

رویه های مرتبط با پیشگیری و مراقبت از اچ آی وی برای زنان مصرف کننده مواد و زنان زندانی



توسط:
دکتر سید رامین رادفر

فروردین ۱۳۹۰

Photo by: S. Habibollahi With Curtsey to: Khaneh Khorshid



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

فهرست مطالب

فهرست نمودارها	۴
فهرست جداول	۴
چکیده	۵
چکیده	۵
مقدمه	۶
روش کار	۷
نتایج جستجوهای صورت گرفته برای منابع داخلی	۹
نتایج	۱۵
همه گیری شناسی	۱۵
تن فروشی و برقراری رابطه جنسی به دلیل فقر	۱۵
خدمات بهداشت باروری و تناسلی مناسب برای زنان مصرف کننده	۱۶
تداخل مصرف مواد در زنان با حاملگی و وظایف مادری و تاثیر آن بر سلامتی جنین و طفل	۱۷
خشونت بر علیه زنان تن فروش و/یا مصرف کننده مواد	۱۹
تجاوز به عنف	۲۱
تن فروشی و مصرف مواد	۲۱
تبعیض بر علیه زنان تن فروش و/یا مصرف کننده مواد	۲۴
خطر بالای انتقال جنسی اچ آی وی برای زنان مصرف کننده	۲۵
چرا موانع استفاده از کاندوم حین آمیزش برای زنان بیش از مردان است؟	۲۵
زنان و زندان	۲۶
هم پوشانی گروه ها	۲۸
موانع ارائه خدمات	۲۹
بهترین تجربیات	۳۱
مروری بر دستورالعمل های منتشر شده در ایران	۳۴
بحث و نتیجه گیری	۳۵
اقدام های لازم در آینده	۳۹

فهرست نمودارها

- نمودار ۱: فراوانی مطلق یافته ها به تفکیک سال انتشار..... ۱۰
- نمودار ۲: فراوانی مطلق یافته ها به تفکیک سال و نوع..... ۱۱
- نمودار ۳: فراوانی مطلق یافته ها به تفکیک سال و گروه هدف..... ۱۲
- نمودار ۴: فراوانی مطلق یافته های اختصاصی زنان به تفکیک سال و گروه هدف..... ۱۳
- نمودار ۵: فراوانی مطلق یافته های اختصاصی زنان به تفکیک سال و نوع انتشار..... ۱۴

فهرست جداول

- جدول ۱: فهرست واژه های مورد جستجو..... ۸
- جدول ۲: نتایج تماس های گرفته شده با سازمان های داخلی..... ۹

چکیده

زنان به دلایل مختلف تفاوت های اساسی با مردان داشته و به خصوص آسیب پذیر تر از مردان می باشند. در سال های خیر افزایش جمعیت زنان مصرف کننده مواد و زنان زندانی نسبت به کل جمعیت مصرف کنندگان و زندانیان در اکثر کشورهای دنیا مشاهده شده است. آسیب پذیری بیشتر زنان باعث شده است تا عملاً فراوانی نسبی زندانیان زن با سابقه رفتارهای جنسی پرخطر نظیر تن فروشی و مصرف مواد و همچنین دارای مشکلات روانپزشکی به کل جمعیت زندانیان زن در مقایسه با مردان به مراتب بیشتر باشد. این امر توجه روز افزون به تفاوت های این گروه و لحاظ کردن آن در طراحی مداخلات مرتبط با پیشگیری از اچ آی وی و درمان های اعتیاد را در بین صاحب نظران و برنامه ریزان باعث شده است.

برای ارتقای خدمات لازم است به راهبردهای موفقیت آمیزی همچون آموزش، مقتدرسازی، پیشگیری، مراقبت، ایمنی و سلامت شغلی، جرم زدایی از تن فروشی و اعتیاد و رویکردهای مبتنی بر حقوق بشر را نام برد. در طراحی واحدهای ارائه دهنده خدمت برای یا مصرف کننده مواد بایستی موارد زیر در نظر گرفته شده و به آن هم در طراحی مرکز و هم در پیاده سازی فعالیتها به گونه ای توجه شود که موارد زیر در تار و پود مرکز چه در جامعه و چه در زندان نهادینه گردد:

۱. از گروه هدف در طراحی فعالیت ها و سیاست گذاری تا حد ممکن استفاده شود.
۲. محیطی گرم، صمیمی و دوستانه برای زنان گروه هدف طراحی گردد.
۳. به زنان گروه هدف کمک شود تا جایی که بتوانند استقلال خود را به دست بیاورند.
۴. برنامه های مرکز برای مادران نیز در دسترس بوده و به آنها توجه داشته باشد.
۵. از رویکردهای توزیع سرنگ با آستانه پایین، سرویس های سیار و توزیع ثانوی برای افزایش دسترسی خصوصاً به زنان مصرف کننده تزریقی مواد استفاده گردد.
۶. خدمات مراقبت بهداشت جنسی و باروری در فعالیت های کاهش آسیب ادغام گردد.
۷. درمانهای اعتیاد با رویکردهای اختصاصی زنان در دسترس باشد.
۸. برنامه ها به گونه ای باشد که هر دو گروه زنان مصرف کننده مواد و تن فروش و گروه مشترک خدمات مطلوب خود را در دسترس داشته باشند.
۹. مرکز در ارتباط با مراکز اختصاصی سرویس دهی به قربانیان خشونت خانگی و تجاوز به عنف باشد.
۱۰. آموزش دست اندرکاران و سیاستگذاران برای حمایت گیری بیشتر در راه بردهای اصلی جای داشته باشد.
۱۱. برنامه ها بایستی با توجه به منابع در دسترس طراحی شوند.

زنان در طول تاریخ همواره و از آغاز خلقت نیمی از جوامع انسانی را تشکیل داده اند. نقش زنان در جوامع و اهمیت این گروه اگرچه بر کسی پوشیده نیست ولی در جوامع مختلف و در طول دورانهای مختلف همیشه در جامعه به آنها آنچنان که شایسته شان بوده است نگریده شده است.

مصرف مواد و اعتیاد نیز در طول تاریخ کم و بیش در جوامع مختلف وجود داشته است و البته و خوشبختانه در این میان زنان مصرف کننده همیشه درصد بسیار کمی را از جمعیت مصرف کنندگان داشته اند. طی سالهای اخیر با بروز اچ آی وی آسیب پذیری زنان نسبت به این بیماری همیشه مورد تاکید بوده است و البته این بدان معنی نمی باشد که طراحان سیستم های بهداشتی و سیاست گزاران عرصه بهداشت توجه لازم را به آنان داشته اند. دسترسی زنان به مراکز درمانی در بسیاری از نقاط دنیا مثل ایالات متحده نیز با مشکل روبرو می باشد به گونه ای که مرکز درمان سوء مصرف مواد (CSAT) برای جبران این مشکل ناچار شده است تا برنامه ای ملی طراحی کند.ⁱ در گروه مصرف کنندگان مواد زنان با شیب زیادی در کشورهای مختلف رو به افزایش هستند و این مسئله به همراه تن فروشی به عنوان موتور برای پیش راندن همه گیری اچ آی وی باید مورد توجه خاص قرار بگیرد.

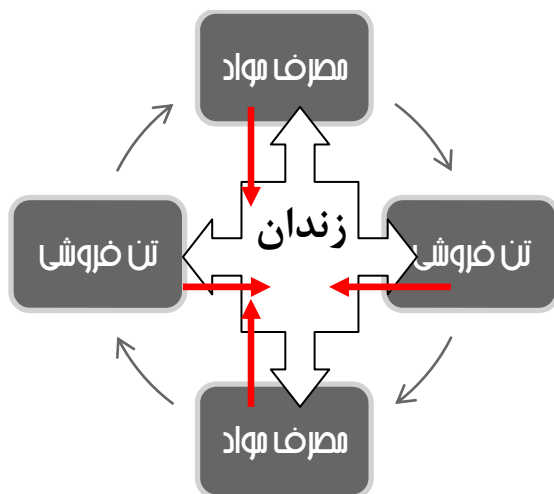
واقعیت این است که مخاطرات و آسیب های تن فروشی را باید در بستر جوامع گوناگون در نظر گرفت. در بعضی از کشورها و یا نواحی تن فروشی قانونی است و یا اینکه حداقل جرم انگاشته نمی شود، تن فروشان به خدمات سلامتی به راحتی دسترسی داشته و چندان مورد انگ و تبعیض جامعه قرار نمی گیرند.ⁱⁱ از طرف دیگر تن فروشی می تواند راهبردی برای زنده ماندن در جوامعی باشد که از شرایط بسیار بد اقتصادی - اجتماعی و نبود حداقلهای زندگی رنج می برند.ⁱⁱⁱ اکثر جوامع در طیفی بین این دو حال بسر می برند. فقر، جنگ، جهانی شدن و استعمار نوین از دلایل مهم تجارت بین المللی تن فروشی می باشند ولی این عوامل در ماورای مرزهای کاهش آسیب می باشند.

عملا با توجه به همپوشانی گسترده بین مصرف مواد به خصوص مصرف تزریقی مواد و تن فروشی در زنان مطالعه مشکلات این دو گروه به صورت جداگانه از هم و طراحی مداخلات جداگانه امکان پذیر نمی باشد.

مشکل سومی که برای این دو گروه به صورت مشترک وجود دارد حبس و زندانی شدن است. عملا زنان متعلق به هر یک از این دو گروه به دلایل مختلف در معرض بزه کاری های گوناگون قرار دارند، این بزه کاری ها با در نظر گرفتن اینکه مصرف مواد و تن فروشی نیز در اکثر کشورها جرم انگاشته می شود باعث می شود تا این دو گروه از بین زنان بیشترین گروهی را تشکیل بدهند که تجربه زندانی شدن را نیز دارند، و به همین دلیل گروه های مصرف کننده تزریقی و یا تن فروش در زندان های زنان نسبت بالاتری را در مقایسه با زندان

های مردان دارند^{iv}. می بینیم که متأسفانه زنان همانگونه که در جامعه آسیب پذیر تر از مردان می باشند در زندان نیز به مراتب آسیب پذیر تر از مردان می باشند. به خصوص اگر میزان بالاتر رفتارهای جنسی در زندان های زنان را نسبت به زندانهای مردان نیز در نظر بگیریم.^v

شکل زیر این ارتباط و وابستگی بین این گروه ها را بهتر نشان می دهد:



شکل ۱: چرخه ارتباط بین مصرف مواد، تین فروشی و زندان

مشخص می شود نمی توان مداخله ای برای زنان درباره کنترل اچ آی وی طراحی نمود ولی این سه گروه را شامل نکرد. این مجموعه که به سفارش دفتر مواد و جرائم سازمان ملل متحد (UNODC) و تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور تهیه شده است، تلاش دارد تا با جمع آوری مجموعه مستندات موجود داخلی و خارجی درباره این گروه ها مروری کوتاه بر بهترین تجربیات داشته بتواند راه را برای تدوین مداخلات بهتر و موثر تر در کشور فراهم نماید.

روش کار

برای تهیه این مجموعه در دو مرحله اقدام شده است. مرحله نخست جمع آوری داده های داخلی و خارجی که از طریق شبکه های مختلف اینترنتی و موتورهای مختلف جستجو به زبان های فارسی یا انگلیسی در دسترس بوده اند. کلمات کلیدی برای این جستجو ها به انگلیسی عبارت بوده اند از:

جدول ۱: فهرست واژه های مورد جستجو

واژه های استفاده شده برای اختصاصی تر شدن دایره جستجو	واژه های اصلی مورد جستجو	ردیف
Best Practices	harm reduction	.۱
Women/Female/Prisoner	Harm reduction & Best practice	.۲
Women/Female/Prisoner	Harm Reduction	.۳
Women/Female/Prisoner	HIV/AIDS Intervention	.۴
Women/Female/Prisoner	HIV/AIDS Intervention & Best practice	.۵
Women/Female drug users Female/women sex workers Female/Women prisoners	Access	.۶
Women/Female drug users Female/women sex workers Female/Women prisoners	Successful practices	.۷
Women/Female drug users Female/women sex workers Female/Women prisoners	Special Characteristics	.۸
Women/Female drug users Female/women sex workers Female/Women prisoners	Successful Interventions	.۹
Women/Female drug users Female/women sex workers Female/Women prisoners	Increase access	.۱۰

همچنین معادل های فارسی این واژه ها نیز مورد جستجو قرار گرفته است.

در مرحله دوم اقدام به برقراری ارتباط با افراد کلیدی در سازمان ها و دواير مختلف مرتبط نظير سازمان بهزیستی کشور، اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی وزارت بهداشت، دفتر پروژه های گلوبال فوند در ایران،

دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در ایران (UNAIDS)، سازمان زندان های کشور و ستاد مبارزه با مواد مخدر شده است. بخشی از این تماس ها نیز از طریق مکاتبات رسمی دفتر مواد و جرائم سازمان ملل متحد در ایران (UNODC) با اداره روابط بین الملل ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور صورت گرفته است. لازم به ذکر است که گذشته از منابع منتشر شده در داخل و یا خارج از کشور، تجربیاتی نظیر "خانه خورشید" نیز در کشور وجود دارد که احتمالاً با توجه به راهبردهای انتخاب شده برای مداخله^{vi}، ماندگاری چند ساله و میزان استقبال زنان از خدمات آنها تجربیات موفق بوده اند و لی متأسفانه تاکنون مستند جامعی درباره ارزشیابی فعالیت های آنها منتشر نشده است یا اینکه مولف به آن دسترسی ندارد. بنابراین در این گزارش از آنها استفاده نشده است.

نتایج جستجوهای صورت گرفته برای منابع داخلی

در مسیر جمع آوری اطلاعات موجود و پروتکل های اختصاصی زنان با سازمان های مختلفی تماس گرفته شده است که نتایج آن در جدول زیر می آید:

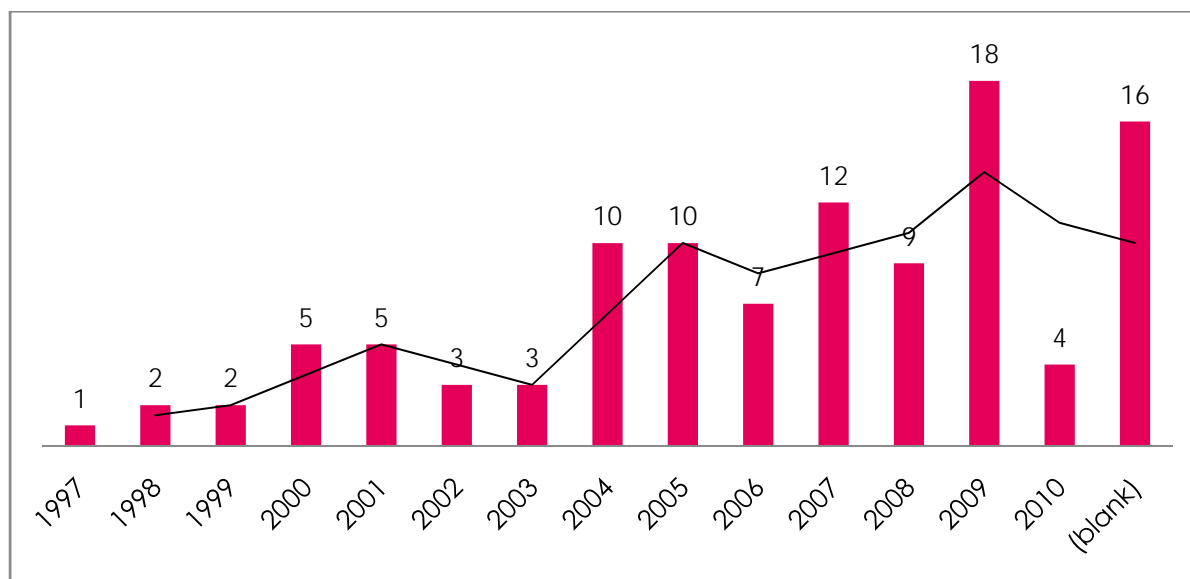
جدول 2 نتایج تماس های گرفته شده با سازمان های داخلی

سازمان مورد پرسش	تاریخ	نتیجه	اقدامات در حال انجام
سازمان بهزیستی	۸۹/۱۱/۲۴	در زمان تماس دستورالعمل اختصاصی برای زنان در هیچ یک از گروه های هدف این تحقیق نداشتند، برای توضیحات بیشتر به دفتر اعتیاد ارجاع دادند	<ul style="list-style-type: none"> پروتکل باشگاه مثبت را در حال تهیه دارند که اختصاصی زنان نیست. پروتکل مراکز ارتقای سلامت اجتماعی زنان را که توسط وزارت بهداشت تهیه شده است در حال تجدید نظر دارند
سازمان بهزیستی	۸۹/۱۱/۲۴	در حال حاضر دستورالعمل خاصی ندارند ولی دستورالعمل های روبرو را در حال تهیه به صورت برون سپاری دارند	<ul style="list-style-type: none"> دستورالعمل مراکز اقامتی زنان ملاحظات اختصاصی زنان در درمان و کاهش آسیب
اداره ایدز	۸۹/۱۱/۲۴	به جز پروتکل مرکز ارتقای سلامت اجتماعی زنان پروتکل اختصاصی ندارند. اگرچه در تمامی دیگر پروتکل هایشان یعنی پروتکل مراکز مشاوره رفتاری و مراقبت از بیماری های آمیزشی سهم زنان رعایت شده است	
سازمان زندان ها	۸۹/۱۲/۲۰	دستورالعملی که اختصاصاً برای زنان زندانی تهیه شده باشد در دست ندارند	
UNAIDS		<ul style="list-style-type: none"> راهنمای عمل بخش غیر دولتی برای مراقبت از همسران افراد در معرض آسیب ای وی و ایدز 	<p>دو کتابچه تحت عناوین:</p>

<ul style="list-style-type: none"> راهنمای عمل بخش غیر دولتی برای پیشگیری و کنترل اچ آی وی و ایدز در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد <p>دارند که در سال ۱۳۸۹ چاپ شده است. توضیحات بیشتر در جدول ضمیمه ذکر شده است</p>		
	دستورالعمل اختصاصی زنان ندارند	UNODC

جستجو در منابع خارجی نیز نشان می دهد که تعداد دستورالعمل ها و گزارش های اختصاصی برای زنان گروه هدف در مقایسه با مردان به مراتب کمتر است اگرچه در بسیاری از دستورالعمل ها بخش های اختصاصی برای زنان موجود است. ضمیمه شماره یک لیست کامل منابع انگلیسی و فارسی مرتبط را به تفکیک گروه های مختلف، تعداد صفحات و سال چاپ نشان می دهد.

