



گزارش پیشرفت کنترل ایدز

در جمهوری اسلامی ایران

در باره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی
سازمان ملل متحد در زمینه اچ آی وی و ایدز

دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اسفند ماه 1392



فهرست

صفحه	عنوان
4	تقدیر و تشکر
6	اختصارات
7	مقدمه
8	وضعیت در یک نگاه
8	دربیرگیرندگی شرکای برنامه در تهیه گزارش
9	وضعیت همه گیری
9	خط مشی پاسخ و پاسخ عملیاتی
12	داده های شاخص ها در یک جدول کلی
22	نمای کلی همه گیری ایدز در ایران
22	پاسخ ملی به همه گیری ایدز
22	شاخص های اصلی گزارش کشوری
33	برنامه استراتژیک
36	وضعیت پیشگیری
43	وضعیت آزمایش و مشاوره اچ آی وی و درمان و مراقبت
48	وضعیت حمایت
49	وضعیت سیاست گذاری، حمایت سیاسی و هزینه کرد مالی
51	بهترین تجربه ها
52	چالش ها و راه کارها
55	حمایت مورد نیاز از سازمان های بین المللی
56	وضعیت پایش و ارزشیابی
59	پیوست 1: روند تهیه گزارش
60	پیوست 2: NCPI
61	پیوست 3: جداول بقای بر درمان
65	منابع

تقدیر و تشکر

◀ بدین وسیله از تمام دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهایی که این گزارش از مشارکت، اطلاعات و یا نظرات آن‌ها سود جسته، تشکر می‌شود (به ترتیب حروف الفباء). در هر یک از دستگاه‌ها و سازمان‌های فوق نیز عزیزی بوده اند که هر یک در تهیه گزارش به نوعی مشارکت داشته اند و از ایشان تشکر می‌گردد. اسامی این عزیزان در ذیل هر سازمان آمده است:

- ✓ دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران
 - دکتر فرداد درودی، مدیر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران
 - دکتر علیرضا وثیق، کارشناس برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران
- ✓ سازمان بهزیستی کشور، دفتر توسعه و پیشگیری از اعتیاد
 - دکتر مجید رضازاده رییس دفتر توسعه و پیشگیری از اعتیاد
 - دکتر کامران محضری، کارشناس پروژه گلوبال فاند در بهزیستی
 - خانم پریسا فاضلی، کارشناس سازمان بهزیستی کشور
- ✓ سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، اداره کل بهداشت و درمان
 - دکتر مرضیه فرنیا، مدیر کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
 - دکتر زهرا واعظی، کارشناس مسئول اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
- ✓ نمایندگان سازمان‌های غیردولتی فعال در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز
 - دکتر رامین رادفر،
- ✓ ستاد مبارزه با مواد مخدر
 - دکتر فرید براتی سده، مدیر کل درمان و حمایت‌های اجتماعی
 - دکتر مهدی قمبری محمدی، رییس اداره کاهش آسیب اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی
 - آقای حمید جمعه پور، کارشناس درمان‌های غیر دارویی اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی
- ✓ مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران
 - دکتر مینو محرز، رییس مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تهران
 - دکتر سید احمد سید علینقی، پژوهشگر مرکز تحقیقات ایدز ایران
 - دکتر سارا سردشتی، پژوهشگر مرکز تحقیقات ایدز ایران
- ✓ مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت اچ‌آی‌وی/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
 - دکتر علی اکبر حق دوست، رییس مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت اچ‌آی‌وی/ایدز کرمان
- ✓ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
 - دکتر احمد حاجبی، مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
 - دکتر علیرضا نوروزی، رییس اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
 - دکتر ابراهیم قدوسی، کارشناس مسئول اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
- ✓ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
 - دکتر محمد مهدی گویا، رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، ناظر طرح
 - دکتر عباس صداقت، رئیس اداره کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی

- دکتر کیانوش کمالی، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر نوشین فهیم فر، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر هنگامه نامداری تبار، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر مریم سرگلزایی مقدم، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر حمیرا فلاحی، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم زهرا رجب پور، کارشناس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم سارا شریعتمدار، کارشناس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم نازنین حیدری، کارشناس گلوبال فاند
- خانم اعظم ولی پور، کارشناس گلوبال فاند

✓ نماینده بیماران مبتلا به اچ آی وی

همچنین از تلاش همکاران زیر در تهیه این گزارش قدردانی می گردد:

- دکتر بهنام فرهودی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی ایران - واحد علوم پزشکی تهران (هماهنگ کننده کار گروه)
- آقای امین دوستی ایرانی، دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی
- آقای حمید صادقی، مدیر باشگاه زندگی مثبت قم
- دکتر مرجان مشکوتی، کارشناس ایدز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اصفهان

اختصارات و واژه‌شناسی

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	ایدز (نشانگان نقص ایمنی اکتسابی)
ART	Antiretroviral Therapy	درمان ضد رتروویروسی
CCM	Country Coordinating Mechanism	سازوکار هماهنگی کشوری
DIC	Drop in Center	مرکز گذری
DoC	Declaration of commitment	اعلانیه تعهد
HIV	Human Immunodeficiency Virus	اچ‌آی‌وی - ویروس نقص ایمنی انسانی
IDU	Injecting Drug User	مصرف‌کننده تزریقی مواد
MMT	Methadon Maintenance treatment	درمان نگهدارنده متادون
MSM	Men who have Sex with Men	مردانی که با مردان رابطه جنسی دارند
NGO	Non- governmental Organization	سازمان‌های غیردولتی (مردم‌نهاد)
PEP	Post-exposure prophylaxis	پیش‌گیری پس از مواجهه
PITC	Provider Initiated Testing and Counselling	آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی شروع شده توسط کارکنان بخش سلامت
PLHIV	People living with HIV	افراد که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند
PWID	People Who Inject Drug	مصرف‌کننده تزریقی مواد
RDS	Respondent Driven Sampling	نمونه‌گیری مبتنی بر پاسخ دهنده
STI	Sexually Transmitted Infection	عفونت‌های آمیزشی
SW	Sex Worker	تن فروش
VCT	Voluntary Counselling and Testing	مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (on AIDS)	اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد (در زمینه ایدز)

با شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد، همه گیری اچ آی وی در ایران وارد مرحله متمرکز شد. خوشبختانه رشد همه گیری در مصرف کنندگان تزریقی مواد، با اقداماتی که در پیش گرفته شد، کند گردید. اما خطر هنوز جدی است، هر ساله تعداد قابل توجهی از مصرف کنندگان تزریقی مواد به اچ آی وی مبتلا می شوند و نشانه هایی از گسترش همه گیری به گروه هایی به غیر از مصرف کنندگان تزریقی مواد وجود دارد. در صورتی که در همه گیری های متمرکز، برنامه هایی موثر با پوشش کافی اعمال نشوند، این همه گیری ها می توانند به همه گیری عمومی بینجامند. جمهوری اسلامی ایران در هر سه نشست ویژه ملل متحد در باره اچ آی وی در سال های 1382، 1387 و 1390 خود را متعهد به کنترل و اچ آی وی نموده و اعلانیه های این نشست ها را امضاء نموده است. این گزارش که مهم ترین گزارش کشوری در زمینه اچ آی وی و ایدز محسوب می شود، ضمن ارایه شاخص های مرتبط با اعلانیه تعهد، نمایی کلی از همه گیری اچ آی وی در ایران را ارایه می دهد. شاخص های مرتبط با این اعلانیه به چهار علت اهمیت دارند: اول آن که شاخص های این گزارش اهمیتی حیاتی در ارزیابی کارایی پاسخ کشوری به همه گیری دارد و ما را در ارزیابی کارایی آن یاری می کند، دوم آنکه مبنایی برای مقایسه روند همه گیری، خدمات مرتبط با آن و آثار این خدمات است، سوم آن که میزان پایداری کشورها را به تعهداتشان در قبال این اعلانیه نشان می دهد و چهارم آنکه جایگاه کشورها را در پاسخ جهانی به اچ آی وی و ایدز در میان سایر اعضا مشخص می کند.

این پنجمین گزارشی است که جمهوری اسلامی ایران، در رابطه با پایش اعلانیه تعهد در چارچوب دستورعمل **UNAIDS** آماده و منتشر می سازد. اولین گزارش در سال 1384 منتشر شد. از آن زمان هر دو سال یکبار این گزارش منتشر شده است. سال گذشته نیز یک گزارش میاندوره ای کوتاه منتشر گردید. این گزارش با وجود کاستی های احتمالی، دارای اطلاعات بسیار ارزشمندی است که با تلاش صد ها تن از همکاران ما در همه نقاط کشور تولید، جمع آوری و تحلیل شده است. امید می رود که این گزارش، گامی در راستای بهبود برنامه ریزی برای کنترل اچ آی وی در جمهوری اسلامی ایران باشد. با این وجود قطعاً این گزارش کاستی هایی دارد و از هر گونه نظر، پیشنهادی یا انتقادی، صمیمانه استقبال می شود.

وضعیت در یک نگاه

درب‌گیرندگی شرکای برنامه در تهیه گزارش

این گزارش با همکاری شرکای برنامه شامل نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، سازمان بهزیستی کشور، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان انتقال خون، از بخش دولتی و همچنین نمایندگان سازمان‌های غیردولتی، مبتلایان به اچ‌آی‌وی و دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران تهیه گردیده است. به منظور ایجاد هماهنگی در تهیه گزارش کارگروهی از ابتدای اسفند 1392 آغاز به کار کرد، نظرات شرکای برنامه را با استفاده از مکاتبات رسمی و مکاتبات الکترونیک جمع‌آوری کرد و در تهیه گزارش مورد استفاده قرار داد.

وضعیت همه‌گیری

شیوع اچ‌آی‌وی در ایران در جمعیت عمومی هنوز پایین است.⁽¹⁾ اما شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد حدود 15/07٪ است.⁽²⁾ بنابر این شیوع اچ‌آی‌وی در این زیرگروه زیر جمعیتی از حد 5٪ گذشته است و همه‌گیری اچ‌آی‌وی در ایران در مرحله متمرکز قرار دارد. همه‌گیری‌های متمرکز در صورتی که به حال خود رها شوند و راه کارهایی مبتنی بر شواهد علمی، تجربه شده، دقیق و موثر برای مهار آنها در پیش گرفته نشود، می‌توانند به همه‌گیری عمومی بیانجامند.⁽³⁾

از ابتدای دهه هشتاد شمسی، اقدامات موفقی برای کنترل همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد اعمال شد که منجر به کاهش شیب رشد همه‌گیری در این گروه جمعیتی گردید.⁽⁴⁾ با این وجود هنوز عمده‌ترین عامل گسترش همه‌گیری در ایران مصرف تزریقی مواد است.^(5 و 6) چرا که تزریق با وسایل مشترک به صفر نرسیده است.⁽²⁾ به خصوص که در چند سال اخیر سرعت گسترش اقدامات کاهش آسیب‌ها شده است. به همین جهت برای به صفر رسیدن انتقال اچ‌آی‌وی از راه مصرف تزریقی مواد، تقویت کیفی و کمی برنامه‌های پیشگیرانه کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد یک ضرورت جدی است.

در چند سال اخیر نشانه‌هایی حاکی از افزایش انتقال جنسی اچ‌آی‌وی در ایران رخ داده است.⁽⁷⁾ به گونه‌ای که سهم موارد شناسایی شده‌ی ابتلا از راه انتقال جنسی، به طور مداوم افزایش یافته و شیوع اچ‌آی‌وی در زنان تن‌فروش به 4/5٪ رسیده است.⁽⁸⁾ اغلب زنان تن‌فروش از کاندوم استفاده نمی‌کنند⁽⁸⁾، تعدد روابط جنسی در مصرف‌کنندگان تزریقی ناشایع نیست و اغلب بدون استفاده از کاندوم صورت می‌گیرد.⁽²⁾ نشانه‌هایی از رخداد روابط جنسی پرخطر در جوانان نیز مشاهده می‌شود.^(9 - 11) همچنین در چند سال اخیر، مشاهده افزایش شیوع مصرف ترکیبات شبه آمفتامینی و افزایش رفتارهای جنسی پرخطر به دلیل استفاده از این ترکیبات نیز موجب نگرانی‌های بسیار شده است.⁽¹²⁾ به همین علت برای کنترل همه‌گیری اچ‌آی‌وی، در پیش گرفتن مداخلاتی که باعث کاهش روابط جنسی پرخطر گردد، ناگزیر است. در چند سال اخیر تعداد زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی افزایش یافته است.⁽⁷⁾ با افزایش تعداد مادران باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی، بر تعداد کودکان مبتلا نیز در چند سال اخیر افزوده شده است.⁽⁷⁾ هر چند هنوز تعداد کودکان مبتلا اندک است، ولی سیر

فزاینده ابتلا از طریق تماس های جنسی با غیر همجنس منجر به جدی تر شدن مشکل اچ آی وی در بین کودکان خواهد شد و نیاز به گسترش مداخلات موثر پیشگیری انتقال اچ آی وی از مادر به کودک در این زمان احساس میشود. انتقال اچ آی وی در ایران از راه انتقال خون، به طور کامل کنترل شده⁽⁴⁾، ضروری است اقدامات کنترلی با قوت بیشتر و بهره گیری از روزآمدترین امکانات ادامه یابد.

خط مشی پاسخ و پاسخ عملیاتی

جمهوری اسلامی ایران خود را متعهد به کنترل اچ آی وی برای ارتقاء سلامت آحاد جامعه می داند. به همین منظور از رویکردی مشارکت جویانه برای ایفای نقشی فعال توسط همه شرکاء برنامه در کنترل همه گیری، حمایت می کند. در این راستا تلاش می نماید از رویکردی استراتژیک تبعیت کند و همه شرکاء برنامه حول یک برنامه استراتژیک در یک ارگان هدایت کننده متحد شوند و با یک برنامه پایش و ارزشیابی مداخلات خود را بسنجند. دولت مداخلاتی را تایید و اعمال می نماید که کارآیی آنها در پژوهش های قبلی ثابت گردیده است و می کوشد از اتخاذ روش هایی که بالقوه با شعله ور سازی همه گیری همراهند، بپرهیزد.

