

بحث ویژه: اپیدمی HIV/AIDS و اعتیاد تزریقی؛ کاهش آسیب و برنامه‌های سرنگ و سوزن

دکتر بهنام فرهودی^۱

اپیدمی ایدز (HIV/AIDS) و نقش اعتیاد تزریقی در آن

اپیدمی HIV/AIDS در جهان در حال گسترش است. در پایان سال ۲۰۰۲ میلادی ۴۲۰ نفر در جهان به HIV/AIDS مبتلا بوده اند و تنها در همان سال پنج میلیون نفر به آن مبتلا گشته‌اند (۳). اگر چه در برخی از کشورهای توسعه یافته موفقیت‌های چشمگیری در کنترل اپیدمی به دست آمده، اما در کشورهای در حال توسعه، گسترش اپیدمی ادامه دارد (۳). طبق برآورد کارشناسان، در صورت ادامه روند کنونی (تا سال ۲۰۱۵) متوسط عمر در ۹ کشور آفریقایی که بیشترین شیوع HIV را دارند، ۱۷ سال کاهش خواهد یافت (۲) همچنین، پیش بینی می‌شود که اگر در ۱۲۶ کشور با درآمد اندک تا متوسط (از جمله ایران) روش‌های صحیح پیشگیری اعمال نشود ۴۵ میلیون نفر دیگر تا سال ۲۰۱۰ به عفونت HIV/AIDS مبتلا خواهند شد. اما در صورت اجرای کامل برنامه‌های پیشگیری می‌توان عدد فوق را به ۲۹ میلیون نفر تا سال ۲۰۰۵، کاهش داد (۳). در این میان، اعتیاد تزریقی نیز در جهان گسترش می‌یابد و ابتلای افراد به عفونت HIV در اثر تزریق مواد مخدر نیز به گونه‌ای هشدار دهنده بویژه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه جهان، رو به افزایش است (۳). به طور مثال، در حالی که تا یک دهه قبل شیوع اعتیاد تزریقی در اندونزی در حد صفر بوده است، هم اکنون حدود ۱۲۴ تا ۱۹۶ هزار معتاد تزریقی در این کشور وجود دارد. این آمار تا پایان سال ۲۰۰۲، ۴۳ هزار نفر مبتلا به HIV/AIDS را شامل شده است، اگر اشتراک در سوزن ادامه یابد تا انتهای سال جاری میلادی نیز (۲۰۰۳) تعداد آنها ۲ برابر

۱- کارشناس مسؤول کاهش آسیب مرکز مدیریت بیماری‌ها- معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی

خواهد شد. در سرتاسر سایر نواحی آسیای جنوب شرقی، وضع مشابهی وجود دارد و اعتیاد تزریقی سوخت اپیدمی HIV/AIDS شده است. در پژوهشی که در اواخر سال ۲۰۰۱ در کشور روسیه بین معتادان تزریقی انجام گرفت، نشان داد که ۵۶ درصد آنها به HIV/AIDS آلوده بوده‌اند که بخش قابل توجهی از آنها، ظرف ۲ سال قبل از مطالعه مبتلا بوده‌است (۳). موارد جدید عفونت HIV در آمریکا نیز اغلب در بین معتادان تزریقی و شرکای جنسی و کودکان آنها رخ می‌دهد (۲). در ایران نیز در حالی که تعداد مبتلایان به عفونت HIV/AIDS در سال ۱۳۸۰ به تنهایی حدود چهار برابر مجموع مبتلایان تا سال ۱۳۷۵ بوده است، سهم ابتلا از راه اعتیاد تزریقی طی همین سال‌ها (۷۵ تا ۸۰) از ۲/۲ درصد به ۶۶/۷ درصد در سال رسیده است (۱). با توجه به این که در مطالعه دکتر رزاقی و همکاران در سال ۱۳۷۹ در ایران، حداقل ۱۰۰ هزار معتاد عمدتاً از روش تزریقی استفاده کرده‌اند، خطر اپیدمی HIV در ایران بسیار جدی است. مطابق برآورد UNAIDS بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار معتاد تزریقی در ایران وجود دارد که حدود نیمی از آنها به طور مشترک از وسایل تزریقی استفاده می‌کنند (۳).

گسترش عفونت HIV در بین معتادان تزریقی می‌تواند به گونه‌ای انفجاری باشد. در ادینبورگ (اسکاتلند) در سال ۱۹۸۳، شیوع HIV در معتادان تزریقی ۵ درصد بود، ولی در سال ۱۹۸۵ این رقم به ۵۷ درصد رسید (۵). همچنین، در بررسی‌های دیده‌وری سرولوژیک که از سال ۱۹۸۷ تا ۱۹۸۸ در مراجعان به کلینیک‌های معتادان تزریقی در بانکوک انجام شد، شیوع عفونت HIV از ۱ درصد به ۴۳ درصد افزایش یافت (۶). در جاکارتا (اندونزی) نیز میزان شیوع HIV در معتادان تزریقی از حدود ۱ درصد در سال ۱۹۹۸ به تقریباً ۵۰ درصد در سال ۲۰۰۱ رسید (۳). بدین ترتیب، هم در ادینبورگ و هم در بانکوک، عامل اساسی در سرعت بخشیدن به گسترش عفونت HIV در بین معتادان تزریقی، عدم دسترسی به وسایل تزریقی استریل بوده که به شراکت وسیع سرنگ و سوزن در بین معتادان تزریقی منجر شده است (۵ و ۶).

با توجه به شیوع بالای رفتارهای پرخطر جنسی در معتادان تزریقی، اعتیاد تزریقی به صورت عامل موثری برای گسترش عفونت HIV در سایر گروه‌های اجتماعی عمل می‌

کند. بنابراین، خطر HIV در بین این معتادان فقط محدود به خودشان نیست، بلکه در درجه اول شامل شرکای جنسی و فرزندان آنها و سپس سایر گروه‌های اجتماعی می‌شود. به طور مثال، در نیویورک تقریباً همه ۱۷ هزار کودک مبتلا به HIV، از ابتلای یک یا هر دو والد خود که به HIV از راه اعتیاد تزریقی بوده است، ناشی می‌شود (۷). مطابق برخی تخمین‌ها، حدود ۳۰ درصد معتادان تزریقی در ایران متأهل هستند و بخش قابل توجهی از آنها روابط جنسی خارج از ازدواج دارند و استفاده از کاندوم نیز در آنها نادر است (۳). به نظر می‌رسد خطر گسترش عفونت HIV از معتادان تزریقی به سایر گروه‌های اجتماعی نیز در ایران بسیار جدی باشد.

