اچ آی وی مثبت حالا برای ارائه خدمات به مرکز ما می‌یاد زنان دیگه که با شرایط خودش هستند رو هم داره می‌پاره."

۹- خدمات مختلف اعم از درمانی، حقوقی و... :

تعدادی از زنان مورد مصاحبه مانند فریده (؟ ساله - HIV+)، شیدا (۲۰ ساله)، سمیه (۲۶ ساله)، سمیه (۲۷ ساله) و زهرا (۳۲ ساله) به لزوم وجود خدمات پزشکی عمومی، پزشک زنان و دندانپزشک و حمایت‌های دارویی و درمانی، حقوقی و اجتماعی از این زنان و فرزندان آنها در مجموعه خدمات مراکز پیشگیری از HIV اشاره نموده اند همچنین لزوم حمایت‌های مشاوره‌ای قبل و بعد از آزمایش‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

- مسئول مرکز کاهش آسیب می‌گوید:

"ارائه خدمات دندانپزشکی باعث می‌شه که زنی که دندوناش مرتب تره، اعتماد به نفسش بیشتر باشه و قدرت چانه زنی بیشتر داشته باشه. این در مرکز ما جواب داد."

- یکی از کارشناسان در جلسه بحث گروهی اظهار داشته است:

"ما زنی را که مراجعه می‌کنه بفرستیم آزمایش، اچ آی وی مثبت باشه و بفهمه ایدز داره کنترلش داخل مرکز ساخته. گریه و زاری می‌کنه. خود زنی میکنه. ما برای کاهش بار روانی‌شان چه کار کنیم، ما چطور بار روانی‌شان را کم کنیم که خودکشی نکنه؟"

- یکی از کارشناسان ایدز، باسابقه فعالیت چندین ساله در سازمان زندان می گوید:

"زنی که اچ آی وی مثبت می فهمه ، گریه و زاری می کنه، کجا بفرستیمش؟ خودزنی می کنه، خونریزی ناشی از خودزنی داره، این اچ آی وی مثبت برای درمان خونریزی کجا بره، هر جا بره بفهمن اچ آی وی مثبت از پذیرشش سرباز می زنن."

- مسئول شلتر زنان می گوید:

"توی شلتر هم ما HIVها رو به [بیمارستان] امام خمینی معرفی میکنیم. تا یک مرحله میرن، منتها باز راکد میمونه و کسی نیستش که پیگیری کنه. آزمایش میدن، جواب آزمایش رو هم میگیرن ولی بعدش پیگیری ای نمیشه. چون نه ما بودجه ای داریم که در اختیار اینها بذاریم و نه از ما میخوان که پیگیری بشه."

- درمانگر و فعال حوزه کاهش آسیب می گوید:

"خیلی از NGOها هستن که خدمات دیگه ای میدن. مثلاً یک حقوق دان میاد میشینه اونجا و مشاوره میده. چقدر خوبه که من اینها رو بشناسم. ازش خواهش میکنم که یک روز دو ساعت وکیل رو بفرست پیش ما که این رو به بچه ها توضیح بده و مشکلاتشون رو حل کنه."

- وی ادامه میدهد:

"من فکر میکنم که یک سیستم توی یک حداقل باید باشه با سطح پوشش خیلی بالا و ارتباطهای خیلی محکمی با مراکز دیگه باید داشته باشه این خدمات رو یک جوری ارائه بکنه که وقتی بیمار وارد تور شد دیگه خارج نشه و توی همون چرخه بمونه."

۱۰ - سایر پیشنهادات:

تفکیک زنان مصرف کننده مواد، HIV+، دارای بیماریهای خاص و سالم به خصوص در مراکز اقامتی [فاطمه (؟) ساله] و زهرا (۴۱ ساله)، ارائه متادون [فاطمه (؟) ساله]، شبانه روزی بودن خدمات [نرگس (؟) ساله] و ارائه خدمات در درب منازل [پریسا (۲۲ ساله)] از دیگر پیشنهاداتی است که در میان نظرات زنان مورد مطالعه به چشم می خورد.

• مسئول مرکز کاهش آسیب می گوید:

" از مشکلاتی که ما در ارجاع زنان مصرف کننده برای آزمایش اچ آی وی داشتیم این بود که با ما همکاری نمی شد، اگر بیمارستان امام خمینی ارجاع می دادیم فقط ساعت ۹ تا ۱۰ صبح آزمایش می گیرن و این زنان با دوری مسافت همراه هستند و هم اینکه چون معتادن بیدار شدن صبح زود برایشون سخت و دشواره. ضمن اینکه اوج مصرف زنان در همین ساعات ۹ تا ۱۰ صبح است."

• فاطمه (؟) ساله می گوید:

" این که متادون منو بهم بدین هفته ای یکبار یا دو روز یکبار. اگه کارتن خواب شدم خواهش میکنم متادون منو بدین که مجبور نشم هر روز بیام اینجا."

مشروح نظرات و پیشنهاداتی که از سوی زنان نمونه این پژوهش درباره چگونگی و ویژگیهای مراکز پیشگیری از HIV مطرح شده است ذیلا ارائه شده است.

• آنا (۲۷ ساله) می گوید: [در پاسخ به سوال: مرد باشن؟]

" نه "

• بهناز (۳۵ ساله) می گوید:

" نزدیک خونه ام باشه. اطلاعاتشون بالا باشه. [بهبیستی کرج] شرط ورودش پول بود ولی چون شوهر من بیکار بود ازم نمیگرفت. اطلاعات زیادی هم به اونصورت نمیداد. فقط درباره ایدز و HIV زنان توضیح می داد. توضیح اونجوری نمیداد. یک مختصری داده بود. حمایتی کنه. دستمو بگیره که دیگه سمت مواد و موادفروش نرم. وقتی شوهرم بیکار بود. وقتی خمار

میشدم میرفتم سر کار. وقتی منو میدین اینجوریم، بالاخره به یه آدم معتاد کار نمیدن. ضمانت میخواد، ضامن میخواد، کسی هم به من اعتماد نمیکرد. نتونستم برم کار کنم. کسی هم به من پول نمیداد برای اینکه میگفتن میخواد بره مواد بخره. مجبور میشدم اِبه تن فروشی.]"

● بهناز (۳۶ ساله) می گوید:

" میخوام به من و بچه‌ام کمک کنه. وسایل اولیه پیشگیری رو بده. بتونم لوله‌هام رو هم ببندم، خیلی خوب میشه. من به اون‌ی که منو باور کنه اعتماد میکنم. رازدارم باشه. حرف منو به هر کسی نره بگه و گمنامیم رو حفظ کنه. دستم رو بگیره؛ یک پولی بهم بده. بتونم این بیماری رو پیشگیری کنم، خیلی خوبه."

● مدیر مرکز خانه خورشید می گوید:

" کسی نیست جواب بده زن برای بستن لوله احتیاج به اجازه همسر داره. حالا این زن اگه همسر نداره، بچه نمی‌خواد و به زور باهش رابطه برقرار کنند، حامله بشه به زن می‌گن حق نداری سقط جنین کنی. زن اگر بخواد لوله‌هایش را ببندد باید شوهرش اجازه بدهد و مدام باید سر یه سری مسائل حقوقی بحث کند. مشکلات حقوقی و قانونی برای هویت از دیگر مشکلات است."

● الهه (۲۹ ساله) می گوید:

" آدمهای خوبی باشن خیر باشن که بتونن کمک کنن. در توانشون باشه که بهمون کمک کنن."

● الهام (۲۱ ساله) می گوید:

" خوب باید یک مرکزی هم باشه که مردها رو توجیه کنه. باید متقابل باشه این چیزها. اول من OK رو بدم، من خودم برم سمتش."

● فریده (؟ ساله - HIV+) می گوید:

" می خوام جایی باشه غذا به منو بچه هام بده جایی که راحت باشم مسخرم نکنن داروی مجانی به من بدن من مریضم . بخاری ندارم اینارو احتیاج دارم.اگه کاندوم راحت پیدا کنم دیگه به کسی منتقل نمی کنم باید حواسمو جمع کنم اگر خون به کسی بدم منتقل میشه. مشکل من کاره اگر کار داشته باشم به من کمک میشه"

● فاطمه (؟ ساله) می گوید:

" راهش نزدیکتر باشه. جاش هم خوب باشه. مسوول هاش زن باشه بهتره. این که متادون منو بهم بدین. هفته ای یکبار یا دو روز یکبار. اگه کارتن خواب شدم خواهش میکنم متادون منو بدین که مجبور نشم هر روز پیام اینجا. اینجا کسایی هستن که زنها رو آلوده میکنن به کراک، هرویین، شیشه. زنهای اینجا رو هم گلچین کنن زنای خوب رو نگه دارن و زنهای بد رو جدا کنن."

● مهین (۴۰ ساله) می گوید:

" دکتری باشه، با آدم صحبت کنه، راهش رو بگه، حرف رو پیش خودش نگه داره. اگه نگرفته باشم هم میخوام بفهمم که از چه طریقی می تونم پیشگیری کنم. دوست داشتم بدونم ولی نتونستم برم، چون پولش رو نداشتم. [ازن یا مرد بودنش] فرق نمی کنه واسم. فقط راهش رو به من بگه."

● مریم (۳۰ ساله) می گوید:

" ولی باید یک جووری نباشه که به کسی که میره توی اون مرکز، یک جور دیگه نگاه کنن. مثلا من که با دوست پسرم رفتم آزمایش دادم، وقتی اومدم بیرون دیدم همه دارن بدجور بهم نگاه میکنن. توی قم آزمایش دادم. اونقدر بدجور نگاه میکردن که ترسیدم نکنه ایدز دارم."

● مریم (۳۵ ساله) می گوید:

" اول با آدم صحبت میکنن که شوهر داری، دوست داری. بعد یک چیزهایی رو باید در اختیار بذارن. مثل کاندوم، مثل قرص و وسایل بهداشتی. حتی باید به طرف مقابل هم

قرصهایی چیزی اگه باشه باید بهش بدی. آره خوب. در توان باشه و بشه یک تاکسی سوار شم. بعضی وقتها میشه که حتی ۱۰۰ تومن هم ندارم. به ما کمک کنن. مراکزی باشه که رایگان باشه و بتونیم بریم. چون واقعا ندارم."

• مریم (۵۳ ساله) می گوید:

"اگه ایدز داشته باشم و برم اونجا، اولین چیزی که میخوام خورد نشدن و دوری نکردن از منه. آموزشهای مختلف رو باید بذارن و مهمتر این که تکرار بشه و نه برای یک بار. باید چند تا ارگان به کمک همدیگه بیان و دستشون باز باشه. اینها رو بیارن زیر حمایت خودشون. و هر چی که میخوان در اختیارشون بذارن. از نظر جا و مکان، تغذیه، سرنگ و پولی به اندازه خورد و خوراک. یک جایی درست کنن مثل شهرک و این آدمها رو جمع کنن اونجا تا اینجوری آشفته و ویلوان همه جا نباشن و با هر کسی ارتباط برقرار کنن. چون این ارتباطها باعث میشه که ایدز منتقل بشه. خیلی وقتها میشه واسه ۲ تومن یا ۵ تومن میرن ارتباط برقرار میکنن هر چند دلشون نمیخواد. اینها به کسی که مثل خودشون درد کارتون خوابی رو کشیدن و درد اعتیاد رو سلولی کشیدن، بیشتر و بهتر اعتماد میکنن و از طریق این آدمها میشه اونها رو به مراکز مربوطه وصل کرد. باید مرکز بزرگی بیرون از شهر باشن و نیروهای زیادی داشته باشن که با ملاحظت و محبت این افراد رو جذب کنن و دائم زیر نظر داشته باشن."

• مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:

"بهشون اتاق بدن، خرجشون رو بدن، نیازشون رو بدن، مصرفشون رو بهشون بدن البته نه مواد بلکه هر چیزی که نیازهاشون رو ارضا میکنه. تنم نلرزه وقتی باهش صحبت میکنم. باهش راحت باشم. مرد یا زن باشه هیچ فرقی نمیکنه."

• مزده (۴۰ ساله) می گوید:

"اولا که باید احساس همکاری و احساس همدردی کنن. مثلا سرزنشم نکنن اگه همچین اتفاقی برام افتاده باشه. ایدزی هم نباشن. میترسم برم. گمنامیم هم حفظ بشه. جایی درز

نکنه. هزینه کمی داشته باشه و خانوم هم باشن. دانششو هم داشته باشن. احساس همدردی و درک."

• نرگس (؟ ساله) می گوید:

"فکر می‌کنم هزینه‌ای نداره. کارشون شبانه روزی باشه. یک اتاق ایزوله شده باشه. کارکنانشون مهربون باشن. تمیز باشه. این خلا و کمبودهایی که باعث شده گرایش پیدا کنی و الآن یک آدم ایدزی باشی. حداقل بتونی اگه فرصت کمی هم داری برای زندگی، اون خلاها توی اون دوران برطرف بشه."

• ندا (۲۴ ساله) می گوید:

"اگه من خودم بودم یک جایی رو درست میکردم و توش استخر میداشتم، سالن آرایش براشون میزدم. میبردمشون اردو و شمال - اگه فرار نکنن! آخه بعضیها عادت کردن ولی همیشه عوضشون کرد."

• پریسا (۲۲ ساله) می گوید:

"اگه به طور رایگان بپاره در خونه، مثل تست بارداری درست کنن و بیارن در خونه و به همه بدن. یک کلینیک توی محل ما هست که رایگانه ولی نمیدونم برای ایدز کمک کنه. توی هر منطقه ای کلینیک رایگان باشه که مردم برن. میتونیم یک کمپ مانندی بذاریم و خانومها توش باشن، خانمهای معتاد. هر وقت خواستن برن و ترک کنن. خیلیها هستن که پول ندارن بیان و ترک کنن."

• سحر (؟ ساله) می گوید:

"جایی باشه که خانواده‌ام اطلاع پیدا نکنن. که اگر یک موقع ایدز داشتم، اونها متوجه نشن. ادر پاسخ به سوال: به کی اعتماد میکنی؟] به کسی که من رو بفهمه و بهم کمک کنه."

• سحر (۲۹ ساله) می گوید:

" میرم و هر کار که اونا بخوان انجام میدم. کلاس بذارن و بروشور بدن. چون آدم یک چیزی رو میخونه یادش میره ولی اینجوری قشنگ یاد میگیره."

● سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

" مجانی باشه میتونم بدم. آدماش خوب و خوش اخلاق باشن."

● سمیرا (۲۶ ساله) می گوید:

" اگه اطلاعات خوبی بده، راهش هم دور باشه میرم. اگه هزینه‌اش یک مرحله باشه خوب میدم ولی اگه مرحله به مرحله باشه مراجعه بهش، بستگی به اطلاعاتی که میدن داره. آدم با مرد هم معاشرت داشته باشه خوبه. چون اون زمان من منزوی بودم. ولی الان دوست دارم با همه، مرد و زن و کوچیک و بزرگ ارتباط داشته باشم."

ادر پاسخ به سوال: چه نیازهایی رو میخوای برطرف کنه؟ [پولی، مادی، معنوی. دوست دارم توی آرامش زندگی کنم.

● سارا (۳۰ ساله) می گوید:

" توی کمپ نباشه. اینجا جاش اصلا خوب نیست، همه واسه هم کلاس میذارن و پوز زنی میکنن. من توی خونه خیلی راحت تر ترک میکردم تا اینجا. اینجا فضای خانوادگی نیست . همه حسودن"

● شراره (۴۵ ساله-Trans) می گوید:

"فقط باید اطلاع رسانی بشه. برای خود من اگر این اطلاع رسانی نبود، من شاید الان نجات پیدا نکرده بودم. به من اطلاع رسانی شد و فهمیدم یک سیستمی هست به نام NA و شماره تلفنی بود که من تماس گرفتم و واقعا یک کمک بود. یک همچین سیستمی رو باید به وجود بیاری که در جریان باشه که اون متقاضی بتونه اگر خواست بلافاصله ارتباط برقرار کنه و در جریان بیفته. حالا شما باید هر چقدر که میتونید این رو راحتتر و Clickی تر بکنین که یک فرد بتونه با یک Click وارد جریان بشه. چون اطلاعاتش که هست و این سیستم در جهان هم که در چرخش هست.

شما [باید] بتونین واقعا وارد درد اون آدمها بشین و بهشون بقبولونین که ما درد شما رو میشناسیم. من وقتی کتاب NA رو باز میکنم میبینم واقعا داره من رو تشریح میکنه و درد من رو باز میکنه، قبول میکنم و واقعا میپذیرم که این مشکل منه و همینجوری باهش میرم و میبینم که داره من رو با خودش میبره. نیازی به این نیست که شما کار زیادی بکنین. شما فقط باید حقیقت رو رو کنین. حقیقتی رو که توی ذهنتونه رو باید بیارینش روی کاغذ و پخشش کنین بین آدمها.

همونطور که NA عمل میکنه و خیلی جاها برای زنها راه افتاده و فعالیت میکنه، شما هم مثل اونها عمل کنین. حالت خیره‌ای داشته باشه. به اونها بچسبین و این دوتا کنار هم باشه. اگه این کار رو بکنین خیلی از مسیر رو طی کردین و نیاز نیست از اول شروع کنین. خودتون رو ادغام کنین با این NA یها. وقتی NA کاری کرده که زنها گروه گروه میان شما هم بهشون بچسبین و برنامه HIV رو هم باهش تلفیق کنین. اونجوری خیلی موفقتر هستین. اگه با هم همکاری کنین و زیر پوشش NA مخفیانه این کار رو بکنین، برگ برنده دستتونه. همه رو ادغام کنین و یکی کنین هم NA و هم HIV رو. همه با هم یک بازار درست و حسابی درست کنین."

● شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"کلاس داشته باشن. برخوردشون خوب باشه. منتهی بابت خدماتشون نذارن. ماما داشته باشه. کاندوم و اینها بدن. بعضی‌ها هستن که روشون همیشه بگن کاندوم بدین ولی اگه جایی بذارن، میتونن بیان بردارن و برن. هر دوماه، ۳ ماه یکبار یک چکاپ کامل بکنن. کلاس‌هاشون بیشتر حالت تفریحی هم داشته باشه. چون همه چیزهایی که ما یاد گرفتیم، توی کلاس‌هایی بود که همش با شوخی و خنده یاد گرفتیم. خوشرو و خوشصحبیت باشه و خوب ارتباط برقرار کنه."

● شیرین (۴۴ ساله) می گوید:

"مریضو بشناسن باید بدونن مشکله من چیه تا با من برخورد درست کنن اگه من راست میگم همه رو به جور نگانکنن. تبعیض نباشه بین همه یکسان قسمت کنن"

● سمیه (۲۶ ساله) می گوید:

"یک متخصص باشه، یک همدرد باشه، یک خانوم باشه که من بتونم هرچیز که میخوام بهش بگم".

● سمیه (۲۷ ساله) می گوید:

"آزمایش بگیرن. آموزش بدن. رایگان باشه. نزدیک باشه".

● سمیه (۳۰ ساله) می گوید:

"دوست دارم توی مایه‌های همین خانه خورشید باشه. با همدیگه دوستیم و بهم کمک میکنیم".

● ناشناس (۳۶ ساله) می گوید:

"کمکمون کنن. از نظر پوشاک، دارو، خوراکی، کار، بیمه" ادر پاسخ به سوال: دوست داری خدمه‌اش مرد باشن یا زن؟/زن. ادر پاسخ به سوال: این مرکز توی محله باشه یا محل غریب؟/ غریب.

● ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:

"بیشتر حمایت می‌خوایم اگه جایی باشه اقامتی باشه خوبه دکتر زنان باشه آزمایشا گرونه ما پول نداریم اگه مریض بشیم. اگه محله غریب باشه راحت تریم"

● ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:

"فقط بتونن ما که پاکیم رو به جایی بهمون بدن، به کاری بهمون بدن که یک حقوقی داشته باشیم به اندازه کفاف زندگیمون. مشخصه که به دنبال مواد و پول کثیف نمیریم".

ادر پاسخ به سوال: آیا باید خدمات گیرندگان مراجعه کنند یا خدمات دهندگان به آنها مراجعه کنن؟/ کسی که بخواد پاک زندگی کنه باید خودش بره اونجا.

ادر پاسخ به سوال: خدمه‌اش زن باشن یا مرد؟/زن. مسلمه. ادر پاسخ به سوال: توی محله باشه یا به جای غریب؟/ هر چه غریب باشه بهتره.

- ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"اگه اقامتی باشه که خیلی بهتره. یه جوری باشه که ما که خوابگاه هستیم و مسکن نداریم، توی خیابون نمونیم. از خوابگاه بیایم اونجا. سرویس خوب بدن، پوشاک بدن، جا بدن. بیشتر از لحاظ جا در مضيقه‌ایم."

- ناشناس (۵۴ ساله) می گوید:

"به نظر من این مراکز بهتره دور از مسکن مردم باشه چون نمی پذیرن"

- زهرا (۳۲ ساله) می گوید:

"پزشک زنان داشته باشه. دارو بده. مشکل دندونمون رو رسیدگی کنن. من یک مدت به خاطر یکی از پرسنل اینجا نیومدم. به من میگفت باید اینجا رو نظافت کنی. اگه رفاقتی باشه آدم میکنه. به من دستور ندن. حیوان زیرشو تمیز می کنه اگه آدم خونه خودش باشه تمیز می کنه دیگه. من رو همه جوره حمایت کنه. اما یه کسانی باشن بدونن با ما باید چه کرد چه موقع ما چه نیازی داریم البته نه هر حمایتی که ممکنه وضع رو بدتر کنه من خودم از حمایت زیادی به اینجا رسیدم."

- زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"حمایتیم بکنه. اگه زمین خوردم، بلندم کنه. از لحاظ اقتصادی مثلا یک کار نیمه وقت بهم بده که بتونم خرج توی جیبم رو درارم. ترحم نمی خوام. احترام قائل باشن. افراد رو تفکیک کنن توی خوابگاه. تختها همه آهنش میره تو تن پتوها کثیف. بعضیها مشکلات روانی دارن، بعضیها مثبت هستن، بعضیها مصرف کننده هستن، بعضیها هم تحت درمانند. اونیه که کنترل ادرار نداره کناره اونای دیگه کنار هم نگه داشتن اینها درست نیست. از لحاظ بهداشتی هم خوب نیست و مدیریتی نمیشه. میدونی جای خواب مناسب مهم نیست این مهمه وقتی از اینجا میرم بیرون منو به شکله کارتن خواب نبینن. اگه به یکی کمک کنن به ۶۰ نفر کمک شده. حتی درمورد کسانی که خونواده دارن. اگه با یک زن مصرف کننده یا یکی که مثل خودشون باشه برن پیش این افراد بهتر میتونن اطلاع رسانی کنن و کمک بکنن. چون همینطوری همکاری نمیکنن."

زهره (۳۹ ساله) می گوید:

" ما هم بتونیم توش یک کاری انجام بدیم".

مهمترین نیاز در حال حاضر:

در بخش پیشنهادهای زنان مورد مطالعه درباره چگونگی و ویژگیهای مراکز پیشگیری از HIV مشاهده شد که بر روی قابلیت این مراکز در رفع نیازهای مالی، خوراک، پوشاک و مسکن و همچنین اشتغال تاکید زیادی شده است. در این بخش که به پاسخهای جمعیت نمونه پژوهش به پرسش درباره مهمترین نیازهای کنونی آنها اختصاص دارد، به ترتیب، بر شغل، مسکن، خوراک، پوشاک و دارو و درمان به عنوان مهمترین نیاز کنونی، تاکید بسیار بیشتری شده است.

• ناشناس (۳۶ ساله) می گوید:

" خونه".

• الهه (۲۹ ساله) می گوید:

" من منتظرم یک سرپناه گیرم بیاد که حداقل زندگیم درست بشه، برم دنبال بچه ام".

• مهرانگیز (۴۷ ساله) می گوید:

" مهمترین نیازم اینه که این زنها رو یکجوری پناه بدن. امکانات بدن. حقوق بشر بدن. توی همین پارکها مامورای شهرداری میان زنها رو بلند میکنن و میبرن و کارشون رو میکنن و پیاده میکنن".

• شیرین (۴۴ ساله) می گوید:

" سلامت بچه من اگه مشکله مسکن نداشتم این وضع نبود دخترمو پسر صاحب خونه که خودش دختر ۱۸ ساله داره دختر ۱۵ ساله منو اسیر نمی کرد اون باید تاوان منو بده. اگه یه جا کار باشه من کار کنم دخترمو نجات میدم پسره میگه به مادرت بگو تورو میخواد کجا ببره ببره خوابگاه؟"

• سمیه (۲۶ ساله) می گوید:

"دوست دارم کار کنم."

• ندا (۲۴ ساله) می گوید:

"پول. یک کمپ بزنم، برم اروپا رو بگردم. دوست دارم خیلی زندگی ساده‌ای داشته باشم. دوست ندارم دیگه سمت مواد برم ولی همش بهش فکر میکنم و حتی توی دستشویی هم به نشئگی فکر میکنم. الان دوست دارم زندگی مستقلی داشته باشم ولی یک دوست دارم که یک ساله با من دوسته و میخوام بیچونمشم."

• شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"از لحاظ پوشاک و از لحاظ مالی خوب مشکل داریم."

• مهرانگیز (? ساله) می گوید:

"من الان مستاجریم. خودم هم دیگه نمیتونم کار کنم. درآمدی ندارم. به خاطر پیری احتیاج به دکتر و دوا درمون دارم."

• سمیه (۲۷ ساله) می گوید:

"اینکه بتونم روی پای خودم وایستم زندگیمو تامین کنم تنهایی و با بچه‌ام زندگی کنم."

• سمیه (۳۰ ساله) می گوید:

"خیلی نیاز دارم. ولی الان دوست دارم یه جایی داشته باشم که توش زندگی کنم."

• سمیرا (۲۸ ساله) می گوید:

"یک جایی اندازه دستشویی باشه مال خودم باشه. این صاحبخونه‌مون خیلی عوضیه. صاحبخونه قبلیمون زنش رو میفرستاد ... [۵۰:۱۰] بعد که مجید میرفت سرکار، میچسبید به در ما که در رو باز کن بذار پیام تو. این یکی هم که همشون عقب‌مونده‌اند. دوست دارم یک جا باشه مال خودم باشه توش آرامش داشته باشم."

• ناشناس (۲۹ ساله) می گوید:

"پوشاک، بیمه، سرپناه"

- ناشناس (۳۶ ساله) می گوید:

"تامین غذا و پوشاک و جا و مکان و دارو"

- ناشناس (۳۷ ساله) می گوید:

"لباس نداریم غذا نداریم اگه اینا باشه سراغ رابطه جنسی نمیریم نیاز پزشکی دارم دکتر می خوایم"

- ناشناس (۳۸ ساله) می گوید:

"مهمترین چیز جاست. مکان زندگی ندارم. جایی که هستیم بین مصرف کننده‌هاست واقعا برامون مشکله. اگه جای خودمون رو داشته باشیم بهتر میتونیم بهبودیمون رو ادامه بدیم. تنها چیزی که میخوام و احتیاج ضروریمه، فقط یه سرپناه. اگه کار هم داشته باشم که میتونم روی پای خودم بایستم و برنگردم به دوران گذشته."

- ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"مسکن، شغل مناسب، اول مسکن. بیمه هم باشم که خیلی عالی میشه. بهترین چیز برای زنهای بی سرپناه بیمه‌ست."

- ناشناس (۵۴ ساله) می گوید:

"پول ندارم مسکن ندارم خوراکی ندارم"

- زهرا (۳۲ ساله) می گوید:

"یک جایی باشه که کار کنم، سرگرم بشم. عادت ندارم پول توی جیبی از کسی بگیرم یا پولی که با منت باشه. الان از مادرم میگیرم. یک کاری باشه از صبح تا ۸ و نیم شب. چون با نشستن اینجا کاری درست نمیشه. اگه توی این مراکز کلاس‌های آموزشی خیاطی و کامپیوتر و ... بود که در حالی که وقت میگذشت چیزی یاد می‌گرفتیم خوب بود. درسته که ما معتاد شدیم و زندگی‌مون رو باختیم ولی باید یکجور باشه که پیش بریم توی جامعه و عقب نباشیم."

- زهرا (۴۱ ساله) می گوید:

"تنها چیزی که الآن نیاز دارم یک کاره. صبح برم سره کار شی بیام. مهمترین مشكله من مداركمه هیچكس ضامن من نمیشه"

• زهره (۳۹ ساله) می گوید:

"كمبود پول دارم. یک سال بیشتره دارم این مانتو رو می پوشم".