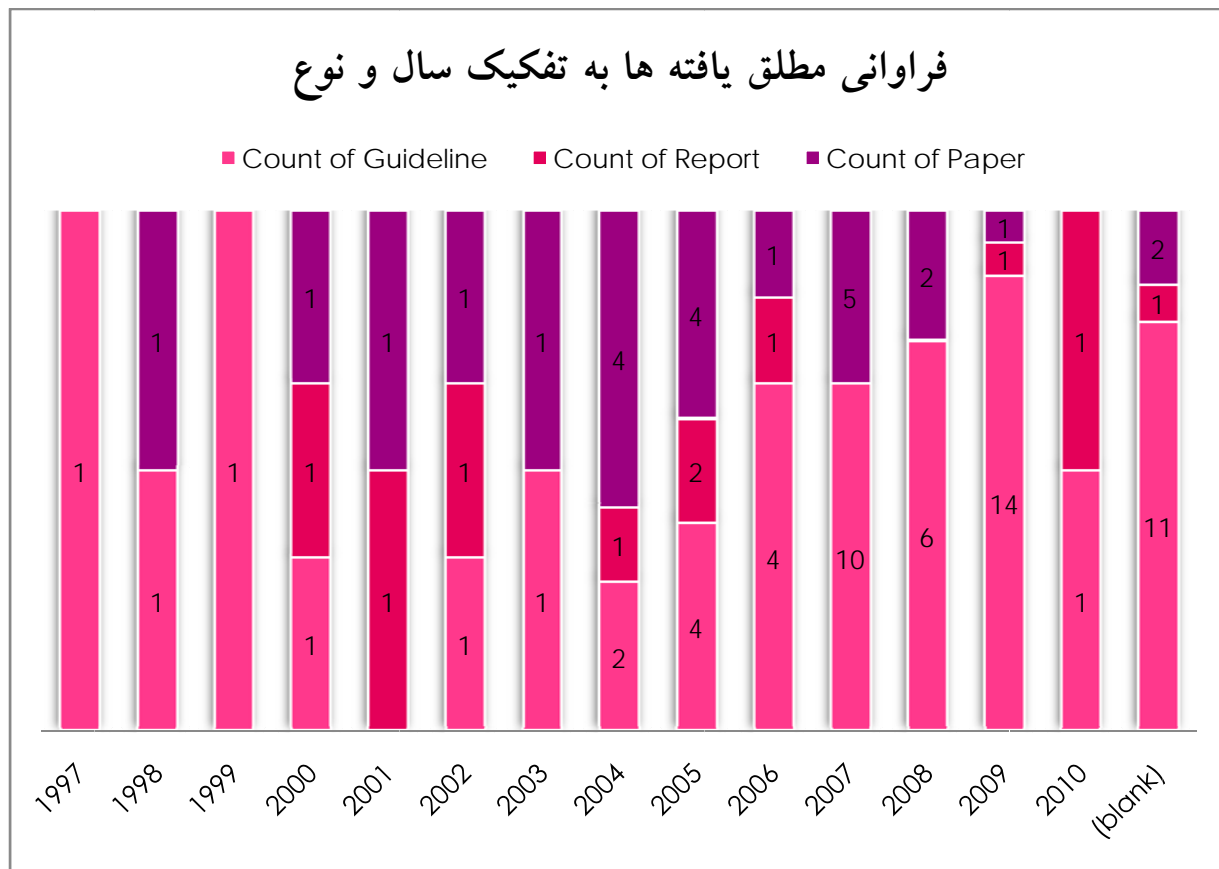
نمودار شماره ۱ تعداد یافته های لاتین را بر اساس سال انتشار نشان می دهد:



نمودار افراوانی مطلق یافته ها به تفکیک سال انتشار

چنانچه مشاهده می شود تعداد انتشارات مرتبط با مصرف کنندگان مواد، زنان تن فروش و زندانیان اعم از مقاله، گزارش و دستورالعمل از سال ۱۹۹۷ به بعد رو به افزایش بوده است.

تقسیم بندی دیگری که صورت گرفته است بر مبنای این بوده که مطالب یافت شده به صورت خالص گزارش فعالیت، راهنمای عمل و دستورالعمل یا یک مقاله چاپ شده در متون معتبر بوده است. نمودار شماره ۲ نشان دهنده فراوانی هریک از این موارد به تفکیک سال انتشار می باشد:

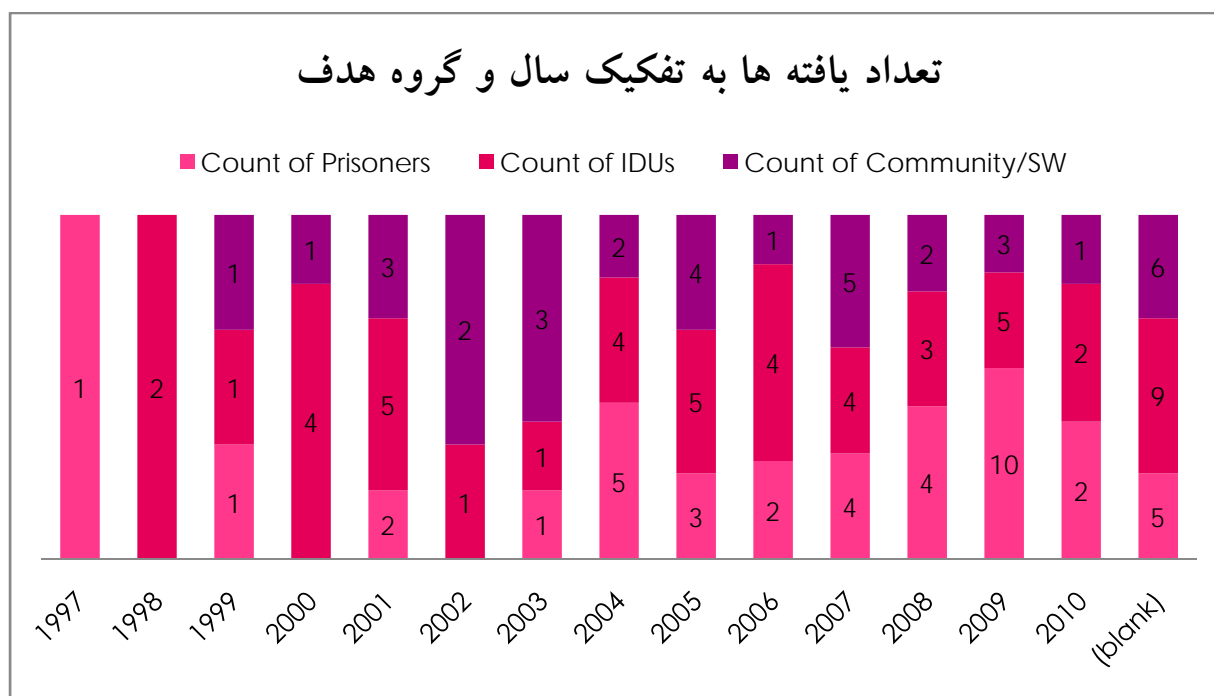


نمودار ۲: فراوانی مطلق یافته ها به تفکیک سال و نوع

چنانچه مشاهده می شود در سال های نخست یعنی بین ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۰ عمدتاً دستورالعمل انتشار یافته و در فاصله بین سال های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۷ مقالات و نتایج اقدامات بیشتر منتشر شده است. از آن به بعد احتمالاً به دلیل تغییر در نوع همه گیری و یا بر مبنای نتایج مطالعات و ارزشیابی مداخلات قبلی و یا پیدا شدن گروه های هدف جدید تعداد دستورالعمل های منتشر شده به شدت افزایش یافته است. به گونه ای که تنها در سال های

۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹ ۳۰ دستورالعمل از مجموع ۵۸ دستورالعمل منتشر شده در کل این دوره چاپ و انتشار یافته است.

بررسی یافته ها به تفکیک گروه هدف یعنی مصرف کنندگان مواد، زندانیان و کل جامعه و تن فروشان و سال انتشار ما را به نمودار شماره ۳ می رساند:

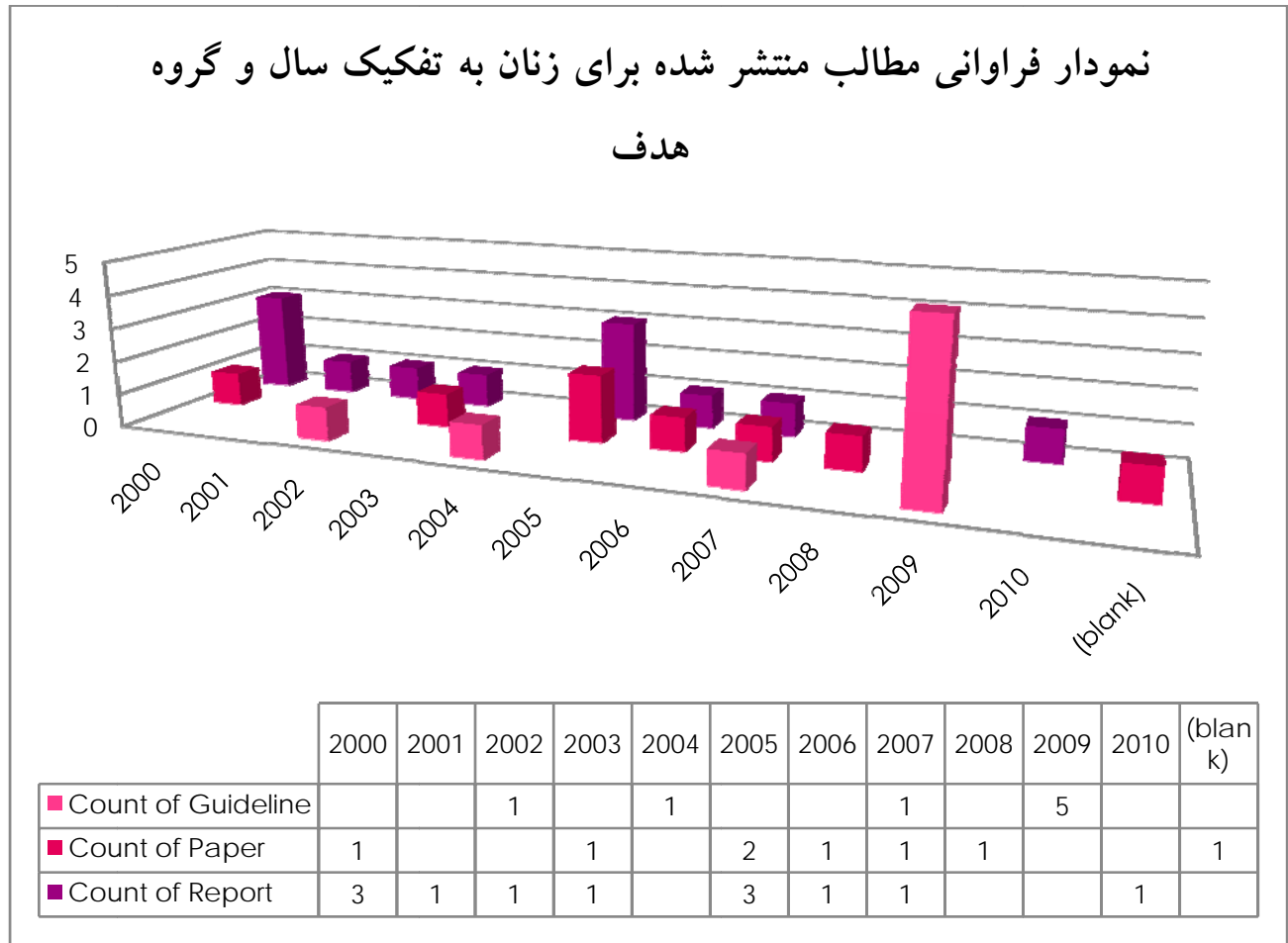


نمودار ۳ فراوانی مطلق یافته ها به تفکیک سال و گروه هدف

نگاهی به نمودار فوق نشان می دهد که توجه به زندانیان در انتشارات از سال ۲۰۰۴ میلادی رو به افزایش نهاده است. ولی با این همه تنها در سال ۲۰۰۹ میلادی بوده است که تعداد انتشارات درباره زندانیان به نحو فاحشی از تعداد انتشارات درباره مصرف کنندگان مواد پیش گرفته است. متأسفانه زنان و تن فروشان در اکثر سال ها کمترین سهم را از توجه حداقل در زمینه مواد چاپی داشته اند.

بررسی دقیق تر کلیه مطالب منتشر شده در ارتباط با زنان که در عنوان هایشان یکی از کلمات کلیدی Female.Sex یا Women(woman) را داشته است نشان می دهد که از مجموع قریب به ۱۸۰۰۰ صفحه مطلب چاپ شده مرتبط با اچ آی وی و مداخلات مرتبط با آن در محیط های مختلف اعم از گزارش، مقاله و یا دستورالعمل، اندکی بیش از ۱۰ درصد از آن یعنی تنها ۲۰۵۸ صفحه مرتبط با زنان بوده است. (ضمیمه شماره ۲ این فهرست را نشان می دهد)

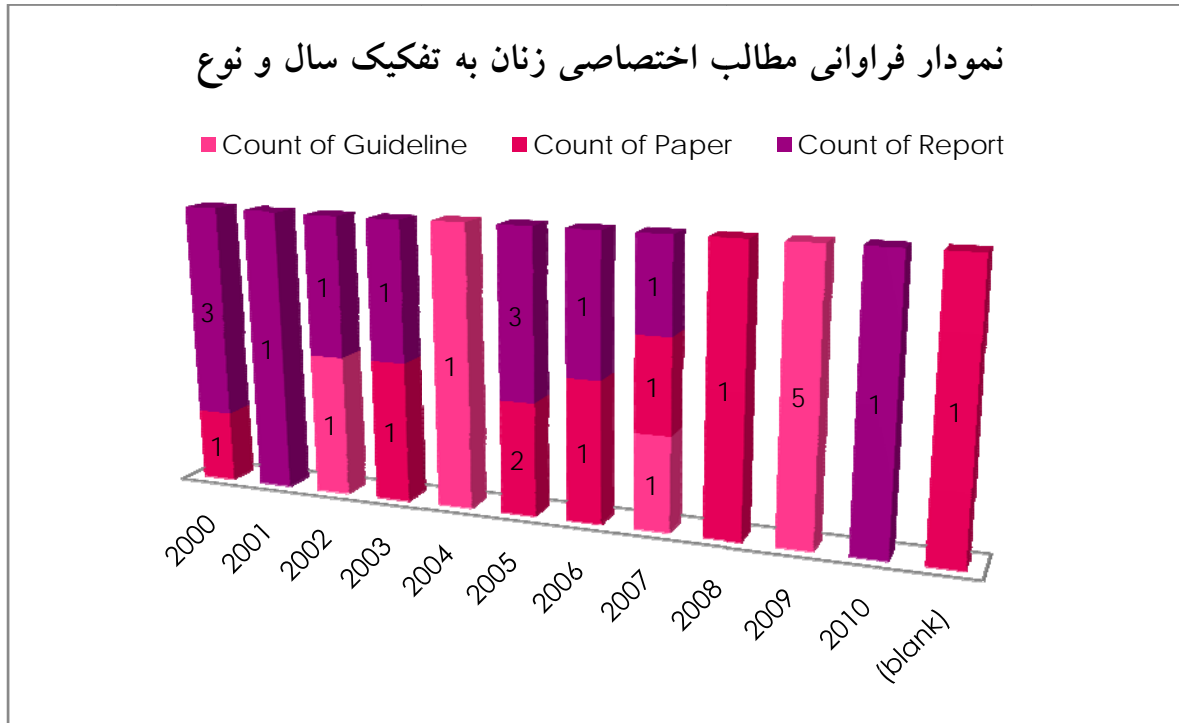
در مجموع یافته ها، بر اساس نمودار شماره ۴:



نمودار ۴ فراوانی مطلق یافته های اختصاصی زنان به تفکیک سال و گروه هدف

مشاهده می شود از مجموع ۲۹ مطلب مرتبط با زنان به زبان انگلیسی که در جستجوها پیدا شده اند ۵ مطلب (۱۷٪) مرتبط با زنان زندانی، ۱۳ مطلب (۴۵٪) در ارتباط با زنان مصرف کننده مواد و ۱۲ مطلب (۴۲٪) در ارتباط با تن فروشی بوده است. سال ۲۰۰۹ با ۵ مجموعه بیشترین انتشارات را درباره زنان داشته است. اگر به این تعداد ۲ مطلب منتشر شده به زبان فارسی را نیز که در همین سال منتشر شده اند می بینیم سال ۲۰۰۹ بیشترین مطالب مرتبط با زنان را دارا می باشد.

ادامه بررسی نشان می دهد از مجموع ۳۰ مطلب یافته شده ۱۰ مورد دستورالعمل (۳۳٪) (با در نظر گرفت مطالب فارسی)، ۸ مورد مقاله (۲۷٪) و ۱۲ مورد (۴۰٪) گزارش فعالیت بوده اند که عمدتاً به مرور بهترین تجربیات پرداخته اند. (نمودار شماره ۵)



نمودار ۵ فراوانی مطلق یافته های اختصاصی زنان به تفکیک سال و نوع انتشار

نتایج

در ادامه فعالیت متون جمع آوری شده با هدف بررسی جنبه های اختصاصی مرتبط با زنان تلاش شده است تا جنبه های آسیب پذیری بیشتر زنان نسبت به آچ آی وی در حیطه های مختلف به صورت مختصر ارائه شود.

همه گیری شناسی

بر اساس گزارشهای دفتر جرم و مواد سازمان ملل متحد حدود ۲۵ میلیون نفر در سراسر دنیا وابسته یا سوء مصرف کننده مواد بوده و حدود ۱۳ میلیون نفر نیز مصرف کننده تزریقی مواد می باشند. اگرچه برآورد دقیقی از تعداد زنان مصرف کننده مواد وجود ندارد ولی تخمین زده می شود که ۴۰٪ از مصرف کنندگان در ایالات متحده و بخشهایی از اروپا، ۲۰٪ در اروپای شرقی، آسیای مرکزی و آمریکای لاتین، بین ۱۷ تا ۴۰ درصد در نقاط مختلف چین و حدود ۱۰٪ از مصرف کنندگان در دیگر کشورهای آسیایی را زنان تشکیل می دهند.^{vi i} در تعدادی از کشورها مثل چین، هندوستان و روسیه که حدود ۴.۶ میلیون نفر از مصرف کنندگان تزریقی دنیا را در خود جای داده اند^{vi i i} زنان مصرف کننده تزریقی مواد رو به افزایش هستند و در بسیاری از نقاط روز به روز زنان بیشتری متقاضی خدمات کاهش آسیب و درمان مواد می شوند^x این مسئله در پژوهشهای مختلفی در چین، آسیا و اروپای شرقی نشان داده شده است^x،^{xi}،^{xi i}. در ایران بر اساس ارزیابی سریع سال ۱۳۸۶ درصد زنان مصرف کننده مواد ۵.۲٪ بوده است^{xi i i}.