چگونه می‌توان از اثر اعتیاد تزریقی بر گسترش عفونت HIV کاست

متأسفانه، کشورهایی که در این زمینه استراتژی درمان و پیشگیری مناسبی دارند، اندکند و اغلب سیاست‌های آنها فقط حول محور «جنگ علیه مواد مخدر» دور می‌زند. این مسأله باعث استفاده زیر زمینی از مواد مخدر و تبدیل آن به یک مشکل غیر قابل کنترل شده است. اما، این نگرش که مشکل مواد مخدر فقط یک مسأله قانونی نیست، بلکه یک مسأله بهداشتی بسیار مهم است که در صورت عدم برخورد صحیح با آن (به علت نقش آن در گسترش عفونت HIV) می‌تواند اثرات اجتماعی-اقتصادی بسیار وسیعی داشته باشد، روز به روز جای بیشتری باز می‌کند. در طی دو دهه گذشته بسیاری از کشورها متوجه ضرورت استراتژی‌های علمی‌تر و انعطاف‌پذیرتر برای کاهش خطر انتقال عفونت HIV در بین معتادان تزریقی شده‌اند؛ چرا که، به نظر می‌آید خطرات گسترش عفونت HIV برای فرد و جامعه بیش از خود تزریق مواد مخدر باشد (۶). این استراتژی‌ها معطوف به کاهش رفتارهای پرخطری هستند که می‌توانند به انتقال ویروس HIV، در اثر اعتیاد تزریقی منجر شوند و تحت عنوان کاهش

آسیب^۱ شناخته می شوند. در واقع، کاهش آسیب موثرترین راه شناخته شده برای کاهش اعتیاد تزریقی بر گسترش عفونت HIV است (۶).

کاهش آسیب چیست؟

کاهش آسیب یک اقدام جهانی است که در پاسخ به بحران فزاینده ایدز در سال‌های دهه هشتاد ایجاد شد و هدف آن کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد مخدر است که ضرورتاً با ترک اعتیاد همراه نیست (۶). کاهش آسیب، حتی قدم‌های کوچک و جزئی را در جهت کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد قابل قبول می‌داند. مثلاً اگر فردی که هروئین خیابانی تزریق می‌کند به تزریق مواد مخدر تحت نظارت سیستم‌های بهداشتی روی آورد، یک گام به پیش است. اگر استفاده مشترک از سرنگ و سوزن را قطع کند، باز هم گامی به جلو برداشته است. اگر در برنامه‌های تعویض سرنگ و سوزن ثبت نام کند، گام دیگری به سمت کاهش آسیب برداشته است. اگر از مصرف تزریقی به مصرف خوراکی روی آورد، اقدامی مهم تر انجام داده است. اگر به استفاده از کاندوم و روابط جنسی مطمئن تشویق شود، پیشرفتی دیگر بی حاصل کرده است و اگر مواد مخدر را کنار بگذارد که به موفقیتی بزرگ نائل شده است؛ ولی، اجباری در حصول به این موفقیت بزرگ نیست (۶). رویکرد کاهش آسیب بر این پایه قرار دارد که می‌توان از عوارض نامطلوب یک عمل مضر (در این مورد استفاده از مواد مخدر) کاست، بدون آن که ضرورتاً با کاهش آن عمل همراه باشد. کاهش آسیب قبول دارد که خودداری یک هدف ایده‌آل است، ولی پذیرای روش‌های جایگزینی است که به کاهش آسیب‌های ناشی از یک رفتار پر خطر منجر می‌شود (۶).

در سال ۱۹۸۰، اولین نطفه‌های برنامه‌های کاهش آسیب در هلند، با استفاده از نظرات خود معتادان بسته شد و متعاقب آن گسترش یافت. این برنامه‌ها شامل مواردی چون توزیع مواد مخدر کم خطر تر به طور کنترل شده تا توزیع سرنگ و سوزن یک بار مصرف بود و همراه با افزایش خطر انتقال HIV/AIDS نیز آرایه این خدمات گسترده

تر شد؛ به گونه ای که، به طور مثال میزان سرنگ های توزیعی از ۱۰۰ هزار در سال ۱۹۸۵ به ۷۸ هزار در سال ۱۹۸۸ افزایش یافت. برخلاف آنچه در ابتدا باعث نگرانی می شد، اجرای این برنامه با گسترش اعتیاد همراه نبود. مثلاً در سال ۱۹۷۶، ۱۰ درصد جوانان ۱۷ تا ۱۸ ساله حشیش می کشیدند. ولی در سال ۱۹۸۵ این نسبت ۲ درصد کاهش یافت (۶). موفقیت های برنامه مذکور منجر به تغییراتی در سیاست های مواد مخدر در هلند شد که تحت عنوان «عادی سازی»^۱ مواد مخدر خوانده می شوند. «عادی سازی»، در درجه اول معطوف به نیازهای معتادان و به حداقل رساندن همه آسیب هایی که در اثر رفتارهای کنترلی (و نه خود مواد مخدر) ایجاد می شوند، است. در انگلستان نیز برنامه های کاهش آسیب از اواخر دهه هشتاد در برخی از نواحی آن شروع شد و به علت موفقیت آن، متعاقباً در نواحی دیگر نیز گسترش یافت (۶). در طی این برنامه ها، انواع وسیعی از خدمات نظیر تعویض سرنگ، آموزش، تجویز داروهای همچون متادون، هروئین و کوکائین، مشاوره، کاربایی و خانه یابی ارائه می شود. به عبارت دیگر، ابتدا به کلیه مراجعه کنندگان «درمان اعتیاد» ارائه می شود. اگر وی درمان را رد کند، آنوقت امکان های دیگر در اختیار وی قرار می گیرد تا آسیب کمتری به خود و به جامعه بزند (۶). این برنامه ها با موفقیت چشمگیری همراه بوده است؛ تا اندازه ای که شیوع عفونت HIV در بین معتادان تزریقی از ۱۱/۵ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۳/۹ درصد در سال ۲۰۰۰ کاهش یافت (۷). در کشورهای در حال توسعه نیز اجرای برنامه های کاهش آسیب با موفقیت هائی همراه بوده است. از جمله استقرار زودرس مداخلات هدفمند در معتادان تزریقی در شهر کلکته، باعث پایین ماندن شیوع HIV در بین معتادان آن شهر طی سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۲ شده است (۸).