- تعدادی از زنان مورد مطالعه به مساله تشکیل خانواده، برقراری ارتباط با خانواده یا بازگشت و زندگی در میان اعضای خانواده خود به عنوان مهمترین نیاز کنونی خود اشاره نموده اند.

• الهام (۲۱ ساله) می گوید:

"اینكه خانوادهام باز هم من رو بپذیرن. یک زندگی جدید، یک زندگی متفاوت".

• نرگس (؟ ساله) می گوید:

"محبت"

• مژده (۴۰ ساله) می گوید:

"یک مرد خوب. یک زندگی خوب. زندگی ای که پراز عشق باشه.

• سحر (؟ ساله) می گوید:

"اینكه زندگیم رو پیدا کنم. هدفم رو توی زندگی پیدا کنم. دوباره مورد اعتماد خانوادهام قرار بگیرم و اینقدر سرزنش قرار نگیرم."

• سمیرا (۲۶ ساله) می گوید:

"نیاز به یکی دارم که کنارم باشه."

• شیما (۲۶ ساله) می گوید:

"یکی دو هفته میخوام برم شمال. دلم واقعا برای خانوادهام تنگ شده".

- گروه دیگری از زنان که تحت درمان اعتیاد بودند مهمترین نیاز کنونی خود را موفقیت در سپری نمودن دوره درمان و حفظ بهبودی خود اعلام نموده اند.

- مهین (۴۰ ساله) می گوید:

"اینکه درمان بشم و خدا کمکم کنه که دیگه این راه رو نرم. یکی هم اینکه در مورد ایدز بیشتر بدونم بهتره."

- پریسا (۲۲ ساله) می گوید:

"دوست دارم که پاک باشم."

- سحر (۲۹ ساله) می گوید:

"اینکه سالم بشم و [از کمپ] برم. برگردم به زندگیم و اشتباهاتم رو جبران کنم. کمبودهایی که برای شوهرم گذاشتم جبران کنم."

- سارا (۳۰ ساله) می گوید:

"این که از اینجا [کمپ] برم هر چه زودتر."

- از میان جمعیت نمونه پژوهش، تعداد محدودی آزمایش HIV و اطمینان از عدم ابتلا به آن را مهمترین نیاز کنونی خود عنوان نموده اند.

- سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

"نیازی ندارم. فقط میخوام برم یک جایی آزمایش ایدز بدم."

- سمیرا (۲۶ ساله) می گوید:

"آزمایش"

- یک نفر از زنانی که مهمترین نیاز کنونی او مورد پرسش قرار گرفت به مساله ای خاص اشاره نمود که در واقع می تواند منعکس کننده نیاز این زنان به حمایت‌های اجتماعی ویژه باشد.

- زهره (۴۰ ساله) می گوید:

"افتادگی رحم دارم. کاملاً رحمم بیرونه. درگیر شناسنامه‌ام هستم. واسه عمل لازمه ولی گم شده. توی اثاث‌کشی قبل از اینکه برم زندان گم شده".

• ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"یک هفته س که خونریزی دارم پول ندارم منتظر شناسنامه پیدا کنم برم عمل کنم."

- زنان دارای شرایط خاص مورد مطالعه در این پژوهش نیز به مواردی از قبیل شغل، نیازهای مالی خود و فرزندان، حمایت‌های دارویی و درمان و همچنین آزمایش HIV به عنوان مهمترین نیاز خود در حال حاضر اشاره نموده اند.

• شراره (۴۵ ساله-Trans) می گوید:

"من فقط دلم میخواد از سلامتییم باخبر بشم و قبلاً هم گفتم میخوام یک تست HIV بدم. چون من دیگه تن‌فروشی نخواهم کرد و دیگه اعتیاد هم نخواهم داشت".

• تینا (۳۹ ساله-Trans) می گوید:

"من اگه کاری داشته باشم که بتونم خودم رو تامین کنم و حوصله‌ام سر نره، هیچوقت این کار [تن‌فروشی] رو نمی‌کنم. خیلی دوست دارم هزینه عملم رو پایین بیارن. من اگه این عمل آخرم رو هم انجام بدم، میشم یک زن کامل. وقتی که یک زن کامل بشم از این وضع میام بیرون. همینجوریش هم بهم پیشنهاد صیغه میکنن یا حتی ازدواج. سن بالاهاایی که ارتباط سکسی با خانم‌هاشون ندارن، پیشنهاد صیغه میکنن. چون بی‌بندوبار نیستن و به مذهبی بودنشون هم اهمیت میدن. صیغه شدن بهتره. اما چون قبل از عمل نمیتونم ازدواج کنم، دوست دارم دستم توی جیب خودم باشه".

فریده (؟ ساله- HIV+) می گوید:

"کاره . پسر که ۱۲ سالشه شیشه می کشه میره بیرون برام کار می کنه تا پول بیاره به حرفم گوش نمی ده یک کاری واسه اون بکنن . کار میکنه پول میاره واسمون می خوام یک جایی باشه به اون کمک کنه. می خوام جایی باشه غذا به منو بچه هام بده جایی که راحت باشم مسخرم نکنن داروی مجانی به من بدن من مریضم . بخاری ندارم اینارو احتیاج دارم"

مهمترین نیاز برای پیشگیری از ایدز:

- با توجه به مشکلات عدیده زنان مصرف کننده مورد مطالعه غالب نیازهای آنان در حوزه نیازهای پایه متمرکز بود لذا اکثریت آنان با این پرسش بسیار منفعل روبرو شدند و واکنش ظاهری و کلامی آنها حاکی از این نکته بود که به نیازهایشان در این خصوص واقف نیستند و اساساً پیشگیری از ایدز را یک نیاز نمی دانند.

• مریم ۵۳ ساله می گوید:

"زن های مصرف کننده تا زمانی که توی موادند هیچ چیز براشون مهم نیست. چون من خودم بودم و درد اینها رو کشیدم"

• الهام ۲۱ ساله می گوید:

"چون فکر میکنم که آب از سرشون گذشته و میگن یا میگیریم یا نمیگیریم دیگه. چون بعضی ها وقتی میبینن یک درد لاعلاجی دارن، دلشون میخواد همه هم بگیرن. من خودم یک مدت اینجوری شده بود و دوست داشتم پیمان هم مثل من معتاد بشه. حتی برادرم و مادرم. به زور دست مادرم سیگار میدادم. میگفتم به خاطر اینکه لاغر بشی بیا و کراک بکش. یک جورایی میخواستم همه گیر بشه. اینقدر کوبیده بودن توی سرم که برام عقده شده بود. برای کسانی هم که شما میگین، عقده میشه."

• پزشک درمانگر اعتیاد در مرکز کاهش آسیب زنان می گوید:

" بحث سر اینه که مخاطبین ما چند درصدشون *HIV* اصلاً براشون مهمه. در کجای لیست قرار داده؟ یارو نون نداره بخوره. جا نداره بره بخوابه. *HIV* براش مهم نیست. شاید مرگ براش بهترین آرزو هستش. در مورد *Worker Sex* ها هم همین مساله هست. اکثر اینها به خاطر پول میرن و اون کار رو میکنن و اگه این نیازشون رفع بشه دیگه سراغ این کار نمیرن."

• وی ادامه می دهد:

"ما داریم اونجا متادون میدیم و در حقیقت نیازهای موادشون برطرف میشه. ولی خیلی مشکلات دیگه ای دارن. شاید اگه لیست کنیم مشکلات اینها رو، اعتیاد مشکل دهمشونه؛"

HIV مشکل بیستمشونه. مسائلشون خیلی پیچیده تر از اینهاست و خیلی از این مسائل هم برمیگرده به مشکل اقتصادیشون"

- دکتر شادی طلب محقق در حوزه زنان می گوید:

"چه توقعی داریم که یک آدمی که هزار و یک گرفتاری داره، حالا فکر کنه که آزمایش HIV/AIDS دادن خیلی مهمه و بیاد و بگیره و بره بیمارستان امام خمینی و برگرده؟"

- سارا (۳۰ ساله) می گوید:

"مسائل مهمتری هست از ایدز و هیپاتیت و این حرفها. من با مسایلی روبرو شدم که ایدز و هیپاتیت در مقابلهشون خیلی حقیرن. همین شیاطین و اینها... شیطان پرستها همه مدل وارد میکنن."

- ندا (۲۴ ساله) می گوید:

"باید مواظب باشم. نمی دونم."

ضرورت درمان اعتیاد:

یافته ها نشان می دهد یکی از نیاز های اساسی برای پیشگیری از اچ آی وی/ ایدز ضرورت درمان اعتیاد است. بدین منظور به انجام آزمایشات دوره ای سلامت و برخی نیز به صدور کارت بهداشت برای افراد تحت پوشش اشاره داشتند تا از سلامت خود بطور دوره ای با خبر شوند.

- بهناز ۳۶ ساله می گوید:

"خدا نکنه که لب به مواد بزنم و مجبور باشم تن فروشی کنم."

- فعال حوزه کاهش آسیب زنان می گوید:

"متادون به تنهایی خیلی اثر گذاره. خیلی از زنان که متادون درمانی می شن کم کم به اجتماع برمی گردن. از ۱۵۰ زنی که متادون درمانی شدند در شهرری، ۵۰ تاشون به خانواده برگشتن و مدت سه تا شش ماه مصرف متادون داشتن"

- مدیر مرکز کاهش آسیب خانه خورشید می گوید:

"تو مرکز ما زنی که مراجعه می‌کنه هفته دوم درمانش آرایش می‌کنه و خودش رو تمیز می‌کنه".

• مسئول کاهش آسیب آهنگ رهایی شرق می‌گوید:

"حفظ ظاهر یعنی گران فروختن خود، زنهایی که ظاهرشون رو حفظ می‌کنن اعتماد به نفسشون بیشتر می‌شه".

• مدیر مرکز کاهش آسیب خانه خورشید می‌گوید:

"ما تو همین مرحله هم مشکل داریم. ما به زنان می‌گیم که خودتون به ظاهرتون برسید زنان هم آرایش می‌کنن، شورایاری می‌یاد می‌گه اینا کی هستن؟"

• پزشک و درمانگر اعتیاد می‌گوید:

"متادون صرف تبدیل تزریق به خوراکی نیست؛ وقتی به فرد گفته میشه بیا و متادون بخور، فرد وارد حوزه درمان هم میشه. زنانی که سکس در برابر مواد انجام میدن رو دیگه از اون حالت آزادشون میکنه. [متادون] خاصیت درمانی هم داره و خاصیت کاهش آسیبی هم داره که تزریقش -اگه باشه- رو کم میکنه.

- تعدادی از زنان می‌گویند اگر روابط جنسی تعریف شده داشته باشند و از روابط با افراد مختلف پرهیز کنند از ایدز پیشگیری کرده‌اند

• الهام ۲۱ ساله می‌گوید:

"اینکه رابطه جنسی نداشته باشم. یا اینکه با یکی به طور قانونی و رسمی و اینکه اون من رو بخواد و من هم اون رو بخوام و به صورت آزمایش شده [آزمایش HIV] ..."

• سمیرا (۲۶ ساله) می‌گوید:

"اینکه از این شاخه به اون شاخه نپریم. جلوی هوسم رو بگیرم."

• سمیه (۲۶ ساله) می‌گوید:

"اینکه کنترل بشم. رفت و آمد و ارتباطها تحت نظر باشه و حمایت بشم. چون اینجا -توی خوابگاه- بچه‌هایی که هستن ممکنه از نیازها و ارتباطها سوء استفاده کنن".

- برخی دیگر دارا بودن کار و تأمین مالی را راهی برای پیشگیری از ایدز می دانند زیرا قدرت چانه زنی را بالا می برد و اجبار به رفتن به هر مکانی را از بین می برد.

• آرمیتا (۳۲ ساله) می گوید:

"هیچ چیز نمیتونم بگم در موردش. اگه کاری باشه که از نظر مالی تامین باشم و مجبور نباشم با کسی برم که شک و شبهه‌ای باشه و دائم سر استفاده از کاندوم بحث داشته باشم"

• ناشناس (۴۰ ساله) می گوید:

"اولیش همون سرپناشه. چون واسه نداشتن جا مجبورم برم خونه افراد مختلف و اونجا هم مسایل جنسی هست. بعدش نداشت شغل باعث میشه میرن برای خودفروشی"

- برخی از زنان، داشتن اطلاعات را نیازی برای پیشگیری می دانند

• مهین (۴۰ ساله) می گوید:

"در مورد ایدز بیشتر بدونم بهتره."

• سحر (۲۹ ساله) می گوید:

" کتابچه، روزنامه یا CD که بشه اطلاعات گرفت. کلاسهاش کوتاه باشه. ممکنه هر شرایطی پیش بیاد و نتونیم بریم کلاس. کتاب و جزوه باشه که بتونیم خودمون بخونیم."

• شیدا (۲۰ ساله) می گوید:

"برای ایدز نگرفتن که نمیدونم. چون هر لحظه امکانش هست. این بستگی به خودم داره که حواسم باشه. فقط باید اطلاع‌رسانی کنن راجع به کلاسها و خدماتشون".

- تعدادی از زنان دسترسی به کاندوم را به عنوان تنها چیزی که برای پیشگیری به آن نیاز دارند، ذکر کردند.

• فریده که HIV+ است، می گوید:

"اگه کاندوم راحت پیدا کنم دیگه به کسی منتقل نمی کنم باید حواسمو جمع کنم اگر خون به کسی بدم منتقل میشه. مشکل من کاره اگر کار داشته باشم به من کمک میشه".

- پاسخ تعدادی از زنان به این پرسش حاکی از ناآگاهی آنها از مسئله بود

• آنا (۲۷ ساله): [با گریه]:

"می ترسم!"

• نرگس که لیسانسه است، می گوید:

" باز هم محبت؛ شاید خیلی از کارها رو نکنم. خیلی از کارهای من الآن شاید روی لچ و لجبازیه. من اون چیزی نیستم که نشون میدادم".

• سلیمه (۲۲ ساله) می گوید:

" به خودم رسیدگی کنم. مصرفی نداشته باشم. اگه مریضی دارم جلوگیری کنم".