مرور داده های در دسترس نشان می دهد زنان زندانی در کل جهان بیش از ۵ درصد از کل زندانیان را تشکیل نمی دهند ولی با در نظر گرفتن اینکه این درصد به سرعت در حال افزایش بوده و همچنین این واقعیت که تنها در سال ۲۰۰۵ میلادی در هر زمان بیش از نیم میلیون زن در زندان بوده اند و در کل سال بیش از یک و نیم میلیون زن زندانی شده اند^{xi v}، و در نظر گرفتن آسیب پذیری بیشتر زنان این گروه یکی از گروه های کلیدی در معرض خطر بوده که توجه به آنان برای داشتن یک پاسخ کشوری موثر به آچ آی وی ضروری است.

تن فروشی و برقراری رابطه جنسی به دلیل فقر

ناامیدی و فقر از دیگر موانع پیشگیری از آچ آی وی می باشند. زنان مصرف کننده مواد ممکن است برای تامین هزینه های مواد خود اقدام به تن فروشی کنند و یا اینکه زنانی به دلیل فقر مفرط برای تامین حیات و/یا محل زیست خود و/یا فرزندانشان اقدام به تن فروشی کنند و در شرایطی که احتیاج شدید به غذا، نیازهای معیشتی و یا مواد وجود دارد دیگر جایی برای توجه به اصول پیشگیری از آچ آی وی نمی ماند^{xv}.

در میان تن فروشان هستند جوانانی که برای کمک به خانواده ی خود و تامین نیازهای خانواده اقدام به تن فروشی می کنند. این گروه پس از مدتی برای تامین مخارج گوناگون خود نیازهای مالی شدیدتری پیدا می کنند. مطالعات نشان داده است هرچه نیازهای مالی بیشتری وجود داشته باشد احتمال رفتارهای مخاطره آمیز بیشتر می شود^{xvi}.

از طرف دیگر مشتریان این زنان نیزگاه از گروه های پرخطر تر می باشند چرا که این زنان به دلایل مختلف در طول زمان عملاً بهای ارزانتری را مطالبه می کنند. در مطالعه ای در ایران گروهی از زنان تن فروش مصرف کننده مواد اظهار داشته اند که مشتریانانشان فقط و فقط دیگر مصرف کنندگان تزریقی می باشند^{xvii}.

مروری بر بهترین اقدامات در این زمینه:

تجربه های مختلفی در دست است که نشان می دهد زمانی که مداخلات به سمت رفع فقر از زنان باشد می تواند کاهش رفتارهای جنسی پرخطر آنان کاهش قابل ملاحظه ای را در پی داشته باشد، یکی دیگر از عواملی که باعث می شود تا مداخلات پیشگیرانه برای این گروه موفق باشد درگیر کردن کارفرمایان در اجرای برنامه های پیشگیرانه می باشد. یکی از این مداخلات موفق^{xviii} JEWEL نام دارد، این مداخله که در بالتیمور در ایالات متحده آمریکا انجام شده است با هدف توانمند سازی اقتصادی و پیشگیری از اچ آی وی در زنان مصرف کننده موادی که در این شهر به تن فروشی نیز اشتغال داشته اند شکل گرفته است. شرکت کنندگان در ۶ جلسه آموزش چگونگی ساختن، بازاریابی و فروش جواهر و پیشگیری از اچ آی وی را فرا گرفته اند. نتایج این مداخله نشان از کاهش معنی دار تن فروشی برای تامین مواد، شرکای جنسی و مصرف کراک را نشان داده است^{xviii}. مداخلات دیگری نیز که در این زمینه با هدف توانمند سازی اقتصادی و آموزش پیشگیری از اچ آی وی در بین کارفرمایان و هم در بین گروه هدف صورت گرفته است، که نشان از موفقیت در کاهش رفتارهای پرخطر داشته است^{xxix}.

خدمات بهداشت باروری و تناسلی مناسب برای زنان مصرف کننده

تن فروشی احتمال بیماری های آمیزشی و عفونت اچ آی وی را افزایش می دهد^{xxii}،^{xxiii}،^{xxiv}،^{xxv}،^{xxvi} و تصمیم گیری درباره ی استفاده از کاندوم اغلب توسط مشتری یا صاحب خانه صورت می گیرد^{xxvii}،^{xxviii}. مطالعات توصیفی و تحلیلی نشان داده است که تن فروشان در آمیزش با شرکای جنسی ثابتشان، همسرانشان و مشتریانی که پولی به ازای رابطه جنسی پرداخت نمی کنند به احتمال کمتری از کاندوم استفاده می کنند،^{xxix}،^{xxx}،^{xxxi}

همچنین زنان تن فروش اغلب از مراجعه به کلینیکهای متعارف برای درمان بیماری های آمیزشی مثل متخصصین زنان امتناع می کنند چرا که اکثراً درست تحت درمان قرار نمی گیرند و با انگ روبرو می شوند و یا اینکه از کلینیک رانده می شوند^{xxxi}. با این حال به دلیل وجود شواهد مستدل و غیر قابل انکار مبنی بر اینکه

زنان تن فروش و مشتریانشان از "گروه های کلیدی" در انتقال بیماری های آمیزشی و اچ آی وی در اکثر نقاط آسیا هستند، فراهم آوردن خدمات درمان بیماری های آمیزشی برای آنان از طریق مراکزی که به صورت اختصاصی به زنان تن فروش سرویس دهی کند ضروری می باشد.

همچنین عوارض بیماری های آمیزشی مثل بیماری های التهابی لگن و حاملگی خارج از رحم در تن فروشان شایع می باشد^{xxxv, xxxvi}. بدیهی است به دلایل متعددی نظیر شرکای جنسی متعدد، تعداد بالای آمیزش های جنسی و ارتباط با گروه های کلیدی در معرض خطر، تن فروشان از احتمال بالایی برای عفونت اچ آی وی برخوردار هستند. هپاتیت A نیز به دلیل ارتباط های دهانی - مقعدی در این گروه می تواند بالا باشد.

مروری بر بهترین اقدامات در این زمینه:

تجربه کامبوج و تایلند با راه اندازی برنامه های استفاده ۱۰۰٪ از کاندوم [100% Condom Use Program] نقش به سزایی در کنترل اچ آی وی و بیماری های آمیزشی در این گروه و در جمعیت عمومی داشته است. باید توجه داشت که زنان تن فروش از گروه های مختلف اجتماعی هستند و بدیهی است که آنان که ثروتمند تر هستند راحت تر می توانند از خدمات بخش خصوصی استفاده کنند ولی برای گروهی که از طبقات پایین جامعه هستند دسترسی محدودی به این خدمات وجود دارد. این گروه گاهی از خدمات پزشکی بخش خصوصی استفاده می کنند ولی عمدتاً به خود درمانی یا از طریق درمانهای خانگی و غیر علمی به معالجه ی خود می پردازند البته اگر قبل از آن متوجه شده باشند که مشکل طبی دارند.

در تایلند برنامه اجرا شده توانست نه تنها در سطح فردی موثر بوده و تن فروشان را توانمند کرده تا بتوانند از کاندوم استفاده کرده و بیماری های آمیزشی خود را درمان کنند بلکه توانسته در دهه ۹۰ میلادی به میزان ۹۵٪ شیوع بیماری های آمیزشی قابل درمان و همچنین شیوع اچ آی وی را در جمعیت عمومی به جز گروه مصرف کنندگان مواد در تایلند کاهش دهد. چنین نتایجی در کشورهای دیگر نظیر کامبوج، برمه، چین و مغولستان مشاهده شده است^{xxxv}. تجربه دیگری نیز در منطقه سوناگاجی در کلکته در هندوستان^{xxxvi} با استفاده از گروه های همتا و ارائه خدمات درمان بیماری های آمیزشی اجرا گردیده که موفق شده است شیوع اچ آی وی را در مقایسه با بقیه نقاط هندوستان در سطح پایینی نگه دارد. در هر دو مورد به عنوان تجربه موفق اجزای اساسی نظیر تیم سیاری، استفاده از گروه های همتا، تلاش برای رفع موانع اجتماعی، ارائه خدمات درمان بیماری های آمیزشی و توجه به تن فروشان به عنوان اصلی ترین گروه هدف دیده می شود^{xxxvi}. اگرچه تفاوت هایی بین مداخلات موفق وجود دارد ولی تمامی آنها تلاش داشته اند تا به تن فروشان به عنوان بخشی از راه حل با استفاده از روش های عملی، ارائه خدمات موثر و رو به افزایش دسترسی داشته و آنها را درگیر برنامه و مقتدر کنند.

تداخل مصرف مواد در زنان با حاملگی و وظایف مادری و تاثیر آن بر سلامتی جنین و طفل

شواهد قابل ملاحظه ای از ارتباط بین سوء مصرف مواد در مادران و سوء رفتار و نادیده گرفتن کودکان وجود دارد. در سال ۱۹۹۴، ۷۷ درصد از ۵۰،۰۰۰ مورد گزارش شده سوء رفتار و نادیده گرفتن کودکان که در نیویورک گزارش شده است در ارتباط با سوء مصرف مواد بوده است و همچنین ۳۶۰۰۰ نفر از ۴۷۰۰۰ نفر (۰.۷۷٪) کودکی که در مراکز نگهداری کودکان بی ویا بد سرپرست نگهداری می شوند والدینی داشته اند که مصرف کننده مواد بوده اند^{xxxvi}.

رد پای وابستگی به مواد در زنان را می توان در پرونده های قضایی نیز مشاهده کرد. در ایالات متحده زنا دارای بالاترین رشد پرونده های قضایی بوده اند. به گونه ای که در سال ۱۹۸۶ تعداد ۴۱۰۳۰۰ نفر زن در زندان بوده اند و این رقم در سال ۱۹۹۶ تقریباً دو برابر شده است و به ۸۵۹۴۰۰ نفر رسیده است.^{xxxi} و اکثریت زنان دارای پرونده های قضایی صرف نظر از جرمشان مشکل سوء مصرف مواد نیز دارند^{xl}

پژوهشها نشان داده اند که تفاوت های بنیادی بین مردان و زنان در رویکردشان به مسئله مصرف مواد و جرم و بزهکاری وجود دارد^{xli} همچنان که این تفاوت را می توان در خصوصیات اجتماعی و روانشناختی آنها نیز مشاهده کرد^{xlii}

نشانه های اعتیاد زنان مشخصاً "درونزا" است نظیر اضطراب، شرم و افسردگی درحالی که در آقایان نشانه ها بیشتر برونی و قابل مشاهده است نظیر رانندگی در حین مستی، نزاع و تجاوز^{xliii}. عوارض جانبی اعتیاد بر سلامتی زنان شامل افزایش خطر بیماری های کبدی، ناتوانی جنسی، مسائل و مشکلات قاعدگی و لگنی، بیماری های قلبی و سرطان سینه می شود^{xliv}. و البته در این میان نگرانی های فزاینده ای درباره گسترش اچ ای وی در میان این گروه از زنان نیز وجود دارد.

زنان با عوامل خطر ساز متعددی در ارتباط با اچ ای وی مواجه هستند و در این میان بیشترین خطر در ارتباط با مصرف مواد می باشد، مثل اینکه شریک جنسی آنها مصرف کننده مواد باشد و یا اینکه برای تامین مواد تن فروشی کنند. همچنین شرایط اجتماعی منحصر به فردی برای اعتیاد زنان وجود دارد که در ارتباط با شرکای جنسی مرد و انگ اجتماعی شدیدی می باشد که در ارتباط با اعتیاد زنان وجود دارد. زنان غالب مصرف مواد را به عنوان فعالیت مشترک با شریک مرد خود آغاز می کنند؛ و عملاً می بینیم که زنان مصرف کننده به نسبت مردان مصرف کننده بیشتر با یک همسر مصرف کننده زندگی می کنند^{xlv}.

زنان همچنین در موارد از دست دادن بستگانشان به مصرف مواد روی می آورند^{xlvi}. نقش خشونت خانگی و سوء استفاده از زنان به عنوان عاملی قوی برای سوق دادن زنان به مصرف مواد ثابت شده است. در اکثر جوامع استفاده از مواد و الکل برای مردان راحت تر تحمل شده و گاهی حتی به عنوان نشانه مردانگی نیز تلقی می شود ولی مصرف مواد توسط زنان پذیرش نشده و مانعی اخلاقی در مسیر ایفای نقش همسری و مادری آنها به حساب می رود، این شرایط در مجموع باعث می شود تا درمان اعتیاد در زنان تحت تاثیر قرار گرفته و حتی باعث شود تا نگرشهای منفی به سمت زنان بیمار در مراکز درمانی وجود داشته باشد^{xlvii}.

مروری بر بهترین اقدامات در این زمینه:

تجربیات موفق متعددی در این زمینه در دنیا مشاهده می شود، تعدادی از این تجربیات به تفصیل در بخش بهترین تجربیات در انتهای این گزارش ذکر شده اند ولی به طور کلی می توان گفت تجربیات موفق تجربیاتی بود اند که حداقل:

- اختصاصا برای زنان طراحی شده اند.
- فرزندان زنان را به عنوان بخشی جدا نشدنی از چرخه ارائه خدمات در نظر گرفته اند.
- موانع مختلف موجود بر سر راه زنان برای ورود به سیستم درمان را شناسایی نموده و در طراحی خدمت آنها را در نظر گرفته اند.
- رویکرد انتخاب شده جامع نگر بوده و از ورود به درمان تا بازتوانی و ماندگاری در مسیر بهبودی را مد نظر داشته اند.
- شبکه ارجاعی گسترده برای فراهم آوری خدمات مختلف در اختیار داشته اند.
- برخورد پرسنل و دست اندرکاران خدمت به دور از قضاوت و انگ و تبعیض بوده است.
- مداخله درمانی به صورت تیمی صورت می گرفته است.
- بازتوانی و توانمند سازی گروه هدف در حیطه های اقتصادی و آموزش مهارت های بین فردی نظیر مهارت های زندگی بخشی از بسته خدمتی بوده است.

خشونت بر علیه زنان تن فروش و/یا مصرف کننده مواد

ابراز خشونت بر علیه زنان تن فروش و/یا مصرف کنندگان مواد در بسیاری از جوامع مسئله مهمی می باشد^{! xlix xlvi i i}، خشونت به کار رفته بر علیه زنان تن فروش و/یا مصرف کنندگان مواد می تواند جسمی، کلامی و جنسی به اشکال تجاوزهای گروهی، آمیزش های خشن، ضربات روحی، دزدی، محبوس کردن و حتی قتل باشد. خشونت به کار رفته بر علیه این گروه می تواند باعث افزایش مرگ و میر، معلولیت، مشکلات عاطفی و تنش های روانی و اعتماد به نفس پایین باشد^{! i}. میزان مرگ و میر و قتل در تن فروشان فعلی یا سابق به طور معنی داری بالاتر از بقیه جامعه می باشد^{! i i}. همچنین ابراز خشونت توسط یک شریک جنسی نزدیک به زنان تن فروش با خطر بالای عفونت اچ آی وی همراه می باشد.^{! i i i}

ارتباط بین سوء استفاده و زیر پا گذاشتن حقوق بشر و همه گیری اچ آی وی به خوبی شناخته شده است. انواع مختلف حاشیه نشینی و انگهای گوناگون باعث می شود تا انسان ها از دسترسی به اطلاعات، حمایت و خدماتی که می تواند آنها را از اچ آی وی محافظت کند، محروم بشوند. همچنین این احتمال وجود دارد که این گروه ها در موقعیتهای پر خطرتری نیز در زمینه اچ آی وی قرار بگیرند. در این میان خشونت ارتباط قدرتمندی با آسیب پذیری به اچ آی وی دارد. ارتباط بین خشونت و اچ آی وی انواع گوناگونی دارد که از آن میان می توان به موارد زیر اشاره کرد^{! i v}:

- ارتباط فیزیولوژیک:

مثل زخم هایی که متعاقب بروز خشونت رخ می دهد به خصوص زخمهای مقعدی و مهبلی که در حین تجاوز و خشونت جنسی رخ می دهد.

- ارتباط اجتماعی:

همین که فردی قربانی خشونت گردید در معرض انگ اجتماعی قرار می گیرد و باعث می شود تا از دیگران هراس داشته و از خدمات سلامتی کمتر بهره ببرد.

- ارتباط روانشناختی:

افرادی که به حاشیه رانده شده و یا مورد انگ قرار دارند اکثرا زمانی که قربانی خشونت می گردند سرزنش نیز می شوند. این امر می تواند باعث شود تا احساس گناه و سرزنش درونی در این افراد رشد یافته و این حالت می تواند منجر به این شود که این افراد از خود کمتر محافظت کنند و بدینسان در معرض خطر بیشتری در زمینه آج آی وی قرار بگیرند.

- ارتباط اقتصادی:

افراد حاشیه نشین زمانی که در معرض خشونت یا حتی تهدید به خشونت قرار بگیرند از وضعیت ثابت خود خارج شده و درآمد کمتری پیدا می کنند. و این امر می تواند منجر به این شود که کارهای پرخطرتری را با هزینه کمتری انجام دهند. در بین تن فروشان این پدیده منجر به این می شود که با هزینه کمتری به آمیزش های پر خطرتر تن داده و خود را در معرض انتقال آج آی وی قرار بدهند.

ح^۲ مروری بر بهترین اقدامات در این زمینه:

روز به روز این واقعیت که سیاست گذاری ها و مداخلات موفق برای پیشگیری از آج آی وی در این گروه باید به همراه مداخلات موثر برای پیشگیری از بروز خشونت بر علیه زنان تن فروش و/یا مصرف کننده مواد باشد بیشتر مورد تایید قرار می گیرد.^{۱۷}

برنامه های مختلفی بوده اند که توانسته اند به شیوه های مختلف و با مداخله در سطوح مختلف از میزان خشونت بر علیه گروه مورد بحث ما بکاهند. در سطح فردی تلاش ها بر فراهم آوردن مطالب آموزشی و آموزش گروه هدف در زمینه حقوق قانونی و شهروندی آنها متمرکز بوده است. برنامه های دیگری نیز بوده اند که در زمینه شیوه های مختلف دفاع از خود در شرایط خطرناک تاکید داشته اند.^{۱۶، ۱۷، ۱۸}

ناگفته نماند پروژه های مختلف دیگری نیز در سطح دنیا اجرا شده اند که هرکدام به نحوی سعی داشته اند تا در سطح جامعه سیاست ها و قوانین را به نفع گروه هدف خصوصا تن فروشان تغییر دهند. بدیهی است انجام چنین اقداماتی در ایران به دلایل مذهبی و فرهنگی امکان پذیر نیست ولی آنچه مسلم است می توان به عنوان اقدام اولیه پرسنل بهداشتی و نیروهای انتظامی و زندان ها آموزش های لازم را در خصوص چگونگی برخورد با گروه هدف و اهمیت آن در کنترل همه گیری آج آی وی/ایدز فراگیرند.