داده های شاخص ها در یک جدول کلی

جدول خلاصه شاخص های اصلی گزارش پایش اعلانیه تعهد		
نام شاخص	تعریف شاخص	مقدار شاخص و منبع
شاخص های مرتبط با جوانان و جمعیت عمومی		
آگاهی جوانان درباره پیش گیری از اچ آی وی	درصد مردان و زنان جوان سنین 15-24 سال که راه های پیش گیری از انتقال جنسی اچ آی وی را به درستی می دانند و باورهای غلط و مهم درباره انتقال اچ آی وی را نمی پذیرند.	جواب درست به تمامی سوالات: دختران: 19/6٪، پسران: 20/6٪ پسران منبع شماره 13 دختران منبع شماره 14
تماس جنسی قبل از 15 سالگی	درصد زنان و مردان جوان سنین 15-24 سال، که تماس جنسی قبل از سن 15 سالگی داشته اند.	در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست.
رفتار جنسی پرخطر	درصد زنان و مردان سنین 15 تا 49 سال که در 12 ماه گذشته، با بیش از یک شریک، ارتباط جنسی داشته اند.	در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست. برای توضیحات بیشتر به متن مراجعه شود.
استفاده از کاندوم در رفتار جنسی پرخطر	درصد زنان یا مردان 15 تا 49 ساله ای که در 12 ماه گذشته رابطه جنسی با بیش از یک شریک جنسی داشته اند و در آخرین ارتباطشان از کاندوم استفاده کرده اند	در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست. برای توضیحات بیشتر به متن مراجعه شود.
آزمایش اچ آی وی در جمعیت عمومی	درصد زنان و مردان 15 تا 49 ساله ای که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ آی وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.	این شاخص در حال حاضر متناسب با مرحله همه گیری در ایران نیست.

جدول خلاصه شاخص های اصلی گزارش پایش اعلانیه تعهد		
نام شاخص	تعریف شاخص	مقدار شاخص و منبع
شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی	درصد جوانان سنین 24- 15 سال مبتلا به اچ‌آی‌وی	4 نفر از 5261 نفر جمعیت مورد مطالعه (0/08٪) منبع شماره 1
شاخص های مرتبط با تن فروشان		
برنامه‌های پیش‌گیری در تن فروشان	درصدی از تن فروشان که به برنامه‌های پیش‌گیری دست یافته اند.	آگاهی از محل انجام آزمایش اچ‌آی‌وی و دریافت کاندوم در زنان تن فروش: 44/26٪، منبع شماره 8 در مردان تن فروش مطالعه ای وجود ندارد.
مصرف کاندوم در تن‌فروشان	درصد زنان و مردان تن‌فروشی که در ارتباط جنسی با آخرین مشتری خود، از کاندوم استفاده کرده‌اند.	60/89٪ در زنان تن فروش، منبع شماره 8 در مردان تن فروش مطالعه ای وجود ندارد.
آزمایش اچ‌آی‌وی در تن فروشان	درصد تن فروشانی که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.	27/87٪ در زنان تن فروش، منبع شماره 8 در مردان تن فروش مطالعه ای وجود ندارد.
شیوع اچ‌آی‌وی در تن فروشان	درصد تن فروشانی که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند.	4/5٪ در زنان تن فروش (پس از وزن دهی در آنالیز نهایی)، منبع شماره 8 در مردان تن فروش مطالعه ای وجود ندارد.
شاخص های مرتبط با مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند		
برنامه‌های پیش‌گیری در مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند	درصدی از مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند و به برنامه‌های پیش‌گیری دست یافته اند	در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست. برای توضیحات بیشتر به متن مراجعه شود.
استفاده از کاندوم در مردانی که با مرد دیگر رابطه جنسی دارند	درصدی از مردان که در آخرین آمیزش جنسی با شریک جنسی مرد از کاندوم استفاده کرده‌اند.	در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست
آزمایش اچ‌آی‌وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند	درصد مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند و در 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.	در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست.
شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند	درصد مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند و مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند.	در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست.
شاخص های مرتبط با مصرف کنندگان تزریقی مواد		
برنامه‌های پیش‌گیری در مصرف کنندگان تزریقی مواد	تعداد سرنگ و سوزن های توزیع شده توسط برنامه های سرنگ و سوزن به ازای هر مصرف کننده مواد	بین 55 تا 77 سرنگ در سال به ازای هر مصرف کننده مواد. منبع: برای صورت کسر منابع شماره 15 و 16 و برای مخرج منابع شماره 17 و 18
استفاده از کاندوم در مصرف کنندگان تزریقی مواد	درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد که استفاده از کاندوم را در طی آخرین تماس جنسی خود گزارش کرده‌اند.	با همسر: 34/1٪ با شریک جنسی ثابت غیر پولی: 43/1٪ با شریک جنسی پولی: 53/3٪ منبع شماره 2

جدول خلاصه شاخص های اصلی گزارش پایش اعلانیه تعهد		
نام شاخص	تعریف شاخص	مقدار شاخص و منبع
تزریق سالم در مصرف کنندگان تزریقی مواد	درصد استفاده کنندگان تزریقی مواد که استفاده از وسایل تزریقی استریل را در طی آخرین تزریق خود، گزارش کرده اند.	کل: 91/72٪ مردان: 91/9٪ زنان: 82/8٪ کمتر از 25 سال: 91/1٪ منبع شماره 2
آزمایش اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد	درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ آی وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.	کل: 24/78٪ زنان: 24/2٪ مردان: 24/8٪ کمتر از 25 سال: 16/9٪ منبع شماره 2
شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد	درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد که مبتلا به اچ آی وی هستند	در کل مصرف کنندگان تزریقی مواد پس از وزن دهی در آنالیز نهایی: 15/07٪ منبع شماره 2
شاخص های مرتبط با انتقال اچ آی وی از مادر به کودک		
پیش گیری از انتقال مادر به کودک	درصد زنان باردار مبتلا به اچ آی وی که به منظور کاهش خطر انتقال مادر به کودک، داروی ضد رتروویروسی دریافت کرده اند.	عدد تخمینی 17/8٪ بوده است. در مورد مخرج کسر یعنی تخمین تعداد زنان باردار مبتلا به اچ آی وی، در میان برخی از صاحب نظران کشور این نگرانی وجود دارد که تخمین های نرم افزار محاسبه گر آن بیش از حد واقعی باشد. منبع صورت: منبع شماره 15 منبع مخرج: منبع شماره 19
تشخیص زودرس در شیرخواران	درصد شیرخواران زاده شده از زنان مبتلا به اچ آی وی که در 2 ماه اول پس از تولد، آزمایش ویرولوژیک اچ آی وی شده اند.	7/8٪ منبع صورت: منبع شماره 15 منبع مخرج: منبع شماره 19
کاهش در انتقال اچ آی وی از مادر به کودک	درصد نوزادانی که از مادران مبتلا متولد و به اچ آی وی مبتلا شده اند.	31٪ منبع شماره 19
شاخص های مرتبط با درمان ضد رتروویروسی		
درمان ضد رتروویروسی در مبتلایان به ایدز	درصد بزرگسالان و کودکان مبتلا به عفونت پیشرفته اچ آی وی که درمان ترکیبی ضد رتروویروسی دریافت می کنند	13/4٪ در مورد مخرج کسر یعنی تخمین تعداد نیازمندان به درمان ضد رتروویروسی، در میان برخی از صاحب نظران کشور این نگرانی وجود دارد که تخمین های نرم افزار محاسبه گر آن بیش از حد واقعی باشد. منبع صورت: منبع شماره 20 منبع مخرج: منبع شماره 19
بقاء پس از 12 ماه درمان ضد رتروویروسی	درصد کودکان و بزرگسالان با اچ آی وی شناخته شده که 12 ماه پس از شروع درمان ضد رتروویروسی هنوز تحت درمان هستند و به حیات خود ادامه می دهند.	82/1٪ زنان: 90/8٪ مردان: 80/5٪ منبع 20

جدول خلاصه شاخص های اصلی گزارش پایش اعلانیه تعهد		
نام شاخص	تعریف شاخص	مقدار شاخص و منبع
مدیریت همزمان درمان سل و اچ آی وی		
مدیریت همزمان درمان سل و اچ آی وی	درصد تخمینی موارد بروز سل در بیماران مبتلا به اچ آی وی که درمان سل و ایدز را دریافت کرده اند.	18/8٪ منبع صورت: منبع شماره 21 منبع مخرج: منابع شماره 19، 22 و 23
شاخص های مرتبط با سیاست گزاری و زمینه های اقتصادی و اجتماعی مرتبط با اچ آی وی		
اعتبار هزینه شده دولت جمهوری اسلامی ایران و سازمان ها و دفاتر بین المللی برای کنترل و پیش گیری از اچ آی وی و ایدز	مقدار اعتبارات ملی و بین المللی که توسط سازمان های مختلف دولتی و دفاتر سازمان ملل و پروژه های بین المللی در سطح کشور هزینه شده است.	به متن مراجعه شود
سنجش تعهد و سیاست ملی	بر اساس پرسشنامه ارائه شده در رهنمود	به پیوست 3 مراجعه شود.
درصد خشونت علیه زنان	نسبت زنان 15 تا 49 ساله که سابقه ازدواج دارند یا شریک مرد دائمی دارند و خشونت فیزیکی یا جنسی را تجربه کرده اند.	در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند، وجود ندارد.
ورود کودکان یتیم به مدرسه	درصدی از کودکان 10 تا 14 ساله یتیم و غیریتیم که به مدرسه می روند	92/4٪ منبع 24
حمایت اقتصادی از فقیرترین اقشار جامعه	نسبت فقیرترین خانواده هایی که در 3 ماه گذشته حمایت اقتصادی دریافت کرده اند	مطالعه ای که مستقیماً این شاخص را اندازه گیری کند، وجود ندارد، برای توضیحات بیشتر به متن مراجعه شود.

نمای کلی همه‌گیری ایدز در ایران

در این قسمت وضعیت کلی همه‌گیری اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران تا زمان تهیه این گزارش، بر اساس داده‌های حاصل از سیستم ثبت موارد شناسایی شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، داده‌های پایگاه‌های دیده‌ور، داده‌های مطالعات پیمایش‌های زیستی رفتاری و برخی مطالعات دیگر ارایه می‌شود.

تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی

تعداد مبتلایان شناسایی شده: بر اساس آمار سیستم ثبت موارد شناسایی شده، تا تاریخ 1392/7/1 مجموعاً 27041 نفر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در کشور شناسایی شده‌اند که 89/3٪ آنان را مردان و 10/7٪ را زنان تشکیل می‌دهند. تاکنون 5118 نفر از افراد شناسایی شده مبتلا به ایدز شده‌اند و 5471 نفر از افراد مبتلا نیز فوت کرده‌اند. 4/4٪ از مبتلایان به اچ‌آی‌وی در گروه سنی 25-34 سال قرار دارند که بالاترین نسبت در بین گروه‌های سنی را به خود اختصاص داده است.⁽⁷⁾

علل ابتلا به اچ‌آی‌وی در بین کل مواردی که از سال 1365 تاکنون در کشور به ثبت رسیده‌اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد (68/1٪)، رابطه جنسی (12/7٪)، دریافت خون و فرآورده‌های خونی (0/9٪) و انتقال از مادر به کودک (1/2٪) بوده است. راه انتقال در 17/1٪ مبتلایان نامشخص مانده است.⁽⁷⁾

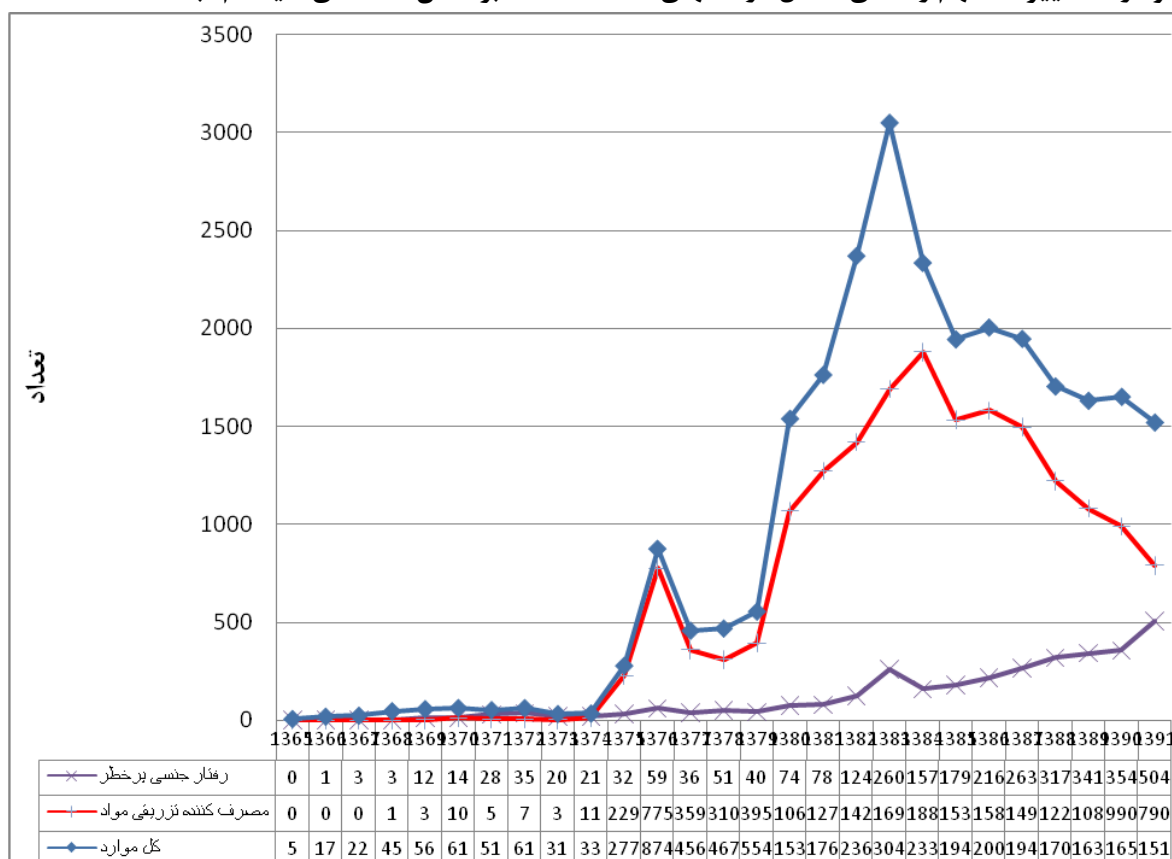
در مقایسه این آمار با مواردی که ابتلا آنان در سال 1391 گزارش شده است، مصرف تزریقی مواد 52٪، انتقال جنسی 33/2٪ و انتقال از مادر مبتلا به کودک 3/4٪ را تشکیل داده است. در 11/0٪ از موارد شناسایی شده در این سال راه انتقال نامشخص بوده و هیچ مورد جدید ابتلا از راه خون و فرآورده‌های خونی گزارش نشده است.⁽⁷⁾

اولین مورد ابتلا به اچ‌آی‌وی در ایران در سال 1365 گزارش شد. از آن پس تا سال 1374 در گزارش‌های سالیانه، موارد شناخته‌شده، افزایشی اندک و تدریجی داشت. در سال 1375 با شناسایی همه‌گیری در برخی از زندان‌های کشور، موارد شناخته شده به یک‌باره افزایش چشم‌گیر یافت و این سیر صعودی تا سال 1383 ادامه یافت. در آن سال کل موارد شناخته شده در طی یک سال به حداکثر رسید و سپس با شیبی ملایم روندی کاهشی داشته است. (نمودار 1 و 2). باید در نظر داشت که سیستم ثبت موارد شناسایی شده، در سال 1383 بازبینی شد و فرم‌های گزارش‌گیری در این سال تغییر کرد و تعدادی از مواردی که قبلاً شناسایی ولی گزارش نشده بودند، در این سال گزارش شد.⁽²⁵⁾ لذا در تفسیر تغییرات منحنی موارد سالیانه شناسایی شده بر اساس داده‌های سیستم ثبت، باید محتاط بود. با این وجود با توجه به اینکه تخمین تعداد مبتلایان حاکی از افزایش آنان است، روند کاهشی تعداد موارد شناسایی شده، ممکن است ناشی از کاهش قدرت سیستم شناسایی مبتلایان باشد. احتمال دارد علت اصلی این پدیده، مثبت شدن افرادی باشد که در کل کشور کمتر در دسترس سیستم‌های شناسایی مبتلایان هستند.