برنامه های سرنگ و سوزن به عنوان یک جزء مهم کاهش آسیب

یکی از برنامه هایی که در زمینه برنامه های کاهش آسیب اجرا شده و در مواردی موفقیت های قابل قبولی به دست آورده، برنامه های سرنگ و سوزن است. محور اصلی

۱-normalization

این برنامه‌ها آن است که معتادان را از استفاده مشترک وسایل تزریق برخوردار کند. اغلب این برنامه‌ها برای پیشگیری از عفونت‌های مسری از راه خون (به‌ویژه HIV) ارایه شده‌اند. این برنامه‌ها، گستره‌ای از خدمات را نظیر استفاده از وسایل استریل تزریق، آموزش و ارایه اطلاعات درباره کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد، ارجاع به کلینیک‌های ترک اعتیاد، مراقبت‌های پزشکی و سرویس‌های خدمات قانونی و اجتماعی، در بر می‌گیرد. همچنین، ممکن است کاندوم توزیع شود و آموزش‌هایی درباره چگونگی انتقال بیماری‌های جنسی و روش‌های صحیح استفاده از کاندوم ارایه شود. بدین طریق با وارد کردن معتادان به سیستم‌های بهداشتی، کسانی که به تزریق مواد مخدر ادامه می‌دهند، آسیب کمتری به خود و به جامعه خواهند زد. همچنین، محل ارایه این برنامه‌ها، جای مناسبی برای جمع‌آوری وسایل تزریقی استفاده شده است تا از دفع نامناسب آنها جلوگیری شود. نخستین بار برنامه‌های سرنگ و سوزن در سال ۱۹۸۴ با استفاده از نظرات معتادان در آمستردام (هلند) اجرا شد. در این برنامه‌ها، سرویس خدمات بهداشتی شهری هفته‌ای یک بار سرنگ و سر سوزن‌های یک بار مصرف را به اتحادیه‌ای از معتادان، برای توزیع آنها و جمع‌آوری مجدد سرنگ و سوزن‌های استفاده شده می‌داد. ظرف مدت ۳ سال، تعداد سرنگ‌های توزیع شده حدود ۸ برابر شد و با توجه به نقش مثبت آنها در کاهش گسترش عفونت HIV در هلند، متعاقباً بر ادامه و گسترش آنها تأکید شد (۶). همچنین، ارایه این برنامه‌ها همراه با سایر برنامه‌های کاهش آسیب، با افزایش میانگین سنی معتادان تزریقی از ۲۶/۸ سال در سال ۱۹۸۱ به ۳۰/۱ در سال ۱۹۸۷ و افزایش میانگین سنی افرادی که برای اولین بار تزریق می‌کنند، همراه بود (۶). در پی این اقدام، با افزایش دلایل حاکی از کارایی این برنامه‌ها، اکثر کشورهای اروپایی غربی و همچنین استرالیا، نیوزلند و کانادا نیز اقدام به اجرای برنامه‌هایی کرده‌اند تا وسایل استریل تزریق در دسترس معتادان قرار گیرد (۶). نخستین برنامه سرنگ و سوزن در سال ۱۹۸۶، در منطقه جنوب غربی استرالیا (سیدنی)، در قالب یک پروژه آزمایشی اجرا شد و سال بعد به سیاست مصوب دولت محلی همان منطقه تبدیل شد. اجرای این سیاست به زودی سایر نواحی و دولت‌های

محلی را در بر گرفت. در سال ۲۰۰۰، بیش از ۳۰۰۰ برنامه سرنگ و سوزن در استرالیا در حال اجرا بوده است. اجرای این برنامه ها منجر شده که شیوع عفونت HIV در معتادان تزریقی کمتر از ۳ درصد و بروز آن کمتر از ۱ درصد باقی بماند. سودمندی این برنامه ها فقط شامل حال معتادان تزریقی نبوده است، بلکه کودکان آنها هم از آن بهره مند شده اند. به عنوان مثال، در یک فاصله زمانی معینی در ایالت جنوب غربی استرالیا که جمعیتی برابر با شهر نیویورک دارد. فقط ۴۲ مورد کودک مبتلا به HIV گزارش شده است؛ ولی در همین فاصله زمانی، بیش از ۱۷ هزار کودک مبتلا به HIV در شهر نیویورک گزارش شده است که تقریباً در همه موارد یک یا هر دو والد آنها معتاد تزریقی بوده اند (۷). پایین ماندن شیوع HIV در معتادان تزریقی در منطقه گلاسکوی اسکاتلند، به رغم تعداد زیاد معتادان تزریقی در این منطقه، به اجرای زودرس برنامه هایی که منجر به سهولت دسترسی آنان به وسایل استریل تزریق می شود، نسبت داده شده است (۱۰). در شش مطالعه که توسط دولت های محلی در ایالات مختلف آمریکا حمایت شده، کارایی این برنامه ها در کاهش بروز عفونت HIV در بین معتادان تزریقی تایید شده است (۹). در دو مطالعه دیگر نیز اثرات سودمند برنامه های سرنگ و سوزن در پیشگیری از انتقال HIV ثابت شده است. در یک مطالعه داده های مربوط به ۷ هزار و سیصد معتاد تزریقی در پنج شهر از سرتاسر دنیا که بین سال های ۱۹۸۴ تا ۱۹۹۳ میزان ثابت و پایداری از عفونت HIV داشته اند، با شهرهایی همچون نیویورک که شیوع عفونت HIV در آنها فزاینده و بالا بوده، مقایسه و مشاهده شده است که در گروه اول، برنامه هایی که امکان تهیه سرنگ و سوزن استریل را برای معتادان تزریقی فراهم می کنند، به طور وسیعی در دسترس بوده اند (۱۱). در دومین مطالعه، یافته های تحقیقاتی درباره کارایی برنامه های سرنگ و سوزن در ۸۱ شهر (بین سال های ۱۹۸۴ تا ۱۹۹۴)، بررسی شده است. در این بررسی، مشاهده شد که در ۲۹ شهری که برنامه های سرنگ و سوزن در آنها اجرا شده است، شیوع HIV در معتادان تزریقی سالانه ۵/۸ درصد کم شده ولی در ۵۲ شهری که فاقد چنین برنامه های بوده اند، ۵/۹ درصد افزایش