پتانسیل دیگری که می تواند در این زمینه مورد استفاده قرار بگیرد استفاده از ظرفیت سازمان های مردم نهاد و البته ظرفیت سازی در این سازمان ها برای انجام مداخلات موثر با در نظر گرفتن حساسیت های مختلف می باشد.

تجاوز به عنف

در مقالات زیادی اشاره شده است که زنان تن فروش در معرض خطر بالای تجاوز به عنف خصوصا هنگامی که در شغل خود مشغول هستند می باشند^{ix} و در این میان زنان تن فروش خیابانی و یا مصرف کننده مواد بیشتر در معرض این خطر می باشند. این تجاوزها توسط مشتریان مرد آنها، دلال هایشان، همسرانشان و یا شرکای جنسی شان و یا دیگر مردانی که در اطرافشان هستند صورت می گیرد.

به دلایل مختلف تجاوز به عنف یکی از بیشترین جرائمی است که گزارش نمی شود^x و در این میان زنان تن فروش خصوصا این موارد را گزارش نمی کنند^{xi} در بسیاری از نقاط دنیا موانع زیادی در دسترسی زنان تن فروش به سیستم های قضایی برای شکایت از این موارد وجود دارد. به گونه ای که در انگلستان، استرالیا، نیوزیلند و کانادا احتمال تشکیل پرونده ی تعقیب و پیگیری به دلیل تجاوز به عنف زمانی که شاکی یک تن فروش بوده یا قبلا تن فروشی می کرده است و یا حتی رفتاری مشابه تن فروشان داشته است بسیار کم است^{xi i}. زنانی که در این حرفه مشغول هستند عموما به عنوان زنان راحت الوصولی تعبیر می شوند که غیر قابل اعتماد بوده و خطری واقعی برای مردان و جامعه می باشند^{xi ii} این اعتقادات اجتماعی باعث شده است تا قوانین در این میان به سختی اجرا شوند به گونه ای که به طورمثال اگرچه در قرن ۱۸ میلادی سیستم قضایی انگلستان تصریح کرده است که یک تن فروش می تواند مورد تجاوز قرار بگیرد و در سال ۱۷۶۹ بلاک استون پیشنهاد کرده است^{xi v} که زنان تن فروش تحت حمایت قوانی قضایی انگلستان قرر بگیرند، ولی همچنان که ذکر شد بسیار نامحتمل است که مردی با این اتهام تحت تعقیب قضایی قرار بگیرد^{xv}.

مروری بر بهترین اقدامات در این زمینه:

در کشورهایی که این امکان برای زنان تن فروش فراهم شده است که به مراجع قضایی مراجعه و از اینکه مورد تجاوز به عنف قرار گرفته اند شکایت کنند، مشاهده شده است که با صدور احکام قضایی مناسب حداقل توجه جامعه به این مشکل جلب شده است. در این میان مشاهده می شود که اکثریت مشکلات برای زنانی که توام تن فروش خیابانی و مصرف کننده مواد بوده اند ایجاد شده است. به نظر نمی رسد بتوان بدون طراحی مداخلات جامع که تمامی مشکلات زنان را در نظر بگیرد به موفقیتی دست یافت.

تن فروشی و مصرف مواد

در بسیاری از کشورهای اروپای شرقی و آسیای مرکزی شمار فزاینده ای از تن فروشانی که به مصرف مواد روی می آورند و برعکس زنان مصرف کننده ای که به تن فروشی روی می آورند تا بتوانند عملکردهای خود را حفظ کنند وجود دارد^{xvi}. و گروهی که هم تن فروشی می کنند و هم مواد مصرف می کنند از گروه هایی هستند که بیشترین افزایش را در شیوع اچ آی وی در بینشان مشاهده می کنیم که این به دلیل عوامل خطر ساز دوگانه

ای است که این گروه با آن سروکار دارند، از یکطرف تزریق مواد و استفاده اشتراکی از سرنگ و وسایل تزریق و از طرف دیگر آمیزش جنسی محافظت نشده به همراه تبعیض، خشونت و انگ اجتماعی بر علیه این گروه لایه های دیگری از عوامل خطر ساز را در جهت تشدید وضعیت مخاطره آمیز این گروه می افزاید. به طور مثال در پاناما در حالیکه تنها ۱۳٪ از تن فروشان مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن را گزارش کرده اند ۴۱٪ از زنان مصرف کننده مواد این مورد را گزارش کرده اند ^{lxxvi} . این مورد در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است ^{lxxviii} .

برای زنانی که مصرف کننده مواد هستند انگ اجتماعی ناشی از تزریقی بودن یا مصرف کننده بودن به تبعیضهای جای گرفته در بستر جامعه بر علیه زنان افزوده میشود و این مجموعه می تواند آنها را به سمت رفتارهایی سوق دهد که آنها را بیش از پیش در معرض انتقال اچ آی وی قرار بدهد. احتمال اینکه زنان مصرف کننده مواد برای تامین سرپناه، غذا و امنیت خود اقدام به برقراری رابطه ی جنسی بکنند زیاد می باشد همچنین این احتمال که آنها از خشونت حین آمیزش و مجبور شدن به برقراری رابطه ی جنسی بدون کاندوم رنج ببرند نیز زیاد تر از دیگر تن فروشانی می باشد که مصرف کننده مواد نیستند.

مصرف تزریقی مواد بین تن فروشان در بسیاری از نقاط دنیا شایع است ^{lxxix} ، ^{lxxx} ، ^{lxxxi} ، ^{lxxxii} ، ^{lxxxiii} ، ^{lxxxiv} . تن فروشانی که مواد استفاده می کنند به احتمال کمتری از دیگران از کاندوم استفاده می کنند و برای دریافت پول بیشتر حاضرند تا تن به آمیزش محافظت نشده و آمیزش مقعدی بدهند ^{lxxxv} ، ^{lxxxvi} . مصرف کنندگانی که از سرنگ، سر سوزن و وسایل تزریق مشترک استفاده می کنند در خطر اچ آی وی، هپاتیت B و C و همچنین سیفیلیس باشند. زنان تن فروش می توانند در ارتباط با مصرف کنندگان تزریقی مردی باشند که مواد را خود تهیه کرده و به آنها تزریق می کنند و به این صورت خطر اچ آی وی در آنها بالا می رود ^{lxxxvii} . سوء استفاده جسمی و جنسی از تن فروشان توسط مشتریانشان در تن فروشان مصرف کننده ی مواد بیشتر مشاهده می شود ^{lxxxviii} . همچنین مصرف تزریقی مواد می تواند منجر به عفونتهای پوستی، ترومبوز، سپسیس، اندوکاردیت، مسمومیت با مواد و عوارض و مخاطرات جدی شود ^{lxxxix} .

همچنین تن فروشان می توانند از مواد غیر تزریقی مثل کوکائین و کریستالهای متامفتامین مثل شیشه استفاده کنند که باعث می شود تا قضاوتشان مختل شده، آمیزش جنسی محافظت نشده انجام داده، مشکلات سیستم ایمنی پیدا کرده، مشکلات قلبی و سیستم عصبی پیدا کرده و مسمومیت با مواد و وابسته شدن را تجربه کنند ^{lxxx} . در تن فروشان گینه استفاده از کوکائین به طور معنی داری با عدم استفاده مداوم از کاندوم همراه بود ^{lxxxii} . همچنین مصرف الککل که احتمالاً مهمترین ماده روانگردانی است که در تن فروشی استفاده می شود با احتمال بالای خشونت، سوء مصرف ، آمیزش محافظت نشده ، عفونت اچ آی وی و آسیب کبدی همراه می

باشد^{xxxvi}،^{xxxvii} قابل ذکر این است که تزریق پرخطر در بین زنان مصرف کننده تزریقی حتی بیش از مردان می باشد^{xxxvi}،^{xxxv}،^{xxxvii}.

جنسیت شکل دهنده چگونگی تجربه مصرف مواد و مخاطرات همراه با آن می باشد. در اکثر نقاط دنیا برنامه های کاهش آسیب و درمان سوء مصرف مواد که اختصاصا برای زنان و در پاسخ دهی به نیازهای آنان طراحی شده باشد وجود ندارد^{xxxvi}. و در بسیاری از موارد سازوکارهای موجود نیز به صورت آگاهانه یا نا آگاهانه زنان را از گروه دریافت کننده خدمات خارج کرده یا محدودیت هایی را در این میان قائل می شوند.

مروری بر بهترین اقدامات در این زمینه:

به نظر می رسد جدا نمودن تن فروشی و مصرف مواد در زنان از هم دیگر در بسیاری از شرایط به راحتی امکان پذیر نباشد خصوصا چنانچه مسئله فقر برای تامین پول مواد نیز در میان باشد. مداخلات متعددی در این زمینه در سراسر دنیا شکل گرفته است که تعدادی از آنها در بخش های انتهایی به تفصیل معرفی می شود. مسئله اساسی که در این میان باید مورد توجه قرار گیرد کاهش یا حذف زندان از لیست مجازاتهای زنان مصرف کننده مواد می باشد. این اقدام نه فقط به نفع سلامت جامعه می باشد بلکه از بار عمومی هزینه های زندان ها نیز به میزان زیادی می کاهد. دادگاه های درمان مدار، ایجاد مراکز اختصاصی درمان سرپایی و اقامتی برای زنان مصرف کننده که خدمات با رویکردهای جامع نگر ارائه دهند، از اقداماتی است که می تواند به شدت مفید باشد. در یک مطالعه مشخص شده است که یک مرکز اقامتی با پیشگیری از ۷۱ نفر سال زندان، ۲ میلیون دلار از هزینه های جامعه را کاهش داده است^{xxxviii}.

نکته دیگر در این میان تاسیس مراکز درمان اختصاصی زنان است که در آن فقط زنان به درمان زنان می پردازند. این مراکز معمولا بسیار موفق ارزیابی شده اند^{xxxix}.

و برای داشتن مراکز اختصاصی زنان باید^{xc}:

- حمایت یابی سیاسی و شبکه سازی نمود، در این مسیر باید در سطوح بین المللی، منطقه ای، کشوری و محلی فعالیت نمود.
- مطالعات همه گیر شناسی، ارزشیابی برنامه ها و پژوهش درباره مداخلات مرتبط بخشی از برنامه های کشور باید باشد.
- به کارگیری و بومی سازی تجربه های موفق مبتنی بر اطلاعات با در نظر گرفتن بستر سیاسی، فرهنگی و اجتماعی جامعه توسط مراجع ذیربط انجام شود.

همچنین استفاده از تیم های امداد رسانی سیار و همچنین تاسیس مراکز با آستانه تحمل پایین باید در فهرست ارائه خدمات جای داشته باشد.

تبعیض بر علیه زنان تن فروش و/یا مصرف کننده مواد

زنان تن فروش و/یا مصرف کننده مواد هدف های راحتی برای تبعیض می باشند که به دلیل این می باشد که واضحا در معرض انگ اجتماع می باشند^{xci}،^{xci i}،^{xci ii}. این گروه در بسیاری از جوامع بی ارزش تلقی شده و عموما به دلیل زیر پا گذاشتن حریمهای سنتی خانواده ها، گسترش اچ آی وی و بیماری های آمیزشی، جرم و جنایت و به گمراهی کشاندن جوانان سرزنش می شوند. انگ اجتماعی بر علیه این گروه باعث می شود تا در معرض سوء استفاده، تبعیض، خشونت و دیگر عواملی قرار بگیرند که سلامتی آنها را مختل می سازد. در این میان زنان تن فروش و/یا مصرف کننده مواد که با اچ آی وی زندگی می کنند از تبعیض مضاعفی برخوردار می شوند^{xci v}. بی توجهی به زنان مصرف کننده ی مواد حتی در حیطه پژوهش نیز به جز در کشورهای با درآمد بالا زنان به طور گسترده ای مشاهده می شود. در بسیاری از مطالعات تعداد زنان شرکت کننده در مطالعه به اندازه ای نیست که بتوان تفاوت های جنسیتی را مطالعه کرد و در تعدادی دیگر از مطالعات اصولا ذکر از جنسیت به میان نمی آید. این بی توجهی در طراحی مداخلات نیز در کشورهای مختلف به چشم می خورد. ادامه مسیر تبعیض و خشونت بر علیه این افراد منجر به آسیب پذیری بیشتر زنان مصرف کننده تزریقی می شود. در تقریبا تمامی جوامع مشکلات زنان مصرف کننده مواد به دلیل انگ اجتماعی و تبعیضی که به دلایل مختلف بر علیه این گروه وجود دارد از دیگر زنان و یا از مردان مصرف کننده بیشتر است و آنها از دسترسی به بسیاری از خدمات کاهش آسیب و درمانی به دلایل مختلف محروم هستند^{xcv}. این مسئله به اضافه آسیب پذیری بیشتر زنان نسبت به مردان در برابر بیماری ها مشکل را دوچندان می کند. به طور مثال به دلایل بیولوژیک آسیب پذیری زنان در برابر اچ آی وی دو برابر مردان در حین آمیزش جنسی محافظت نشده می باشد^{xcvi}.

خطر بالای انتقال جنسی اچ آی وی برای زنان مصرف کننده

مطالعه های متعددی نشان دهنده ارتباط نزدیک بین مصرف مواد تزریقی و آمیزش جنسی در بین مصرف کنندگان مواد می باشند. بر خلاف تصور اکثریت مصرف کنندگان از نظر جنسی فعال بوده و بسیاری از آنان رفتارهای جنسی دارند که خطر انتقال اچ آی وی را در آنان بالا می برد^{xcvii}. مطالعات در کشورهای متعددی نشاندهنده استفاده نامرتب و غیر موثر از کاندوم بین مصرف کنندگان تزریقی در حین آمیزش با شرکای جنسی مختلفشان بوده است.^{ci c xci xxcviii} این مسئله در زنان مصرف کننده مواد نسبت به مردان مصرف کننده مواد بیشتر می باشد. در مطالعه ای که در سانفرانسیسکو روی جوانان مصرف کننده تزریقی صورت گرفته است مشخص شده است که در گروه زنان تعداد شرکای جنسی و میزان عدم استفاده از کاندوم حین انواع مختلف آمیزش بیش تر از مردان بوده است^{ci}. این امر به دلیل ارتباط و همبستگی بیشتر بین مصرف مواد در زنان و رفتارهای پرخطر جنسی بوده است^{ci v ci i}.

تعدادی از مطالعات نشان داده است که در شبکه اجتماعی زنان مصرف کننده مواد مصرف کنندگان تزریقی بیشتر از شبکه های مردان می باشند و هم پوشانی بیشتری بین شبکه های سکس و تزریق وجود دارد، شاید بتوان دلیل این امر را ایزوله بودن و بیشتر مورد تبعیض قرار گرفتن زنان دانست^{cv}.

چرا موانع استفاده از کاندوم حین آمیزش برای زنان بیش از مردان است؟

تصمیم گیری برای استفاده از کاندوم و توانایی استفاده از آن در تمامی آمیزشها توسط تن فروشان مجموعه ای است پیچیده که عوامل موثری بر آن تاثیر می گذارند^{cvii}،^{cvii}. مهارت مذاکره برای آمیزش کم خطرتر می تواند تحت تاثیر پول اگر تن فروشی مشتریان زیادی نداشته باشد یا اینکه پول بیشتری به او پیشنهاد شود قرار بگیرد. همچنین احتمال بروز فشار و خشونت از طرف مشتریان بر تن فروشان مبنی بر عدم استفاده از کاندوم وجود دارد. احتمال دارد تن فروشان قبل از داشتن مشتری و یا با او مواد مصرف کنند که در چنین صورتی تصمیم گیری و توانایی آنها برای استفاده از کاندوم تحت تاثیر قرار گرفته و آسیب می بیند. این احتمال وجود دارد که همراه داشتن کاندوم توسط تن فروشان در صورت دستگیری توسط پلیس منجر به سخت گیری بیشتر از طرف پلیس شود^{cviii}. به علاوه این احتمال نیز وجود دارد تا تن فروشان مانند بسیاری از مردم در آمیزش با دوست پسر یا همسرانشان از کاندوم استفاده نکنند. این مشکلات در زنان تن فروشی که مصرف کننده مواد نیز باشند به مراتب بیشتر است.

زنان و زندان

چنانچه در بخش همه گیر شناسی گفته شد جمعیت زنان زندانی با شیب زیادی در اکثر کشورهای دنیا در سال های اخیر رو به افزایش بوده است. به گونه ای که در ایالات متحده در سال ۱۹۸۰ اندکی بیش از ۱۳۰۰۰ زن در زندان بوده اند ولی طی بیست سال بعد این رقم بیش از پانصد درصد افزایش داشته و در سال ۱۹۹۹ به نزدیک به یکصد هزار نفر رسیده بوده است.^{Ci X} مصرف مواد در زنان زندانی شایع بوده و عملاً نزدیک به ۸۰ درصد از آنان سابقه مصرف مواد داشته اند. سابقه رفتارهای جنسی پرخطر نیز در این گروه بالا می باشد. بین ۴۳ تا ۶۵ درصد از زنان زندانی مورد سوء استفاده جنسی، روانی یا فیزیکی در زمان قبل از زندان داشته اند. جمعیت زنان زندانی یا با سابقه زندان به دلایل مختلفی بیشتر در معرض خطر می باشند. اگرچه شدت و ضعف این دلایل در کشورهای مختلف و یا حتی زندان های مختلف در یک کشور متفاوت می باشد ولی به صورت کلی می توان موارد زیر را نام برد^{CX}:

- دسترسی به سیستم قضایی برای زنان در بسیاری از کشورها به مراتب از مردان کمتر است. همین امر زمینه برای سوء استفاده از این گروه را به مراتب بیشتر می کند.
- عملاً زنان زندانی قبل از زندان به مراتب بیشتر از مردان مورد سوء استفاده جسمی یا جنسی قرار گرفته اند.

مطالعات مختلفی که در کشورهای مختلف صورت گرفته است، بعضی از این مطالعات حکایت از این دارند که در ایالات متحده آمریکا بین ۴۳٪ از زنان تا ۸۵٪ از زنان زندانی در مقایسه با ۱۲٪ از مردان زندانی تجربه سوء استفاده جسمی یا جنسی را قبل از ورود به زندان داشته اند.^{Cxi i Cxi}

مطالعه دیگری که با هدف بررسی فراوانی نسبی مشکلات روانپزشکی در بین زندانیان در سال های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ صورت گرفته است نشان از فراوانی بالاتر مشکلات روانپزشکی در زنان نسبت به مردان دارد. به گونه ای که ۷۳٪ از زنان در برابر ۵۵٪ از مردان در زندان های ایالتی، ۶۱٪ از زنان در برابر ۴۴٪ از مردان در زندان های فدرال مشکلات روانپزشکی داشته اند.^{Cxi i i}

این نسبت ها در کانادا^{Cxi v}، انگلستان^{Cxv} و اروپا^{Cxvi} در مطالعات مختلف به ترتیب ۷۲ تا ۸۲ درصد، ۸۰ درصد و ۷۵ درصد برآورد شده است.