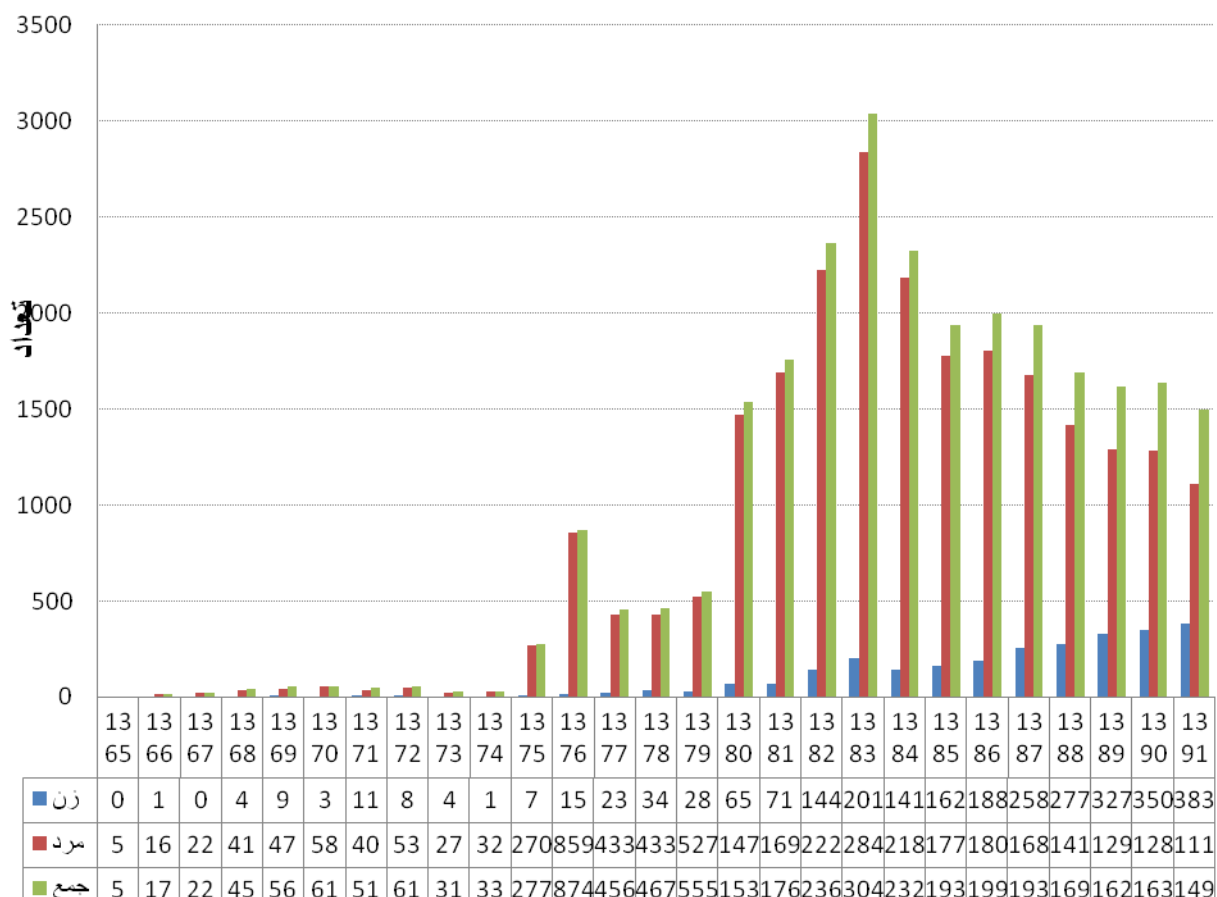
اولین مورد انتقال اچ‌آی‌وی از راه مصرف تزریقی مواد در سال 1368 شناسایی شد و تا سال 1374، هر ساله تنها حدود 5-10 مورد جدید انتقال اچ‌آی‌وی از این راه شناسایی شد. ولی با وقوع همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، انتقال از راه مصرف تزریقی مواد طی سال 1375 به میزان 23 برابر نسبت به سال قبل از آن افزایش یافت و برای اولین بار به عنوان

شایع‌ترین راه انتقال مطرح و پس از آن به عنوان شایع‌ترین راه انتقال باقی ماند. تعداد موارد ثبت شده انتقال از راه تزریق تا سال 1384 به طور مداوم افزایش یافت و در سال 1385 کاهشی در حدود 16٪ نسبت به سال قبل از آن داشت و در سال‌های بعد کاهش آن ادامه یافت.⁽⁷⁾ (نمودار 1)

نمودار 1: تغییرات سهم راه های انتقال در سالهای 1391-1365 براساس داده های سیستم ثبت



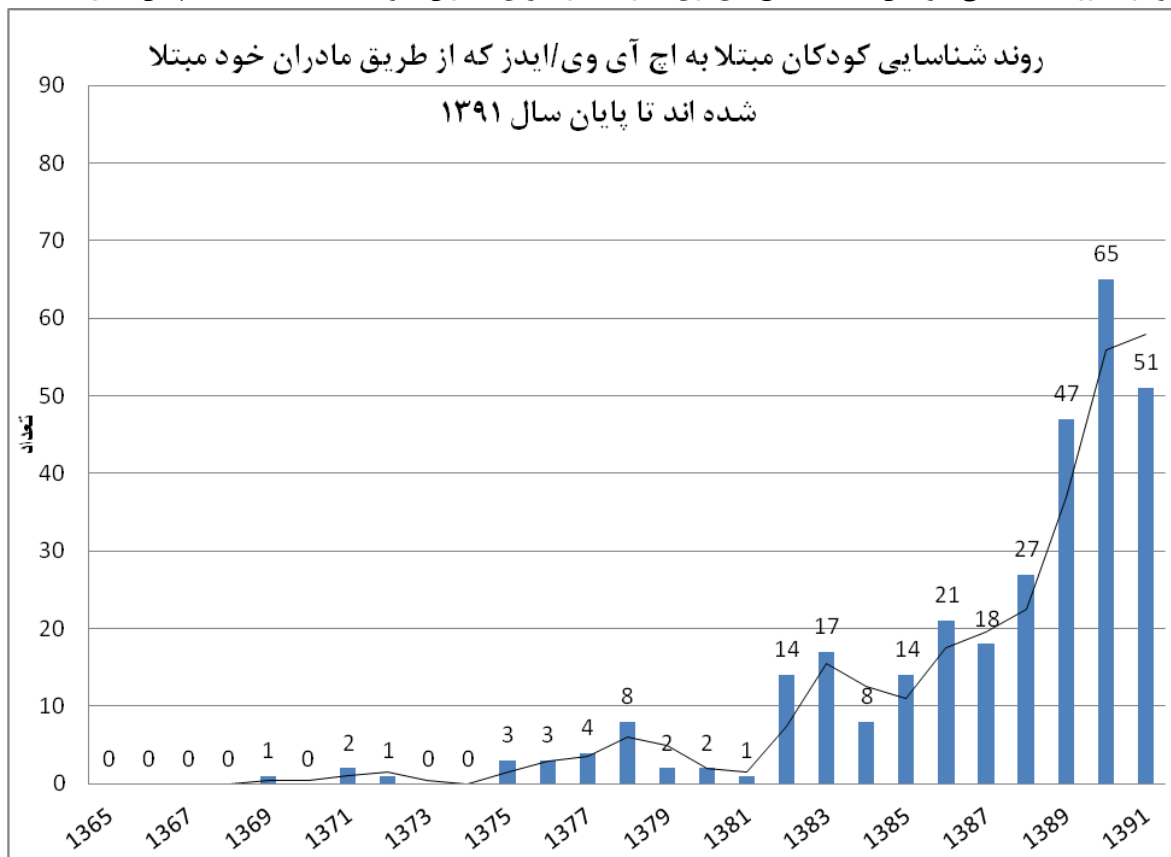
نمودار 2: روند شناسایی مبتلایان به اچ آی وی از سال 1365 تا پایان سال 1391 برحسب جنس



سهم راه انتقال جنسی در موارد شناسایی شده تا سال 1385 به طور نسبی ثابت مانده و در حدود 5 الی 8٪ کل موارد بوده ولی عدد مطلق آن به طور مداوم افزایش یافت و از 50 نفر در سال 1379 به حدود سه برابر در سال 1385 رسید. از آن پس این نسبت روندی فزاینده یافته و به حدود 33/2 درصد کل مبتلایان شناسایی شده در سال 1392 رسیده است. (نمودار 2) عمده این تغییر ناشی از افزایش شناسایی زنان مبتلاست. ⁽⁷⁾

سهم کودکان در گروه سنی 0 تا 14 سال در طی این مدت اندک و در حد 1/4٪ بوده ولی تعداد موارد آنها ظرف چند سال اخیر افزایش یافته است. همچنین تعداد موارد انتقال مادر به کودک نیز در طی این چند سال روندی فزاینده داشته است. ⁽⁷⁾ (نمودار 3)

نمودار 3: روند شناسایی کودکان مبتلا به اچ آی وی/ایدز که از طریق مادران خود مبتلا شده اند تا پایان سال 1391



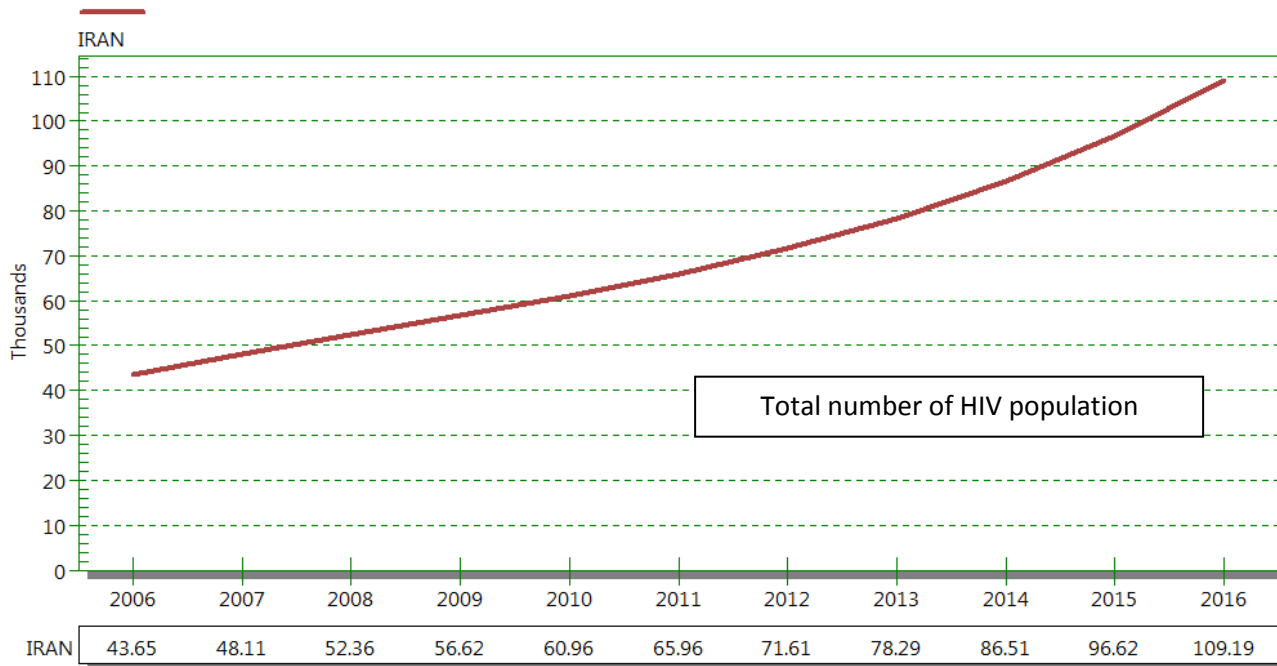
همچنین سهم راه ناشناخته انتقال نیز در موارد شناسایی شده در نیمه اول دهه هشتاد روندی فزاینده داشته و از 8/2٪ در سال 1377 به 23/7٪ در سال 1385 رسیده است و از آن پس با تقویت برنامه نظام مراقبت و تغییر روش جمع‌آوری داده‌ها رو به کاهش گذاشته و به 11/4٪ در نیمه سال 1392 رسیده است.⁽⁷⁾ در این زمینه این فرضیه مطرح است که حداقل بخشی از افزایش موارد با راه ناشناخته انتقال به علت افزایش موارد انتقال جنسی بوده که به علت انگ ناشی از آن عملاً ناشناخته مانده است. بخش دیگر نیز، ناشی از افزودن موارد شناسایی شده در دیده‌وری‌ها به سیستم ثبت موارد شناخته شده است که در این موارد نیز به علت روش انجام دیده‌وری، راه انتقال ناشناس می‌ماند.