• ناشناس (۵۴ ساله) می گوید:

" تغذیه خوب که بدنم ضعیف نشه، نظافت، میوه تازه، پوشاک، رختخواب"

• پریسا (۲۲ ساله) می گوید:

" نه [نیازی ندارم]. فکر نمیکنم. چون من قاعده و اصول دارم برای خودم. با خودم فکر کرده ام که شاید روزی که پدرم و دوست پسرم و داداشم من رو ول کنن و از من عاجز بشن، شاید یک روز برم و خودفروشی کنم".

آموزش:

در حوزه آموزش نیز تکرار موارد مطروحه و تلاش جهت درونی سازی رفتار پیشگیرانه میبایست مد نظر قرار گیرد همچنین با در نظر گرفتن این نکته که رویکرد آموزش در جهت توانمند سازی زنان باشد و از مرد محور بودن دور شود.

• جامعه شناس و محقق حوزه زنان می گوید:

" به نظر میاد توزیع خدمات، بیشتر برای آقایون تعیین شده. اونجا هم آقایون میان، تمام برنامه‌هایی رو که دکتر شیرازی گفتن، به درستی سوزن می‌گیرن، سرنگ میگیرن، درباره Safe Sex و Safe Injection هم آموزش‌هایی در حد توان نیروهای اون DIC داده میشه. ولی تمرکز روی مردانه. فعلا -لااقل اون چیزی که من میفهمم به عنوان یک محقق- برنامه‌های پیشگیری از ایدز و HIV Prevention با تمرکز روی مردان شروع شده و این تصور بوده که چون تزریق عامل اصلی انتقال بیماری است و مردان بیشترین سهم تزریق کننده‌ها رو دارن، بنابراین اینجوری تقسیم شده. حالا چه توی زندان، چه بیرون از زندان، چه توی DICها

● جامعه شناس و محقق حوزه زنان در بحث گروهی می گوید:

" واقعیت اینه که برای HIV Prevention من شخصا فکر میکنم بیش از اینکه روی اون خانم‌ها کار کنیم، باید روی آقایون کار کنیم. یعنی اصلا گروه هدف رو ما اشتباه تعریف می‌کنیم. خانم در شرایط ایران -چه بالا شهرش چه پایین شهرش، چه شیرازش- در رابطه جنسی تصمیم‌گیر نیست؛ مرد تصمیم‌گیره. تحصیل کرده و بدون سواد هیچ فرقی نمی‌کنه. HIV Prevention باید روی مردها کار کنه و نه روی زن‌ها. اصلا باید با مردها شروع کنه. مشتری‌ها اونها هستند؛ مشتری‌های زن دار و بی‌زن. اونها هستند که اجازه نمی‌دن این از کاندوم استفاده بکنه. اگه می‌خوایم روی زن‌ها کار کنیم باید کاندوم زن‌ها رو توزیع کنیم."

● الهام ۲۱ ساله می گوید:

"خوب باید یک مرکزی هم باشه که مردها رو توجیه کنه. باید متقابل باشه این چیزها. یا اون زن باید اونقدر حالیش باشه که بتونه مرد مقابلش رو توجیه کنه."

- از سوی دیگر بر کیفیت آموزش ها ، آموزش همتا و تکرار و تداوم آن تأکید شده است.

● مریم ۵۳ ساله می گوید:

"آموزش‌های مختلف رو باید بنارن و مهمتر این که تکرار بشه و نه برای یک بار."

● یکی از کارشناسان در جلسه بحث گروهی اظهار داشته است:

"ما آموزشهای نمایشی داریم. از خود زنان می‌خواهیم که به زنان دیگر آموزش دهند، اثر بخشی این آموزش هم بالاست. بروشورهای وزارت بهداشت، هم در مرکز نصب میشه و هم در اختیار زنان مصرف کننده قرار می‌گیره. سعی می‌کنیم پیام‌هایی ساده باشد که همه بفهمن و یکسری سی دی‌های آموزشی هم برایشان نمایش می‌دهیم."

- مسئول کاهش آسیب جمعیت تولد دوباره می‌گوید:

"نوی مبحث آموزش، ما خیلی ضعیفیم. ما از گروه‌های Peer استفاده می‌کنیم ولی اصلا این گروه Peer نمی‌دونه تزریق سالم چیه

ایجاد احساس نیاز به سلامت

- یک کارشناس اعتیاد می‌گوید:

"وقتی باهشون حرف می‌زنیم میبینیم که اینها رو بدن ولی واقعیت اینه که میبینیم در اکثر مواقع استفاده نمیکنن. چیزی که تا به اینجای کار تحقیق مشخص شده اینه که آموزش چیزی رو که روش تاکید نکرده، حساسیت موضوعه. اینکه ایدز چیه؟ چکار میکنه؟ و اصلا چرا باید پیشگیری کرد؟ اینکه چجوری باید پیشگیری کنن رو بالای ۹۰، ۹۵ درصدشون میدونن. ولی چیزی که انگیزه بده از آموزشها و خدماتی که بهشون میدیم استفاده کنن، بنا به چیزی که ما میدونیم، ضعیفه."

- مسوول فنی DIC پرسپولیس می‌گوید:

"اگه یک دستمال کاغذی در اختیار همه بشه، همه میدونن که باید استفاده کنن. من تاکیدم روی این مسال [ارائه خدمات] بعد از آموزش هست. باید آموزش داده بشه و حساسیت ایجاد بشه و بعد خدمات در اختیارشون قرار بگیره."

- دکتر شادی طلب محقق حوزه زنان می‌گوید:

"نشون میده که Sex Workerها میدونن HIV چیه؛ میدونن یک بیماری خونی است که نحوه انتقالش چیه؛ یعنی این نیست که بگیریم نمیدونن. اما اینکه چقدر در عمل برای پیشگیری اقدام میکنن، هم ارائه کنندگان خدمات ما روش سرمایه گذاری زیادی نکردن و

هم دریافت کنندگان خدمات ما هنوز اون حساسیت لازم برای دریافت خدمات برای Prevention ندارن گرچه اون اطلاعات رو دارن".

به روز شدن اطلاعات:

بر اساس بررسی انجام شده در میان زنان مصرف کننده و همچنین نظرات کارشناسان، اطلاعات موجود متناسب با سیستم رو به پیشرفت اعتیاد، به روز نشده است.

- مسئول کاهش آسیب جمعیت تولد دوباره می گوید:

" در رابطه با خدمات کاهش آسیب جمعیت [خیریه تولد دوباره] در رابطه با زنان کاری که ما انجام میدیم، توزیع سرنگ و نهایتا آموزش. ارجاع به کلینیک‌ها هم میکنیم که حالا من پرونده‌های زیادی دارم که فرد رو فرستادم رفته و جواب آزمایش مثبت بوده و هیچ کاری در رابطه با درمان انجام نشده. ما صرفا آمارها رو یادداشت میکنیم. خیلی جاها نامه نگاری کردیم. با بچه‌هایی که میگن ما مبلغی از بهزیستی گرفتیم که در قسمت درمان هم اینها رو کمک کنیم ولی کماکان وقتی میفرستیم، هیچ نتیجه‌ای نمی‌گیریم. کاری که ما میکنیم: ارجاع، لاتکس داده میشه و آموزش اولیه؛ کار دیگه‌ای من به شخصه انجام نمیدم".

- پزشک و متخصص حوزه کاهش آسیب می گوید:

" با یک سیستم توزیع مواد مخدری روبرو هستیم که مرتبا داره خودش رو هی به‌روز می‌کنه؛ اطلاعاتش به‌روزه؛ ۲۴ ساعت داره کار می‌کنه؛ کاغذبازی نداره، شبکه خودش رو داره. با یک سیستم پویایی داریم کار میکنیم که متاسفانه برای ۶ سال پیش چیده شده -اگه اون موقع میتونست جواب بده."

- یکی از فعالین حوزه کاهش آسیب می گوید:

" دیگه Dropping Centerها مثل قبل پررنگ نیستند. اگر میخوای کار کنی برو توی سیستم Outreachت با [استفاده از] بچه‌های همیار"

- درمانگر و متخصص حوزه کاهش آسیب می گوید:

"من اطلاعاتم به روز باشه، منابع مشخص باشه - منابع فیزیکی، انسانی و مالی - و اینکه خدماتم به روز باشه و از نیازهای جمعیت هدفم اطلاع داشته باشم. سیستم‌ها Referral مشخصی حداقل خودم پیام و در اون منطقه بسازم. فکر می‌نم اینها خیلی می‌تونه به من به عنوان یک Service Provider کمک بکنه که خدمات بهتری بدم.

در دسترس بودن:

- مسئول فنی پرسپولیس و درمانگر اعتیاد می گوید:

"ما در مرکز خودمون، هم آموزش رو داریم و هم ارائه خدمات. آموزش رو که انتقال میدن و این مهمه که خدمات رو هم ارائه بدیم. همشون مصرف کننده هستن، کارتن خوابن، ارتباط جنسی دارن ولی آموزشهایی رو که میدیم میگیرن. مهم اینه که خدمات مثل کاندوم موجود هست یا نه. اگه موجود باشه حتما استفاده میکنن. ما مثلا مراجع داشتیم که میومد و هر روز ۱۰ تا کاندوم میبرد - خوب Worker Sex بود. من یک بار ازش پرسیدم که اینها رو برای استفاده خودت میبری؟ گفت نه من برای چند تا از دوستانم هم که هستن، میدم. اگه Exchange Niddle موفق بوده، فقط به خاطر این بود که در دسترس بود. این رو هم اگه توی دسترس بذاریم، حتما استفاده میشه. یعنی اگه خدمات در دسترس نباشه ما هر چقدر هم آموزش بدیم اینها نمیرن این وسایل رو بخرن یا از جاهایی تهیه کنن و مصرف کنن. مثلا ما برای یکی دوماه نداشتیم، وقتی میپرسیدیم میدیدیم که واقعا استفاده نمیکنن و نمیرن از بیرون تهیه کنن."

- پزشک و مسئول فنی پرسپولیس می گوید:

"منظور من بعد از آموزش بود. اگه خدماتی ارائه نشه و در اختیارشون قرار نگیره آموزش ابتره. مثلا در مورد استحمام، همه میدونیم که استحمام هر روزه خوبه و برای سلامت و بهداشت لازمه. ولی کسی این کار رو میکنه که حمام در دسترسشه و پول آب و برق و گازش رو داره."

- درمانگر اعتیاد می گوید:

"چیزی که من فکر میکنم برای خانم‌ها لازمه و به طوری که مورد پسند اونها واقع بشه اینه که دسترسی [به خدمات و مراکز] رو زیاد کنن. مثلا از پرسنل زن در DIC زیاد استفاده بشه"

ارتباط و همکاری بین بخشی:

- عضو پروژه مبارزه با ایدز صندوق جهانی می گوید:

"یکی از خدماتی که توی پروژه دیده نشده، خدماتیه که ماماها میتونن بدن به زنان در معرض خطر. ولی سعی در اینه که از ماماها هم در این طرح استفاده کنیم که آموزش بدن. البته خود این ماماها هم مراجعه کننده هایی دارن که رفتارهای پرخطر دارن و از طریق پزشک مورد اعتمادشون به این برنامه های کاهش آسیب و آموزشهای اینها دست پیدا میکنن".

- مریم (۵۳ ساله) می گوید:

"اگه ایدز داشته باشم و برم اونجا، اولین چیزی که میخوام خورد نشدن و دوری نکردن از منه. آموزشهای مختلف رو باید بذارن و مهمتر این که تکرار بشه و نه برای یک بار. باید چند تا ارگان به کمک همدیگه بیان و دستشون باز باشه. اینها رو بیارن زیر حمایت خودشون. و هر چی که میخوان در اختیارشون بذارن. از نظر جا و مکان، تغذیه، سرنگ و پولی به اندازه خورد و خوراک. یک جایی درست کنن مثل شهرک و این آدمها رو جمع کنن اونجا تا اینجوری آشفته و ویلوان همه جا نباشن و با هر کسی ارتباط برقرار کنن. چون این ارتباطها باعث میشه که ایدز منتقل بشه".

- پزشک درمانگر اعتیاد و فعال حوزه کاهش آسیب می گوید:

"من فکر میکنم که شبکه‌ها حمایتی دیگه‌ای رو اگر بیاریم کنار فعالیت‌های خودمون بیشتر میتونیم کمک کنیم".

- مدیر مرکز کاهش آسیب خانه خورشید می گوید:

" ما در مرکز مون با مصرف بالای شامپوی گاله و شپش مواجهیم ولی اداره بهداشت به ما امکانات نمی‌ده. ما در کشورمون خدمات دندانپزشکی برای ایدزی ها نداریم. هیچ دکتری و هیچ مرکزی قبول نمی‌کنه، می‌ترسن خودشونم مبتلا بشن"

• وی می گوید:

" دندان پزشک می‌گه زنی که ارجاع می‌دین اچ آی وی مثبت نباشه. ما هیچ گونه ارائه خدمات برای زنان اچ آی وی مثبت، نه در بیمارستان امام خمینی و نه در کلینیک های مثلثی نداریم. ما وقتی برخی از زنان مصرف کننده را برای آزمایش اچ آی وی می‌فرستیم حتی از ما حمایت نمی‌شه، مثلا سازمان انتقال خون می‌گه اگر اچ آی وی مثبت بودند رایگان و اگر نبودند هزینه آزمایش را مرکزتون باید پرداخت کنه. "

انگ زدایی:

• پزشک و مسئول فنی پرسپولیس می گوید:

"مسایل فرهنگی هم ایجاد مانع میکنه. ما چندین بار خواستیم توی مرکز مون واحد دندانپزشکی راه بیاندازیم. با چندین دندانپزشک هم صحبت کردیم و حتی گفتیم دستمزد خیلی بیشتری از اونچه که میگیرین میدیم اما مراجعین HIV مثبت رو هم ویزیت کنید. اسم از این گروه که میاوردیم این آقای دندانپزشک تحصیلکرده دارای اطلاعات کافی، گارد میگرفت و میرفت. نتیجه این میشه که بیمار HIV مثبت میره مطب دندانپزشکی و مشککش رو نمیکه"

• مریم ۳۰ ساله می گوید:

"ولی باید یک جوری نباشه که به کسی که میره توی اون مرکز، یک جور دیگه نگاه کنن. مثلا من که با دوست پسر رفتم آزمایش دادم، وقتی اومدم بیرو دیدم همه دارن بدجور بهم نگاه میکنن. توی قم آزمایش دادم. اونقدر بدجور نگاه میکردن که ترسیدم نکنه ایدز دارم."