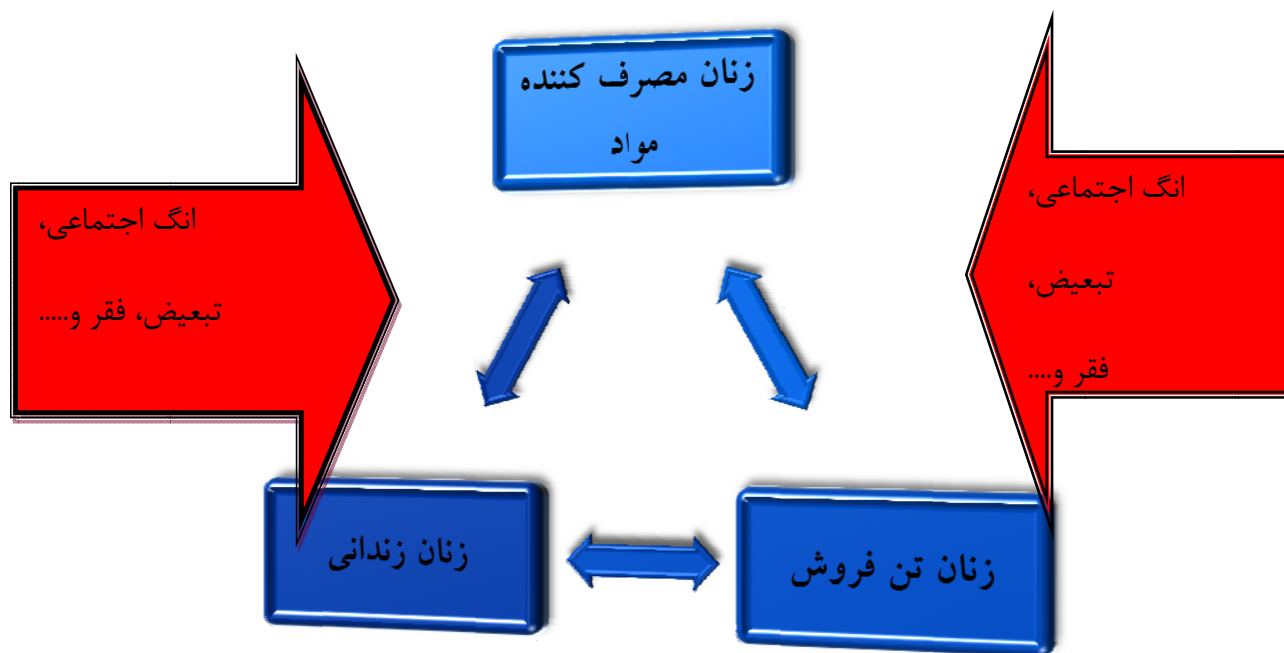
- به دلیل تجربه بیشتر خشونت خانگی و سوء استفاده جنسی این گروه به خدمات بهداشت روانی بیشتری در مقایسه با مردان نیاز دارند.^{Cxvi i} نیازی که معمولاً پاسخ داده نمی شود.

- شیوع بیشتر وابستگی به الکل و مواد در زنان زندانی در مقایسه با مردان و اعتیاد شدید تر در زنان نسبت به مردان^{CXVI}
- استرس بسیار زیاد زندانی شدن برای زنان زندانی می تواند منجر به این شود که مشکلات روانی پیدا کرده یا مشکلات موجودشان تشدید شود.
- سوء استفاده جنسی و خشونت بر علیه زنان در زندان بیشتر از مردان است.
- به احتمال زیادی زنان زندانی مسئولیت های دیگری نیز در زمینه مراقبت از فرزندان خود برخوردارند که به علت شرایط شان از آن باز می مانند.
- نیاز به خدمات بهداشتی و سلامتی اختصاصی زنان که در زندان به آن پاسخی داده نمی شود.
- طرد، انگ و تبعیض و قربانی شدن توسط خانواده هایشان پس از آزادی از زندان.

هم پوشانی گروه ها

به نظر می رسد در اکثر جوامع و همچنین ایران چرخه ای تکراری برای زنان در معرض خطر وجود دارد که عبارت است از مصرف مواد، تن فروشی و زندان، در این میان وجوه مشترکی برای زنان متعلق به یک از این گروه ها در تقریبا تمامی جوامع وجود دارد و شاید بتوان یکی از مهمترین این وجوه را وجود انگ اجتماعی و تبعیض بر علیه این گروه از زنان نام برد. انگ اجتماعی و تبعیض از طرف جامعه سوار بر مشکلات دیگر نظیر فقر و عدم دسترسی به حمایت اجتماعی مناسب باعث می شود که در دراز مدت زنان از هر یک از این گروه ها به گروه دیگر نیز شیفت پیدا کنند و بدین صورت کم نیستند تن فروشانی که به مصرف مواد روی می آورند و یا مصرف کنندگانی که به تن فروشی روی می آورند و در هر مرحله ای احتمالا زندانی نیز می شوند. زندانی شدن عملا نه تنها مشکلی را حل نمی کند که معمولا مشکلی نیز می شود بر دوش دیگر مشکلات این زنان.

شاید بتوان تاثیر این چرخه را بر شکل دهی گروه هدف در این فرایند چنین نشان داد:



موانع ارائه خدمات

غیر قانونی بودن مصرف مواد تن فروشی حتی در ایالات متحده آمریکا، باعث شده است تا ارائه خدمات به این گروه مشکل بوده و زنان تن فروش و/یا مصرف کننده مواد به پلیس و سیستم های بهداشتی نیز بی اعتماد باشند و زنان تن فروش و/یا مصرف کننده مواد خیابانی دائما در پی یافت راه حلهایی هستند تا کمتر توسط پلیس دستگیر شوند^{CXvi ii}. با توجه به همین شرایط ارائه خدمات امداد رسانی سیار ویا آموزش به این گروه بسیار سخت است. لازم به ذکر است که اهمیت رازداری و محرمانه بودن اسرار بیماران برای زنان بیش از مردان است و در بسیاری از مواقع اسرار بیماران حفظ نمی شود^{CXXi CXX Cxi X}.

مجموعه عواملی که بر شمرده شد باعث می شود تا زنان مصرف کننده مواد و/یا تن فروش اعتماد به نفس کمی داشته، مهارت های سازگاری و فائق آمدن بر مشکلات در آنها ضعیف بوده، مشکلات روانی خصوصا افسردگی، سندرم استرس متعاقب سانحه (PTSD)، مشکلات تغذیه ای، اضطراب و خطر بالای خودکشی داشته باشند. گاه این مسائل چنان شدید می شوند که به حاشیه رانده شدن زنان مصرف کننده حتی در محیطهایی که برای ارائه خدمات به مصرف کنندگان تزریقی طراحی شده است، نیز مشاهده می شود.

به علاوه اگرچه وابستگی به مواد مرز یا نژاد و یا طبقه اجتماعی را نمی شناسد ولی زنان مصرف کننده ای که مشکلات قضایی پیدا می کنند عمدتا از مناطق حاشیه ای و اقلیت ها می باشند و مشکلات اقتصادی- اجتماعی متعدد و بی شماری را تجربه کرده اند^{CXXi i}. که شامل نداشتن مهارت های حرفه ای، بیکاری، ناتوانی در تربیت فرزندان و بی خانمانی را می توان از این میان بر شمرد. بنابراین مراکز درمانی زنان مصرف کننده مواد بایستی جامع نگر بوده و فقط به سوء مصرف مواد نپردازند و بتوانند به مسائل زمینه ای که باعث شده تا این زنان به مصرف مواد یا عود روی آورند را در پوشش دهند. خدماتی که به زنان معتاد ارائه می شود بایستی در بستری که بتواند آنها را توانمند کرده، مهارت های فائق آمدن بر مشکلات را در آنها ارتقا بخشیده و به آنها کمک کند تا شبکه اجتماعی کارآمدی را تشکیل داده و به ثبات بیشتر وضعیت زندگی شان بیانجامد، ارائه شود^{CXXi ii}.

برنامه ریزی موثر برای زنان باید به جای اینکه مبتنی بر شیوه های سنتی رویکرد به مشکلات باشد بر پایه نقاط قوتشان نظیر رویکردهای مبتنی بر شایستگی پایه ریزی شود^{CXXi v}.

علاوه بر آن مهم است که پرسنل برنامه بتوانند ارتباطی "صحیح، حمایتگرانه و با اعتماد متقابل" با مراجعین خود اعم از زنان تن فروش و/یا مصرف کننده مواد، ایجاد کنند^{CXXV}. سیستم درمان زنان بایستی به این نکته توجه داشته باشد که زنان همگی یکسان نیستند بلکه جمعیتی متنوع با تجربیات و مهارت های فائق آمدن بر مشکلات متفاوت هستند که بیشتر از آنکه تحت تاثیر جنسیت قرار بگیرند تحت تاثیر نژاد، قومیت و طبقه اجتماعی می

باشد^{CXXvi}.

اتفاق نظر وجود دارد که برنامه های اختصاصی زنان بهتر و بیشتر می توانند نیازهای زنان مصرف کننده الکل و مواد را پوشش دهند و این نظر روز به روز نیز در حال تقویت می باشد^{xxxvi}.

بهترین تجربیات:

علیرغم موانع فوق و مشکلات گفته شده تجربیاتی در زمینه زنان متعلق به این گروه بوده که به دلایل مختلف به عنوان بهترین تجربیات شناخته شده اند.

در زمینه درمان اعتیاد زنان و پیشگیری از اچ ای وی در زنان مصرف کننده مواد و یا الکل تجربیات زیر به عنوان بخشی از بهترین تجربیات انتخاب شده اند. ملاک های انتخاب این تجربه ها و مقایسه آنها عبارت بوده اند از:

- مشخص بودن اهداف پروژه و گروه هدف
- وجود یا عدم وجود جنبه های خلاقانه در ارائه خدمات
- منابع مورد استفاده
- روش استفاده شده برای درمان و یا پیشگیری
- ارزشیابی نتایج
- مشارکت و همکاری در سطوح محلی، کشوری و بین المللی
- سایر جنبه های احتمالی ارزشمند

بر اساس این بررسی تجربیات مختلفی در اروپا انتخاب شده اند که در زیر مشخصات تعدادی از آنها ذکر می شود:

😊 برنامه کاهش خطر (Programme of risk reduction)

این برنامه در کشور فرانسه اجرا شده است، هدف برنامه افزایش دسترسی گروه سخت در دسترس به خصوص زنان به متادون بوده است. در این برنامه اتوبوسهای مخصوصی شامل یک پزشک، سه پرستار، یک آموزش گر ویژه و مسئول گروه با حضور در مناطق سخت در دسترس طبق برنامه زمانی مشخصی اقدام به ارائه خدمات درمان نگهدارنده با متادون و همچنین توزیع سرنگ و وسایل تزریق سترون می کرده اند.

😊 مرکز مراقبت و درمان روزانه (Centre of day-care treatment)

این برنامه نیز در فرانسه و با هدف کمک به مادران و یا والدینی که مصرف کننده مواد بوده و بین مراجعه برای درمان و یا نگهداری فرزندانشان مردد بوده اند طراحی شده است. مداخله بدین ترتیب بوده است که تیمی متشکل از ۲ نفر روانپزشک، یک نفر روان درمانگر، دو نفر مددکار اجتماعی، دو نفر مربی تعلیم دیده، یک نفر مربی کودکان، ۲ پرستار و یک هماهنگ کننده اقدام به مراقبت و حمایت از کودکانی می کرده اند که مادران و یا والدینشان تحت درمان اعتیاد بوده اند. از خصوصیات این مداخله

ارتباط و شبکه گسترده آنها با سازمان های مردم نهاد، زندان ها و دیگر مراکز درمان بوده است، که از این طریق هم دسترسی بهتری به گروه هدف داشته و هم خدمات بهتری ارائه شده است.

😊 انجمن پذیرش و حمایت های روانی اجتماعی (Association of reception and psychological and social support) این انجمن در محله ای در پاریس واقع شده است که در آن تن فروشی و همچنین مصرف مواد به فراوانی زیادی مشاهده می شود و عملاً یکی از محلات تجمع و ارائه خدمات تن فروشان و فروشندگان مواد می باشد. محل انجمن برای برگزاری جلسات و تبادل نظر بین بزرگسالان و نوجوانان و همچنین مصرف کنندگان قدیمی و جدید باز می باشد. مداخله به منظور بازگشت این افراد به جامعه سالم صورت می گیرد مداخلات این انجمن که توسط تیمی متشکل از یک مدیر، سه مربی، یک مددکار اجتماعی، یک روان تحلیلگر، یک منشی و ۱۶ داوطلب صورت می گیرد بدین صورت است که با رفتن به پاتوق ها و برقراری ارتباط با تن فروشان و یا مصرف کنندگان مواد تلاش می کنند تا نه فقط آموزش های پیشگیرانه را به آنها ارائه دهند بلکه مداخلات عملی پیشگیری نیز صورت دهند (نظیر ارجاع به برنامه های درمان و بازتوانی، خدمات کاهش آسیب). این انجمن همچنین برای کسانی که میل به استفاده از خدمات انجمن باشند محل اقامت نیز فراهم می کند و عملاً ۹ مکان به عنوان شلتر دارد. همچنین در صورت تقاضا این تیم به ارائه خدمات در زندان نیز می پردازد.

😊 آپارتمان های درمانی برای زنانی که مشکل مصرف الکل دارند (Therapeutic apartment for women with alcohol problems) در این برنامه که در اسپانیا اجرا شده است هدف این بوده است که برای زنان الکلی که از حمایت خانوادگی برخوردار نیستند خدمات درمان و بازتوانی ارائه شود. شیوه مداخله که برای زنان داوطلب بالای ۱۸ سال بدون شرایط حمایت خانوادگی ارائه می شده است مداخلات فشرده به مدت حداکثر ۶ ماه بوده است. برای هر زن برنامه درمانی مشخص تهیه می شده است. تیم درمانی شامل یک پزشک، یک روانشناس و سه نفر مربی مقیم (یک پرستار، یک معلم و یک مددکار اجتماعی) بوده اند. هر آپارتمان ۱۰۰ متری برای ۴ نفر در نظر گرفته شده است.

😊 مرکز درمان تن فروشان وابسته به مواد (Treatment centre for drug addicted prostitutes) این برنامه که بخشی از خدمات کاهش گزند* در اسپانیا می باشد با هدف اطلاع رسانی و آموزش، ارائه خدمات کاهش گزند، درمان و بازتوانی زنان تن فروش و به خصوص زنان تن فروشی که مصرف کننده مواد می

* "گزند" توسط مولف این گزارش معادل واژه Damage انتخاب شده است. جایگزینی این واژه به دلیل این بوده است که کلمات آسیب و زیان قبلاً در متون فارسی برای Harm به کار رفته است. ولی ظاهراً اسپانیا واژه Damage Reduction را به جای Harm reduction انتخاب کرده است برای توضیح بیشتر مراجعه کنید به [<http://www.un.org/ga/aids/statements/docs/spainE.html>]. جستجوی مولف برای اینکه آیا کشورهای دیگری نیز این واژه را انتخاب نموده اند نشان داد که حداقل دو کشور فرانسه و استونی نیز از واژه Damage Reduction به جای harm reduction

باشند ارائه می شود. مداخله به صورت کلی بدین ترتیب است که با زنان مصرف کننده مواد در خیابان ارتباط برقرار شده و به آنها در خصوص برنامه های مختلف حمایتی اختصاصی برای آنها توضیح داده می شود. در صورت رضایت فرد خدمات برای وی شروع می شود. تیم مداخله گر عبارتند از یک نفر جامعه شناس، یک فر مددکار اجتماعی، چهار نفر داوطلب و ۵ نفر همکار. شبکه حمایتی این تیم گسترده بوده و نه موسسه و مرکز درمان و ارائه خدمات اجتماعی در فهرست ارجاع این مداخله قرار دارند. این مداخله اختصاصاً برای زنان می باشد و به بلافاصله پس از جلب رضایت فرد مداخله لازم شروع می شود.

😊 برنامه درمان و کاهش گزند در زنان باردار مصرف کننده مواد و فرزندانشان

(Treatment of damage reduction in pregnant drug addicts and their children)

این برنامه نیز در اسپانیا با هدف توجه ویژه به فرزندان و نیازهای زنان باردار مصرف کننده مواد خصوصاً هرویین در ارتباط با سلامت فرزندانشان طراحی شده است. مداخله توسط تیمی متشکل از یک نفر روانشناس بالینی، یک نفر پزشک و یک تیم مراقبت های زنان و زایمان و یک تیم مراقبت های داخلی صورت می گیرد. به دنبال تقاضای مراجع و توافق وی با شرایط برنامه مداخله بلافاصله شروع می شود. ساختار برنامه شامل واحد مشاوره، سم زدایی و درمان نگهدارنده با متادون می باشد. بعد از تایید حاملگی زن، امکان سقط جنین برآورد می شود و در صورت عدم امکان سقط به هر دلیل بسته به شرایط فرد سم زدایی و یا درمان نگهدارنده برای مراجع شروع می شود.

برنامه های مشابه دیگری نیز وجود دارند^{cxviii} که در اروپا و به خصوص آلمان و ایتالیا علاوه بر فرانسه و اسپانیا که نمونه هایی از آنها ذکر شد توجه اختصاصی یا ویژه به زنان مصرف کننده مواد، تن فروش و یا زندانی در حال اجرا می باشند و به عنوان بهترین تجربیات انتخاب شده اند. خوانندگان گرامی برای کسب اطلاعات بیشتر می توانند به وبسایت موسسه اروپایی مطالعات پیشگیرانه (<http://www.irefrea.org>) مراجعه نمایند.