سهم اندک زنان در موارد شناسایی شده (8/7٪ موارد شناسایی شده تاکنون) می‌تواند ناشی از نقش عمده مصرف تزریقی مواد در همه‌گیری کشور ما و اندک بودن تعداد زنان مصرف‌کننده تزریقی مواد باشد. اما نسبت به گزارش قبلی⁽²⁶⁾ درباره اعلانیه تعهد، سهم زنان از کل مبتلایان از 8/7٪ به 10.7٪ افزایش یافته است که بخش اعظم آنان از راه جنسی مبتلا شده‌اند.⁽⁷⁾

تخمین تعداد مبتلایان: هم‌چون سایر کشورها، در ایران نیز موارد شناسایی شده تنها بخشی از کل موارد مبتلاست. از سال 1382 تلاش‌هایی برای محاسبه تعداد مبتلایان در کشور صورت گرفت. در این سال با استفاده از نرم‌افزار تخمین تعداد موارد اچ‌آی‌وی، کارشناسان و مدیران برنامه کشوری ایدز، تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی در کشور را حدود 30 تا 40 هزار نفر برآورد کردند. در سال 1384 بر همین اساس تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی در کشور حدود 60 تا 70 هزار نفر و در سال 1386 بیش از 80000 نفر برآورد شد.⁽²⁷⁾ براساس آخرین برآورد در سال 1392، تعداد زنان و مردان مبتلا به اچ‌آی‌وی برای سال 1392 به ترتیب در حدود 23040 و 55250 نفر (مجموع 78290 نفر) برآورد شده است.⁽¹⁹⁾ (نمودار 4 تا 6) تغییر تعداد تخمینی در این گزارش نسبت به گزارش‌های قبلی، ناشی از تغییر و بهبود نرم افزار اسپکتروم، بهینه سازی روش کار و نیز تقویت اطلاعات مورد استفاده بوده است. پیش بینی می شود که این تعداد در سال 1394 به ترتیب برابر با 28330 و 58180 نفر (مجموع 86510 نفر) باشد.⁽¹⁹⁾ (نمودار 4 تا 6) اگرچه شیوع در مردان بیشتر از زنان (تقریباً دو برابر) است، اما به نظر می رسد روند افزایش اچ‌آی‌وی در زنان از مردان بیشتر است.

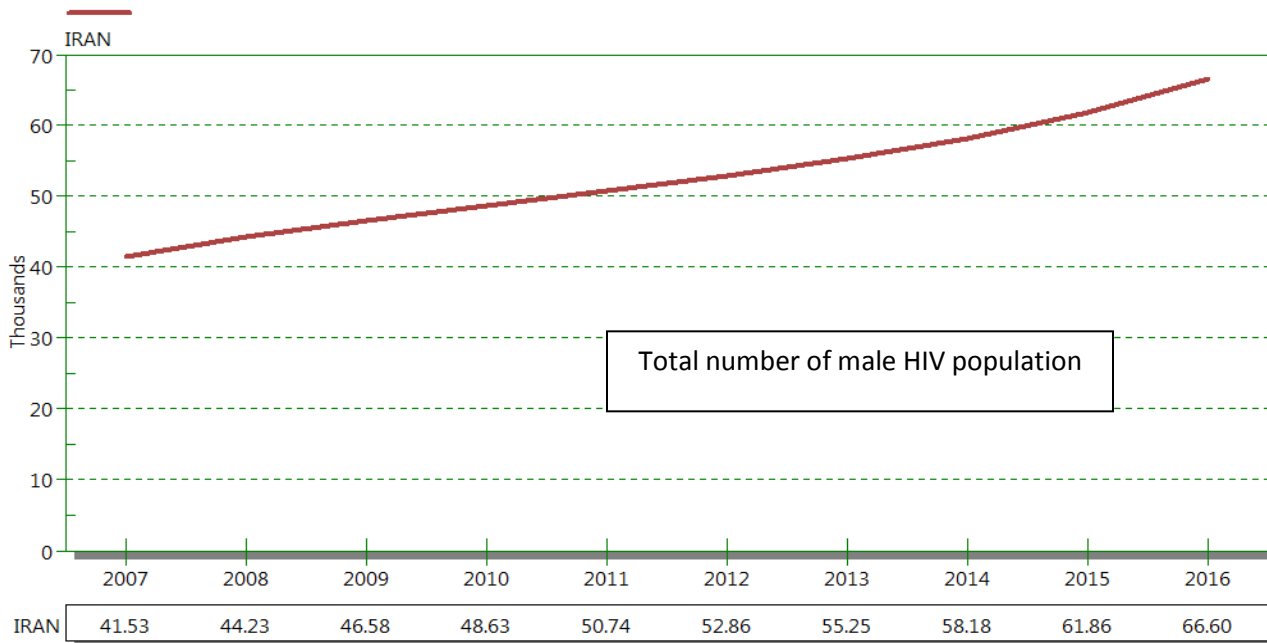
نمودار 4 - تخمین تعداد کل موارد HIV مثبت در سالهای 2006-2016⁽¹⁹⁾

HIV population

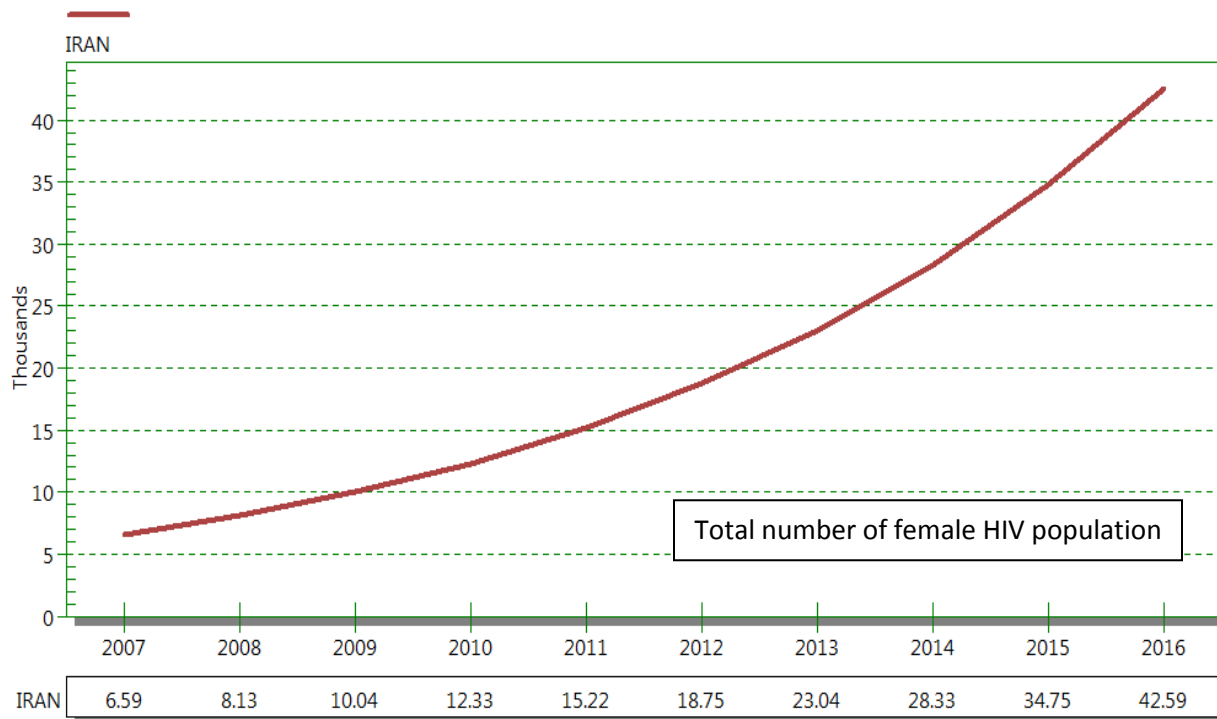


نمودار 5 - تخمین تعداد مردان HIV مثبت در سالهای 2006-2016⁽¹⁹⁾

HIV population



HIV population



تعداد موارد جدید و میزان بروز اچ آی وی

در حال حاضر تعیین مسقیم تعداد موارد جدید و میزان بروز اچ آی وی غالباً بسیار دشوار، همراه با مشکلات فنی فراوان و بسیار پرهزینه است و کمتر در جهان انجام می شود. در ایران نیز همچون بسیاری از نقاط دیگر دنیا چنین مطالعه ای وجود ندارد.

اما در سال 1389، به سفارش مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با حمایت دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران و سایر شرکای برنامه کنترل اچ آی وی در ایران، مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی/ایدز(دانشگاه علوم پزشکی کرمان) پژوهشی با کمک مدل سازی انتقال (Mode of Transmission) انجام داد. بر طبق این مطالعه بیشترین موارد جدید عفونت اچ آی وی در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد (56٪ با سطح اطمینان 95٪ محدوده اطمینان: 47/7-61/6٪) و شرکای جنسی این گروه رخ می دهد (12٪ با سطح اطمینان 95٪ محدوده اطمینان: 9/5-15٪). همچنین اصلی ترین راه انتقال مستقیم و غیرمستقیم عفونت اچ آی وی در کشور، تزریق غیر ایمن است (مصرف کنندگان و شرکای جنسی آنها مجموعاً 68٪) و راه انتقال از طریق تماس جنسی (34٪ تماس با جنس مخالف و 10٪ تماس با هم جنس) در مرتبه دوم قرار دارد. (نمودار 7) میزان بروز سالانه عفونت اچ آی وی در کل جمعیت 15-49 ساله در حدود 21 در صد هزار نفر برآورد شد.⁽⁶⁾

همچنین میزان بروز سالانه عفونت اچ آی وی برای کل شرکای جنسی ثابت چهار گروه پرخطر مصرف کنندگان تزریقی مواد، مشتریان زنان تن فروش، مردان دارای تماس جنسی با سایر مردان و افراد دارای رابطه موقت با جنس مخالف در حدود

121 در صد هزار نفر برآورد شد. بر اساس همین برآوردها در سال 2011، بیشترین میزان بروز اچ آی وی در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد با بیش از 2500 در صد هزار نفر در سال و سپس شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد با بروز بیش از 1000 در صد هزار نفر در سال بوده است. در زنان تن فروش، میزان بروز اچ آی وی حدود 180 مورد در صد هزار نفر برآورد گردید.⁽⁶⁾ تعداد کل موارد جدید اچ آی وی در ایران در سال 1392 در حدود 12800 مورد برآورد شده- است⁽¹⁹⁾ (نمودار 7)

نمودار 7: برآورد موارد جدید اچ آی وی در سال های 2006 تا 2014 (5)

Number of new HIV infections



شیوع اچ آی وی در گروه های مختلف جمعیتی

مصرف کنندگان تزریقی مواد: نتایج پیمایش زیستی - رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال 1389 نشان می دهد که شیوع اچ آی وی در این گروه بطور متوسط در کل کشور حدود 15٪ (محدوده اطمینان 95٪: 22/9 تا 9/5) است.⁽²⁾ البته درصد ابتلا در استانهای مختلف، بین 2/2٪ تا 44/7٪ متفاوت بود. با وجود اینکه شیوع کلی اچ آی وی نسبت به مطالعه رفتاری 1387 (شیوع 15/3٪) تغییری نشان نمی دهد، اما در برخی از استان ها، مقدار شیوع افزایش نسبی داشته است.⁽²⁾

شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد: در مطالعه رفتاری - زیستی شرکای جنسی تزریقی کنندگان مواد در سه شهر مختلف در سال 1389، شیوع اچ آی وی در شرکای جنسی زن مصرف کنندگان تزریقی مواد 3/7٪، در مصرف کنندگان تزریقی مرد 9/5٪ و در کل افراد 6/6٪ بدست آمد. همچنین، شیوع ابتلا به اچ آی وی در مجموع هر دو گروه در شهرهای مورد بررسی متفاوت و صفر، 4/6٪ و 10/8٪ بود.⁽²⁷⁾

زنان تن فروش: نتایج پیمایش زیستی - رفتاری در زنان تن فروش در سال 1389 نشان می دهد که شیوع اچ آی وی در این گروه بطور متوسط در کل کشور حدود $4/5\%$ (محدوده اطمینان 95% - $2/4$ تا $8/3$) است. البته درصد ابتلا در استانهای مختلف از 0% تا 28% متفاوت بود. در کسانی که سابقه تزریق مواد داشتند، میزان شیوع اچ آی وی تا 13% بود. (8)

زندانیان: شیوع اچ آی وی در زندانیان در پیمایش زیستی - رفتاری که در سالهای 1391-1392، در این گروه انجام شد برابر با $1/4\%$ (محدوده اطمینان 95% ، $2/22-6\%$) زندانیان بود. در زندانیانی که سابقه تزریق مواد داشتند، شیوع اچ آی وی به $5/42\%$ (محدوده اطمینان 95% ، $8/76-2/09\%$) می رسید. (28)

مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: درباره شیوع اچ آی وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند، مطالعات بسیار محدودند، نمایانگر این گروه نیستند و نمی توانند به نتیجه گیری قابل تعمیم منجر شوند. با این وجود در مطالعه رفتاری زندانیان در سال 1388، $15/6\%$ مردان رابطه جنسی با مردان دیگر را گزارش کردند. در این مردان، شیوع اچ آی وی حدود $3/7\%$ (محدوده اطمینان 95% ، $0/6-18/8\%$) بود. (29)

کودکان خیابانی: در مطالعه رفتاری کودکان خیابانی در سال 1388، در بررسی سرولوژیکی و رفتاری 1000 کودک 10 تا 18 سال در شهر تهران، شیوع اچ آی وی در کل نمونه حدود 4 تا 5% بود. در کودکانی که مصرف مواد داشتند، این مقدار به 9% می رسید. بدیهی است نتایج این مطالعه را نمی توان به کل کشور تعمیم داد. (30)

شیوع اچ آی وی در جمعیت عمومی: شیوع عفونت اچ آی وی در جمعیت عمومی پایین است. چنان که در یک بررسی که در سال 1389 در 7 استان کشور بر روی زنان باردار مراجعه کننده برای زایمان انجام شد از بین 5261 زن باردار تنها 4 مورد ابتلا کشف شد. (1)

پاسخ ملی به همه گیری اچ آی وی

در این قسمت پاسخ ملی به همه گیری اچ آی وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران تا زمان تهیه این گزارش، بر اساس داده های حاصل از پایش برنامه ها، داده های حاصل از محاسبه شاخص های اصلی گزارش اعلانیه تعهد، داده های مطالعات پیمایش زیستی رفتاری نظام مراقبت اچ آی وی، اطلاعات حاصل از پرسشنامه سنجش تعهد و سیاست ملی و برخی مطالعات دیگر ارایه می شود.