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

وضع موجود زنان مصرف کننده مواد:

مطالعه کیفی جمعیت نمونه زنان مصرف کننده مواد شهر تهران، تصویری از وضعیت دموگرافیک این زنان را در اختیار ما می‌گذارد.

از آنجایی که اکثریت زنان مورد مطالعه در گروه سنی جوان ۱۸ تا ۳۵ سال قرار دارند، پایین آمدن سن اعتیاد در زنان قابل تعمق است. به نظر می‌رسد نسل جدید زنان مصرف کننده مواد، کسانی هستند که با سرعت بیشتری دوران طلایی مصرف را طی کرده و به اوج تخریب اعتیاد رسیده‌اند.

در جمعیت نمونه پژوهش چند مورد دو جنسی مشاهده شد. این بیماران که از هویت جنسی خود سالها بی‌خبر بودند و به علت مشکلات رفتاری و فیزیک بدنشان از جانب اطرافیان نزدیک مورد تنبیه - حتی تنبیه بدنی - و مواخذه قرار می‌گرفتند. حتی پس از بزرگ شدن و برقراری ارتباط با جامعه نیز از سوی کسانی که با آنها در ارتباط بودند همچنان آزار می‌دیدند و تنبیه بدنی می‌شدند. این افراد در حال حاضر با انجام عمل جراحی در وضعیت جسمانی زنانه زندگی می‌کنند. این زنان - حداقل تا پیش از عمل تغییر جنسیت - به علت موقعیت فیزیولوژیک به گروه خاصی از افراد جامعه تعلق دارند که هویت جنسی مشخصی برایشان وجود ندارد. قطعاً در این حوزه نیز برخورد منطقی‌تر و علمی‌تر مسئولان گام مهم و موثری در راستای مداخله جدی و رسیدگی به امور این قشر از اقلیت جنسی کشور است. چنین به نظر می‌رسد که فقدان تشکلهای حمایت کننده و نهادهای رسمی در حوزه سلامت برای پذیرش اجتماعی، آموزش و ساماندهی این افراد و خانواده‌های آنان، راهی جز خروج از منزل و وارد شدن به محیط‌های مستعد آسیبهای اجتماعی برایشان باقی نگذاشته است. نمونه‌های دو جنسی در جمعیت مورد مطالعه که چه در خانواده و چه در جامعه پذیرفته نشده‌اند و کاملاً در فضایی فاقد حمایت بسر می‌برند در معرض آسیب‌های زیادی قرار دارند. به طوری که این مسائل آنها را به انتقال دهنده‌های جدی بیماری‌های عفونی از جمله ایدز به افرادی که با آنها در تماس جنسی هستند، مبدل ساخته است و باید به طور اساسی مورد توجه قرار گیرند.

اکثریت زنان مورد مطالعه در خانواده‌ای به دنیا آمده و رشد نموده‌اند که در آن فرد مصرف کننده مواد وجود داشته است. به ویژه در نسل جدید مصرف کنندگان، برادران و خواهران، یاران مصرف می‌باشند و حتی پدر و مادر در تأمین مواد فرزندانشان نقش دارند. چنانچه دختری در خانواده با مواد آشنا نشده حتماً در ازدواج با مرد مصرف کننده، زمینه‌های مصرفش آماده شده است. اینجا سناریوی ابتلا تا حدودی با پسران متفاوت میشود. چرا که درصد اندکی از مردان مصرف کننده، والدین مصرف کننده یا اعضای درجه یک معتاد داشته‌اند (حدود ۱۴ درصد). اما در میان زنان، اکثریت آنها از وجود یکی از اعضای درجه یک خانواده و یا همسران معتاد خبر داده‌اند.

این نکته مهر تاییدی بر یافته های پژوهشهای پیشین است مبنی بر این که این زنان همواره قربانیان اعتیاد وابستگانشان هستند.

بر اساس یافته های مطالعات انجام شده که افزایش تعداد زنان مصرف کننده و وابستگی آنها به مواد را به دلیل آسیب پذیری اقتصادی و اجتماعی زنان در جامعه نشان می دهد (Roberts and vromen, 2005)، به نظر می رسد شرایط اجتماعی که این زنان تجربه کرده اند آسیب زا بوده است. زیرا با بررسی وضعیت خانوادگی و شرایط اقتصادی اکثریت این زنان - که از هرگونه حمایت اجتماعی محروم می باشند- می توانیم به ناهنجاری محیط اجتماعی آنها از کودکی تا بزرگسالی پی ببریم.

اکثریت افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات زیر دیپلم هستند و عدم وجود شرایط مناسب جهت ادامه تحصیل خود گواه دیگری بر این مدعاست. اما نکته قابل توجه وجود زنان جوانی در میان جمعیت نمونه این پژوهش است که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و علیرغم راه یابی به فضای اخذ آگاهی بیشتر، از آسیب های اجتماعی محفوظ نماندند و رفتارهای پرخطر مصرف را تجربه کردند.

بررسی وضعیت تأهل این زنان حاکی از وجود شرایط نابهنجار بود. غالب این زنان با اجبار شرایط خانوادگی، به ازدواج زودرس در سنین ۱۱ تا ۱۸ سال تن دادند و در حال حاضر مطلقه می باشند و یا ازدواج های مکرر و طلاق های متعدد داشته اند. سقط های مکرر در شرایط نایمن از جمله خطرهایی است که این زنان را تهدید می کند. وجود چنین مکانهای غیرقانونی و غیر بهداشتی برای پاسخ گویی به زنان خواهان سقط، احتمال انتقال بیماری در میان افراد مراجعه کننده به این مکانها را بالا می برد. عدم وجود دانش کافی این زنان از راههای پیشگیری از بارداری می تواند یکی از علل سقطهای مکرر آنها باشد که با حاملگی های مکرر و بدنبال آن تلاش برای سقط غیر قانونی و نایمن همراه است.

بدیهی است پرداختن به نیازهای این زنان از کانال صحیح، میزان خطر را کاهش می دهد. بنابراین در برنامه های پیشگیری از ایدز در میان زنان مصرف کننده مواد - که سبک زندگی پرخطرشان، پتانسیل انتقال و شیوع بیماری را داراست- بایستی به حاملگی های ناخواسته این زنان به عنوان یک رویداد اجتناب ناپذیر نگاه کرد و برای آن چاره ای اندیشید. این زنان معمولاً دارای ۱ تا ۳ فرزند بودند که اکثراً آنها را به بهزیستی و شیرخوارگاههای تابعه این سازمان سپرده بودند. با توجه به سبک زندگی پرخطر این افراد می توان گفت کودکانی که در مراکز بهزیستی نگهداری می شوند، از گروههای در معرض خطر آلودگی به اچ آی وی هستند و باید از این نظر مطالعه و حمایت شوند. از سوی دیگر برخی از زنانی که دارای فرزند هستند که با آنها زندگی می

کنند، وادار به گدایی می شوند و یا در اکثر موارد به کسانی سپرده می شوند که کماکان در وضعیت پر خطر بسر می برند.

اکثریت زنان مورد مطالعه جایی برای زندگی کردن نداشتند و یا در پناهگاه به سر می بردند. تعدادی که در منزل همسرانشان یا اقوام درجه اول مانند پدر، مادر، خواهر یا برادر زندگی می کنند، با توجه به اینکه حضور در این منازل به علت مصرف کننده بودن یکی از اعضاء خانواده است - که در واقع امکان مصرف مواد را برای آنان فراهم می نماید- نمی توان به چنین خانه هایی به عنوان یک محل زندگی سالم نگاه کرد. این زنان بطور متناوب خانه را ترک کرده و شبها را خارج از خانه سپری می کنند و در معرض آسیب هایی هستند که شرایط زندگی آنان را پرخطرتر کرده است. با توجه به این شرایط ما با گروهی از زنان مصرف کننده روبرو هستیم که پتانسیل ابتلا و انتقال بیماری را دارند. با این حال، موارد دو جنسی بدون هیچگونه سابقه مصرف مواد در خانواده، تنها از طریق جامعه با مواد آشنا شده اند که این امر مهر تأییدی بر نقش محیط اجتماعی در اعتیاد این افراد است.

منبع درآمد اکثریت این زنان از طریق تن فروشی است. علیرغم اینکه این زنان راههای دیگری نیز برای کسب درآمد عنوان می کنند لیکن تن فروشی به عنوان اصلی ترین راه تأمین معاش در میان این زنان می باشد. از سوی دیگر برخی زنان درست همانند دوران طلایی مصرف مواد به علت جذابیت فردی و توانمندی در کسب درآمد در دوران طلایی تن فروشی به سر می برند اما با گذشت زمان و مزمن شدن اعتیاد و بروز عوارض طاقت فرسای، آن قطع مصرف دشوارتر شده و به علت مصرف مواد و تن فروشی بطور همزمان، این زنان بسیار زود فرسوده می شوند و دیگر مشتری برای جسم فرسوده آنان پیدا نخواهد شد. این وظیفه درمانگران و مداخله گران روانشناس و روانپزشک است که در زمینه متقاعد سازی آنان و ایجاد انگیزه برای ترک اعتیاد و رفتارهای پر خطر جنسی اقدام نمایند. در بین مصاحبه شوندگان زنانی وجود داشتند که مبتلا به ایدز بودند و برای تأمین هزینه های زندگی و مواد خود اقدام به تن فروشی میکردند. هر یک روز فعالیت آنان در سطح شهر برای سیستم سلامت کشور هزینه هنگفتی ایجاد میکند. لذا این امر باید دغدغه دست اندرکاران باشد تا با کنترل و رسیدگی به این مشکل، از تحمیل هزینه های بیشتر به بخش بهداشت و درمان کشور جلوگیری شود. بدیهی است تا زمانی که زنان مصرف کننده، برای تأمین مواد و سایر احتیاجات خود تن فروشی میکنند، بسیاری از خطرات نیز برای آنان وجود دارد. از آن جمله میتوان به رواج روابط جنسی دسته جمعی، خشونت در روابط جنسی و غیره اشاره کرد که زمینه ساز ابتلا به بیماری خطرناکی مانند ایدز - که جامعه را تهدید می کند- می باشد. در این

شرایط کاستن عوارض مصرف چندان آسان نیست. اما با تامین سر پناه و امکانات درمانی بسیاری از این مشکلات مرتفع میشوند.

اما در میان دختران کم سن تر بیشتر شاهد فروش مواد یا دزدی یا حمایت یکی از اعضای خانواده در تأمین مالی آنها بودیم. این زنان جوان تر با وجود برقراری روابط متعدد با افراد مختلف، از رابطه جنسی به منزله راهی برای کسب درآمد استفاده نمی کنند. در واقع هر دو گروه در معرض ابتلا و انتقال بیماری هستند اما شواهدی که در طی تحقیق با آنها مواجه شدیم نشان داد نیاز آنها به برقراری ارتباط جنسی با مردان متفاوت به نظر می رسد. نیازهای روانی در مورد زنان جوان تر می تواند انگیزه ای برای این رابطه باشد. زیرا غالباً از جانب یک فرد که معمولاً اعضای درجه یک خانواده می باشد، مواد مصرفی شان تأمین می شود با این حال، نیازهای اقتصادی در زنانی که سن بیشتری دارند نقش عمده ای در تن فروشی آنها بازی می کند تا بدانجا که منبعی برای تأمین مواد مصرفی همسرانشان نیز محسوب می شوند. لذا تفاوت سطوح برنامه های پیشگیرانه با توجه به این تمایزات ضروری به نظر می رسد.

نکته قابل توجه دیگر، این واقعیت است که برقراری رابطه با مردان در میان عده ای از این زنان به شکل صیغه بود و در تمامی موارد در کنار این رابطه بدون در نظر گرفتن قواعدی مانند نگه داشتن عده، با دیگران نیز ارتباط داشتند. لذا به نظر می آید تعریف نمودن این رابطه در قالب "صیغه" از دو منظر قابل بحث است. اولاً استفاده از این روش توسط مردانی که به این زنان پیشنهاد صیغه شدن می دهند می تواند اعتمادی در زنان ایجاد کند که از جنس تعهدی همسرگونه به نظر می آید و به زنانی که نیازمند حمایتی موجه می باشند این آرامش خاطر را می دهد. اما شکاف ها و نقصان موجود در این رابطه نمی تواند آنها را پایدار نگاه دارد زیرا این شکل ارتباط، تنها به منظور جلب اعتماد افرادی به کار گرفته شده که -با توجه به سابقه زندگیشان- با بی اعتمادی زندگی کرده اند. از منظر دیگر نیز می توان عنوان نمودن "صیغه ام" توسط زنان مورد مصاحبه را راهی برای کسب اعتبار و موجه نشان دادن رابطه هایشان در جامعه ای که از این جنس رابطه حمایت می کند تفسیر نمود.

سن اولین مصرف اکثریت این زنان بین ۱۴ تا ۱۸ سال بود. راههای تهیه مواد در میان زنان کم سن تر و زنان دارای سن و سال بیشتر متفاوت دیده شد. زنان جوانتر کمتر به سراغ توزیع کننده و فروشنده مرد می روند و به نظر می رسد فروشندگان زن در شبکه مصرف زنان نقش مهمی دارند که معمولاً با رایزنی های دیگر، وسایل تن فروشی را نیز برای این زنان فراهم می کنند. البته انعطاف مردان فروشنده مواد در برابر زنان مصرف کننده بیشتر است و این خود عاملی در رجوع زنان با نیاز مالی بیشتر به این افراد است. به نظر می رسد با توجه به اینکه نسل جدید مصرف کنندگان از جانب خانواده و دوست پسری که با او رابطه دارند مواد مصرفی را تأمین

می کنند، کمتر به فروشنده رجوع می کنند و این خود می تواند نشان دهنده موج جدیدی در مشروعیت مصرف میان خانواده ها می باشد.

اکثریت این زنان سابقه رفتارهای مجرمانه اعم از خرید و فروش مواد که به دستگیری یا زندان منجر شود، داشته اند که البته با توجه به دیگر رفتارهای پرخطر در میان این زنان امری غیر معمول به نظر نمی رسد. این مساله بیانگر ضرورت توجه برنامه ریزان به تنظیم برنامه ای جامع است که بتواند تمامی جنبه های علت ساز وقوع جرم را وجهه نظر قرار دهد.