یافته است (۱۲). در مطالعه کاپلان و همکاران در نیوهاون نیز بروز HIV در اثر اجرای برنامه سرنگ و سوزن در مراجعان به این برنامه ها با ۳۰ درصد کاهش همراه بوده است (۷). در مطالعات مارمر و همکاران و بلوتنتال و همکاران نیز با توجه به اثر برنامه های تعویض سرنگ در کاهش اشتراک در وسایل تزریق، بر اهمیت این برنامه به عنوان روشی برای پیشگیری از عفونت HIV تاکید شده است (۱۳ و ۱۴).

آیا داده های مربوط به برنامه های سرنگ و سوزن قابل اعتمادند؟

اغلب داده هایی که در برنامه های سرنگ و سوزن به دست می آیند از مصاحبه با معتادان تزریقی درباره رفتارهای غیرقانونی و از نظر اجتماعی نامطلوب آنها است. بی شک، این روش جمع آوری اطلاعات منجر به نگرانی درباره صحت این داده ها خواهد شد. در حالی که، مطالعات متعددی دقت و صحت اطلاعات به دست آمده از معتادان تزریقی را تایید کرده اند. در یک بررسی متون مشاهده شده که داده های ناشی از مصاحبه با معتادان تزریقی قابل اعتمادند و ارزشمندند (یعنی با تکرار آزمایش، نتایج مشابهی به دست آمده است و اگر سری بودن داده ها و بی نام بودن آنها کاملاً رعایت شود، دقیق هستند (۶ و ۷). به عبارت دیگر، می توان به اعتبار و روائی مصاحبه ها اعتماد کرد.

آیا برنامه های سرنگ و سوزن هزینه - اثر بخش هستند؟

براساس مطالعه ای که در استرالیا انجام شده، این برنامه ها در سال ۱۹۹۱ در بدترین حالت از ۳۰۰ و در بهترین حالت بیش از ۱۰ هزار مورد و در حالت بینابینی از حدود دو هزار و نهصد مورد عفونت جدید HIV جلوگیری کرده اند؛ بدین ترتیب، در حالی که فقط ۱۰ میلیون دلار برای آنها هزینه شده است، منجر به ۲۶۶ میلیون دلار صرفه جویی شده اند. در این بررسی، صرفه جویی های ناشی از پیشگیری از هپاتیت B و هپاتیت C به حساب نیامده است. طبق محاسبات لوی و دراگر در صورتی که در ایالات

متحده، همچون استرالیا از سال ۱۹۸۷ برنامه‌های سرنگ و سوزن اجرا می‌شد، تا سال ۱۹۹۵ از ۴ هزار و چهار صد تا ۱۰ هزار مورد جدید عفونت HIV پیشگیری می‌شد. این پیشگیری نیز به ۲۴۰ تا ۵۴۰ میلیون دلار صرفه جویی منجر شده است (۹). نتایج پنج بررسی که با حمایت دولت ایالات متحده اجرا شد، نشان داد که برنامه‌های سرنگ و سوزن در پیشگیری از عفونت HIV (بدون افزایش مصرف غیر قانونی مواد)، هم موثر و هم هزینه-اثر بخش هستند. این نتایج در کنفرانس انستیتو ملی بهداشت با هدف ایجاد اجماع نیز تایید شد (۷). در مطالعه هلنگریو و همکاران نیز نتیجه گیری شده که اگرچه هزینه فراهم کردن امکان دسترسی همه معتادان تزریقی به وسایل استریل تزریق بالاست اما هزینه-اثر بخش است (۱۰).

درس‌هایی از اجرای برنامه‌های سرنگ و سوزن در سایر کشورها

به رغم اجرای برنامه‌های سرنگ و سوزن در برخی از شهرهای جهان (از جمله مونترال و ونکوور)، عفونت HIV همچنان در بین معتادان تزریقی گسترش یافته است (۷).

در مطالعه ششتر و همکاران در ونکوور، شیوع عفونت HIV در معتادان تزریقی که از برنامه‌های سرنگ و سوزن استفاده کرده بودند، بیشتر بود (۵). این یافته به این نتیجه منجر شد که برنامه‌های سرنگ و سوزن، گسترش HIV را سرعت می‌دهند و باید متوقف شوند. اما ششتر عوامل مخدوش کننده‌ای را یافت که می‌توانست توجیه گر شیوع بیشتر عفونت HIV در معتادان تزریقی استفاده کننده از برنامه‌های سرنگ و سوزن باشد. این افراد جوان‌تر بودند مو احتمال بی‌خانمان بودن، دفعات بیشتر تزریق، استفاده مکرر از کوکائین، اشتغال در کار تجارت جنسی، زندانی شدن در شش ماه قبل از مطالعه و شرکت در تزریق‌های گروهی در آنها به طور قابل توجهی بیشتر و احتمال شرکت آنها در برنامه‌های نگهدارنده متادون کمتر بود. احتمال این که چنین عواملی باعث شیوع بالاتر HIV در معتادان تزریقی استفاده کننده از برنامه‌های سرنگ و