شاخص های اصلی گزارش کشوری

شاخص های مرتبط با انتقال جنسی اچ آی وی

(کاهش انتقال جنسی اچ آی وی به میزان 50٪ تا سال 2015)

جمعیت عمومی

1.1 عنوان شاخص: آگاهی جوانان درباره پیش گیری از اچ آی وی

تعریف شاخص: درصد مردان و زنان جوان سنین 15-24 سال که راه های پیش گیری از انتقال جنسی اچ آی وی را به درستی می دانند و باورهای غلط و مهم درباره انتقال اچ آی وی را نمی پذیرند.

ابزار اندازه گیری شاخص: مطالعه کشوری DHS در سال 1389 بر روی جمعیت عمومی زنان 15 تا 54 سال انجام شد. اطلاعات این مطالعه در گروه مجزای زنان 15 تا 24 سال برای گزارش این شاخص در زنان مورد استفاده قرار گرفته است. برای محاسبه شاخص در مردان از یک مطالعه درباره آگاهی جوانان درباره اچ آی وی استفاده شد. این مطالعه جهت بررسی آگاهی ها و رفتارهای مرتبط با اچ آی وی در 821 نفر از جوانان 15-24 سال ساکن 9 منطقه شهری در 7 شهرستان در زمستان 1390 انجام شد. نمونه گیری به شیوه تصادفی خوشه ای بود. اطلاعات توسط پرسشنامه استاندارد جمع آوری شد و مورد آنالیز قرار گرفت.⁽¹³⁾

مقدار شاخص: در این بررسی که در جوانان 15 تا 24 ساله انجام شد، در مجموع فقط 20.6٪ پسران به همه سئوالات استاندارد پاسخ صحیح داده اند.⁽¹³⁾

بر طبق مطالعه DHS کشور در جمعیت زنان 15 تا 24 سال میزان آگاهی صحیح از اچ آی وی 19/6٪ محاسبه شده است.

تفکیک پاسخهای سئوالات در قسمتهای بعدی ذکر شده است.

بحث: مرور این شاخص به تفکیک سئوالات نشان میدهد بیشترین کمبود اطلاعات در مورد رد باورهای غلط به ویژه احتمال انتقال از طریق گزش پشه است. با توجه به تاثیر باورهای غلط در رفع انگ و تبعض ضرورت دارد برنامه های آموزشی به اصلاح این باورهای بپردازند. در عین حال در مورد سایر سئوالات نظیر احتمال انتقال از طریق تماسی جنسی و یا پیشگیری با کاندوم اگر چه میزان آگاهی بالاتر از باورهای غلط است اما هنوز هم قابل توجه نیست و نیاز به بهبود دارد. مطالعه DHS اولین مطالعه گسترده ایست که بصورت گسترده در سطح شهر و روستا به محاسبه شاخص آگاهی از اچ آی وی می پردازد. نتایج این مطالعه حاکی از پایین تر بودن آگاهی در جمعیت زنان روستایی نسبت به جمعیت زنان شهری است.

1.2 عنوان شاخص: تماس جنسی قبل از سن 15 سال

تعریف شاخص: درصد زنان و مردان جوان سنین 15-24 سال، که تماس جنسی قبل از سن 15 سالگی داشته اند.

ابزار اندازه گیری شاخص: ابزار توصیه شده مطالعات مبتنی بر جامعه بوده است.

مقدار شاخص: در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست.

1.3. عنوان شاخص: رفتار جنسی پُرخطر

تعریف شاخص: درصد زنان و مردان سنین 15 تا 49 سال که در 12 ماه گذشته، با بیش از یک شریک، ارتباط جنسی داشته‌اند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: ابراز توصیه شده مطالعات مبتنی بر جمعیت بوده است.

مقدار شاخص: در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست.

بحث: مطالعاتی که بصورت محدود و پراکنده در کشور موجود است بیانگر وجود رفتار های جنسی خارج از چهارچوب ازدواج و داشتن بیش از یک شریک جنسی و سایر اشکال رفتار جنسی پرخطر در گروهی از جوانان است. عمده این مطالعات در گزارشهای دوره های قبل ذکر شده است.^(26 و 27) در حال حاضر مطالعه کشوری در جوانان در دست اجراست که در گزارش بعدی ارائه خواهد شد.

1.4. عنوان شاخص: استفاده از کاندوم در رفتار جنسی پُرخطر

تعریف شاخص: درصد زنان یا مردان 15 تا 49 ساله‌ای که در 12 ماه گذشته رابطه جنسی با بیش از یک شریک جنسی داشته‌اند و در آخرین ارتباطشان از کاندوم استفاده کرده‌اند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: ابراز توصیه شده مطالعات مبتنی بر جمعیت بوده است.

مقدار شاخص: در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست.

بحث: با این وجود در مطالعه ای که در سال 1383 در بین جوانان یکی از مناطق تهران صورت گرفت، از 110 نفری که در یک سال گذشته با بیش از یک نفر رابطه جنسی داشته‌اند، 43/6٪ در آخرین رابطه جنسی از کاندوم استفاده کرده‌اند.⁽⁹⁾

1.5. عنوان شاخص: آزمایش اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی

تعریف شاخص: درصد زنان و مردان 15 تا 49 ساله‌ای که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص: مطالعات مبتنی بر جمعیت

بحث: با توجه به مرحله همه گیری در کشور، این شاخص از شاخص های برنامه کشوری نیست.

1.6. عنوان شاخص: شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی

تعریف شاخص: درصد جوانان سنین 15-24 سال مبتلا به اچ‌آی‌وی.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: انجام مطالعه شیوع HIV در زنان باردار در سال 1389 در 7 استان. این مطالعه در سال 1389 در 7 استان کشور در زنان باردار مراجعه کننده جهت انجام زایمان انجام شد. روش نمونه گیری بصورت غیر تصادفی آسان بود. از این زنان پس از اخذ رضایت، نمونه گیری خون برای انجام آزمایش HIV انجام شد.

مقدار شاخص: از بین 5261 زن باردار وارد شده در این طرح 4 نمونه مثبت با یک نوبت آزمایش الیزا کشف شد. این رقم شیوع را حدود 0/07٪ برآورد میکند.⁽¹⁾

تن فروشان

1.7. عنوان شاخص: برنامه‌های پیش‌گیری در تن فروشان

تعریف شاخص: درصدی از تن فروشان که به برنامه‌های پیش‌گیری دست یافته اند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: نخستین پیمایش زیستی- رفتاری در زنان تن فروش در سال 1389 انجام شد. در این مطالعه نمونه ای از مراکز گذری که به زنان تن فروش خدمات می دهند، در 12 استان انتخاب شدند. تلاش گردید در هر استان حداقل 5 مرکز انتخاب

شود. از هر مرکز گذری، تعداد حداقل 35-20 نمونه به روش نمونه‌گیری آسان (Convenience Sampling) وارد مطالعه شدند. به گونه‌ای که از هر استان تحت مطالعه 150 نمونه ارسال گردید. داده‌های رفتاری با استفاده از پرسشنامه و توسط مصاحبه‌گران تکمیل شد. آزمایش اچ‌آی‌وی با استفاده از لکه خون خشک شده بر روی فیلتر کاغذی انجام گردید. هر نمونه مثبت برای بار دوم هم آزمایش می‌شد و در صورتیکه بار دوم پاسخ مثبت بود، جواب مثبت گزارش شد. 10٪ کل نمونه‌ها مجدداً توسط آزمایشگاه مرجع (آزمایشگاه پاستور) مورد آزمایش کنترل کیفی قرار گرفتند. در نهایت 1005 نفر وارد مطالعه و نتایج مربوط به 872 نفر تایید و منتشر شد.⁽⁸⁾

مقدار شاخص: 44/26٪ (386 از 872) به هر دو سوال در باره آگاهی از محل انجام آزمایش اچ‌آی‌وی و دریافت کاندوم جواب بلی دادند. این نسبت در زنان تن فروش زیر 25 سال 38/6٪ (81 از 210 نفر) در مقابل 46/5٪ (304 از 654 نفر) در زنان تن فروش 25 سال و بیشتر بود. آگاهی از محل انجام آزمایش اچ‌آی‌وی، 54/0٪ (471 از 872) و دریافت کاندوم 62/7٪ (547 از 872) بود.⁽⁸⁾

بحث: با توجه به اینکه عمده زنان تن فروشی که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، از مرکز گذری ویژه زنان آسیب پذیر نمونه‌گیری شده‌اند و مراجعین به این مراکز غالباً از وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تری برخوردارند، در تعمیم یافته‌ها به همه جمعیت زنان تن فروش باید محتاط بود. پیش از این مطالعه‌ای جهت مقایسه وجود ندارد. اگر چه در مطالعه‌ای در زنان تن فروش در تهران در سال 1386، آگاهی از محل انجام آزمایش اچ‌آی‌وی، 63/9٪ بوده است.⁽³¹⁾ مطالعات موجود در زنان تن فروش انجام شده و تا کنون هیچ مطالعه‌ای در باره مردان تن فروش انجام نشده است.

1.8. عنوان شاخص: مصرف کاندوم در تن‌فروشان

تعریف شاخص: درصد زنان و مردان تن‌فروشی که در ارتباط جنسی با آخرین مشتری خود، از کاندوم استفاده کرده‌اند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: همچون شاخص 1.7

مقدار شاخص: از 872 زن تن فروش تحت مطالعه، 531 نفر (60/89٪) در آخرین نزدیکی با مشتریان خود از کاندوم استفاده کرده بودند. این نسبت در زنان زیر 25 سال 61/9٪ (130 از 210) و در زنان 25 سال و بیشتر 61/2٪ (400 از 654) بود. در مطالعه فوق پس از وزن دهی، استفاده از کاندوم در آخرین نزدیکی 57/1٪ گزارش شده است⁽⁸⁾ و در برنامه ریزی های کشوری این عدد مبنای عمل قرار می‌گیرد.

بحث: با توجه به اینکه عمده زنان تن فروشی که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، از مرکز گذری ویژه زنان آسیب پذیر نمونه‌گیری شده‌اند و مراجعین به این مراکز غالباً از وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تری برخوردارند، در تعمیم یافته‌ها به همه جمعیت زنان تن فروش باید محتاط بود. پیش از این مطالعه‌ای جهت مقایسه وجود ندارد. اگر چه در مطالعه‌ای در زنان تن فروش در تهران در سال 1386، این نسبت 55٪ بوده است.⁽³¹⁾

مطالعه‌ای در بین 161 زن تن فروش شهر تهران در سال 2-1391 با روش نمونه‌گیری RDS انجام شد. در این مطالعه میزان مصرف کاندوم در آخرین رابطه‌ی جنسی با مشتری 65/2 درصد بوده است.⁽³²⁾ از میان 105 شرکت‌کننده که به سوال مرتبط با استفاده از کاندوم در آخرین رابطه‌ی جنسی با شریک جنسی ثابت پاسخ داده‌اند، 49/5 درصد (52 نفر) استفاده از کاندوم را گزارش نموده‌اند.⁽³²⁾

مطالعات موجود در زنان تن فروش انجام شده و تا کنون هیچ مطالعه‌ای در باره مردان تن فروش انجام نشده است.

1.9. عنوان شاخص: آزمایش اچ‌آی‌وی در تن‌فروشان

تعریف شاخص: درصد تن‌فروشان که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: همچون شاخص 1.7

مقدار شاخص: از 872 زن تن فروش تحت مطالعه، 243 نفر (27/87٪) در 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاه بودند. این نسبت (سابقه انجام آزمایش اچ‌آی‌وی و آگاهی از نتیجه آن) در زنان زیر 25 سال 25/2٪ (53 از 210) و در زنان 25 سال و بیشتر 28/9٪ (189 از 654) بود.⁽⁸⁾

بحث: پیش از این مطالعه ای جهت مقایسه وجود ندارد. اگر چه در مطالعه ای در زنان تن فروش در تهران در سال 1386، 20/4٪ (57 نفر از 280 نفر) بوده است.⁽³¹⁾

از طرفی در مطالعه ای که در بین 161 زن تن فروش شهر تهران در سال 2-1391 با روش نمونه گیری RDS انجام شد 53 نفر (32/9٪) از زنان تن فروش، در طی 12 ماه گذشته آزمایش اچ آی وی انجام داده و از نتیجه آن آگاه بودند.⁽³²⁾ مطالعات موجود در زنان تن فروش انجام شده و تا کنون هیچ مطالعه ای در باره مردان تن فروش انجام نشده است.

1.10. عنوان شاخص: شیوع اچ آی وی در تن فروشان

تعریف شاخص: درصد تن فروشانی که مبتلا به اچ آی وی هستند.

ابزار اندازه گیری شاخص: همچون شاخص 1.7

مقدار شاخص: از 817 زن تن فروشی که آزمایش اچ آی وی دادند، 30 نفر (3/7٪) مبتلا به اچ آی وی بوده اند. این نسبت در زنان زیر 25 سال، صفر و در زنان 25 سال و بیشتر 4/9٪ (30 از 614) بود. در کسانی که کمتر از یک سال تن فروشی کرده اند، شیوع اچ آی وی، 3/4٪ (3 از 88) و در تن فروشان با سابقه بیش از یکسال تن فروشی، 3/7٪ بود. در مطالعه فوق پس از وزن دهی، شیوع اچ آی وی در کل زنان تن فروش 4/5٪ گزارش شده است⁽⁸⁾ و در برنامه ریزی های کشوری این عدد مبنای عمل قرار می گیرد.

بحث: اگر چه شیوع اچ آی وی هنوز به 5٪ نرسیده ولی به نظر می آید رسیدن آن به 4/5٪، بر ضرورت ادامه و گسترش برنامه های پیشگیری از انتقال جنسی اچ آی وی تاکید می نماید. با این وجود با توجه به اینکه عمده زنان تن فروشی که مورد مطالعه قرار گرفته اند، از مرکز گذری ویژه زنان آسیب پذیر نمونه گیری شده اند و مراجعین به این مراکز غالباً از وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تری برخوردارند، در تعمیم یافته ها به همه جمعیت زنان تن فروش باید محتاط بود.