استفاده کرده اند [<http://ar2003.emcdda.europa.eu/en/inserts/oltab06-en.html>] معنی گزند در لغتنامه دهخدا آسیب ، صدمه ، آفت و

رنج آمده است (لغتنامه دهخدا، جلد ۱۲، ص ۱۹۱۴۵، چاپ دوم از دوره جدید) [مولف]

مروری بر دستورالعمل های منتشر شده در ایران

بررسی های انجام شده نشان می دهد در کشور دو راهنمای عمل که به صورت اختصاصی برای زنان در سال ۱۳۸۹ نوشته شده است. نخستین مطلب تحت عنوان " راهنمای عمل بخش غیر دولتی برای مراقبت از همسران افراد در معرض آسیب اچ آی وی و ایدز" می باشد. این کتاب بخشی از یک مجموعه چند جلدی می باشد که با هدف توانمند سازی سازمان های غیر دولتی علاقمند به ورود به حیطه پیشگیری از اچ آی وی /ایدز توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در ایران (UNAIDS) تهیه شده است. در این کتاب نویسنده تلاش داشته است تا به صورت خلاصه چکیده و مطالب اساسی را که یک سازمان غیر دولتی که در حیطه اچ آی وی /ایدز فعالیت دارد باید بداند ارائه دهد.

بر همین اساس در فصول مختلف ابتدا با بازشکافی اهمیت مسئله و اهداف برنامه های کشوری در زمینه ارائه پاسخ کشوری موثر به اچ آی وی پرداخته است و پس از آن به خدماتی که معمولاً سازمان های غیر دولتی می توانند برای گروه هدف که همسران افراد در معرض آسیب اچ آی وی /ایدز می باشند ارائه دهند، پرداخته است. فعالیت هایی نظیر آموزش های مرتبط، خدمات کاهش آسیب و معرفی امکانات مختلف برای ارجاع این گروه از جمله مباحثی است که در این کتابچه ذکر شده است.

مستند دیگری که در دست می باشد پروتکل "مراکز ارتقای سلامت اجتماعی زنان آسیب پذیر" می باشد. این پروتکل بعد از گذشت بیش از یکسال از خدمات این مراکز به صورت آزمایشگاهی و با استفاده از تجربیات و پژوهش های میدانی و مرور متون نوشته شده است. گروه هدف این مراکز یا همان زنان آسیب پذیرزنانی هستند که در یکی از گروه های زنان مصرف کننده مواد، همسران زندانیان، همسران مصرف کنندگان مواد و یا زنانی که شرکای جنسی متعدد یا خارج از چارچوب خانواده دارند می باشد.

گستره وسیعی از خدمات از خدمات کاهش آسیب مثل تیم های امداد رسانی سیار، خدمات سرنگ و سوزن، درمان اعتیاد، نگهداری فرزندان زنان گروه هدف، مشاوره و تشخیص داوطلبانه، خدمات بهداشت باروری و جنسی و خدمات ارجاعی در این دستورالعمل تعریف شده است. همچنین سطح بندی خدمات به سه مرحله یعنی خدماتی که الزاماً باید در مرکز ارائه شود، خدماتی که بهتر است ارائه شود و خدماتی که باید به صورت ارجاع ارائه شود صورت گرفته است. نکته ارزشمند دیگری که در این مراکز دیده شده است تاکید بر توانمند سازی زنان آسیب پذیر می باشد.

لازم به ذکر است که به نظر نمی رسد تا بحال ارزشیابی دقیقی از فعالیت های موضوع این دو دستورالعمل صورت گرفته باشد، چرا که هنوز زمان زیادی از انتشار این مطالب نگذشته است.

بحث و نتیجه گیری:

در این بخش تلاش می شود تا به جمع بندی و ارائه خصوصیات برنامه های موفق برای زنان زندانی و/یا مصرف کننده مواد و/یا تن فروش اشاره شود. هدف از این قسمت این است که با توجه به متون بررسی شده به صورت خلاصه ویژگی های برنامه ها و مداخلات موفق برای زنان را ارائه دهد تا مبنایی باشد برای برنامه ریزی و طراحی مداخلات مرتبط در کشور.

جمع بندی منابع منتشر شده در خصوص زنان نشان می دهد که زنان در گروه های مورد بررسی از موانع مختلفی برای دسترسی به خدمات پیشگیرانه و درمان برخوردار می باشند. این موانع در بخش های قبلی به تفصیل توضیح داده شده است.

به همین دلیل است که روز به روز برنامه ریزان و درمانگران اعتیاد بیشتر بدین واقعیت ایمان می آورند که تفاوت های بین زنان و مردان در حیطه مصرف مواد بیشتر از آن است که بتوان الگویی یکسان را برای هر دو جنس تجویز نمود. مشخص شده است هرچقدر بیشتر بتوان به این تفاوت ها توجه نمود و تفاوت های زنان و مردان و تاثیر گذاری متفاوت مواد بر آنان را در حیطه های مختلف جسمی، روانی، خانوادگی و اجتماعی را در طراحی مداخلات تاثیر داد، نتایج درمان و بازتوانی زنان به مراتب بهتر می شود.

خدمات در دسترس در جامعه برای زنان مصرف کننده مواد را می توان به صورت کلی به چهار گروه اصلی تقسیم بندی نمود:

- I. خدمات درمانی که عمدتاً درمان جسمی افراد را هدف قرار می دهند.
 - II. خدمات درمانی که علاوه بر درمان جسمی به مشکلات فردی از جمله مشکلات سلامت روان افراد توجه می کنند.
 - III. خدمات درمانی و رویکردهایی که علاوه بر موارد فوق به مشکلات بین فردی مراجعین نظیر حیطه خانواده و گروه همتا نیز می پردازند.
 - IV. رویکردهای درمانی که به پیشگیری از عود و مدیریت بیمار توجه می کنند.
- مشخص شده است خدماتی که هر چهار حیطه فوق را پوشش داده باشد از موفقیت بالاتری برخوردار می باشند.

بر اساس بررسی های انجام شده در متون منتشر شده که مورد بررسی قرار گرفته اند برنامه های موفق درمانی برنامه هایی هستند که در سطوح مختلف زیر مشخصات و ویژگی های ذکر شده را هرچه بیشتر دارا بوده اند:

- ارکان کلی برنامه های موفق برای زنان مصرف کننده مواد:

- انتخاب های متعددی را در اختیار گروه هدف گذاشته اند^{CXXI X}.
 - رویکردهای مختلف درمانی را مد نظر داشته اند^{CXXX}
 - از رویکرد کاهش آسیب استفاده می کرده اند^{CXXXI}
 - به نیازهای واقعی و عملی افراد توجه داشته اند^{CXXXI I}
 - اختصاصی برای زنان بوده اند^{CXXXI I I}
 - از برقراری شبکه های گروه های خودیاری بین زنان حمایت می کرده اند^{CXXXI V}
 - برنامه ها حمایت گرانه و مشارکت جویانه بوده و تبعیض و طبقه بندی بین گروه هدف وجود نداشته است^{CXXXV}
 - بر مبنای مدل های توانمند سازی زنان طراحی شده است^{CXXXVI}
 - در برنامه های موفق احترام به گروه هدف رعایت می شده است^{CXXXVI I}
 - نظرات مراجعین در ارتقای برنامه لحاظ می شده است^{CXXXVI I I}
 - از نقاط قوت و توانمندی های مراجع برای درمان و بازتوانی وی استفاده شده است^{CXXXI X}
- متأسفانه به صرف اینکه برنامه های خوبی در کشور برای درمان اعتیاد زنان ارائه شوند به معنی آن نمی باشد که گروه هدف نیز از این خدمات استقبال می کنند و چه بسا که برنامه های بسیار خوبی به علت عدم استقبال گروه هدف عملاً به شکست انجامیده اند. برای اینکه بتوان مشارکت بیشتر گروه هدف را در برنامه های درمان اعتیاد جلب نمود دفتر مواد و جرائم سازمان ملل متحد توصیه هایی را در پنج محور ارائه کرده است^{XC}:

❖ محور یک، مداخله زود هنگام و وارد کردن به درمان:

برای اینکه زنان مصرف کننده هرچه سریعتر و در مراحل اولیه اعتیادشان به برنامه های درمانی جلب شوند توصیه می شود :

- مراکز اختصاصی زنان وجود داشته باشد
- سیستم های مراقبت اولیه نظیر مراکز بهداشتی درمانی به شناسایی افراد مصرف کننده اهتمام داشته باشند و آموزش های لازم را دیده باشند.
- برنامه های اطلاع رسانی وجود داشته باشد و اطلاعات صحیح به مخاطبین انتقال داده شود.
- از راهبردهای انگیزشی که نیاز به مواجهه مستقیم ندارد برای جلب بیماران استفاده شود.

❖ محور دوم، ارتباط با خدمات درمان های روانپزشکی برای درمان بیماران با مشکلات توام:

- تهیه دستورالعمل ها و راهنمای عمل مرتبط برای واحد های درمانی ارائه هنده خدمات مرتبط با مواد و یا بیماری های روانپزشکی

- ارائه خدمات ادغام یافته
 - تشخیص زودرس مصرف مواد هم زمان با اختلالات روانپزشکی
 - آموزش های مختلط برای درمان اعتیاد و درمان های روانپزشکی برای دست اندرکاران هر دو گروه
 - همکاری و شبکه سازی بین دو گروه درمانگر
 - پیاده سازی امکان سیستم مدیریت بیمار و مراقبت مشترک از بیمار
 - ❖ محور سوم، توجه به سنتها و حساسیت های فرهنگی:
 - ارائه خدمات مبتنی بر جامعه
 - سم زدایی در منزل
 - تطبیق مداخلات با حساسیت های فرهنگی و هم چنین استفاده از درمان گران هم زبان با بیمار
 - شاید در بعضی از محیط ها نیاز باشد تا برای کاهش انگ و تبعیض از آقایان در مراحل مختلف ارائه خدمات استفاده شود.
 - ❖ محور چهارم، توجه به موادی که به صورت سنتی مورد تایید هستند:
 - در بسیاری از جوامع موادی هستند که به صورت سنتی استفاده شده (قلیان در ایران) و جامعه نگرش مثبتی به آن دارد. باید توجه جامعه را به آنها جلب نمود.
 - اطلاعات و آموزش درباره مواد قانونی و یا پذیرفته شده از نظر فرهنگی ارائه دهید.
 - ❖ محور پنجم، مصرف هم زمان چند ماده در زنان:
 - تمامی مواد مورد استفاده ار اریابی نموده و درمان مناسب ارائه شود.
 - روبروهای کاهش آسیب هماهنگ شوند.
 - به زنان کمک شود تا اولویتهای خود را شناسایی کنند.
 - مطالعات بر روی خصوصیات و ویژگی های این گروه صورت گرفته از نتایج آن در تدوین برنامه ها استفاده شود
- ارائه خدمات درمان اعتیاد برای زنان در زندان ها به مراتب پیچیده تر می شود. چنانچه گفته شد درصد بیشتری از زندانیان زن در مقایسه با زندانیان مرد با مشکلات مرتبط با مصرف مواد، تن فروشی و اختلالات روانپزشکی سروکار دارند. در بین زنان زندانی نیز شیوع رفتارهای پرخطر یکسان نمی باشد.

مطالعه ای که در ایالات متحده آمریکا انجام گرفته^{cxl} نشان می دهد که در بین زندانیان زن در ایالات متحده گروه های زیر بیشتر درگیر رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ آی وی بوده اند:

- زنان سفید پوست غیر اسپانیایی در معرض خطر بالای انتقال اچ آی وی ناشی از تزریق یا رفتارهای جنسی بوده اند.
- زنان مصرف کننده با سن بالاتر در زندان در معرض خطر بالای ناشی از انتقال اچ آی وی به دلیل تزریق مشترک بوده اند.
- زنان دستگیر شده و زندانی شده با جرائم غیر خشونت آمیز نظیر مصرف مواد، تن فروشی یا دزدی در معرض خطر بالای انتقال اچ آی وی ناشی از تزریق یا رفتارهای جنسی بوده اند.
- زنان دارای مشکلات روانپزشکی جدی در معرض بالاترین خطر انتقال اچ آی وی به دلیل رفتارهای پرخطر جنسی بوده اند.

بر اساس این مطالعه مداخلات پیشگیری از اچ آی وی باید در وحله اول برای زنان دارای جرائم کمتر شروع شود چرا که این گروه به شدت در معرض رفتارهای پرخطر مرتبط با مصرف مواد و جنسی بوده و در دوره های زمانی زودتری نیز به جامعه بر می گردند.

نکته بسیار مهم در زمینه زندانیان این است که باید توجه داشت "زندانیان باید بدون هیچ گونه تبعیضی به دلیل وضعیت یا ملیتشان، حق برخورداری از خدمات درمانی و پیشگیرانه از اچ آی وی مشابه آنچه در جامعه است را دارا باشند"^v

بر مبنای اصل فوق مشخص می شود که تفاوتی نباید در بین خدمات درمان اعتیاد برای زنان در جامعه و زندان باشد. این عدم تفاوت و امکان دریافت خدمات مشابه بیش از هرچیز باعث میشود تا امکان ادامه درمان و جلوگیری از وقفه در خدمات درمان و پیشگیری برای زنان مصرف کننده مواد یا تن فروش که مرتبا از جامعه به زندان رفته و از زندان به جامعه باز می گردند وجود داشته باشد.

در هر حال باید دانست که احتمالا زندان مهمترین بخشی است که سلامت آن با جامعه در ارتباط می باشد به گونه ای که بهداشت . سلامت خوب در زندان به معنی داشتن وضعیتی خوب از این لحاظ در جامعه می باشد^{cxli}.

اقدام های لازم در آینده

وضعیت موجود نشاندهنده این ضرورت است که برای پیشگیری از انتقال اچ آی وی در بین زنان مصرف کننده مواد و یا تن فروشان لازم است نه تنها پژوهشهای گسترده تری در بین این گروه ها صورت گیرد بلکه بایستی به بستری در جامعه که این رفتارهای پرخطر در آن صورت می گیرد نیز توجه داشت. پژوهشگران، مسئولین بهداشتی و قضایی لازم است به نیازهای این گروه توجه داشته باشند تا به هدف مشترک ارتقای سلامتی جامعه رسید. خشونت بر علیه زنان مصرف کننده ی مواد و یا تن فروشان توسط فروشندگان مواد، مشتریان، خانواده، نیروهای انتظامی، و دیگر اعضای خانواده و جامعه کمکی به حل مسئله نمی کند. باید نیازهای فوری این گروه مثل سرپناه، غذا و مراقبتهای پزشکی، و نیازهای دیگر نظیر خدمات بهداشت روان، درمان سوء مصرف مواد، پیشگیری از خشونت، حرفه آموزی و کاریابی، پیشگیری از اچ آی وی و بیماری های آمیزشی و دیگر خدمات مددکاری اجتماعی تقویت گشته تا این گروه دست از رفتارهای پرخطر خود بردارند.^{Cxlii}

برای ارتقای خدمات لازم است به راهبردهای موفقیت آمیزی همچون آموزش، مقتدرسازی، پیشگیری، مراقبت، ایمنی و سلامت شغلی، جرم زدایی از تن فروشی و اعتیاد و رویکردهای مبتنی بر حقوق بشر را نام برد. مرور وضعیت موجود کشور به طور کلی می تواند نشان دهنده این باشد که اگر چه اقدامات گسترده ای در حیطه کاهش آسیب صورت گرفته است ولی می توان گفت که هنوز نیاز های زیادی پیش روی زنان در معرض خطر اچ آی وی وجود دارد. از آن جمله می توان موارد زیر را نام برد: (اولویت بندی نیاز بدون توجه به اهمیت آنها صورت گرفته است)

✚ نیاز به انجام مطالعات گسترده همه گیر شناسی و پدیده شناسی اعتیاد و آسیب های مرتبط با آن در زنان

✚ پیش بینی روند زنان در معرض خطر اچ آی وی در آینده به منظور ایجاد آمادگی برای پاسخ موثر به آن
✚ ایجاد ارتباط مدون و موثر بین زندان ها و مراکز خدمات زنان در خارج از زندان به گونه ای که وقفه ای در خدمات مرتبط ایجاد نشود.

✚ نیاز به آموزش بیشتر برای درمانگران اعتیاد و پرسنل زندان ها، نیروهای انتظامی و بهداشتی

✚ ارائه مجازات های جایگزین زندان برای زنان

✚ ظرفیت سازی و استفاده از سازمان های غیر دولتی برای درگیر نمودن آنها در مداخلات مرتبط

✚ نیاز به گسترش گزینه های مختلف درمانی در سراسر استان ها و شهرهای بزرگ

✚ نیاز به گسترش مراکز اختصاصی زنان مطابق با فرهنگ و شرایط منطقه که موارد مرتبط با آنها را نیز در نظر گرفته باشد.

- ✚ ادغام رویکردهای موثر توانمند سازی در خدمات مراکز مرتبط با زنان در معرض خطر آچ آی وی
 - ✚ در نظر گرفتن نیازهای فرزندان زنان
 - ✚ نیاز به شلترهای اختصاصی زنان حداقل در مراکز استان ها
 - ✚ توجه به شرایط فرهنگی خاص نظیر زنان روستایی و یا همسران کارگران فصلی که مهاجرت های داخلی یا خارجی دارند.
- لازم به ذکر است که در طراحی واحدهای ارائه دهنده خدمت برای زنان بایستی موارد زیر در نظر گرفته شده و به آن هم در طراحی مرکز و هم در پیاده سازی فعالیتها به گونه ای توجه شود که موارد زیر در تار وپود مرکز چه در جامعه و چه در زندان نهادینه گردد:
۱. از گروه هدف در طراحی فعالیتها و سیاستگزاری تا حد ممکن استفاده شود.
 ۲. محیطی گرم، صمیمی و دوستانه برای زنان گروه هدف طراحی گردد.
 ۳. به زنان گروه هدف کمک شود تا جایی که بتوانند استقلال خود را به دست بیاورند .
 ۴. برنامه های مرکز برای مادران نیز در دسترس بوده و به آنها توجه داشته باشد.
 ۵. از رویکردهای توزیع سرنگ با آستانه پایین، سرویسهای سیار و توزیع ثانوی برای افزایش دسترسی خصوصا به زنان مصرف کننده تزریقی مواد استفاده گردد.
 ۶. خدمات مراقبت بهداشت جنسی و باروری در فعالیتهای کاهش آسیب ادغام گردد.
 ۷. درمانهای اعتیاد با رویکردهای اختصاصی زنان در دسترس باشد.
 ۸. برنامه ها به گونه ای باشد که هر دو گروه زنان مصرف کننده مواد و تن فروش و گروه مشترک خدمات مطلوب خود را در دسترس داشته باشند.
 ۹. مرکز در ارتباط با مراکز اختصاصی سرویس دهی به قربانیان خشونت خانگی و تجاوز به عنف باشد.
 ۱۰. آموزش دست اندرکاران و سیاستگذاران برای حمایت گیری بیشتر در راه بردهای اصلی جای داشته باشد.
 ۱۱. برنامه ها بایستی با توجه به منابع در دسترس طراحی شوند.