سوزن باشد، بیش از احتمال تشکیل شبکه های جدید تزریق مود مخدر به صورت مشترک است و متعاقباً نیز نشانه ای از وجود چنین شبکه هایی مشاهده نشد (۷). تجربه کانادا نیز نشان می دهد که اگرچه برنامه های سرنگ و سوزن مهم هستند، اما آنها تنها جزئی از یک برنامه جامع و هماهنگ با پیشگیری از عفونت های منتقل شونده از راه خون را تشکیل می دهند که باید عواملی نظیر رایج مشاوره و آموزش به معتادان، حمایت های اجتماعی، پزشکی قانونی، رایج مشاوره و آزمایش HIV، آموزش عمومی درباره اعتیاد و پیشگیری اولیه از اعتیاد، آموزش عمومی برای تغییر نگرش عموم درباره معتادان تزریقی، ایجاد مراکز رایج درمان دارویی مثل درمان اعتیاد با برنامه نگهدارنده متادون و رایج خدمات مشابه در زندان ها و درگیر کردن سازمان یافته معتادان تزریقی در کنترل اپیدمی را در برداشته باشد (۷ و ۱۶).

از سوی دیگر به هنگام اجرای برنامه های فوق، باید توجه داشت که تعداد سرنگ های رایج شده کافی باشد. در ونکوور اگرچه اجرای برنامه های سرنگ و سوزن نسبتاً به طور زودرس و در مراحل نخستین شروع اپیدمی HIV آغاز شد، اما تعداد سرنگ و سوزن هایی که رایج می شد، به طور واضحی کمتر از آن بود که امکان استفاده یک بار مصرف از وسایل تزریق را فراهم سازد، به علاوه امکان دسترسی به مراکز درمان اعتیاد، مراکز رایج درمان نگهدارنده متادون و مشاوره ناکافی بود (۷). همچنین، امکان دسترسی معتادان تزریقی به وسایل استریل تزریق به روش های دیگری به جز برنامه های سرنگ و سوزن - مثل امکان خرید از داروخانه ها - نیز باید فراهم باشد و برنامه های سرنگ و سوزن با شیوه های مختلف اجرا شود تا بتواند لایه های مختلف معتادان تزریقی را پوشش دهد (۱۶).

آیا برنامه های سرنگ و سوزن در زندان ها قابل اجرا هستند؟

اگرچه زندان ها در همه دنیا نقشی حساس در گسترش یا پایداری اپیدمی HIV در جامعه داشته اند، اما در برخی از کشورها (از جمله ایران)، نقش آنها بسیار حساس و حیاتی است. در محیط بسته زندان، HIV می تواند به سرعت از طریق ارتباط جنسی و

استفاده از سوزن مشترک گسترش یابد و هنگامی که HIV در داخل زندان گسترش یابد، تلاش برای کنترل آن در خارج از زندان موثر نخواهد بود. بدین ترتیب، با توجه به شیوع بالای رفتارهای پرخطر جنسی در معتادان تزریقی، خطر گسترش به سایر اقشار جامعه بسیار جدی است. احتمال ادامه تزریق مواد مخدر در داخل زندان، همان طور که در یک سری از مقالات به آن اشاره شده است، زیاد به نظر می رسد. به عنوان مثال، در یک مطالعه ۷۴ درصد زندانیان معتاد تزریقی در زندانیان نیز به تزریق خود ادامه داده بودند که ۱۹ درصد از آنان برای اولین بار در زندان اقدام به تزریق کرده بودند (۱۷). در همان مطالعه، نیمی از معتادان تزریقی که برای بیش از ۴ هفته در دو زندان اسکاتلند بوده اند، به طور متوسط ۶ بار در طی ۴ هفته آخر قبل از این مطالعه، تزریق داشته اند (۱۷). در زندانیانی که به تزریق مواد مخدر در زندان ادامه می دهند، تقریباً همیشه اشتراک در وسایل تزریق رخ می دهد (۱۸). اگر در آن لحظه بحرانی که معتاد قصد تزریق مواد مخدر را دارد، وسایل استریل در دسترس نباشد، وی قطعاً به سمت اشتراک در استفاده از وسایل تزریقی خواهد رفت و زندان ها خود موجد شرایطی می شوند که خطر تزریق مواد مخدر را بالا می برد؛ چرا که، مواد مخدر به رغم آن که کاملاً در دسترس هستند، بسیار گرانند (۱۷).

برابر برآورد UNAIDS در ایران احتمالاً ۱۰ درصد زندانیان تزریق می کنند و ۹۵ درصد کسانی که به تزریق در زندان ادامه می دهند، تزریق مشترک دارند (۳). با توجه به این حقیقت غیر قابل انکار که وسایل تزریق در زندان و خارج از آن به طور مشترک استفاده می شود و باعث گسترش عفونت HIV می شود، برقراری برنامه هایی که باعث شکستن این چرخه مخرب شود، یک اولویت اساسی است. بر اساس این که گروه قابل توجهی از معتادان تزریقی، زمان هایی از زندگی خود را در زندان می گذرانند، نباید این فرصت را برای پیشگیری و کاهش آسیب از دست داد.

موفقیت برنامه های سرنگ و سوزن در سطح جامعه باعث اندیشه به کارگیری آنها در زندان ها شده است. نخستین بار در تابستان ۱۹۹۴، یک پروژه پایلوت تعویض سرنگ و

سوزن در زندان هیندل بانک^۱ در سوئیس اجرا شد و به علت موفقیت قابل توجه آن، متعاقباً گسترش یافت و در حال حاضر به طور جدی در کانادا، آلمان و اسپانیا مد نظر قرار گرفته است (۱۷). در این پروژه و در این زندان کوچک که ۸۵ زندانی و ۱۰۰ ورود و خروج در سال دارد، ۶ توزیع کننده اتوماتیک سرنگ و سوزن در نقاط کاملاً در دسترس ولی مخفی از دید عموم در جاهای مختلف زندان گذاشته شد (۱۹). این دستگاه‌ها به گونه‌ای عمل می‌کردند که وسایل تزریق تمیز، تنها در ازای تحویل یک سرنگ مصرفی ارابه می‌شد. اولین سرنگ نیز به طور دستی به معتاد تزریقی داده می‌شد.