در مطالعه RDS انجام شده در بین 161 زن تن فروش شهر تهران در سال 2-1391، 8 مورد مبتلا به اچ آی وی تشخیص داده شد و شیوع اچ آی وی معادل 5٪ محاسبه گردید.⁽³²⁾ مطالعات موجود در زنان تن فروش انجام شده و تا کنون هیچ مطالعه ای در باره مردان تن فروش انجام نشده است.

مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند

1.11. عنوان شاخص: برنامه های پیش گیری در مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند

تعریف شاخص: درصدی از مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند و به برنامه های پیش گیری دست یافته اند.

ابزار اندازه گیری شاخص: ابراز توصیه شده مطالعات مبتنی بر جمعیت بوده است.

مقدار شاخص: در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست.

بحث: مطالعات رفتاری که در محیط های بسته مثل زندان و یا در گروه هایی مانند مصرف کنندگان تزریقی مواد انجام شده حاکی از وجود این رفتار است.^(2، 28، 29 و 33) با اینحال مطالعه ای ویژه این گروه که قابل تعمیم به این جمعیت باشد در کشور موجود نیست.

1.12. عنوان شاخص: استفاده از کاندوم در مردانی که با مرد دیگر رابطه جنسی دارند

تعریف شاخص: درصدی از مردان که در آخرین آمیزش جنسی با شریک جنسی مرد از کاندوم استفاده کرده اند.

ابزار اندازه گیری شاخص: ابراز توصیه شده مطالعات مبتنی بر جمعیت بوده است.

مقدار شاخص: در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست.

بحث: مشابه 1.11

1.13. عنوان شاخص: آزمایش اچ آی وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند

تعریف شاخص: درصد مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند و در 12 ماه گذشته آزمایش اچ آی وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: ابراز توصیه شده مطالعات مبتنی بر جمعیت بوده است.
مقدار شاخص: در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست.
بحث: مشابه 1.11

1.14. عنوان شاخص: شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند
تعریف شاخص: درصد مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند و مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند.
ابزار اندازه‌گیری شاخص: ابراز توصیه شده مطالعات مبتنی بر جمعیت بوده است.
مقدار شاخص: در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه گیری کند موجود نیست.
بحث: مشابه 1.11

شاخص های مرتبط با مصرف تزریقی مواد

(کاهش انتقال اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد به میزان 50٪ تا سال 2015)

2.1. عنوان شاخص: برنامه‌های پیش‌گیری در مصرف کنندگان تزریقی مواد

تعریف شاخص: تعداد سرنگ و سوزن های توزیع شده توسط برنامه های سرنگ و سوزن به ازای هر مصرف کننده مواد
ابزار اندازه‌گیری شاخص: جهت محاسبه ی شاخص، برای صورت کسر از دانشگاه های علوم پزشکی و سازمان بهزیستی کشور
استعلام گردید و برای محاسبهٔ مخرج، از روش تخمین استفاده شد.
محاسبه شاخص: صورت: تعداد سرنگ و سوزن های توزیع شده به مصرف کنندگان تزریقی مواد در دوره یک ساله منتهی به شهریور
1392 برابر 12626021 عدد بوده است.^(15 و 16)

مخرج کسر: تخمین تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد: برابر ارزیابی های سریع مصرف مواد در ایران، برآورد تعداد مصرف کنندگان
تزریقی مواد، 170000 تا 230000 نفر بوده است.^(6، 17 و 18)

مقدار شاخص: بین 55 تا 77 سرنگ در سال به ازای هر مصرف کننده تزریقی مواد.
بحث: اگر چه پوشش ارائه سرنگ و سوزن رایگان نسبت به گزارش قبل حدود دو برابر افزایش یافته اما هنوز با میزان مطلوب (200 سرنگ در سال به ازاء هر مصرف کننده تزریقی)⁽³³⁾ فاصله دارد. این رقم نیاز به بهبود دارد. با اینحال باید در نظر داشت که اغلب مطالعات رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد داروخانه ها را یکی از منابع مهم تامین سرنگ و سوزن استریل دانسته است. این منبع میتواند سهمی از میزان بالای استفاده از سرنگ و سوزن استریل در آخرین نوبت تزریق باشد.

2.2. عنوان شاخص: استفاده از کاندوم در مصرف کنندگان تزریقی مواد

تعریف شاخص: درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد که استفاده از کاندوم را در طی آخرین تماس جنسی خود گزارش کرده‌اند.
ابزار اندازه‌گیری شاخص: دومین پیمایش کشوری رفتاری - زیستی اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی از اسفندماه 1388 تا مردادماه 1389 انجام شد. این مطالعه در 10 استان کشور انجام شد. به جز یزد که در این مطالعه قرار نگرفت، بقیه استان های انتخاب شده همچون مطالعه سال 1386 بود. در هر استان از بین مراکز موجود در مرکز استان و همچنین چند مرکز در شهرستان های استان بطور متوسط 5 مرکز انتخاب شد. انتخاب مراکز بر اساس تنوع مراکز (مرکز گذری کاهش آسیب، مرکز ترک اعتیاد و متادون

درمانی، اقامتگاه شبانه و غیره)، مکان قرار گرفتن مرکز در مناطق با وضعیت اقتصادی و اجتماعی مختلف در سطح شهر (محل مرفه، متوسط و پایین، و سازمان نظارت کننده بر مرکز (دانشگاهی و بهزیستی) بوده است. به طور متوسط 13/5٪ شرکت کنندگان در هر مرکز توسط تیم‌های سیار با مصرف کنندگان تزریقی در خارج از مراکز مصاحبه گردید. داده‌های رفتاری با استفاده از پرسشنامه و توسط مصاحبه گران تکمیل شد. آزمایش اچ آی وی با استفاده از لکه خون خشک شده بر روی فیلتر کاغذی انجام گردید. آزمایش بر روی نمونه‌ها با استفاده از روش الایزا انجام شد. پایش و کنترل کیفیت آزمایش‌های انجام شده با استفاده از بازدید و نظارت بر آزمایشگاه و همچنین کنترل مجدد نمونه‌ای تصادفی به حجم 10٪ از بین کل به تفکیک نمونه‌های مثبت و منفی انجام شد. در این مطالعه 2546 نفر در مطالعه وارد شدند.⁽²⁾

مقدار شاخص: 34/1٪ در آخرین نزدیکی با همسر، 43/1٪ در آخرین نزدیکی با یک شریک جنسی غیر پولی و 53/3٪ در آخرین نزدیکی با یک شریک جنسی پولی از کاندوم استفاده کرده‌اند.⁽²⁾

بحث: به نظر می‌آید باید تلاش زیادی برای افزایش استفاده از کاندوم در این گروه جمعیتی که هنوز علیرغم تمام موفقیت‌ها، مهمترین موتور پیش برنده انتقال جنسی همه‌گیری است، صورت گیرد.

2.3. عنوان شاخص: تزریق سالم در مصرف کنندگان تزریقی مواد

تعریف شاخص: درصد استفاده کنندگان تزریقی مواد که استفاده از وسایل تزریقی استریل را در طی آخرین تزریق خود، گزارش کرده‌اند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: همچون شاخص 2.2

مقدار شاخص: از 1595 نفر مصرف کننده تزریقی که در ماه گذشته تزریق مواد داشتند، 1463 نفر (91/7٪) در آخرین تزریق خود از وسایل تزریقی استریل استفاده کرده بودند. این نسبت در مردان 1439 از 1566 (91/9٪)، در زنان 24 از 29 (82/8٪) و در مصرف کنندگان تزریقی زیر 25 سال، 173 از 190 (91/1٪) بوده است.⁽²⁾

بحث: پیشرفت در این عرصه نسبت به گزارش قبلی که 74/5٪ در سال 1386 بوده⁽²⁷⁾ بسیار قابل توجه است. اما باید به خاطر داشت که موفقیت‌های این عرصه به علت ماهیت همه‌گیری اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد بسیار آسیب پذیرند و باید به دقت مراقب آنها بود تا برنامه‌هایی شروع شده متوقف نشود. از سوی دیگر، هنوز حدود 9٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین تزریق خود از سرنگ غیر استریل استفاده کرده‌اند.⁽²⁾ این یعنی بروز موارد جدید اچ آی وی، که باید متوقف شود. بنابراین باید برنامه‌ها را گسترش داد. از سوی دیگر، پوشش پایین تر استفاده از سرنگ استریل در زنان مصرف کننده تزریقی، دلیلی است بر درستی تلاش برای ایجاد مراکز ویژه زنان که در سال‌های اخیر در پیش گرفته شده و لزوم گسترش این مراکز به خصوص در مناطق پر خطر کشور است.

2.4. عنوان شاخص: آزمایش اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد

تعریف شاخص: درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ آی وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: همچون شاخص 2.2

مقدار شاخص: 24/78٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد (631 از 2546 نفر) در یکسال اخیر آزمایش اچ آی وی داده‌اند و از نتیجه آن خبر دارند. این نسبت در زنان 24/2٪ (16 از 66 نفر) و در مردان 24/8٪ (615 از 2480 نفر) و برای مصرف کنندگان تزریقی زیر 25 سال، 16/9٪ (45 از 266 نفر) بوده است.⁽²⁾

بحث: مقدار این شاخص نسبتاً پایین بوده و نیازمند تقویت هر چه بیشتر برنامه ارائه آزمایش اچ آی وی از طرف کارکنان سلامت به خصوص با استفاده از آزمایش سریع اچ آی وی است.

2.5. عنوان شاخص: شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد

تعریف شاخص: درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد که مبتلا به اچ آی وی هستند.

ابزار اندازه گیری شاخص: همچون شاخص 2.2

مقدار شاخص: 13/6٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد (338 نفر از 2479 نفر) مبتلا به اچ آی وی بوده اند. این نسبت در مردان 13/8٪ (332 از 2417 نفر)، در زنان 9/7٪ (6 نفر از 62 نفر) و در مصرف کنندگان تزریقی زیر 25 سال 6/6٪ (17 از 256 نفر) بوده است. در مطالعه فوق پس از وزن دهی، شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد 15/07٪ گزارش شده است⁽²⁾ و در برنامه ریزی های کشوری این عدد مبنای عمل قرار می گیرد.

بحث: عدم افزایش شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد، نسبت به گزارش قبل، در شرایطی که مطالعات در سایر کشور ها حاکی از امکان افزایش این شیوع تا بیش از 40٪ در مصرف کنندگان تزریقی مواد است،⁽³⁵⁾ می تواند دلیلی بر موفقیت برنامه های کاهش آسیب و ضرورت ادامه این خدمات و گسترش پوشش آن باشد. از سوی دیگر به نظر می رسد لازم است این بررسی ها در فواصل زمانی منظم صورت گیرد و ضمناً به تفکیک مشخص شود در کدام کانون ها تغییرات در طول زمان بیشتر است.

شاخص های مرتبط با با انتقال اچ آی وی از مادر به کودک

حذف انتقال اچ آی وی از مادر به کودک به صفر و کاهش قابل توجه مرگ ناشی از ایدز در مادران

3.1. عنوان شاخص: پیش گیری از انتقال مادر به کودک

تعریف شاخص: درصد زنان باردار مبتلا به اچ آی وی که به منظور کاهش خطر انتقال مادر به کودک، داروی ضد رتروویروسی دریافت کرده اند.

ابزار اندازه گیری شاخص: جهت محاسبه ی شاخص، برای صورت کسر از دانشگاه های علوم پزشکی استعمال گردید و برای محاسبهٔ مخرج، از روش تخمین استفاده شد.

محاسبه شاخص: صورت کسر: از انتهای شهریور 1391 تا انتهای شهریور 1392، مجموعاً 132 زن باردار تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گرفتند.⁽¹⁵⁾

مخرج کسر: براساس محاسبات نرم افزار اسپکتروم، تعداد تخمینی زنان باردار مبتلا به اچ آی وی در سال 2013، 740 نفر به دست آمده است.⁽¹⁹⁾ البته برای محاسبه مخرج کسر بر اساس توصیه رهنمود یونیدز، باید از تعداد تخمینی مادران باردار مبتلا به اچ آی وی که زایمان کرده اند، استفاده نمود. ولی به دلیل عدم وجود این عدد در نرم افزار، از نزدیکترین عدد مشابه استفاده شد..

مقدار شاخص: در دوره زمانی فوق، عدد تخمینی برابر با 8/17٪ بوده است.

بحث: در مورد مخرج کسر یعنی تخمین تعداد زنان باردار مبتلا به اچ آی وی، در میان برخی از صاحب نظران کشور این نگرانی وجود دارد که تخمین های نرم افزار محاسبه گر آن بیش از حد واقعی باشد و به نظر می آید به مطالعات بیشتری برای تخمین دقیق تر زنان مبتلا به اچ آی وی نیاز است.

توجه به این نکته لازم است که تمام زنان باردار مبتلا به اچ آی وی که شناسایی شده اند، تحت درمان ضد رتروویروسی پیش گیرانه قرار گرفته اند و نسبتی که برای شاخص محاسبه شده بر اساس تخمین کل موارد شامل موارد شناسایی شده و ناشناخته می باشد. از میان زنان بارداری که درمان ضد رتروویروسی گرفته اند (132 نفر) (99/2٪ زنان باردار شناسایی شده)، 56 نفر از آنان، خود نیز به درمان ضد رتروویروسی نیاز داشته اند، و مابقی برای پیشگیری از انتقال از مادر به کودک داروی ضد رتروویروسی دریافت کرده اند.⁽¹⁵⁾ علیرغم افزایش تعداد زنان باردار تحت درمان در دوره گزارش دهی نسبت به دوره قبل، به علت افزایش تعداد تخمینی زنان باردار به دلیل تغییر روش تخمین، مقدار شاخص تغییر چشمگیری نکرده است.

3.2. عنوان شاخص: تشخیص زودرس در شیرخواران

تعریف شاخص: درصد شیرخواران زاده شده از زنان مبتلا به اچ آی وی که در 2 ماه اول پس از تولد، آزمایش ویرولوژیک اچ آی وی شده اند.

محاسبه شاخص: صورت کسر: از انتهای شهریور 1391 تا انتهای شهریور 1392، از مجموع 99 نوزاد متولد شده از مادر مبتلا 58 نوزاد در 2 ماه اول پس از تولد، آزمایش ویرولوژیک اچ آی وی شده اند.⁽¹⁵⁾

مخرج کسر: براساس محاسبات نرم افزار اسپکتروم، تعداد تخمینی زنان باردار مبتلا به اچ آی وی در سال 2013، 740 نفر به دست آمده است.⁽¹⁹⁾ البته برای محاسبه مخرج کسر بر اساس توصیه رهنمود یونیدز، باید از تعداد تخمینی مادران باردار مبتلا به اچ آی وی که زایمان کرده اند، استفاده نمود. ولی به دلیل عدم وجود این عدد در نرم افزار، از نزدیکترین عدد مشابه استفاده شد.