اولین پیشنهاد دهنده مصرف مواد به این زنان، یک مرد بوده است. این مرد، پدر، برادر، دوست پسر یا همسر می باشد. طبق الگوی رایج در کشور که تریاک به عنوان ماده سنتی مصرفی مردان بوده و از آنجایی که این زنان مؤخر بر مردان مصرف مواد را شروع کردند لذا در گروه سنی بالاتر زنان، فرایند مصرف با تریاک آغاز شده و در حال حاضر مصرف کراک و شیشه و تمجیزک و... نیز جزء مواد مصرفی آنها می باشد. به نظر می آید نقش مسلط مردانه با توجه به نیاز اقتصادی و عدم برخورداری از هرگونه حمایت خانواده پدری این زنان، عاملی برای وابستگی محسوب می شود. وابستگی ای که یکی از عوارض مصرف مواد و حتی تزریق می باشد.

در بخشی از پژوهش که مصرف کاندوم در روابط جنسی بررسی شد با اکثریت زنانی روبرو هستیم که علیرغم آگاهی به اهمیت استفاده از کاندوم در پیشگیری از بیماری ها، در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نمی کنند. این عدم استفاده از یک منظر به علت خواست مردانی است که با آنها رابطه دارند. بدیهی است در تن فروشی که خاستگاهش نیاز اقتصادی است عدم قدرت چانه زنی برای استفاده از کاندوم در روابط جنسی به عنوان عارضه ای دیگر خودنمایی می کند. پس به نظر نمی رسد همواره آگاهی بتواند در عملی ساختن دانش کارساز باشد. از منظری دیگر زنانی با تکیه بر این نکته که مردی که با آنها رابطه دارد شناخته شده می باشد و منعی برای برقراری رابطه بدون کاندوم وجود ندارد، مجوز عدم استفاده از کاندوم را به خود می دهند در حالی که در میان صحبت ها می توان به شرکای جنسی متفاوت مردانی که با آنها هستند پی برد در عین حال این مردان غالباً مصرف کننده مواد بوده و تجربه زندان و تزریق دارند. این مسئله در تزریق مشترک با همسر و یا شریک جنسی غیر همسر نیز مشاهده شد که صرف آشنایی با وی می توان از سرنگ مستعمل او نیز استفاده کرد. به نظر می رسد نقش احساس و عواطفی که در تصمیم گیری این زنان خود را نشان می دهد، آنان را حتی از دیدن واقعیت محرومشان ساخته است در عین حال ذکر این نکته نیز ضروری است که زنان به حفظ روابط خود و طرد نشدن از یک رابطه بیشتر از سلامتی خود بها می دهند لذا اهمیت پرداختن به این حوزه در جهت ارتقاء آگاهی این زنان و توانمند سازی آنان از ضروریات برنامه های پیشگیرانه محسوب می شود.

درمان اعتیاد این زنان به عنوان یک ضرورت در برنامه پیشگیری - برای عدم مبادرت به تن فروشی به منظور تهیه مواد مصرفی - با تکیه بر توانمند سازی این زنان در حوزه مهارت های فردی حتی می تواند با بالا بردن توان چانه زنی زنان در روابط جنسی - با همسر یا غیر همسر - به آنها کمک کند. از سوی دیگر تدوین برنامه های پیشگیری برای مردان به عنوان شریکان جنسی تعیین کننده نوع و شکل رابطه جنسی، بایستی مدنظر قرار بگیرد زیرا با توجه به نقش مسلط مردان هرگونه آموزش بدون در نظر گرفتن مردان ابتر به نظر می رسد.

بررسی فرایند مصرف در زنان جوان تر نشان می دهد ماده مصرفی آغازین متفاوت است و بسیاری از آنان با شیشه یا کراک و ترامادول آغاز به مصرف داشته اند. البته تغییر ماده آغازین به معنای رفع تسلط مردان در اعتیاد زنان نیست. زیرا همچنان حضور یک مرد را در کنار زن مصرف کننده می بینیم. به نظر میرسد ویژگی های فردی و محیط اجتماعی نسل جدید مصرف کنندگان، بطور مستقیم با بازار مواد همخوانی دارد و بازار توزیع و عرضه مواد به خوبی متقاضی را شناسایی کرده است. مثلا از این واقعیت آگاه است که یک زن بدون تجربه سیگار کشیدن نیز می تواند مصرف کراک یا شیشه آغاز کند.

نکته قابل توجه رواج روش تزریق در میان اکثریت این زنان است. حتی کسانی که خود تجربه تزریق نداشتند بطور قطع با یک مرد تزریقی روابط جنسی داشته اند. تزریق مشترک نیز به عنوان رفتار پرخطر در این زنان دیده شد و در اینجا نیز همان توجیه مشابه در مورد عدم استفاده از کاندوم دیده می شود. زیرا تزریق مشترک اغلب آنان با همسرانشان یا مردی که با او رابطه داشتند، بوده است و صرف همسر بودن و شناختن مرد مربوطه برای رفع نگرانی زن از تزریق مشترک، دلیل کافی به شمار آمده است.

در کنار این رفتار پرخطر با خشونت های جنسی ای که این زنان تجربه کرده اند مواجه شدیم. اکثریت این زنان بطور مکرر توسط افراد ناشناس مورد تجاوز قرار می گیرند و یا آگاهانه به مکانهایی رفته اند که در آنجا حتی با ۱۰ تا ۱۵ نفر رابطه جنسی داشته اند. همچنین یکی از موارد مهم، دزدیده شدن این زنان و حبس در مکانهایی به عنوان نیروی کار است.

مصرف شیشه در میان اکثر این زنان به عنوان ماده ای که بر سیستم عصبی اثرات مخرب تری در مقایسه با سایر مواد دارد و آنها را از درک شرایط محیطی و پیرامونی باز میدارد، قابل توجه است. برقراری روابط عدیده و غیر قابل کنترل در آنها از جمله عوارض مصرف این ماده است. در اینجا لازم به ذکر است مصرف مواد مخدر به علت ایجاد بیبوست و تغییر وضعیت روده ها امکان ارتباط مقعدی را ضعیف کرده است اما مصرف شیشه در ارتکاب این رفتار پرخطر جنسی نیز نه تنها مانعی ایجاد نمی کند بلکه تقویت کننده اینگونه روابط نیز می باشد.

زنی که بر شرایط محیطی و هشیاری خود تسلط ندارد به روابط جنسی غیر قابل کنترل و خطرناک نیز تن میدهد و این امر خود احتمال ابتلا به بیماریهای منتقله از راه جنسی را افزایش میدهد. در حال حاضر تعداد زیادی از زنانی که تن فروشی میکنند شیشه مصرف میکنند. درمان زنان مصرف کننده مواد طی سالهای اخیر به علت ورود شیشه (از گروه آمفتامینها) بسیار دشوار شده است. در یک نگاه کلی میتوان عوارض و مشکلات شیشه را در مصرف کنندگان زن به اینگونه تحلیل کرد: مواد مخدر موجود در کشور، با داروی متادون به عنوان یک داروی جایگزین، قابل کنترل و درمان است اما برای شیشه جایگزینی وجود ندارد. درمان شیشه عبارتست از خدمات روانشناختی و مداخلات منظم هفتگی که بیمار بطور هفتگی توسط درمانگر مورد رصد قرار گیرد. این مهم نیز با مراجعات نامنظم و محدودیت مکانی مراکز نگهداری این زنان قابل انجام نیست. بسیاری از زنان مورد مطالعه در دوره های درمانی وارد شده اند اما به علل مختلف از ادامه آن منصرف شده اند یا شرایطشان برای ادامه درمان مناسب نبوده است. کاملاً واضح است که مداخلات درمانی به علت محدودیت امکانات مراکز درمانی از کیفیت خوب و مطلوبی برخوردار نیست و مداخلات جامع روانشناسی - که بیش از پیش مد نظر متخصصین مسائل این گروه از جامعه است - تحقق نمی یابد. ارائه متادون قدم بسیار کوچکی برای حل معضل اعتیاد این زنان است و سایر مداخلات اعم از حمایت های اجتماعی و روانی از اهمیت بیشتری برخوردار است. اکثریت این زنان خود را در معرض ابتلا به بیماری ایدز می دانند و سابقه حضور در مکان های پر خطر را داشته اند. محل هایی که آنان تردد دارند یا زندگی می کنند توأم با خطرات زیادی است. از جمله این خطرات می توان به سرنگهای آلوده موجود در این مکانها یا خطر قرار گرفتن در معرض تجاوز یا ارتباطهای جنسی مشکوک اشاره کرد. عدم وجود سطح بندی در ارائه خدمات به این زنان، به در معرض خطر قرار گرفتن آنها تا حدود زیادی است. در بسیاری موارد، دختران جوان تر بر اثر تماس با زنان مصرف کننده پرخاطر، در معرض فروخته شدن و یا پیشنهاد الگوی مصرف خطرناک تر قرار گرفتند و حتی در مواردی وادار به تزریق شدند. در مورد وجود سرنگ های آلوده در محل اولاً به نظر می رسد خدمات جمع آوری سرنگ یا برنامه تبادل سرنگ مهمتر از دادن سرنگ رایگان باشد. حتی دادن سرنگ رایگان بدون تبادل سرنگ ممکن است در مجموع خطرناک تر هم باشد. ثانیاً سطح بندی خدمات با توجه به وضعیت مصرف کننده در کاهش خطرات نقش مهمی دارد که به نظر می رسد بایستی در برنامه های آتی برای این زنان لحاظ شود.

در خصوص آگاهی زنان مورد مطالعه به راههای پیشگیری از ایدز، ذکر این نکته ضروری است که این زنان را می توان در چند طبقه بندی مورد بررسی قرار داد. زنانی که آموزشهای مناسبی دریافت نکرده اند و اطلاعات آنها در مواردی مانند در آغوش گرفتن فرد مبتلا، انتقال از راه تنفس، غذا خوردن در ظرف مشترک یا گزش

پشه به عنوان عوامل انتقال غلط بود؛ زنانی که آشنایی به روشهای انتقال ایدز دارند ولی در اکثر موارد بدانها عمل نمی کنند؛ زنانی که اطلاعات نسبی داشتند، راه های پیشگیری را درست انجام نمیدادند و یا در انجام آنها سست بودند و عمل به آموخته ها در آنها به باور تبدیل نشده بود؛ و زنانی که بر این باور بودند که در معرض خطر نیستند. رفتار متعهدانه نسبت به آموزش تنها در چند نفر دیده میشد و برخی نیز تحکم مرکز و پیگیری های جدی توام با آموزش مداوم را طلب میکردند.

از یک سو باید گفت اگر آموزشی در مراکز وجود داشته باشد، اما منجر به تغییر رفتار نشود، قطعاً دردی را دوا نخواهد کرد. به نظر میرسد که آموزش صرف، بدون بهره گیری از سایر روشهای آموزشی موثر، راهکار چندان مناسبی برای رفتارهای پیشگیرانه از ایدز نیست. در آموزشهای پیشگیرانه تا مردان جامعه تحت تاثیر قرار نگیرند نمیتوان راهکارهای موثری اجرا کرد. چرا که بنا به گزارشات بدست آمده زنها تسلیم شرایط بودند؛ برای محافظت از خود و استفاده مردها از کاندوم تا مرز درگیری فیزیکی نیز پیش رفته اند؛ و در مکانهای نا امن به روابط گروهی و متعدد نیز تن داده اند. تا وقتی در جامعه حداقلهای آگاهی بصورتی اثر بخش وجود نداشته باشد احتمال بروز اینگونه رفتارها نیز وجود دارد و تا زمانی که این آموزشها در مردان بصورت تغییر رفتاری مشاهده نشود نمیتوان انتظار چندان از برنامه های پیشگیری از ایدز داشت.

از سویی دیگر زنانی که ایدز و مسیرهای ورود آن را نشناسند قطعاً خود را در معرض خطر نیز احساس نمیکند و همین ساده انگاری باعث بروز ایدز در آنان میشود. حال سوال اینجاست که آیا از زنان تزریقی که تن فروشی میکنند گروه پر خطر تری در جامعه وجود دارد؟ پس چرا این گروه پر خطر خود را در مقابل این آسیب ایمن می بینند؟ تغییر سطح دانش، نگرش و رفتار در مراجعان به این مراکز که تعداد محدودی نیز هستند هنوز محقق نشده است، پس انتظار زیادی از سایر اعضای جامعه نمی توان داشت.

آنچه از اقدامات پیشگیرانه در حوزه ایدز وجود دارد چاپ چند پوستر و بروشور در این زمینه است. اطلاعاتی که مکانیسمی برای عمل به آن اندیشیده نشده است. لذا لازم است در این شرایط اقدامات موثرتری برای پیشگیری از ایدز در جامعه اتفاق بیفتد. شاید لازم باشد بخشی از اطلاعات این گزارش بصورت مستند تلویزیونی در اختیار افراد جامعه قرار گیرد تا ملموس تر درک شود. به نظر میرسد در شرایط کنونی دانستن و برشمردن راههای انتقال ایدز دیگر تنها اهداف آموزشی ایدز نباید باشد چرا که در نهایت این رفتار است که میبایست بطور اساسی تغییر یابد.

خدمات موجود و نقد آن:

بررسی خدماتی که زنان مورد مطالعه در حوزه پیشگیری از ایدز دریافت می کنند حاکی از این امر بود که زنان مصرف کننده مواد دارای رفتارهای پرخطر - که در معرض مستقیم ابتلا به بیماری ایدز هستند- به طور پراکنده و غیر منسجم در برنامه های پیشگیری از ایدز قرار دارند که همانند یک پیراهن آماده تلاش می شود مورد استفاده این گروه قرار گیرد. این برنامه ها با توجه به مباحث قبلی طرح شده مبتنی بر نیاز مخاطب که زنان میباشند، تدوین نشده لذا به نظر می آید نتوانسته به گونه ای مؤثر عمل کند. موارد ذیل رئوس شکاف هایی است که در این مطالعه شناسایی شد.

- **عدم لحاظ نمودن رویکرد جنسیتی در تنظیم برنامه:** خدمات کاهش آسیب، با توجه به بالا بودن تعداد مردان تزریقی، با رویکرد مردانه تنظیم شده اند و نیازهای زنان در آن مغفول مانده است.