به نظر بسیاری از مردم، دادن وسایل استفاده از موادمخدر غیرقانونی، به زندانی که به جرم‌های وابسته به مواد در زندان بسر می‌برند، رفتاری ضد و نقیض^۲ می‌آید. بیم آن وجود داشت که زندانیان از سرنگ‌های مصرفی به عنوان سلاح علیه پرسنل زندان استفاده کنند و دفع ناصحیح سرنگ باعث آسیب و انتقال بیماری‌های مسری از راه خون شود. چنین ترسی وجود داشت و هنوز هم وجود دارد که دادن سرنگ به معتادان در زندان، باعث تشویق مصرف موادمخدر شود. در سوئیس برنامه‌هایی در جهت کاهش آسیب در زندان‌ها از قبل نیز وجود داشت، از سال ۱۹۸۵ کتابچه‌های حاوی اطلاعات کاهش آسیب و استفاده از کاندوم برای زندانیان و حتی کارکنان، به طور روز افزونی فراهم بوده است. از سال ۱۹۸۹، به هنگام ورود زندانیان به زندان یک بسته حاوی کاندوم، مواد گندزدا و آموزش روش‌های پاک کردن سرنگ در اختیار زندانیان قرار می‌گرفت. برنامه‌های نگهدارنده متادون نیز در بخش ویژه‌ای از برخی از زندان‌ها، از سال ۱۹۸۹ در دسترس قرار گرفت. ولی هنگامی که بحث توزیع سرنگ مطرح شد، به رغم توصیه‌های شورای اروپایی سازمان جهانی بهداشت، مخالفت‌ها نیز شروع شد. به هر حال، بخش خدمات بهداشتی زندان «هیندل بانک» که با مشکل شیوع بالای استفاده از سرنگ و اشتراک آن توسط زندانیان رو به رو بود، متقاضی توزیع سرنگ در زندان شد.

۱-Hindlebank

۲-paradoxical

اداره فدرال بهداشت عمومی سوئیس نیز که حق برابری برخورداری از امکانات بهداشتی را به عنوان بخشی از استراتژی خود پذیرفته بود، از این درخواست حمایت کرد. در ابتدا، مقاومت هایی توسط مسؤولان اجرایی و سیاسی دیده شد، ولی سرانجام این مقاومت ها معلوم شد و در سال ۱۹۹۴ برنامه پیشگیری شامل آموزش، مشاوره اجتماعی- پزشکی، توزیع کاندوم و سرنگ استریل در زندان هیندل بانک آغاز شد (۱۹). همراه با اجرای این برنامه، ارزیابی آن نیز توسط گروهی از متخصصان مستقل اعمال شد. وسیله اصلی ارزیابی عبارت بود از مصاحبه ساختار یافته با زندانیان. در این ارزیابی، با زندانیان چهار بار مصاحبه شد؛ بار اول، قبل از شروع برنامه و سه مورد بعدی ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه پس از شروع آن بود. داده های این مصاحبه ها با نتایج آنالیز نمونه گیری داوطلبانه خون زندانیان و فایل های زندان تکمیل می شد. نتایج به دست آمده کاملاً امید بخش بود. ۵۳۳۵ سرنگ، بدون مشکلات اجرایی یا امنیتی توزیع شد. نشانه هایی وجود داشت که نه تنها مصرف مواد مخدر بیشتر نشد، بلکه استفاده مشترک از وسایل تزریق نیز برطرف شد. در طی این مطالعه هیچ کس دچار عفونت HIV با هپاتیت ویروسی نشد (۱۹). اگرچه این بررسی در شرایط خاصی انجام گرفت (زندان هیندل بانک، یک زندان کوچک بود و ساختار سیستم های بهداشتی و زندان ها از یک کشور تا کشور دیگر فرق می کند)، اما نتیجه مطالعات نشان می دهد که توزیع سرنگ در زندان می تواند امکان پذیر و موفق باشد.

در صورت اجرای برنامه های سوزن و سرنگ چه نگرانی هایی ممکن است به وجود آید؟

همان طور که نیز گفته شد، اجرای برنامه های سوزن و سرنگ همواره با مخالفت هایی همراه بوده و موجب برخی از نگرانی ها شده است. برخی از این موارد در اینجا بحث خواهد شد:

۱. زیر سؤال رفتن اقتدار سیستم سیاسی و اجرایی: مجاز دانستن استفاده از سرنگ و حتی توزیع آن برای تزریق مواد مخدر توسط دولتی که این مواد را غیر قانونی اعلام

کرده است، همواره باعث ایجاد یک تناقض (پارادوکس) می شود. اما، این پارادوکس ناشی از یک تناقض ظاهری است. امروزه ارتقاء سلامت تقریباً همواره جزء شعارهای همه دولت های جهان است. در هر کشوری، از جمله در ایران نیز اگر توزیع مواد مخدر غیر قانونی اعلام شده با هدف ارتقاء سلامت آحاد جامعه از طریق کاهش عرضه^۱ بوده است. آموزش جامعه و ایجاد شرایطی که باعث پیشگیری از روی آوردن افراد به اعتیاد و همچنین امکان ترک مواد مخدر توسط معتادان شود نیز از طریق کاهش تقاضا^۱ همین هدف را دنبال می کند. ضلع سوم این مثلث، کاهش آسیب^۲ است که به نظر می آید اهمیت آن در پیشگیری، از گسترش اپیدمی ایدز حتی بیش از دو ضلع دیگر باشد. توانایی یک سیستم قطعاً با ارتقاء سلامت افراد آن جامعه نه تنها کاهش نخواهد یافت، بلکه در دراز مدت افزوده خواهد شد. اما، چنانچه سیستمی نتواند با اعمال شیوه های صحیح پیشگیری، اپیدمی ایدز را کنترل کند، عوارض این اپیدمی برای آن سیستم و جامعه بسیار سنگین خواهد بود.