مقدار شاخص: در دوره زمانی فوق، عدد تخمینی برابر با 7/8٪ بوده است.

بحث: لازم به ذکر است که در دستورالعمل کشوری موجود با توجه به محدودیت امکانات آزمایشی به روشهای ویرولوژیک، انجام آزمایش های مکرر به روش الیزا تا 18 ماهگی بعنوان یک روش قابل قبول برای پیگیری نوزاد پذیرفته شده بود و همه نوزادان شناسایی شده از این خدمات بهره برده اند.⁽³⁶⁾

96 نفر از این نوزادان، جهت پیشگیری از انتقال مادر به کودک، طی 4 هفته اول پس از زایمان پروفیلاکسی ضد رتروویروسی دریافت کرده اند. از 58 نوزادیکه بررسی ویرولوژیک شده اند، 3 نفر پاسخ مثبت داشته اند. 93 نوزاد از این بین تحت تغذیه انحصاری با شیر مصنوعی قرار گرفته اند.⁽¹⁵⁾

3.3. عنوان شاخص: کاهش در انتقال اچ آی وی از مادر به کودک

تعریف شاخص: درصد نوزادانی که از مادران مبتلا متولد و به اچ آی وی مبتلا شده اند.

روش محاسبه: با استفاده از نرم افزار اسپکتروم⁽¹⁸⁾

مقدار شاخص: 31٪⁽¹⁹⁾

بحث: اگرچه تمام نوزادانی که از مادر مبتلا به اچ آی وی متولد می شوند، تحت پوشش خدمات مورد نیاز قرار گرفته اند، ولی نقطه گریه مداخله، شناسایی زنان مبتلاست که نیاز به بهبود دارد.

شاخص های مرتبط با درمان ضد رتروویروسی

ارائه درمان ضد رتروویروسی به 50 میلیون نفر تا 2015 در جهان

4.1. عنوان شاخص: درمان ضد رتروویروسی در مبتلایان به ایدز

تعریف شاخص: درصد بزرگسالان و کودکان مبتلا به عفونت پیشرفته اچ آی وی که درمان ترکیبی ضد رتروویروسی دریافت می کنند

روش محاسبه: برای صورت کسر از داده های سیستم ثبت درمان ضد رتروویروسی استفاده شد. برای مخرج کسر از نرم افزار اسپکتروم برای تخمین استفاده شد.

محاسبه شاخص: صورت کسر: در پایان شهریور سال 1392، 4470 نفر (شامل 1165 زن و 3305 مرد) تحت درمان ضد رتروویروسی بوده اند.⁽²⁰⁾

مخرج کسر: بر اساس تخمین با استفاده از نرم افزار اسپکتروم، تعداد نیازمندان به درمان ضد رتروویروسی در سال 1392 در سطح کشور 33270 نفر بوده است⁽¹⁹⁾.

مقدار شاخص: در مجموع در سال 1392، 13/4٪ نیازمندان درمان ضد رتروویروسی تحت درمان بوده اند.

بحث: لازم به ذکر است که این نسبت ها بر اساس تخمین موارد نیازمند محاسبه شده است و در میان برخی از صاحب نظران این نگرانی وجود دارد که تخمین تعداد نیازمندان به درمان ضد رتروویروسی بیش از تعداد واقعی آنان باشد و با استفاده از نرم افزار موجود به درستی محاسبه نشده باشد.

4.2. عنوان شاخص: بقاء پس از 12 ماه درمان ضد رتروویروسی

تعریف شاخص: درصد کودکان و بزرگسالان با اچ آی وی شناخته شده که 12 ماه پس از شروع درمان ضد رتروویروسی هنوز تحت درمان هستند و به حیات خود ادامه می دهند.

روش محاسبه: برای صورت و مخرج کسر از داده های سیستم ثبت درمان ضد رتروویروسی استفاده شد.

مقدار شاخص: بقای به درمان 12 ماهه در کسانی که درمان رتروویروسی را از شهریور 1390 تا شهریور 1391 شروع کرده اند، 85٪ بود. این نسبت برای زنان 88٪ و برای مردان 84٪ بوده است.⁽²⁰⁾ شرح کامل بقای بر درمان 12 ماهه، 24 ماهه، 36 ماهه و 48 ماهه در سال های 1385 تا 1391 به تفکیک سن و جنس در پیوست 3 آمده است.

شاخص های مرتبط با درمان سل و اچ آی وی

کاهش مرگ ناشی از سل در مبتلایان به اچ آی وی به میزان 50٪ تا سال 2015

5.1. عنوان شاخص: مدیریت همزمان درمان سل و اچ آی وی

تعریف شاخص: درصد تخمینی موارد بروز سل در بیماران مبتلا به اچ آی وی که درمان سل و ایدز را دریافت کرده اند.

روش محاسبه: برای صورت کسر از پایش برنامه ها از طریق استعلام از دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور استفاده شد. برای مخرج کسر نیز از تخمین استفاده شد.

محاسبه شاخص: صورت کسر: از انتهای شهریور سال 1391 تا انتهای شهریور 1392، 94 نفر بیمار مبتلا به سل وجود داشته که مبتلا به اچ آی وی بوده و یا ابتلا آنها به اچ آی وی شناسایی شده و تحت درمان همزمان سل و اچ آی وی قرار گرفته اند.⁽²¹⁾

مخرج کسر: برای تخمین به ترتیب زیر عمل شد: با در نظر گرفتن تعداد تخمینی مبتلایان نیازمند به درمان ضد رتروویروسی (33270 نفر)⁽¹⁹⁾، شیوع عفونت سل در جمعیت های مشابه (20٪)⁽²²⁾، و برآورد میزان بروز بیماری سل در مبتلایان نیازمند به درمان ضد رتروویروسی (حدود 7/5٪)⁽²³⁾، عدد 499 نفر به دست می آید.

مقدار شاخص: مجموعاً 18/8٪ کسانی که در دوره زمانی فوق به بیماری سل مبتلا شده و عفونت اچ آی وی داشته اند، از درمان هم-زمان اچ آی وی و سل از آن بهره مند شده اند.

بحث: اگر چه 84٪ کسانی که حداقل یک بار در دوره زمانی منتهی به مهر 1392 به کلینیک های مثلثی مراجعه کرده اند،⁽¹⁵⁾ در آخرین ویزیت خود از نظر سل غربالگری شده اند، به نظر می رسد که دشواری تشخیص سل در مبتلایان به اچ آی وی و نیز پوشش ناکافی تشخیص مبتلایان به اچ آی وی بر پایین بودن شاخص تاثیر گذاشته است. تقویت هر دو مورد می تواند منجر به بهبود شاخص شود.

شاخص های مرتبط منابع مالی

6.1. عنوان شاخص: اعتبار هزینه شده دولت جمهوری اسلامی ایران و سازمان‌ها و دفاتر بین‌المللی برای کنترل

و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز

تعریف شاخص: مقدار اعتبارات ملی و بین‌المللی که توسط سازمان‌های مختلف دولتی و دفاتر سازمان ملل و پروژه‌های بین‌المللی در سطح کشور هزینه شده است.

روش محاسبه:

1. استعلام از مسئولین در وزارتخانه‌ها و سایر دستگاه‌ها و نهادهایی که در راستای کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز از بودجه‌های ملی هزینه کرده‌اند.
2. استعلام از معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی در خصوص هزینه‌های انجام شده در ارتباط با کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز
3. استعلام از دفاتر بین‌المللی در خصوص هزینه‌های انجام شده در ارتباط با کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز
4. استعلام از پروژه صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (گلوبال فاند) در ایران در خصوص هزینه‌های انجام شده در ارتباط با کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز در کشور

مقدار شاخص: در حال حاضر برنامه ای تحت عنوان "ارزیابی هزینه کرد کشوری ایدز" در دستور کار مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت بر اساس پیشنهاد دفتر برنامه مشترک ایدز سازمان ملل متحد در حال اجراست که با بکارگیری آن هزینه کرد کشور در زمینه اچ‌آی‌وی به تفکیک قابل محاسبه است. یافته‌های این طرح در گزارش بعدی ذکر خواهد شد.

رفع نابرابری جنسیتی

7.1. عنوان شاخص: درصد خشونت علیه زنان

تعریف شاخص: نسبت زنان 15 تا 49 ساله که سابقه ازدواج دارند یا شریک مرد دائمی دارند و خشونت فیزیکی یا جنسی را تجربه کرده‌اند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: مطالعات مبتنی بر جامعه

مقدار شاخص: در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را اندازه‌گیری کند وجود ندارد

رفع انگ و تبعض

8.1. عنوان شاخص: دیدگاه تبعیض آمیز نسبت به مبتلایان به اچ‌آی‌وی

تعریف شاخص: درصد زنان و مردان 15 تا 49 ساله که دیدگاه تبعیض آمیز نسبت به مبتلایان به اچ‌آی‌وی دارند

ابزار اندازه‌گیری شاخص: مطالعات مبتنی بر جامعه (DHS سال 1389)

مقدار شاخص: 45/6٪ زنان 15 تا 49 ساله، حاضر نیستند که از مغازه دار مبتلا به اچ‌آی‌وی مواد غذایی بخرند و 43/1٪ آنان با ادامه کار یک معلم مبتلا به اچ‌آی‌وی مخالف بودند.⁽¹⁴⁾

بحث: پاسخ صحیح در هر دوی این سوالات در روستاها کمتر از شهرها بود.⁽¹⁴⁾

رفع ممانعت سفر

9.1. داده های این شاخص مستقیماً توسط یونیدز تهیه می شود.

تقویت ادغام اچ آی وی

10.1. عنوان شاخص: ورود کودکان یتیم به مدرسه

تعریف شاخص: درصدی از کودکان 10 تا 14 ساله یتیم و غیریتیم که به مدرسه می روند.

ابزار استفاده شده برای اندازه گیری شاخص در این گزارش: از یک مطالعه مبتنی بر جامعه استفاده شده است. در مطالعه ای که با نمونه گیری تصادفی خوشه ای در 2000 نفر از نوجوانان و جوانان سنین 14-10 سال ساکن 9 منطقه در 7 شهر با سابقه حداقل یک سال سکونت در منطقه شهری مورد نظر، در سال 1387 انجام شد، آگاهی جوانان توسط پرسشنامه استاندارد اندازه گیری شد. اطلاعات مورد نظر برای جوانان 15 تا 24 ساله استخراج شد.⁽²⁴⁾

مقدار شاخص: 92/4٪ کودکان 10 تا 14 سال در مطالعه فوق که حداقل یکی از والدین شان زنده بوده، در زمان مطالعه به مدرسه می رفته اند. در مورد کودکانی که هم پدر و هم مادر خود را از دست داده اند، به علت کوچک بودن اعداد نمی توان نسبت های قابل اعتماد ارائه کرد.⁽²⁴⁾

10.2. عنوان شاخص: حمایت اقتصادی از فقیرترین اقشار جامعه

تعریف شاخص: نسبت فقیرترین خانواده هایی که در 3 ماه گذشته حمایت اقتصادی دریافت کرده اند

ابزار توصیه شده اندازه گیری: مطالعات مبتنی بر جامعه

مقدار شاخص: مطالعه ای که مستقیماً این شاخص را اندازه گیری کند، وجود ندارد.

از دوره قبل گزارش دهی طرح هدفمند سازی یارانه ها در کشور به اجر در آمده و مطابق این طرح اقشار آسیب پذیر جامعه از حمایت مالی برخوردار میگردند. علاوه بر این کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی کشور هم برخی کمک های خاص مالی و جنسی به فقیرترین خانواده ها ارائه می دهد.

سیاست دولت در زمینه اچ آی وی و ایدز

این شاخص بر اساس پرسشنامه UNAIDS (National Composit Policy Instrument) تنظیم شده است. ابتدا پرسشنامه توسط افراد کلیدی در زمینه کنترل اچ آی وی و ایدز تکمیل شده و سپس نتایج آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. از متنی که از پرسشنامه تکمیل شده استخراج گردیده، در داخل متن استفاده شده است.

تاریخچه

پس از شناسایی اولین مورد ابتلای به اچ‌آی‌وی در سال 1366، پاسخ به آن در کشور، با تشکیل شورای عالی ایدز در سال 1367 شروع شد.⁽⁴⁾ پاسخ کشوری در ابتدا عمدتاً بر ارائه خون سالم، ارائه برخی از خدمات درمانی و راه‌اندازی سیستم ثبت موارد متمرکز بود. متعاقباً رعایت احتیاطات همه‌جانبه نیز بر آن افزوده شد. با شروع همه‌گیری اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در اواسط دهه هفتاد شمسی، برخی فعالیت‌های کاهش آسیب‌های ناشی از مواد هم شروع شد. ولی تا انتهای دهه هفتاد، فعالیت‌های کنترل اچ‌آی‌وی عمدتاً به صورت فعالیت‌های مجزا به اجرا در می‌آمد و در چارچوب یک برنامه استراتژیک نبود.⁽⁴⁾ در سال 1380، برای نخستین بار در سطح ملی برنامه استراتژیک پنج‌ساله برای سال‌های 1385-1381 توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری نسبی سایر دستگاه‌ها تدوین شد. در این برنامه با تأکید بر مشارکت سایر بخش‌ها و دستگاه‌ها اعم از دولتی و غیردولتی، 11 راهبرد زیر برای مقابله با گسترش اچ‌آی‌وی و ایدز در نظر گرفته شده بود:⁽⁴⁾

1. آموزش و اطلاع‌رسانی
2. تامین سلامت خون
3. تقویت نظام مراقبت اپیدمیولوژیک
4. تقویت نظام پیش‌گیری از انتقال ویروس در مراکز ارائه دهنده خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی کشور
5. مشاوره افراد در معرض خطر و آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی در گروه‌های پرخطر
6. کاهش آسیب
7. مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی
8. مشاوره، مراقبت و درمان موارد مبتلا به اچ‌آی‌وی و خانواده آنان
9. تقویت و توسعه زیرساخت‌ها و منابع (مالی، انسانی و مدیریتی) در تمام زمینه‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی و ایدز
10. تقویت پژوهش‌های کاربردی
11. حمایت اجتماعی و اقتصادی از افراد مبتلا، بیمار و خانواده‌های آنان و همچنین افراد پرخطر