- **عدم ساماندهی در وضعیت نیروی انسانی:** نیروی انسانی فعال در حوزه کاهش آسیب زنان از لحاظ تعداد با محدودیت روبروست که می تواند ناشی از فقدان بودجه لازم برای بکارگیری افراد باشد. همچنین عدم وجود شرح وظایف مشخص با توجه به نیاز این مراکز، باعث شده است که از نیروهای بکار گرفته شده به صورت بهینه استفاده نشود.

- **به روز نبودن خدمات:** خدمات کاهش آسیب با همان ساختار اولیه در حال اجراست و بدون هیچگونه ارزیابی به عنوان خدمات ارائه شده به زنان ارائه می گردد و این خدمات با اطلاعات روز بازبینی نمی شود.

- **عدم اعتماد به خدمت دهندگان:** آنچه که در میان زنان مصرف کننده مشاهده شد عدم اعتماد آنان به خدمات و خدمات دهندگان بود که همین نکته توسط فعالین و متخصصین در این حوزه نیز تأیید شد. این عدم اعتماد در راستای عدم اعتمادی است که در سرمایه اجتماعی موجود مشاهده می شود. این زنان به علت تجربه های تلخ بی اعتمادی در طول زندگیشان و عدم تحقق وعده های داده شده، عدم اعتماد بیشتری از خود نشان می دهد.

- **عدم وجود نظام حمایتی-ارجاعی و همکاری بین بخشی:** عدم پیگیری وضعیت زنان در معرض آسیب و اختلال، به علت فقدان یک سیستم حمایتی چه در حوزه پیشگیری از ایدز، چه درمان و چه پایش، در کنار مشکلات دیگر فردی و اجتماعی این زنان -که حل آنها می تواند به ماندن فرد در چرخه درمان کمک کند- تنها ریشه در فقدان یک نظام حمایتی-ارجاعی دارد.

- **عدم توانایی در تقویت حس نیاز به سلامتی:** با توجه به عدم توجه بسیاری از زنان به موضوع انتقال بیماری ایدز و نظرات کارشناسان می توان این امر را ناشی از عدم سرمایه گذاری بر تقویت حس نیاز به سلامتی در جامعه دانست. البته توجه به این نکته نیز لازم است که برخی از مصرف کنندگان مواد، برای سلامت خود هیچ ارزشی قائل نیستند و حتی در صورت دانستن عوارض ایدز و مشکلات ناشی از آن باز اقدامی جهت پیشگیری انجام نمی دهند. در بین این زنان افرادی نیز وجود دارند که به فردای خود امیدی ندارند. در سوابق این زنان، بارها اقدام به خودکشی، به چشم می خورد و با آغوش باز مرگ را پذیرا هستند. همچنین علائم اختلالات روانپزشکی در برخی از آنها به وضوح مشاهده می شود. به همین دلیل، با ادامه روند کنونی، پیش بینی میشود که گسترش بیماری ایدز توسط این گروه از زنان سرعت بیشتری داشته باشد.

پیشنهاد گروه تحقیق:

با توجه به مشکلات عدیده زنان مصرف کننده مورد مطالعه مشاهده گردید که غالب نیازهای آنان در حوزه نیازهای پایه متمرکز بود. لذا اکثریت آنان با پرسش «در حال حاضر مهمترین نیازت چیست؟» بسیار منفعل روبرو شدند و واکنش ظاهری و کلامی آنها حاکی از این نکته بود که به نیازهایشان در این خصوص واقف نیستند و اساساً پیشگیری از ایدز را یک نیاز نمی دانند.

در ابتدا اینطور به نظر میرسد که برخی نیازها که توسط افراد مطرح میشود، بسیار شبیه به هم و مشترک هستند. اما این وظیفه مجریان است که با بررسی پژوهشهای مرتبط زمینه شناخت نوع نیاز این بیماران را فراهم کند. به عبارت دیگر این افراد (زنان مورد مطالعه) دانش کافی را برای ترسیم فضای خدمات یک مرکز پیشگیرانه ندارند و این موضوع نباید سیاستگذاران را به اشتباه بیندازد که خدمات در حد اظهارات این بیماران کافی است و نیاز دیگری ندارند. زیرا این بیماران به علت فشارهای عدیده و محدودیتهای بیشمار به حداقلی راضی هستند که در حوزه فعالیت های کاهش آسیب قرار نمی گیرد.

مطالبات بسیاری از زنان مورد مطالعه به حداقل خدمات خلاصه می شد و در اظهارات خود به یک سر پناه امن، خوراک حداقلی روزانه و اندکی مخارج راضی بودند. نداشتن این حداقل امکانات رفاهی برای آنان باعث شده تا برای زنده ماندن به هر کاری تن بدهند؛ گدایی، دست فروشی، قهر شویی و هر راه ممکن دیگری را برای کسب درآمد تجربه کرده اند. این زنان از حداقل معاینات سلامت نیز محرومند و از وضع واقعی سلامتشان اطلاعات زیادی در دست نیست.

به نظر می آید اولویت های سازمانی با اولویت های واقعی در تعارض است. پیشگیری از ایدز خواسته اول و مهم گروه مخاطب نیست. تلاش برای بقاء و سپس سایر نیازهای پایه دغدغه این افراد است. برای پیشگیری از ایدز در جامعه بایستی به سراغ پرخطرترین افراد رفت اما چنانچه نتوانیم اولویت ها را بر هم منطبق نماییم انتظار موفقیت باطل به نظر می آید. زنی که سقفی بالای سر ندارد و شبها در خیابان میخوابد، قطعاً دغدغه کنترل وجود ویروس در خون خودش را ندارد پس نمیتوانیم اولویتهای خود را به آنان تحمیل کنیم. آنچه آنان در اظهارات خود به آن اشاره کرده اند در مراحل اولیه، سرپناه، خوراک، کار، پوشاک، کمک خرج مالی و درمان اعتیاد بوده است. فراموش نکنیم محفوظ نگاه داشتن سلامت جامعه از بیماری ایدز، عدم انتقال بیماری به سایرین، ارتقاء سطح دانش گروه مخاطب و سایر اهداف مشابه، نیازهای سیاستگذاران است. یک زن مصرف کننده مبتلا به ایدز، برای عدم ابتلای چند مرد متجاوز و زورگیر به ایدز دغدغه ای ندارد.

با توجه به اطلاعات به دست آمده از نیازهای زنان برای پیشگیری از ایدز پیشنهادات ذیل مطرح می شود.

- احساس نیاز ایجاد کردن:

این زنان به نیازهایشان واقف نیستند و اساساً پیشگیری از ایدز را یک نیاز نمی دانند. لذا با سرمایه گذاری و تبلیغ در حوزه سلامت می توان در جهت تقویت حس نیاز به سلامت در زنان گام برداشت. همچنین با استفاده از ابزارهایی مانند کارت سلامت و بهداشت می توان وضعیت سلامتی این زنان را کنترل نمود.

- ضرورت درمان اعتیاد:

یکی از نیازهای اساسی برای پیشگیری از ایدز وی/ ایدز ضرورت درمان اعتیاد است. تدوین برنامه درمانی ترک اعتیاد زنان با توجه به تفاوت های جنسیتی و نیازهای زنان، با رویکرد روانشناختی و اجتماعی و تمرکز بر درمان مواد محرک از الزامات به نظر می رسد. همچنین راه اندازی مراکز اقامتی درمانی ویژه زنان با استفاده از مکانیسم هایی که از انگ های اجتماعی به این زنان محافظت شود ضروری به نظر می رسد.

- آموزش:

در حوزه آموزش نیز تکرار موارد مطروحه و تلاش جهت درونی سازی رفتار پیشگیرانه میبایست مد نظر قرار گیرد. همچنین آموزش مردان در برنامه هایی که ویژه زنان است از اهمیت برخوردار است. در نظر گرفتن این

نکته که رویکرد آموزش باید در جهت توانمند سازی زنان باشد و ایجاد مهارت های فردی اعم از مهارت شغلی و مهارت های رفتاری را مد نظر قرار دهد، از ضرورت بالایی برخوردار است.

- در دسترس بودن:

دسترسی به کاندوم، سرنگ و سوزن استریل برای آن دسته از زنانی که مصرف کننده هستند و رابطه های جنسی متعدد دارند - به گونه ای که شغل خود را تن فروشی می دانند- از ضروریات خدمات پیشگیری از ایدز است. کمبود مراکز کاهش آسیب ویژه زنان و منحصر شدن این مراکز به تعدادی انگشت شمار نمی تواند پاسخگوی برنامه های پیشگیری از ایدز برای زنان باشد.

- انگ زدایی:

نگاه جامعه به زنان مصرف کننده "دو چندان منحرف" است. لذا مراکز درمان اعتیاد زنان یا مراکز کاهش آسیب موجود، از لحاظ موقعیت فیزیکی و اجتماعی با مشکلات عدیده ای روبرو هستند. موفقیت برنامه های کاهش آسیب که مبنای آن بر یک ساختار واقع گرایانه گذارده شده باشد، با حمایت فرهنگ سازانی محقق می شود که به آسیب های اجتماعی به عنوان یک واقعیت نگاه می کنند و در جهت انگ زدایی از زنانی که حلقه های به هم پیوسته کنش های اجتماعی آنان را در چنین جایگاهی قرار داده است، تلاش می کنند.

- سطح بندی خدمات کاهش آسیب:

با توجه به تفاوت های فردی، سنی، اقتصادی و میزان آسیب وارده به زنان مصرف کننده، لزوم سطح بندی خدمات پیشگیری از ایدز به این زنان بایستی رعایت شود تا عدم تناسب خدمات گیرندگان، به بالا بردن میزان آسیب و شیوع آن در دیگر افراد منجر نشود. بسیاری از زنان مصرف کننده به علت پیدا نکردن جایگاه خود در خدمات تعریف شده موجود، خارج از تور درمان قرار می گیرند و به صورت پنهان می توانند عاملی برای انتقال ایدز باشند.

- ایجاد سیستم ارجاعی - حمایتی

از آنجایی که بررسی وضعیت زنان مصرف کننده مواد با رفتارهای پرخطر، نشان داد این زنان از هیچگونه خدمات ARV, VCT استفاده نکرده اند و تنها خدمات دریافتی این زنان در معرض ابتلا به ایدز، ارائه متادون و انجام آزمایش ایدز بوده که آن هم فاقد هرگونه پیگیری و خدمات مشاوره ای پس از آزمایش

صورت گرفته است. به ویژه اینکه متادون درمانی نیز در میان زنان مصرف کننده مواد مخدر بوده و غالباً متادون مصرفی در کنار مواد دیگر مورد سوء مصرف قرار گرفته است و به نظر می آید کنترلی بر روند درمان نیز وجود ندارد. در حالی که اکثریت این زنان، مصرف کنندگان مواد محرکی مانند شیشه هستند هیچگونه برنامه درمانی اعم از مداخلات روانشناختی (ماتریکس، CBT و...) (ویژه این گروه مصرف کنندگان در نظر گرفته نشده است. در کنار این شکاف ها غالب این زنان به خدمات دندانپزشکی، خدمات در حوزه بیماری های زنان و بیماریهای مختلف داخلی نیازمندند که به نظر می آید حل این مسئله تنها از طریق یک سیستم یا مجموعه ارجاعی (Referral complex) امکان پذیر است، سیستمی که بتواند پاسخگوی نیازهای درمانی این زنان باشد

- عدم انکار افراد دو جنسی:

با توجه به طرد دو جنسی ها که در جامعه اعم از خانواده و اجتماع بزرگ تر، ما با گروهی از افراد روبرو هستیم که از هیچگونه حق اجتماعی اعم از شغل و... برخوردار نیستند. این افراد از پر خطرترین هایی محسوب می شوند که هرگونه تعرضی را بدون هیچ اعتراض باید بپذیرند و علیرغم استفتائاتی که برای تغییر جنسیت و تثبیت جنسی آنان صورت گرفته و در حال حاضر امکان عمل جراحی برای آنان وجود دارد اما هنوز در معرض آسیب اجتماع قرار دارند و با توجه به رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیادی آنها، توجه خاص به آنان در برنامه های پیشگیری از ایدز ضروری به نظر می رسد.

مدل پیشنهادی تحقیق

با توجه به مجموعه یافته ها و بحثهای انجام گرفته فوق، پیشنهاد می شود در راستای ارائه خدمات پربازده پیشگیری از اچ آی وی/ ایدز، مجموعه ای از مراکز اقامتی، مانند اجتماعات درمان مدار ویژه زنان پر خطر، در مکانهایی مناسب و امن، در نقطه ای دور از شهر -که برای جلوگیری از واکنش محلی با مناطق مسکونی فاصله داشته باشد- تاسیس گردد. در چنین مراکزی امکانات اقامت ۲۴ ساعته زنان فراهم شود به طوری که تمامی خدمات مربوطه در مرکز ارائه گردد. در چنین مجموعه ای، از خدمات دهندگان زن استفاده شود و همچنین زنان تحت پوشش نیز به منظور ایجاد مشارکت و کار هدفمند و در عین حال، کمک به درآمدزایی و خودگردانی مرکز مشغول به کار شوند. در راستای اعتماد سازی و تسهیل ارتباط و خدمات رسانی به زنان در معرض خطر از نیروهای همتا استفاده شود. امکانات لازم جهت مرتفع ساختن نیازهای اولیه این زنان اعم از غذا، پوشاک، نیازهای درمانی و بهداشتی و خدمات حقوقی و قضایی در داخل چنین مجموعه ای فراهم گردد. یک نظام

حمایتی-ارجاعی برنامه ریزی شده و منظم در این مراکز به منظور ارتباط با دیگر سازمانها و حل مشکلات متفاوت این زنان مستقر گردد. خدمات پزشک عمومی، پزشک زنان و دندانپزشک و حمایت‌های دارویی و درمانی، ARV, VCT, و آزمایش HIV همچنین مشاوره امور حقوقی و اجتماعی از جمله خدماتی است که از طریق سیستم ارجاع در یک مجموعه درمانی ویژه زنان، می توان لحاظ نمود. همچنین لزوم حمایت های مشاوره ای قبل و بعد از آزمایش ها از ضروریاتی است که لزوم قرار گرفتن آنها در مجموعه خدمات چنین مراکزی بدیهی به نظر می رسد. رعایت کرامت و احترام انسانی محور خدمات رسانی بوده و برخورد مناسب همراه با ملاحظت و مهربانی، رازداری، همدردی و پرهیز از سرزنش و تحقیر معیار همکاری در این مرکز باشد و در این راستا به کلیه خدمات دهندگان در مورد تکنیکهای مشاوره و برقراری ارتباط موثر آموزشهای لازم ارائه شود. اجرای برنامه های آموزشی مستمر و به روز همراه با در اختیار گذاشتن وسایل پیشگیری و تاکید بیشتر به آموزشهای پیشگیرانه در این مراکز از اهم خدمات و فعالیتها خواهد بود.