۲. خطر عدم پذیرش عمومی و مخالفت عامه مردم: با توجه عدم مقبولیت عمومی اعتیاد، به ویژه اعتیاد تزریقی همواره این خطر وجود دارد که اجرای برنامه های سرنگ و سوزن با مخالفت عمومی رو به رو شود. اگرچه، تجربه کشورهای دیگر مانند استرالیا، انگلستان و هلند، حاکی از پذیرش عمومی این طرح بوده است، اما در ارتباط با ایران ضرورت دارد درباره اجرای هر قسمت از برنامه های کاهش آسیب - از جمله طرح های ارایه سرنگ و سوزن - باید بستر سازی کافی در افکار عمومی صورت گیرد.

۳. خطر افزایش استفاده از مواد مخدر: نوسانات الگوهای استفاده از مواد مخدر، پدیده شایعی است (۷). شروع به استفاده از مواد مخدر (از جمله اعتیاد تزریقی). تحت تاثیر مجموعه پیچیده ای از عوامل اجتماعی، روان شناختی، فرهنگی و تاریخی صورت می پذیرد (۶). در یک ارزیابی از اجرای برنامه های سرنگ و سوزن که در سان فرانسیسکو بین سال های ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۲ انجام گرفت، مشاهده شد که از مواردی که اقدام به

۱-Supply reduction

۱-demand reduction

۲- Harm reduction

تزریق مواد مخدر کرده بودند از ۳ درصد در ۱۹۸۹ به ۱ درصد در سال ۱۹۹۲ کاهش یافته بود. اگر برنامه های سرنگ و سوزن موجب تشویق استفاده از مواد مخدر شده بود، می بایست این نسبت افزایش می یافت. در مطالعه دیگری در استرالیا نیز مشاهده شد که متوسط سن شروع به استفاده از تزریق مواد مخدر بین سال های ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۷ ثابت مانده است (۷). مطالعه دیگری در نوامبر ۱۹۸۶، آزمونی از یک برنامه سرنگ و سوزن در سیدنی در مجاورت یک واحد ارایه درمان نگهدارنده متادون اجرا شد؛ افزایش امکان دسترسی سرنگ و سوزن با افزایش وجود مواد مخدر قابل تزریق در ادرار مراجعان همراه نبود؛ همچنین، در مراجعان به برنامه های سرنگ و سوزن نیز کاهش در تعداد و تواتر تزریق ها در چندین مطالعه مشاهده شد (۷).

۴. خطر افزایش اعتیاد تزریقی و اشتراک در سرنگ های تحویل شده به معتادان تزریقی: تاکنون مطالعه ای که نشان دهنده افزایش اعتیاد تزریقی و اشتراک در وسایل تزریق در اثر اجرای برنامه های سرنگ و سوزن باشد، گزارش نشده است. تقریباً در تمام مطالعاتی که در باره رفتارهای پرخطر در افراد مراجعه کننده به برنامه های سرنگ و سوزن، انجام شده کاهش این رفتار یا حداقل، عدم افزایش آنها مشاهده شده است. (۶). اگرچه در برخی مطالعات، مراکز ارایه سرنگ و سوزن در محل هایی ایجاد شده اند که معتادان تزریقی مراجعه کننده به آنها، نسبت به سایرینی که وسایل تزریق مورد نیاز خود را از داروخانه می خریده اند، محروم تر بوده اند و این مسأله باعث مشاهده شیوع بسیار بالایی از رفتارهای پرخطر در مراجعان به این مراکز شده است، اما به نظر می رسد به همین علت در مطالعه ای که در طی سال های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۰ در فرانسیسکو انجام شد، در ۳۴۱ معتاد تزریقی که به یک مرکز درمان اعتیاد مراجعه می کرده اند، میزان اشتراک وسایل تزریق با آنهايي که هیچ گاه مراجعه ای به این برنامه ها نداشته اند، برابر بوده است (۷). در مطالعه فریشر و همکاران، میزان اشتراک در وسایل تزریق در مراجعان به برنامه های تعویض سرنگ و سوزن در گلاسگو (اسکاتلند) در فاصله سال های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۴، به طور معنی داری کمتر از کسانی بوده که از این برنامه ها

استفاده نمی کرده اند. این فرضیه که مراجعان به این برنامه، سرنگ های خود را به دیگران می دهند، رد شد (۱۰). در همین مطالعه، کاهش معنی دار رفتارهای پرخطر جنسی در مراجعان به برنامه های سرنگ و سوزن مشاهده شده است. در ۶ مطالعه ای که توسط دولت های محلی در ایالات متحده آمریکا انجام شد، هیچ گونه نشانه ای حاکی از افزایش میزان استفاده مواد مخدر در اثر برنامه های تعویض سرنگ مشاهده نشد (۹). در مارس سال ۱۹۹۷ در ویندام (کانیکوت در ایالات متحده آمریکا)، یک برنامه سرنگ و سوزن که چندین سال مشغول به کار بود، بعد از ۱۰ ماه بحث داغ متوقف شد. با معتادان تزریقی ویندام، قبل از توقف برنامه فوق و سه ماه پس از آن مصاحبه شد. قبل از توقف این برنامه فقط ۱۴ درصد معتادان تزریقی از محل های غیر مطمئن مثل توزیع کنندگان خیابانی، سرنگ تهیه می کردند؛ ولی پس از توقف، این میزان به ۵۱ درصد رسید. همچنین، تعداد تزریق ها با هر سرنگ از ۳/۵ به ۷/۷ بار رسید و میزان معتادان تزریقی که از وسایل تزریق به طور مشترک استفاده می کردند از ۱۶ درصد به ۳۴ درصد افزایش یافت. تعداد سرنگ ها و سوزن هایی که در اماکن عمومی رها شده بود، کم نشد و کاهشی هم در معتادان تزریقی (قابل مشاهده در اماکن عمومی) رخ نداد (۷).