پایان

- ⁱ Center for Substance Abuse Treatment. Providing National Leadership in Treatment Services: Mission, Goals, and Programs. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993
- ⁱⁱ Harcourt C, van Beek I, Heslop J, McMahon M, Donovan B. The health and welfare needs of female and transgender street sex workers in New South Wales. *Aus N Z J Pub Health* 2001; 25: 84-89
- ⁱⁱⁱ UNAIDS. Refugees and AIDS. UNAIDS best practice collection. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997.
- ^{iv} Andrew Coyle (2002), A Human Rights Approach to Prison Management Handbook for prison staff; International Centre for Prison Studies; King's College London
- ^v مداخلات لازم برای پاسخ به اچ آی وی در زندان‌ها، پیشگیری از انتقال جنسی، ۲۰۰۷، رادفر، سید رامین (مترجم)
- ^{vi} <http://www.khanekhorshid.ir/>
- ^{vii} UNODC (2004). Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. New York; UN. Xinhua News Agency. (June 25, 2004) Female IDUs, key population for fighting AIDS in China: experts. In UNODC (2005), World drug report. Vienna, UN.
- ^{viii} Aceijas, C., Friedman, S. R., Cooper, H. L. F., Wiessing, L., Stimson, G. V., Hickman, M. on behalf of the Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries (2006). Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution. *Sexually Transmitted Infections*, 82 (suppl_3), iii10-iii17
- ^{ix} UNODC (2004). Substance abuse treatment and care for women.
- ^x World Health Organization (WHO). Where sex work, drug injecting, and HIV overlap. Forthcoming
- ^{xi} Choi, S.Y.P., Cheung, Y.W., Chen, K. (2006). Gender and HIV risk behavior among intravenous drug users in Sichuan Province, China. *Social Science and Medicine*, 62, 1672-1684
- ^{xii} Godinho, J., Renton, A., Vinogradov, V., Novotny T, Gotsadze, G, Rivers, MJ, Bravo, M (2005). Reversing the tide: Priorities for HIV/AIDS prevention in Central Asia. Washington, DC: World Bank
- ^{xiii} نتایج طرح ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در کشور، ۱۳۸۶، نارنجیها و همکاران
- ^{xiv} 5International Centre for Prison Studies (2006) World female imprisonment list, www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/women-prison-list-2006.pdf
- ^{xv} Yahne CE, Miller WR, Irvin-Vitela L, et al. Magdalena Pilot Project: motivational outreach to substance abusing women street sex workers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2002;23:49-53
- ^{xvi} Vanwesenbeeck I, van Zessen G, de Graaf R, Straver CJ. Contextual and interactional factors influencing condom use in heterosexual prostitution contacts. *Patient Educ Couns* 1994; 24:307-22
- ^{xvii} , Harm Reduction, and HIV ; International Harm Reduction Development Program; September 2007
- ^{xviii} Sherman SG, German D, Cheng Y, et al. The evaluation of the JEWEL projects: An innovative economic enhancement and HIV prevention intervention study targeting drug using women involved in prostitution *AIDS Care* ۱۱-۱۸:۱؛۲۰۰۶ .
- ^{xix} Nemoto T, Iwamoto M, Oh HJ, et al. Risk behaviors among Asian women who work at massage parlors in San Francisco: Perspectives from masseuses and owners/managers. *AIDS Education and Prevention*. . ۴۵۶-۱۷:۴۴۴؛۲۰۰۵
- ^{xx} Williams ML, Bowen AM, Timpson SC, et al. HIV prevention and streetbased male sex workers: an evaluation of brief interventions . *AIDS Education and Prevention*. 2006. ۲۱۵-۱۸:۲۰۴ ;
- ^{xxi} Holmes KK, Sparling PF, Mardh P-A, et al, eds. sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill, 1999

-
- xxii Ghys PD, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS* 2002; 16: 251–58.
- xxiii Morison L, Weiss HA, Buve A, et al. Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2001; 15 (suppl 4): S61–69.
- xxiv Vanwesenbeeck I. Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990–2000. *Ann Rev Sex Res* 2001; 12: 242–89.
- xxv Aral SO, St Lawrence JS. The ecology of sex work and drug use in Saratov Oblast, Russia. *Sex Transm Dis* 2002; 29: 798–805.
- xxvi Thuy NTT, Lindan CP, Hoan NX, Barclay J, Khiem HB. Sexual risk behavior of women in entertainment services. *AIDS Behav* 2000; 4: 93–101
- xxvii Pauw I, Brener L. “You are just whores—you can’t be raped”: barriers to safer sex practices among women street sex workers in Cape Town. *Cult Health Sexuality* 2003; 5: 465–81
- xxviii Kerrigan D, Ellen JM, Moreno J, et al. Environmental-structural factors significantly associated with consistent condom use among female sex workers in the Dominican Republic. *AIDS* 2003; 17: 415–23.
- xxix Spina M, Mancuso S, Sinicco A, et al. Human immunodeficiency virus prevalence and condom use among female sex workers in Italy. *Sex Transm Dis* 1998; 25: 451–54.
- xxx Liao SS, Schensul J, Wolffers I. Sex-related health risks and implications for interventions with hospitality girls in Hainan, China. *AIDS Educ Prev* 2003; 15: 109–21
- xxxi Ngugi EN, Branigan E, Jackson DJ. Interventions for commercial sex workers and their clients. In: Gibney L, DiClemente RJ, Vermund SH, eds. *Preventing HIV in developing countries*. New York: Kluwer Academic/Plenum, 1999: 205–29
- xxxii Guidelines for the management of sexually transmitted infections in female sex workers; WHO;2002
- xxxiii UNAIDS. *Sex work and HIV/AIDS*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002
- xxxiv Holmes KK, Sparling PF, Mardh P-A, et al, eds. *sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill, 1999
- xxxv lancet.com Vol 367 March 11, 2006
- xxxvi Cohen J. HIV/AIDS in India: Sonagachi sex workers stymie HIV. *Science* 2004; 304: 506
- xxxvii Steen R, Dallabetta G. Sexually transmitted infection control in sex workers: regular screening and presumptive treatment augment efforts to reduce risk and vulnerability. *Rep Health Matters* 2003; 11: 74–90.
- xxxviii CASA,1996
- xxxix U.S. Department of Justice, 1999
- xl Wellisch, Prendergast, Anglian , 1994
- xli Daly, 1994
- xlii Wellisch et al.,1994; Wald, 1995
- xliiii CASA, 1996
- xliv Finkelstein et al.1997; CASA, 1996
- xlvi Lex, 1995
- xlvi Amaro, 1995
- xlvi Chasnoff, 1989; Beckman, 1994; Finkelstein et al., 1997
- xlvi Church S, Henderson M, Barnard M, Hart G. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *BMJ* 2001; 322: 524–25
- xlvi Potterat JJ, Brewer DD, Muth SQ, et al. Mortality in a long-term cohort of prostitute women. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 778–85

-
- ⁱ Nemoto T, Iwamoto M, Wong S, Le MN, Operario D. Social factors related to risk for violence and sexually transmitted infections/HIV among Asian massage parlor workers in San Francisco. *AIDS Behav* 2004; 8: 474–83.
- ⁱⁱ Romero-Daza N, Weeks M, and Singer M. “Nobody gives a damn if I live or die”: violence, drugs, and street-level prostitution in inner-city Hartford, Connecticut. *Medical Anthropology*. 2003;22:233-259
- ⁱⁱⁱ Potterat JJ, Brewer DD, Muth SQ, et al. Mortality in a long-term cohort of prostitute women. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 778–85
- ⁱⁱⁱⁱ Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet* 2004; 363: 1415–21
- ^{liv} SEX WORK, VIOLENCE and HIV, A guide for programmes with sex workers; 2007 International HIV/AIDS Alliance
- ^{lv} Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections — Violence against sex workers and HIV prevention; Information Bulletin No3
- ^{lvi} EUROPAP/TAMPEP (1998). Hustling for health: Developing services for sex workers in Europe. London, Gent and Amsterdam, Imperial College School of Medicine, University of Gent and TAMPEP International Foundation.
- ^{lvii} SWEAT (2004). Work wise: Sex worker handbook on human rights, health and violence. Cape Town, South Africa, SWEAT.
- ^{lviii} Longo P and Overs C (1997). Making sex work safe. South Africa and Britain, Network of Sex Work Projects and AHRTAG.
- ^{lix} Miller & Jayasundra 2001, Day 1994, Hoigard & Finstad 1992, Lowman and Fraser 1995, Church et al 2001
- ^{lx} Easteal 1998:6
- ^{lxi} Boyle et al 1997, Banach 1999
- ^{lxii} Edwards 1981; Strange 1995:66
- ^{lxiii} Sullivan 1997
- ^{lxiv} Henning and Bronnit 1998:76
- ^{lxv} Edwards 1981:62-65
- ^{lxvi} UNAIDS and WHO (2004). AIDS epidemic update. Geneva, Switzerland, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization
- ^{lxvii} Carrington C and Betts C (2001). Risk and violence in different scenarios of commercial sex work in Panama City. *Research for Sex Work*. 4:29-31
- ^{lxviii} Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections; Violence against sex workers and HIV prevention; The Global Coalition on Women and AIDS; Information Bulletin Series, Number 3
- ^{lxix} Vanwesenbeeck I. Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990–2000. *Ann Rev Sex Res* 2001; 12: 242–89.
- ^{lxx} Rekart ML. Sex in the city: sexual behavior, societal change, and STDs in Saigon. *Sex Transm Infect* 2002; 78 (suppl 1): i47–54.
- ^{lxxi} Aral SO, St Lawrence JS. The ecology of sex work and drug use in Saratov Oblast, Russia. *Sex Transm Dis* 2002; 29: 798–805
- ^{lxxii} Romero-Daza N, Weeks M, Singer M. “Nobody gives a damn if I live or die”: violence, drugs and street-level prostitution in innercity Hartford, Connecticut. *Med Anthropology* 2003; 22: 233–59
- ^{lxxiii} Braitstein P, Li K, Tyndall M, et al. Sexual violence among a cohort of injection drug users. *Soc Sci Med* 2003; 57: 561–69
- ^{lxxiv} UNAIDS. Sex work and HIV/AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002
- ^{lxxv} Pauw I, Brener L. “You are just whores—you can’t be raped”: barriers to safer sex practices among women street sex workers in Cape Town. *Cult Health Sexuality* 2003; 5: 465–81
- ^{lxxvi} De Graaf R, Vanwesenbeeck I, van Zessen G, Straver C, Visser J. Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behaviour. *AIDS Care* 1995; 7: 35–47.

-
- ^{lxxvii} Spittal PM, Craib KJ, Wood E, et al. Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. *Can Med Assoc J* 2002; 166: 894–99.
- ^{lxxviii} El Bassel N, Witte SS, Wada T, Gilbert L, Wallace J. Correlates of partner violence among female street-based sex workers: substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks. *AIDS Patient Care STDS* 2001; 15: 41–51
- ^{lxxix} Goldman L, Bennett J, Eds. *Cecil textbook of medicine*. Philadelphia: WB Saunders, 2000.
- ^{lxxx} *Lancet* 2005; 366: 2123–34
- ^{lxxxi} Persaud N, Klaskala W, Baum M, Duncan R. Sexually transmitted infections, drug use, and risky sex among female sex workers in Guyana. *Sex Transm Infect* 2000; 76: 318.
- ^{lxxxii} Goldman L, Bennett J, eds. *Cecil textbook of medicine*. Philadelphia: WB Saunders, 2000.
- ^{lxxxiii} Trocki KF, Leigh BC. Alcohol consumption and unsafe sex: a comparison of heterosexuals and homosexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1991; 4: 981–86
- ^{lxxxiv} Doherty, MC, Garfein, RS, Monterroso, E, Latkin, C, Vlahov, D (2000). Gender difference in the initiation of injecting drug use among young adults, *Journal of Urban Health*, 77(3), 397. Sherman, S, Latkin, C, Gielen, A (2001). Social factors related to syringe sharing among injecting partners: a focus on gender. *Substance Use Misuse*, 36(21), 13–36.
- ^{lxxxv} Evans et al. (2003). *Op cit*. Vidal-Trécan, G, Coste, J, Coeuret, M, Delamare, N, Varescon-Pousson, I, Boissonnas, A (1998). Risk behaviors of intravenous drug users: are females taking more risks of HIV and HCV transmission? *Rev Epidemiolo Sante Publique*; 46(3):193-204. UNAIDS Program Coordinating Board (2007).
- ^{lxxxvi} Gore-Felton et al. (2003),
- ^{lxxxvii} UN Office on Drugs and Crime (UNODC) (2006). HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users. Vienna: United Nations.
- ^{lxxxviii} THE SOURCE, VOLUME 10, NO. 1 - THE NATIONAL ABANDONED INFANTS ASSISTANCE RESOURCE CENTER
- ^{lxxxix} WOMEN AND OPIATE ADDICTION: A EUROPEAN PERSPECTIVE
- ^{xc} Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned; 2004
- ^{xci} Linge G, Porter D, eds. *No place for borders: the HIV/AIDS epidemic and development in Asia and the Pacific*. New York: St Martin's Press, 1997
- ^{xcii} Lewis M, Bamber S, Waugh M, eds. *Sex, disease, and society: a comparative history of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in Asia and the Pacific*. Westport, CT, USA: Greenwood Press, 1997
- ^{xciii} Wojcicki JM, Malala J. Condom use, power and HIV/AIDS risk: sex-workers bargain for survival in Hillbrow/Joubert Park/Berea, Johannesburg. *Soc Sci Med* 2001; 53: 99–121
- ^{xciv} UNAIDS. *Sex work and HIV/AIDS*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002
- ^{xcv} UNODC (2005). *World drug report*.
- ^{xcvi} Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). Women and girls. http://www.unaids.org/en/Policies/Affected_communities/women.asp. Accessed June 26, 2007
- ^{xcvii} Women, Harm Reduction, and HIV ; International Harm Reduction Development Program; September 2007
- ^{xcviii} Winstanley, EL, Gust, SW, Strathdee, SA (2006). Drug abuse and HIV/AIDS: International research lessons and imperatives. *Drug Alcohol Depend*, 2006, 82 Suppl 1:S1-5.
- ^{xcix} UNAIDS (2006), *Report on the global AIDS epidemic*.
- ^c Rhodes, T, Stimson, GV, Crofts, N, Ball, A, Dehne, K, Khodakevich, L. (1999). Drug injecting, rapid HIV spread and the “risk environment” implications for assessment and response. *AIDS* 13, S259-269. Lau et al (2005).
- ^{ci} Review of injecting drug use in six African countries: Egypt, Kenya, Mauritius, Nigeria, South Africa and Tanzania. *Drugs: education, prevention, and policy*, 13(2), 121-137

-
- ^{cii} Evans, JL, Hahn, JA, Page-Shafer, K, Lum, PJ, Stein, ES, Davidson, PJ, & Moss, AR (2003). Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO Study). *J Urban Health*, 80(1), 137-146.
- ^{ciii} Freeman, RC, Rodriguez, GM, and French, JF (1994). A comparison of male and female intravenous drug users' risk behaviors for HIV infection. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 20(2), 129-157. Evans et al. (2003).
- ^{civ} Riehman, KS, Kral, AH, Anderson, R, Flynn, N, & Bluthenthal, RN (2004). Sexual relationships, secondary syringe exchange, and gender differences in HIV risk among drug injectors. *J Urban Health*, 81(2), 249-259. Gossop, M, Griffiths, P, Strang, J (1994). Sex differences in patterns of drug taking behaviour. A study at a London community drug team. *Br J Psychiatry*, 164(1), 101-104. Breen et al (2005).
- ^{cv} Doherty, MC, Garfein, RS, Monterosso, ER et al. (2000). Correlates of HIV infection among young adult short-term injection drug users. *AIDS*, 14, 717-726. Latkin, CA, Mandell, W, Knowlton, AR et al. (1998). Gender differences in injection-related behaviors among injection drug users in Baltimore, Maryland. *AIDS Educ Prev*, 10, 257-263.
- ^{cvi} McMahon JM, Tortu S, Pouget ER, et al. Contextual determinants of condom use among female sex exchangers in East Harlem, NYC: an event analysis. *AIDS and Behavior*. 2006;10:731-741
- ^{cvi} Roxburgh A, Degenhardt L, Larance B, et al. Mental health, drug use and risk among street based sex workers in greater Sydney. NDARC Technical Report No. 237.
- ^{cvi} Alexander P. Sex work and health: A question of safety in the workplace. *Journal of the American Medical Women's Association*. 1998;53: 77-82
- ^{cix} WOMEN, INJECTION DRUG USE, AND THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM ;www.cdc.gov/idu
- ^{cx} Handbook for prison managers and policymakers on Women and Imprisonment; United Nations Publication;2008
- ^{cx} The United States Bureau of Justice Statistics survey of State prison inmates for 1991, in National Institute of Justice Research in Brief, August 1998, p. 1.
- ^{cxii} Information from New York State Governor's Office, cited in Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Ms Radhika Coomaraswamy, in accordance with Commission on Human Rights resolution 1997/44, Addendum, Report of the mission to the United States of America on the issue of violence against women in state and federal prisons, United Nations Document, E/CN.4/1999/68/Add.2, 4 January 1999, para. 16.
- ^{cxiii} Sniffen, M. J, the Associated Press report, 7 September 2006.
- ^{cxiv} *Corrections and Conditional Release Act, Five-Year Review, Women Offenders February 1998*, citing a Survey conducted in 1990.
- ^{cxv} The Howard League for Penal Reform, Press Release, 20 June 2006.
- ^{cxvi} *women in Prison, A Review of the Conditions in Member States of the Council of Europe*, op. cit., p. 12, Citing "Health Care Needs of Women in Prison": The Gap Between Policy and Implementation", MacDonald M. Presentation at "What Works with Women Offenders", June 2005.
- ^{cxvii} Townhead, L., Pre-trial Detention of Women and its impact on their children, Quaker United Nations Office, Geneva, February 2007