نهایتاً ذکر این نکته ضروری است که با توجه به ویژگیهای چنین مراکزی که مجموعه متنوعی از خدمات را در بر می گیرند نمی توان وزارت بهداشت و درمان را تنها متولی اجرای چنین طرحی دانست و به نظر میرسد وقت آن فرا رسیده تا سایر نهادهای صاحب نفوذ، متمول، قدرتمند و مرتبط با این حوزه در جامعه نیز در استقرار و اجرای چنین برنامه ای مشارکت فعال داشته و بدین طریق نقش هر چه پررنگ تری در عرصه صیانت از سلامت جامعه ایفا نمایند.

منابع:

- اردلان، علی؛ هلاکویی نائینی ، کوروش، محسنی تبریزی، علیرضا ، جزایری ، علیرضا ، (۱۳۸۱)؛ ارتباط جنسی برای بقاء : پیامد فرار دختران از منزل ، فصلنامه رفاه اجتماعی؛ (۵): ۱۹۹-۱۸۷.
- اکبریان، مهدی؛ رفیعی، حسن؛ سجادی، حمیرا؛ کریملو، مسعود(۱۳۸۸)، نحوه گذران اوقات فراغت پیش بینی کننده مصرف مواد در بیکاران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی ، سال دهم، شماره ۳۴، ۱۷۱-۱۵۹.
- صدری زاده، بیژن، اپیدمیولوژی ایدز، ایدز در ایران و جهان،(۱۳۷۶)، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته کشوری مبارزه با ایدز، دفتر آموزش بهداشت.

- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، (۱۳۸۰)، بیماری ایدز در ایران و جهان ، تهران : اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها .

- رحیمی موقر، آفرین ؛ محمد، کاظم؛ رزاقی، محمد عمران (۱۳۸۱)؛ روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در ایران؛ مجله پژوهشی حکیم، دوره پنجم ، شماره سوم ، ص ۱۸۲-۱۷۱.

رحیمی موقر، آفرین ؛ (۱۳۸۲)؛ شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران ، فصلنامه رفاه اجتماعی ، سال سوم ، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، ص ۲۲۸-۲۰۵.

رزاقی، محمد عمران؛ رحیمی موقر، آفرین ؛ محمد، کاظم؛ حسینی، مهدی، (۱۳۸۲)، مطالعه کیفی رفتارهای جنسی پر خطر معتادان تزریقی در تهران، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، شماره دو. ص ۱-۹.

- رزاقی ، محمد عمران ، رحیمی موقر؛ آفرین ؛ حسینی ، مهدی، مدنی ، سعید. (۱۳۷۹). گزارش بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران ، معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل.

- علیایی زند، شهین ، (۱۳۸۱) ، ازدواج نامناسب : بستری زمینه ساز برای روسپیگری ، فصلنامه رفاه اجتماعی ، (۵): ۱۴۱-۱۱۹.

- نارنجی ها، هومان، رفیعی، حسن، نوری، رویا و همکاران (۱۳۸۶). ارزیابی سریع سوء مصرف مواد در ایران. مرکز تحقیقات اعتیاد (مؤسسه داریوش سابق) ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- نجاری، فارس، (۱۳۸۶)، بررسی اعتیاد در زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تهران در سال های ۸۴-۸۵ و مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۵، شماره ۴، ص ۴۶۳-۴۵۷.

- نوری، رویا، رفیعی، حسن، نارنجیها، هومان، سلیمانی نیا، لیلا، غفوری، بهاره، میرابی، بهاره (۱۳۸۶)، بررسی عوامل تاب آوری زنان همسر معتاد در برابر اعتیاد همسر؛ طرح پژوهشی مرکز تحقیقات اعتیاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

aids data hub. indonesia country Profile. <http://www.aidsdatahub.org/en/country-profiles/indonesia> accessed 16 jun 2010; 2010.

Amaro, H., & Hardy-Fanta, C. (1995). Gender relations in addiction and recovery. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27: 325-337.

Banks, H. & Boehm, S. (September, 2001). Tragedies Intertwined. *Children's Voice*, 10(5), 36-42.

Bennetts A et al. (1999). Differences in sexual behaviour between HIV-infected pregnant women and their husbands in Bangkok, Thailand. *AIDS Care*, , 11:649–661.

-Butters J, Erickson PG. 2003. Meeting the health care needs of female crack users: a Canadian example. *Women's Health*; 37(37):1- 7, DOI:10.1300/J013V37n03-01.

CDC. HIV/AIDS Surveillance Report, 2005. Vol. 17. Rev ed. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC: 2009:1–46. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/>. Accessed June 28, 2009.

CDC. HIV/AIDS Surveillance Report 1998;10(No. 2):1–43. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/>. Accessed March 1, 2009.

CDC. Cases of HIV infection and AIDS in the United States, by race/ethnicity, 2000–2004. HIV/AIDS Surveillance Supplemental Report 2006;12(No. 1):1–36. Available at http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2006supp_vol12no1/available2.htm. Accessed March 1, 2009.

CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance, (2005). Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC; November 2006. Available at <http://www.cdc.gov/std/stats/toc2005.htm>. Accessed March 2, 2009.

Covington, S. (2002). Helping women recover: A comprehensive integrated treatment model. A teleconference presented through the AIA Resource Center on April 17, 2002.

-Commission on AIDS in Asia,(2008),Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response. New Delhi, Oxford University Press,.

-Dunnegan, S. W. (1997). Violence, trauma, and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29: 345-351.

Duongsaa, U. (1998). Women and Drugs: From Hard Realities to Hard Solutions. (Paper on Women, Gender and Drugs) .

-EMCDDA, , 2000, Problem facing women drug users and their children , annual report on the state of a drug problems in the European Union.

Female drug use, sex work and the need for harm reduction, Fact sheet Centre for http://www.chr.asn.au/freestyler/gui/files//Female_drug_use.pdf

Drug injection and HIV/AIDS in Asia, MAP., 2005.

[http://www.mapnetwork.org/docs/MAP_IDU%20Book 24Jun05_en.pdf](http://www.mapnetwork.org/docs/MAP_IDU%20Book%2024Jun05_en.pdf).

Finkelstein, N., Brown, K-A.N., & Qamar Laham, C. (1981). Alcoholic mothers and guilt: Issues for caregivers. Alcohol Health and Research World, Fall Issue: 45-49.

Greaves, L., et al. (2002). A Motherhood Issue: Discourses on Mothering Under Duress. Ottawa: Status of Women Canada.

HIV/AIDS Asia Regional Program , (HAARP),(2010), How Gender Responsive Are HAARP Country Programs?, Results Of The Gender Checklist Consultation With Country Programs, Results of the Gender Checklist Consultation With Country Programs.

HIV Transmission in Intimate Partner Relationships in Asia, UNAIDS, (2009).
Impact on Women due to Drug Abuse in the Family. (2003). Women And Drug Abuse : The Problem In India. Women book, 23, 20-21.

indonesian department of health (depkes), indonesian national aids commission (kPa), Family health international (Fhi).integrated Biological-Behavioral surveillance among most-atrisk groups in indonesia, 2007. surveillance highlights injecting drug users. jakarta: authors; 2009.

International Council of AIDS Service Organizations.(2007). Gender, Sexuality, Rights and HIV. Available at:

[Www.icaso.org/publications/genderreport_web_080331.pdf](http://www.icaso.org/publications/genderreport_web_080331.pdf) (last accessed on 15 July 2009).

- Knight KR, Purcell D, Dawson–Rose C, Halkitis PN, Gomez CA.(2005). Sexual risk taking among hiv–positive injection drug users: contexts, characteristics, and implications for prevention. *AIDS Educ Prev.*;17(1 Supl A):76-88.

-Kunst, A., Giskes, K., Mackenbach, J. (2004). Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies. Department of Public Health. Erasmus Medical Center Rotterdam.

-Lichtenstein B.(2005). Domestic violence, sexual ownership, and HIV risk in women in the American deep south. *Soc Sci Med.*;60(4):701-14.

-Mandell , GL., Bennett, JE. , Dolin,R .,(2000). Principles and practice of infectious disease. 5th ed. Churchill livingstone, ,pp.3112-26.

-Marcenko, M.O., Kemp, S.P., & Larson, N.C. (2000). Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low-income mothers.

-McDonnell KA, Gielen AC, O'Campo P.(2003). Does HIV, status make a difference in the experience of lifetime , abuse? Descriptions of lifetime abuse and its context ,among low-income urban women. J Urban Health. ;80(3):494-509.

McKigney, Neil and Marina Barnard (1996) Sex work on the streets: prostitutes and their clients Buckingham: Open University Press.

Ministry of Health [Viet Nam]. (2006).Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006. Hanoi, Ministry of Health [Viet Nam].

Ministry of Health [Indonesia] and Statistics Indonesia (2007). Risk behavior and HIV prevalence in Tanah Papua, 2006. Jakarta. Ministry of Health [Indonesia] and Statistics Indonesia, 2007.

Mirza Z, Hasnain M. (1995).KAP Study of Homosexuals about AIDS in Pakistan. Islamabad, National AIDS Control Programme, Government of Pakistan,

Millson P, Myers T, Calzavara L et al. (2003). Regional variation in HIV prevalence and risk behaviours in Ontario injection drug users (IDU). Canadian Journal of Public Health, 94(6): 431-35.

Millson P, Myers T, Calzavara L et al. (2003). Regional variation in HIV prevalence and risk behaviours in Ontario injection drug users (IDU). *Canadian Journal of Public Health*, 94(6): 431-35.

Millson, P., Leonard, L., Remis, R. et al. (2004). Injection Drug Use, HIV and HCV Infection in Ontario: The Evidence 1992 to 2004. HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto.

Moses S et al. AIDS in South Asia.(2006). Washington, DC, World Bank,.

Nam Tran ,T. , Detels R.,Thuy long ,H., Phuong Lan,H(2005), Drug use among female sex workers in Hanoi , Vietnam, Society for the study of Addiction .

Nanci silva,V., Oliveria, A, Mesquita,F, (2007), Vulnarability to HIV among female rejecting drug users , Universidade sao-paulo. Brasil .

National Behavioural Surveillance Survey on Injecting Drug Users and Female Sex Workers, Myanmar, 2007-2008.

National AIDS commission indonesia.(2008). country report on the follow up to the declaration of commitment on hiV/aids (ungass reporting period 2006-2007). jakarta: republic of indonesia;

Nelson-Zlupko, L., Dore, M.M., Kauffman, E. & Kaltenbach, K. (1996). Women in recovery: Their perceptions of treatment effectiveness. *Journal of Substance Abuse*.

NJ HIV/AIDS report ,(2008). HIV/AIDS Among Women in New Jersey, New Jersey Department of Health and Senior Services Division of HIV/AIDS Services.

Open Society Institute, 2010, ASSESSMENT IN ACTION SERIES(Making Harm Reduction Work for Women, The Ukrainian Experience), International Harm Reduction Development Program.

Over M et al. (2007).The economics of effective AIDS treatment in Thailand. AIDS, 21(Suppl. 4):S105–S116.

Reddy, A., Hoque, M. Md., Kelly, R. (2008). HIV transmission in Bangladesh: An Analysis of IDU programme coverage. International Journal of Drug Policy. 19, suppl 1: S37-S46.

Scaling up provision of anti-retrovirals to injecting drug users and non-injecting drug users in Asia, IHRA/WHO/AHRN, 2004:
http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/AHRN_ARVforIDU.pdf

Silverman JG et al. (2008).Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. JAMA, , 300(6):703–710.

UNAIDS. (2008).Policy Brief: HIV and International Labour Migration. Geneva, UNAIDS,.

UNAIDS.(2009).PCB Thematic Session “People on the Move” Framing Paper. Geneva, UNAIDS,.

U.S. Department of Health and Human Services. (1999). Blending perspectives and building common ground. A report to Congress on substance abuse and child protection. Washington, DC: US Government Printing Office.

Weissman, M. & O'Boyle, K. (2000). Women and addiction: Treatment issues and innovative program models. *The Source*, 10 (1), 17-19.

World Health Organization. (2007). HIV/AIDS in South-East Asia Region. Geneva, World Health Organization.

Wom Brewer DD; Fleming CB; Haggerty KP; Catalano RF. (1998). Drug use predictors of partner violence in Opiate dependent women. Social Development Research Group, University of Washington, USA. *Violence Vict.*; 13(2):107-15.

Public Health Agency of Canada. (2006). Surveillance Report to August, 2006. Ottawa, ON: Centre for Infectious Disease Prevention and Control.

-Scaling up provision of anti-retrovirals to injecting drug users and non-injecting drug users in Asia, IHRA/WHO/AHRN, 2004.

Sterk, C.E; Klein, H; Elifson, K.W. (2004). Self-Esteem and "At Risk" Women: Stewart, D. E., Gucciardi, E and Grace, S.L. (2004). "Depression" from Women's Health Surveillance Report: A Multidimensional Look at the Health of Canadian Women. *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1):S19.

-Tanguay, Pascal (2006), injecting drug use and sex work , <http://www.ahrn.net>.
Connected 2009/12/8 .

-The Centre for Harm Reduction (CHR), Burnet Institute, W: www.chr.asn.au,
available at : 2009/12/8.

-Tyndall MW, Patrick D, Spittal P, Li K, O'Shaughnessy ,MV, Schechter MT.
(2002). Risky sexual behaviours among ,injection drugs users with high HIV
prevalence: implications for STD control. 78.suppl_1.i170. Sex ,Transm
Inf.;78;170-175.

-UNAIDS, World Health Organization. (2007).AIDS epidemic update
.GENEVA.2007.

-United Nations Office On Drugs and Crime, HIV prevention and care for female
injecting drug users, 2006: www.unodc.org , Available at: 2009/12/8.

en who inject drugs .

Walsh, N. (2009). An assessment of substance use, HIV and related treatment in
Cambodia, focusing on injecting drug use.