۵. آیا برنامه های سرنگ و سوزن به افزایش مشاهده سرنگ و سوزن های مصرف شده در اماکن عمومی منجر می شوند؟ تا کنون هیچ مطالعه ای، چنین افزایشی را نشان نداده است. در مطالعه اولیور، تعداد سرنگ های مشاهده شده در اطراف یک مرکز ارایه برنامه سرنگ و سوزن را از ۳/۵ ماه قبل از شروع آن تا ۲۰ ماه بعد بررسی کردند (۷). قبل از شروع برنامه به طور متوسط در هر ماه ۵/۱ سرنگ در اطراف مرکز مشاهده می شد که پس از شروع برنامه به ۱/۹ کاهش یافت. در مطالعه دیگری که در ۳۲ شهر در بالتیمور (مریلند) انجام شد، ۲ ماه پس از شروع برنامه های سرنگ و سوزن افزایش چشمگیری در سرنگ های قابل مشاهده در اماکن عمومی دیده نشد. در تاسمانی ۹۹ درصد سرنگ های توزیع شده در سال های ۱۹۹۷ تا ۱۹۹۸ به طور صحیح دفع شده بود. همچنین، در آمستردام نیز در میزان آسیب های ناشی از فرو رفتن سوزن هایی که به درستی دفع

نشده بودند، قبل و بعد از اجرای برنامه های سرنگ و سوزن تغییری مشاهده نشد. تاکنون نیز هیچ موردی از ابتلا به HIV، HBV و HCV در اثر فرو رفتن سوزن و سرنگ های نامناسب دفع شده گزارش نشده است (۷).

بحث و نتیجه گیری

خطر اپیدمی اچ آی وی/ ایدز در ایران جدی است. گسترش این اپیدمی می تواند اثرات نامطلوب اقتصادی، اجتماعی و سیاسی گسترده ای داشته باشد و کنترل آن یک وظیفه ملی است. مداخله فوری در گروه های پر خطر، به ویژه معتادان تزریقی، کلید حل این مسأله است. در صورت عدم اقدام به موقع در گروه های پرخطر و گسترش اپیدمی به سایر گروه های اجتماعی، فرصت ها و منابع بسیاری از دست خواهند رفت و کنترل اپیدمی بسیار دشوارتر خواهد شد. اجرای این برنامه ها اگرچه ممکن است با مشکلات، دشواری ها و عوارض همراه باشد، اما در صورت اجرای دقیق و به موقع آنها هم مؤثر و هم هزینه- اثر بخش خواهند بود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

منابع

۱. HIV/AIDS در ایران، گزارش سه ماهه اول، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها، ۱۳۸۱/۴/۱
۲. "بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد رزاقی، عمران محمد: رحیمی موقر، آفرین؛ حسینی، مهدوی، مدنی، سعید ایران"، معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل ۱۳۷۹.

References

۳. Anonymous: AIDS epidemic update, December ۲۰۰۲. UNAIDS/WHO ۲۰۰۲ available at: <http://www.unaids.org>. Accessed June ۲۰۰۳.
۴. Maher D, Floyd k, Raviglione M, “**Strategic framework to decrease the burden of TB/HIV**”. WHO, ۲۰۰۲.
۵. Roberstson JR, Bucknall ABV, Welsby PD, et al. “**Epidemic of AIDS related virus infection among intravenous drug users**”. British Med J ۱۹۹۸; ۲۹۲: ۵۲۷- ۳۹.
۶. Marlatt G.A. ۱۹۹۸. “**Harm Reduction Pragmatic strategies for managing high risk behaviours**”. The Guilford Press, Loundon.
۷. Anonymous (۲۰۰۰). “**Needle and syringe Programs: a review of the evidence**”. Australian National council on AIDS, Hepatitis C and Related Disease. May ۲۰۰۰.
۸. Panda S, Saha U, Pahari S, et al “**Drug use among urban poor in Kolkata**”, behavior and environmental correlates of low HIV infection. Naft Med J India ۲۰۰۲, ۱۵: ۱۲۸- ۱۳۴ (abstract).
۹. Lurie P, Druckev E. “**An opportunity lost: HIV in fections asso ciated with lack of a national needle – exchange programmein the USA**”. Lancet ۱۹۹۷; ۳۴۹: ۶۰۴- ۰۸.
۱۰. Frischer M, Taylor A, Goldberg D, Elliot L. “**Direct evaluation of needle and syringe exchange programmes**”. Lancet ۱۹۹۶; ۳۴۷: ۷۶۸.
۱۱. Des Jarlais D C, Hagan H, Friedman SR, et al(۱۹۹۵) “**Maintaining low HIV seroprevalence in population of injecting drug users**”. J Am Med Assoc ۱۹۹۵; ۲۷۴: ۱۲۲۶- ۱۲۳۱.
۱۲. Hurley SF, Jolley DJ and Kaldor JM. Effectiveness of needle- exchange programs for prevention of HIV. Lancet ۱۹۹۷; ۳۷۹: ۱۷۹۷- ۱۸۰۰.
۱۳. Marmor M, Shore RE, Titus S, et al. “**Drug injection rates and needle exchange use in New York city, ۱۹۹۱- ۱۹۹۶**”. J Urban Health ۲۰۰۰; ۷۷: ۳۵۹- ۶۰.
۱۴. Bluthenthal RN, Kral AH, Gee I, et al. “**The effect of syringe exchange use of high risk injection drug users**”: a cohort study. AIDS ۲۰۰۰; ۱۴: ۶۰۵- ۱۱.
۱۵. Holtgrave DR, Pinkerton SD , Jones TS, et al. “**Cost- effectiveness of increasing access to strile syringe and needles as an HIV prevention**

intervention in the United States". J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviol ۱۹۹۸; ۱۸ supp ۱: s ۱۳۳- ۹ (abstract).

۱۶. CDC. Update: "**syringe exchange programs- United States**", ۱۹۹۸. MMR. ۲۰۰۱, ۵۰: ۳۸۴- ۳۸۷.
۱۷. Brid AG, Gore SM, Hutchinson SJ, et al. "**Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing**": results of a cross sectional anonymous questionnaires survey. BMJ ۱۹۹۷; ۳۱۵: ۲۱- ۲۴.
۱۸. lifson AR. "**Harm reduction and needle exchange programmes**". Lancet ۱۹۹۸; ۳۵۱: ۱۸۱۹.
۱۹. Nelles A, Fuhrer A, "**Hirsbrunner HP, Harding TW Provision of syringe: the cutting edge of harm reduction in prison**"? BMJ ۱۹۹۸; ۳۱۷: ۲۷۰- ۲۷۳.