-
- ^{cxviii} Blankenship KM, Koester S. Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2002;30:548-559.
- ^{cxix} Personal communication, Yury Ivanov, 2006. Rhodes, T, Platt, L, Sarang, A, Vlasov, A, Mikhailova, L, Monaghan, G (2006). Street policing, injecting drug use and harm reduction in a Russian city: A qualitative study of police perspectives. *J of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 83(5).
- ^{cxx} Lev Levinson. Personal communication, 2007
- ^{cxixi} Centre for Social Expertise of the Institute of Sociology at the National Academy of Science of Ukraine (2005). A review of work with injecting drug users in Ukraine in the context of the HIV/AIDS epidemic. Kiev
- ^{cxixii} Mitchell, 1993
- ^{cxixiii} Falkin, Wellisch, Prendergast, Kilian, Hawke, Natarajan, Kowaleswkis, and Owen, 1994
- ^{cxixiv} Nelson-Zlupko, Kauffman, and Morrison, 1995
- ^{cxixv} Finkelstein et al., 1997
- ^{cxixvi} Banyard and Graham-Bermann, 1993
- ^{cxixvii} Morash and Bynum, 1995; Falkin et al., 1994; CASA, 1996
- ^{cxixviii} WOMEN DRUG ABUSE IN EUROPE: GENDER IDENTITY; IREFREA & European Commission, 2000
- ^{cxixix} Finkelstein et al. 1997
- ^{cxixxx} Office of Reed, 1987; Zandowski, 1987; Drabble, 1996; Nelson-Zlupko et al. 1996; the U.S. National Drug Control Policy, 1996; Swift and Copeland, 1996; Finkelstein et al., 1997
- ^{cxixxxi} Creamer and McMurtrie, 1998; Lightfoot et al., 1996b
- ^{cxixxxii} Booth et al., 1992; Schleibner, 1994; Nelson-Zlupko et al., 1996; Swift and Copeland, 1996
- ^{cxixxxiii} Dahlgren and Willander, 1989; Copeland and Hall, 1992; Jarvis, 1992; Schleibner, 1994; Nelson-Zlupko et al., 1996; Swift and Copeland, 1996; Finkelstein et al., 1997
- ^{cxixxxiv} Covington, 1998
- ^{cxixxxv} Finkelstein et al., 1997; Covington, 1998
- ^{cxixxxvi} Schliebner, 1994; Strantz and Welch, 1995; Drabble, 1996; Finkelstein et al., 1997; Creamer and McMurtrie, 1998
- ^{cxixxxvii} Kasl, 1995
- ^{cxixxxviii} Mattson and Allen in Waltman, 1995; Finkelstein et al., 1997; Creamer and McMurtrie, 1998
- ^{cxixxxix} Finkelstein, 1993
- ^{cxli} HIV and AIDS Risk Behaviors Among Female Jail Detainees: Implications for Public Health Policy; *American Journal of Public Health* | May 2002, Vol 92, No. 5
- ^{cxlii} دستورالعمل‌های کاربردی برای تقویت پیشگیری از اچ ای وی، به سمت دسترسی همگانی، سازمان جهانی بهداشت، زیر چاپ
- ^{cxliii} What are sex workers' HIV prevention needs? UCSF, revised 4/08

ضمیمه شماره ۱: فهرست کلیه یافته های مرتبط با مصرف کنندگان مواد، تن فروشان، زندانیان اعم از مرد و زن

	Name	Type of document			Pages	Date of Publication	Main Target Group		
		Guideline	Paper	Report			Prisoners	IDUs	Community /SW
1.	<i>Drug Use in the Northeastern States of India</i>			*	50	2006			*
2.	<i>IDU and HIV/AIDS in India</i>			*	46	2004		*	
3.	<i>HIV Intervention Toolkit and Basics of Conducting Situation and Response Assessment</i>	*			31				*
4.	<i>Peer Led Community Outreach Intervention</i>	*			45			*	
5.	<i>Safer Practices</i>	*			27		*	*	*
6.	<i>Buprenorphine Substitution</i>	*			37			*	
7.	<i>Methadone Substitution</i>	*			37			*	
8.	<i>Low Cost Community-based Care for Drug Users</i>	*			49			*	
9.	<i>Reducing risk-taking behavior amongst young drug users in South Asia</i>	*			98			*	
10.	<i>Southern and Eastern Africa Declaration of Commitment for HIV and AIDS Prevention Care, Treatment and Support in Prisons in Africa</i>			*	5	2009	*		
11.	<i>Reducing risk-taking behavior amongst young drug users Training of Trainers' Manual outreach workers</i>	*			126	2005		*	
12.	<i>Handbook of basic principles and promising practices on Alternatives to Imprisonment</i>	*			88		*		
13.	<i>Drug dependent treatment intervention for drug users in prison</i>	*			107		*	*	
14.	<i>Consensus Statement of the Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use 2010</i>	**			152	2010	*	*	
15.	<i>Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities</i>	*			60	2007			*
16.	<i>Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting users: workshop manual</i>	*			120	2004	*		
17.	<i>Differences in patterns of drug use between women and men</i>		*	*	20	2005	*		

18.	<i>Problems facing women drug users and their children</i>			*	4	2000		*	
19.	<i>BEST PRACTICES: using harm reduction</i>		*		6	2004			
20.	<i>A woman centered harm reduction approach during pregnancy</i>		*		25	2007		*	
21.	<i>CARING FOR TRAFFICKED PERSONS: GUIDANCE FOR HEALTH PROVIDERS</i>	*			232	2009			*
22.	<i>Sex Work, HIV/AIDS, and Human Rights</i>			*	121	2005			
23.	<i>WOMEN, INJECTION DRUG USE, AND THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM</i>			*	2	2001		*	
24.	<i>From coercion to cohesion: Treating drug dependence through health care, not punishment</i>		*		22	2009		*	
25.	<i>COMPENDIUM OF BEST PRACTICES ON ANTI HUMAN TRAFFICKING BY NON GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS</i>	*			173	2008			*
26.	<i>Reaching Out to Abused Women with Concurrent Mental Health and Addiction Issues Canada</i>			*	43			*	*
27.	<i>Female Drug Use in Pakistan</i>			*	81	2010		*	
28.	<i>Women and drug abuse, a problem in India 2002</i>			*	22	2002		*	
29.	<i>Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments</i>	*		ترجمه فارسی توسط اینجانب انجام شده است	37	2007	*	*	
30.	<i>Interventions to address HIV in prisons: Safer Sex</i>	*			41	2007	*		
31.	<i>Interventions to address HIV in prisons: Needle and Syringe Programs</i>	*			41	2007	*		
32.	<i>Interventions to address HIV in prisons: Care, treatment and support</i>	*			31	2007	*		
33.	<i>HIV testing and counseling in prisons, 2009</i>	*			27	2009	*		
34.	<i>FROM CHALLENGES TO OPPORTUNITIES Responses to Trafficking and HIV/AIDS in South Asia</i>		*		54	2003			*
35.	<i>Guidelines for services providing injecting equipment Best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland</i>	*			69	2009		*	
36.	<i>RECOMMENDED BEST PRACTICES FOR EFFECTIVE SYRINGE EXCHANGE PROGRAMS* IN THE UNITED STATES</i>	*			19	2009		*	

37.	<i>Ontario Needle Exchange Programs Best Practice Recommendations</i>	*			266	2006		*	
38.	<i>Substance abuse treatment and care for women Case studies and lessons learned</i>	*			105	2004		*	
39.	<i>UNAIDS guidance note on HIV and sex work</i>	*			32	2009			*
40.	<i>HIV in prisons Situation and needs assessment toolkit</i>	*			92	2009	*		
41.	<i>HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users</i>		*		4	2006		*	
42.	<i>HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings</i>	*			52	2006	*		
43.	<i>The United States Conference of Mayors Best Practices Center; HIV Prevention & Outreach Strategies</i>			*	40	2001		*	*
44.	<i>Harm Reduction: A British Columbia Community Guide</i>	*			30	2005		*	*
45.	<i>HUMAN TRAFFICKING AND HIV, Exploring vulnerabilities and responses in South Asia</i>	*			42	2007			*
46.	<i>The Rapid Assessment and Response guide on injecting drug use</i>	*			259	1998		*	
47.	<i>WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i>	*			40	2009		*	
48.	<i>Intensifying HIV prevention : a UNAIDS policy position paper</i>	*			56	2005	*	*	*
49.	<i>Protocol on Inter State Rescue and Post Rescue Activities Relating to Persons Trafficked for Commercial Sexual Exploitation</i>	*			25	2007			*
50.	<i>A Best Practice Model of Harm Reduction in the Community and in Prisons in Russian Federation</i>		*	*	101	2001	*	*	*
51.	<i>Female sex worker HIV prevention projects: Lessons learnt from Papua New Guinea, India and Bangladesh</i>		*		130	2000			*
52.	<i>Operational Plan for the Action Framework on Women, Girls, Gender Equality and HIV</i>	*			33				*
53.	<i>Journey to Justice Manual on Psychosocial Intervention</i>	*			96	2008			*

54.	<i>Sex-work harm reduction</i>		*		12	2005			*
55.	<i>Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS An annotated inventory</i>			*	23	2005			*
56.	<i>Research Study on Migration and HIV Vulnerability from Seven South and North East Asian Countries</i>		*		149	2004			*
57.	<i>Linkage between trafficking and HIV/AIDS</i>			*	52	2007			*
58.	<i>Operational guidelines for the management of OPIOID DEPENDENCE in the South-East Asia Region</i>	*			125	2008		*	
59.	<i>Prevention of spread of HIV amongst vulnerable groups in prisons</i>			*	16	2008	*		
60.	<i>Peer Guide for Prisons</i>	*			64		*		
61.	<i>Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users</i>	*			99	2005		*	
62.	<i>Handbook on Prisoners with special needs</i>	*			190	2009	*		
63.	<i>SEX-RAR guide : the rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour</i>	*			147	2002			*
64.	<i>Reducing adverse health and social consequences of drug abuse: A comprehensive approach</i>		*		9			*	
65.	<i>A Rapid Situation Assessment of HIV/STI/TB and Drug Abuse among Prisoners in Uganda Prisons Service</i>			*	86	2009	*		
66.	<i>The overlap between injecting drug use and sex work</i>		*		2				*
67.	<i>Standard Operating Procedures (SOP) On Investigating Crimes of Trafficking for Commercial Sexual Exploitation</i>	*			55	2007			*
68.	<i>The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health</i>			*	29	2010	*		
69.	<i>Treatment of IDUs with HIV AIDS</i>	*			17	2006		*	
70.	<i>Prisons and AIDS</i>	*			8	1997	*		
71.	<i>Protocol on assessing drug use & HIV in the prison settings</i>	*			22	2009	*		

72.	<i>HIV and Prisons in sub-Saharan Africa: Opportunities for Action</i>	*		45	2006	*		
73.	<i>HIV testing and counseling in prisons and other closed settings Brief</i>	*		8	2009	*		
74.	<i>HIV testing and counseling in prisons and other closed settings FINAL</i>	*		72	2009	*		
75.	PRINCIPLES OF DRUG DEPENDENCE TREATMENT		*	32	2008		*	
76.	<i>HIV and AIDS in places of detention A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings</i>	*		155	2008	*		
77.	VICTIM SUPPORT PROJECT		*	20	2009			*
78.	COMMUNITY IDEAS FOR IMPROVING THE RESPONSE TO THE DOMESTIC HIV EPIDEMIC		*	76	2010			*
79.	<i>WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons</i>			9	1999			
80.	<i>Women's health in prison Correcting gender inequity in prison health</i>	*		65	2009	*		
81.	<i>Policy brief : Reduction of HIV transmission in prisons</i>		*	2	2004	*		
82.	<i>Women and HIV in prison settings</i>		*	6	2008	*		
83.	<i>Critical Issues for Women and HIV: Health Policy and the Development of a National AIDS Strategy</i>	*		44	2009	*		
84.	<i>Handbook for prison managers and policymakers on Women and Imprisonment</i>	*		128	2008	*		
85.	<i>Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries</i>		*	106	2004	*		
86.	<i>DRAFT Guidelines for Behavior Change Interventions to Prevent HIV Sharing Lessons from an Experience in Bangladesh</i>	*		197	2003			*
87.	<i>Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons Learned</i>		*	113	2001	*	*	*
88.	<i>International law, human rights and HIV/AIDS</i>		*	6	2002			*
89.	<i>Protecting the Human Rights of Injection Drug Users THE IMPACT OF HIV AND AIDS</i>		*	32	2005		*	

90.	<i>HARM REDUCTION AND INJECTION DRUG USE: an international comparative study of contextual factors influencing the development and implementation of relevant policies and programs</i>		*	125	2001		*	
91.	<i>Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights Action to Combat HIV/AIDS in View of its Devastating Human, Economic and Social Impact</i>	*		153	1999	*	*	*
92.	<i>Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach</i>	*		60	2008		*	
93.	<i>Guide to starting and managing needle and syringe programmes</i>	*		64	2007		*	
94.	<i>Starting and Managing Needle and Syringe Programs</i>	*		121	2000		*	
95.	<i>Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience</i>		*	101	2004	*	*	
96.	<i>EVIDENCE FOR ACTION :EFFECTIVENESS OF COMMUNITY-BASED OUTREACH IN PREVENTING HIV/AIDS AMONG INJECTING DRUG USERS</i>			42	2004			
97.	<i>Outreach-Based HIV Prevention for Injecting Drug Users: A Review of Published Outcome Data</i>		*	12	1998		*	
98.	<i>The Extent, Pattern and Trends of Drug Abuse in India - National Survey</i>		*	149	2004	*	*	*
99.	<i>Women And Drug Abuse : The Problem In India</i>		*	51	2003	*	*	*
100.	<i>Women's Vulnerability to HIV/AIDS</i>			171				*
101.	<i>Harm reduction policies and programs for persons involved in the criminal justice system</i>		*	12	2005	*		
102.	<i>Do Not Cross: Policing and HIV Risk Faced by People Who Use Drugs</i>	*		2007	26		*	
103.	<i>Assessment of the best practices in HIV/AIDS harm reduction programs among civilian population and prisoners in the Russian</i>		*	86		*		

	<i>Federation</i>							
104.	<i>The Impact of Drug Policies on Women and Families</i>		*		80	>2003		*
105.	<i>EHRN WOMEN TRAINING PACKAGE</i>				0			
106.	<i>WOMEN DRUG ABUSE IN EUROPE: GENDER IDENTITY</i>			*	۱۵۰	۲۰۰۰		*
107.	<i>Best Practices Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems</i>			*	95	2000		*
108.	<i>Women, Mental Health and Mental Illness and Addiction in Canada: An Overview</i>			*	48	2006		*
109.	<i>Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women ;A Treatment Improvement Protocol</i>	*			389	2009		*
110.	<i>Best Practices Substance Abuse, Treatment and Rehabilitation</i>			*	97	1999		*
111.	<i>راهنمای عمل بخش غیر دولتی برای مراقبت از همسران افراد در معرض آسیب اج ای وی و اینز</i>	*			۲۳	۱۳۸۹		*
112.	<i>راهنمای عمل بخش غیر دولتی برای پیشگیری و کنترل اج ای وی و اینز در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد</i>	*			۲۲	۱۳۸۹		*
113.	<i>دستورالعمل اجرایی نحوه ارائه خدمات در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری</i>	*			۱۱۰	۱۳۸۹		*
114.	<i>پرونگل مراکز ارتقای سلامت اجتماعی زنان آسیب پذیر</i>	*			۷۵	۱۳۸۹		*
115.	<i>دستورالعمل های کاربردی برای تقویت پیشگیری از اج ای وی/اینز</i>	*			۶۸	زیر چاپ	*	*
116.	<i>مداخلات لازم برای پاسخ به اج ای وی در زندان ها اقدامات مراقبتی، درمانی و حمایتی</i>	*			۳۴	۱۳۸۹	*	
117.	<i>مداخلات لازم برای پاسخ به اج ای وی در زندان ها ، پیشگیری از انتقال جنسی</i>	*			۴۴	زیر چاپ		
118.	<i>مداخلات لازم برای پاسخ به اج ای وی در زندان ها ، برنامه های سرنگ و سوزن و راهبردهای گند زدایی</i>	*			۵۰	زیر چاپ		
119.	<i>Women and opiate addiction: an European perspective</i>	*			200			*
120.	<i>Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections — Violence against sex workers and HIV prevention</i>		*		6			*
121.	<i>WOMEN AND ADDICTION: TREATMENT ISSUES AND INNOVATIVE PROGRAM MODELS</i>			*	5			*

ضمیمه شماره ۲: فهرست یافته‌های اختصاصی زنان

	Name	Type of document			Pages	Date of Publication	Main Target Group		
		Guideline	Paper	Report			Prisoners	IDUs	Community /SW
1.	The overlap between injecting drug use and sex work		*		2			*	
2.	Women's Vulnerability to HIV/AIDS				171			*	
3.	EHRN WOMEN TRAINING PACKAGE				0				
4.	راهنمای عمل بخش غیر دولتی برای مراقبت از همسران افراد در معرض آسیب اج‌ای وی و اینز	*			۲۳	۱۳۸۹		*	
5.	پرونگل مراکز ارتقای سلامت اجتماعی زنان آسیب پذیر	*			۷۵	۱۳۸۹		*	
6.	Problems facing women drug users and their children			*	4	2000		*	
7.	Female sex worker HIV prevention projects: Lessons learnt from Papua New Guinea, India and Bangladesh		*		130	2000		*	
8.	WOMEN DRUG ABUSE IN EUROPE: GENDER IDENTITY			*	۱۵۰	۲۰۰۰		*	
9.	Best Practices Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems			*	95	2000		*	
10.	WOMEN, INJECTION DRUG USE, AND THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM			*	2	2001		*	
11.	Women and drug abuse ,a problem in India 2002			*	22	2002		*	
12.	SEX-RAR guide : the rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour	*			147	2002		*	
13.	Women And Drug Abuse : The Problem In India			*	51	2003	*	*	
14.	The Impact of Drug Policies on Women and Families		*		80	2003		*	
15.	Substance abuse treatment and care for women Case studies and lessons learned	*			105	2004		*	
16.	Differences in patterns of drug use between women and men		*	*	20	2005	*		
17.	Sex Work, HIV/AIDS, and Human Rights			*	121	2005			
18.	Sex-work harm reduction		*		12	2005		*	
19.	Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS An annotated inventory			*	23	2005		*	
20.	Women, Mental Health and Mental Illness and Addiction in Canada: An Overview			*	48	2006		*	

21.	HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users		*		4	2006		*	
22.	A woman centered harm reduction approach during pregnancy		*		25	2007		*	
23.	Reaching Out to Abused Women with Concurrent Mental Health and Addiction Issues Canada			*	43	2007		*	*
24.	Standard Operating Procedures (SOP) On Investigating Crimes of Trafficking for Commercial Sexual Exploitation	*			55	2007			*
25.	Women and HIV in prison settings		*		6	2008	*		
26.	UNAIDS guidance note on HIV and sex work	*			32	2009			*
27.	Operational Plan for the Action Framework on Women, Girls, Gender Equality and HIV	*			33	2009			*
28.	Women's health in prison Correcting gender inequity in prison health	*			65	2009	*		
29.	Critical Issues for Women and HIV:Health Policy and the Development of a National AIDS Strategy	*			44	2009	*		
30.	Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women ;A Treatment Improvement Protocol	*			389	2009		*	
31.	Female Drug Use in Pakistan			*	81	2010		*	
32.	Women and opiate addiction: an European perspective	*			200			*	
33.	Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections — Violence against sex workers and HIV prevention		*		6				
34.	WOMEN AND ADDICTION: TREATMENT ISSUES AND INNOVATIVE PROGRAM MODELS			*	5				