این برنامه فاقد طرحی برای پایش و ارزشیابی آن بود. به هنگام اجرا نیز نتوانست به تصویب هیئت دولت برسد و اگر چه به طور کامل به اجرا در نیامد، اما بخش مهمی از برنامه عملیاتی آن اجرا شد. در انتهای سال آخر برنامه، تلاشی برای پایش آن به صورت گذشته‌نگر صورت گرفت و گزارشی به این منظور منتشر شد.⁽⁴⁾

برنامه دوم برای سال‌های 1386-1388 و به صورت 3 ساله تدوین شد. این برنامه مشتمل بر 10 استراتژی، 75 هدف اختصاصی و 498 فعالیت اصلی بود و با مشارکت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جمعیت هلال احمر، سازمان امور زندان‌ها، سازمان بهزیستی، نیروهای مسلح، صدا و سیما، وزارت آموزش و پرورش، وزارت راه و ترابری، سازمان انتقال خون و کمیته امداد امام خمینی تهیه شد. استراتژی‌های آن مشابه با استراتژی‌های برنامه اول بود، به جز آنکه استراتژی‌های "تقویت پژوهش‌های کاربردی" و "تقویت نظام مراقبت اپیدمیولوژیک" به "برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده‌ها" تبدیل شد، استراتژی "تقویت نظام پیش‌گیری از انتقال ویروس در مراکز ارائه دهنده خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی کشور" در استراتژی "مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی" ادغام و به استراتژی "پیش‌گیری و مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی" تبدیل گردید و استراتژی "احتیاطات استاندارد" نیز افزوده شد.⁽⁴⁾

این برنامه اگر چه به تصویب دولت نرسید، اما برای اجرای آن تلاش شد. از سال دوم برنامه‌ای برای پایش و ارزشیابی آن تدوین شد و چندین پروهش برای ارزشیابی آن در زمینه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تن‌فروشان، مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند و عملکرد مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری به اجرا درآمد. در سال انتهایی نیز برنامه پایش آن، به صورت گذشته‌نگر به اجرا درآمد.⁽⁴⁾

سومین برنامه استراتژیک

سومین برنامه استراتژیک ایدز (1393-1389) بر اساس مستندات و تجربیات بدست آمده از برنامه اول و دوم تدوین گردید.⁽³⁷⁾ این برنامه با مشارکت کلیه شرکای برنامه تهیه شده و نقش و وظیفه کلیه سازمانها و نهادهای موثر در کنترل اچ آی وی ایدز در آن مشخص شده است. این برنامه در تاریخ 1390/8/14 در شورایعالی سلامت مصوب و توسط معاون اول ریس جمهور به کلیه سازمانها و نهادهای مرتبط برای تهیه برنامه عملیاتی ابلاغ گردید. این برنامه دارای 10 استراتژی و 161 هدف گزاری عملیاتی است. این برنامه استراتژیک دارای برنامه پایش و ارزشیابی با برنامه عملیاتی مشخص است و اعضاء کمیته های پایش و ارزشیابی استانی و هسته های فنی عملیاتی نمودن برنامه در استانها متشکل از نمایندگان استانداری، دانشگاه علوم پزشکی، آموزش و پرورش، سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی و سازمان بهزیستی در قالب سه نشست تحت آموزش های لازم جهت اجرائی نمودن برنامه قرار گرفته اند. استراتژی های برنامه استراتژیک سوم عبارتند از:

1. آموزش و اطلاع‌رسانی
2. تامین سلامت خون
3. مشاوره و آزمایش داوطلبانه
4. کاهش آسیب
5. پیشگیری از انتقال جنسی
6. مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی
7. مشاوره، مراقبت و درمان مبتلایان به اچ آی وی و خانواده آن‌ها
8. حمایت و توانمند سازی
9. برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده‌ها
10. تقویت زیرساخت‌های لازم

مهمترین تغییر در استراتژی های برنامه، پررنگ و مشخص تر شدن استراتژی "پیشگیری از انتقال جنسی" است که با توجه به روند افزایشی موارد شناسایی شده انتقال از راه جنسی در سال های اخیر و اطلاعات به دست آمده از رفتارهای جنسی گروه های پرخطر وجوانان اتخاذ شده است.⁽³⁷⁾

در برنامه ی ملی کنونی بدلیل مشارکت فعال شرکاء مختلف برنامه، کلیه ابعاد فراگیر بیماری در نظر گرفته شده است و برنامه های کنترل و پیشگیری در کلیه ابعاد طراحی شده است. بدین ترتیب همه بخش های درگیر خود را صاحب برنامه و در آن دخیل می دانند. همچنین با توجه به پیشرفت برنامه های نظام مراقبت و پایش و ارزشیابی، در حال حاضر اهداف تعیین شده واقع گرایانه تر به نظر می رسند. بودجه بندی برنامه تعریف شده است و ملاک های مشخص تر برای آن تعریف

گردیده است. از طرف دیگر با توجه به تغییرات روند همه گیری بیماری، در برنامه حاضر بر روی پیشگیری از طریق انتقال جنسی تمرکز بیشتری صورت گرفته است.

برنامه راهبردی چندبخشی، جمعیت های آسیب پذیر شامل مصرف کنندگان تزریقی مواد، همسران زندانیان، همسران مبتلایان، همسران مصرف کنندگان تزریقی مواد، مبتلایان به اچ آی وی، زنان در معرض آسیب (زنان تن فروش)، بیماران آمیزشی، جمعیت مهاجر، جمعیت حاشیه نشین، جوانان سخت در دسترس، دانش آموزان، دانشجویان، جوانان داوطلب هلال احمر، دریافت کنندگان خون، دختران و زنان، زنان و مردان جوان، زندانیان، سربازان، صاحبان مشاغل در معرض مواجهه شغلی، کودکان بی سرپرست و در معرض خطر، مشاغل متحرک و عموم مردم را مد نظر قرار داده است. همچنین برنامه راهبردی چند بخشی مکان هائی مانند زندان ها، مدارس و محل کار را لحاظ نموده است و هدایت مساله انگ و تبعیض، نقش توانمندسازی و برابری جنسیتی، اچ آی وی و فقر، صیانت از حقوق بشر و مشارکت افراد مبتلا به اچ آی وی را نیز در نظر گرفته است.

این برنامه که اکنون سال انتهایی خود را طی می کند، در حال بازبینی برای تهیه برنامه بعدی است به طور کلی به نظر می رسد که تلاش های مناسبی در راستای برنامه راهبردی اچ آی وی در کشور انجام شده است. از سال 2011 دستاوردهای مهم زیر بدست آمده است:

استمرار برنامه های مناسب شامل موارد زیر:

- استمرار همکاری های بین بخشی بویژه در مسائل فنی و طراحی برنامه
 - افزایش اطلاع رسانی صدا و سیما و مطبوعات در زمینه اچ آی وی و ایدز
 - پوشش بیمه برای مبتلایان
 - درمان رایگان شدتروویروسی
 - توانمند سازی افراد مثبت با کمک گسترش برنامه باشگاه های مثبت
 - برنامه های کاهش آسیب
- اما هنوز چالش های مهمی در این حیطه باقی مانده است که عبارتند از:
- باقی ماندن انگ اجتماعی بر روی گروه های در معرض خطر اچ آی وی
 - وجود برخی قوانین محدود کننده دسترسی به گروه های در معرض بیشترین خطر به خصوص گروه های دارای روابط جنسی پر خطر و به ویژه زنان تن فروش
 - ضعف برنامه های مناسب در زمینه دسترسی به کودکان خیابانی و ارائه خدمات سلامت به آنها
 - تابو بودن اچ آی وی در بعضی از سازمان ها
 - ناکافی بودن نیروهای علاقه مند برای اجرای برنامه استراتژیک و شایع بودن ریزش نیروهای آموزش دیده.
 - ناکافی بودن سازمان های مردم نهاد و سازمان های غیردولتی توانمند برای اجرای این برنامه در سطح کشور
 - شروع تغییر چهره اعتیاد در کشور و گسترش روزافزون مواد روانگردان که منجر کم اثر شدن برنامه های کاهش آسیب و نیاز به برنامه ریزی های جدید می شود.

تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر حدود 200000 نفر (170000-230000) برآورد شده است. (17 و 18) تا شهریور 1392، 682 مرکز که تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی یا سازمان بهزیستی کشور بوده اند، به مصرف کنندگان تزریقی مواد، سرنگ و سوزن رایگان توزیع می کرده اند. (15 و 16). این مراکز مجموعاً طی دوره یک ساله منتهی به شهریور 1392، 12626021 عدد سرنگ و سوزن رایگان توزیع کرده اند (15 و 16) که بطور متوسط 63 (55 تا 74) عدد سرنگ به ازای هر مصرف کننده تزریقی مواد در سال بوده است. اگر چه پوشش ارائه سرنگ و سوزن رایگان نسبت به گزارش قبل حدود دو برابر افزایش یافته اما هنوز با میزان مطلوب (200 سرنگ در سال به ازاء هر مصرف کننده تزریقی) (34) فاصله دارد. این رقم نیاز به بهبود دارد. با اینحال باید در نظر داشت که اغلب مطالعات رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد داروخانه ها را یکی از منابع مهم تامین سرنگ و سوزن استریل دانسته است. بخش قابل توجهی از مصرف کنندگان تزریقی مواد، سرنگ و سوزن مورد نیاز خود را از داروخانه ها تهیه می کنند. بر اساس مطالعه پیمایش زیستی- رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال 1386، از کسانی که در یک ماه قبل از مطالعه تزریق داشته اند، 48/6٪ آنان بیشتر موارد سرنگ و سوزن خود را از داروخانه تهیه کرده اند. (38) کسانی که بیشتر موارد سرنگ و سوزن خود را از مراکز گذری و تیم‌های سیار کمک‌رسان تهیه نموده‌اند به ترتیب 21٪ و 6/6٪ بوده‌اند. (38) این منبع میتواند سهمی از میزان بالای استفاده از سرنگ و سوزن استریل در آخرین نوبت تزریق باشد.

بر اساس پیمایش زیستی - رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال 1389، با وجود آگاهی بسیار بالای مصرف کنندگان تزریقی از خطر انتقال عفونت اچ آی وی با تزریق مواد (99٪)، همچنان رفتارهای پرخطر توسط این افراد تجربه می شود (2) به گونه ایکه میزان استفاده از سرنگ نو در آخرین تزریق در بین گروه مورد مطالعه 88/8٪ بدست آمد (2) در مطالعه سال 1386، این شاخص 83/2٪ محاسبه شده است. (39) در مطالعه 1389، شیوع استفاده از سرنگ دیگران و سرنگ و سوزنی که دور انداخته شده باشد مجموعاً 3/4٪ و استفاده از سرنگ مصرف شده توسط خود فرد 7/8٪ محاسبه شده است. (2) طی یک ماه گذشته حدود 37٪ سابقه استفاده از سرنگ و سرسوزن استفاده شده داشته اند که البته در 76٪ موارد قبلاً متعلق به خود آنها بوده است. (2) این بدان معناست که حدود 9٪ جمعیت مورد مطالعه در یک ماه قبل از مطالعه رفتارهای بسیار پرخطر در تزریق مواد را تجربه تزریق کرده اند. در همین مطالعه 12/9٪ افراد در یک ماه گذشته سرنگ خود را بطور امانت یا در ازای دریافت پول در اختیار فرد دیگری قرار داده بودند. (2) به این ترتیب به نظر می آید که گسترش برنامه های کاهش آسیب یک ضرورت جدی است. به منظور برآورد نقش مداخلات در بروز موارد جدید، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV /ایدز (دانشگاه علوم پزشکی کرمان) به سفارش مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با حمایت دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران و سایر شرکای برنامه کنترل اچ آی وی در ایران پژوهشی انجام داد. در این پژوهش برآورد گردید که اگر سطح پوشش برنامه استفاده از سرنگ ایمن در مصرف کنندگان تزریقی مواد از 80 درصد به 95 درصد فزونی یابد، بروز عفونت اچ آی وی در این گروه در حدود 75٪ کاهش خواهد یافت. (6)

درمان نگهدارنده مواد

درمان نگهدارنده متادون: در شهریور 1392، 4275 مرکز که تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی، بهزیستی و سازمان زندانها بوده اند به مصرف کنندگان تزریقی مواد، درمان نگهدارنده مواد ارائه می کرده اند. 4038 مرکز متعلق به بخش خصوصی بوده است.^(16، 17، 39) در این مراکز مجموعاً در طی دوره یک ساله منتهی به شهریور 1392، در کل نزدیک به نیم میلیون نفر (480921 نفر) مصرف کننده مواد از درمان نگهدارنده مواد استفاده کرده اند.^(16، 17، 39) البته این بدان معنی نیست که در هر مقطع زمانی در طی این دوره همین تعداد تحت درمان بوده اند. همچنین بی شک بخش عمده ای از افراد تحت درمان، مصرف کننده تزریقی مواد نبوده اند. مطالعه دیدهوری زیستی- رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال 1389 نشان می دهد 42/6٪ از کسانی که در یک سال قبل از مطالعه تزریق کرده اند، در زمان مطالعه تحت درمان نگهدارنده مواد بوده اند.⁽²⁾ این عدد در سال 1386، 33٪ بوده⁽³⁸⁾ که اگر چه حاکی از بهبود پوشش درمان نگهدارنده با متادون است، ولی بر ضرورت گسترش آن نیز دلالت می کند. روند گسترش برنامه درمان نگهدارنده با متادون در زندان های ایران از سال 1380 تا کنون، نیز روندی فزاینده بود که در دو سال اخیر از سرعت رشد آن کاسته شده و در بهمن سال 1392، بیش از 40 هزار نفر تحت درمان نگهدارنده بوده اند (نمودار 8)⁽³⁹⁾. زندانیان نیازمند درمان نگهدارنده مواد شامل مصرف کنندگان تزریقی و غیر تزریقی مواد حدود 120 هزار نفر برآورد می شوند.⁽⁴⁰⁾ بدین ترتیب علیرغم همه پیشرفت های قابل توجهی که رخ داده، هنوز همه زندانیان نیازمند درمان نگهدارنده متادون تحت پوشش آن قرار نگرفته اند. بنابر این حمایت از برنامه های درمان نگهدارنده متادون برای گسترش پوشش آن هم در جامعه و هم در زندان، ضمن حفظ کیفیت آن یک ضرورت است.

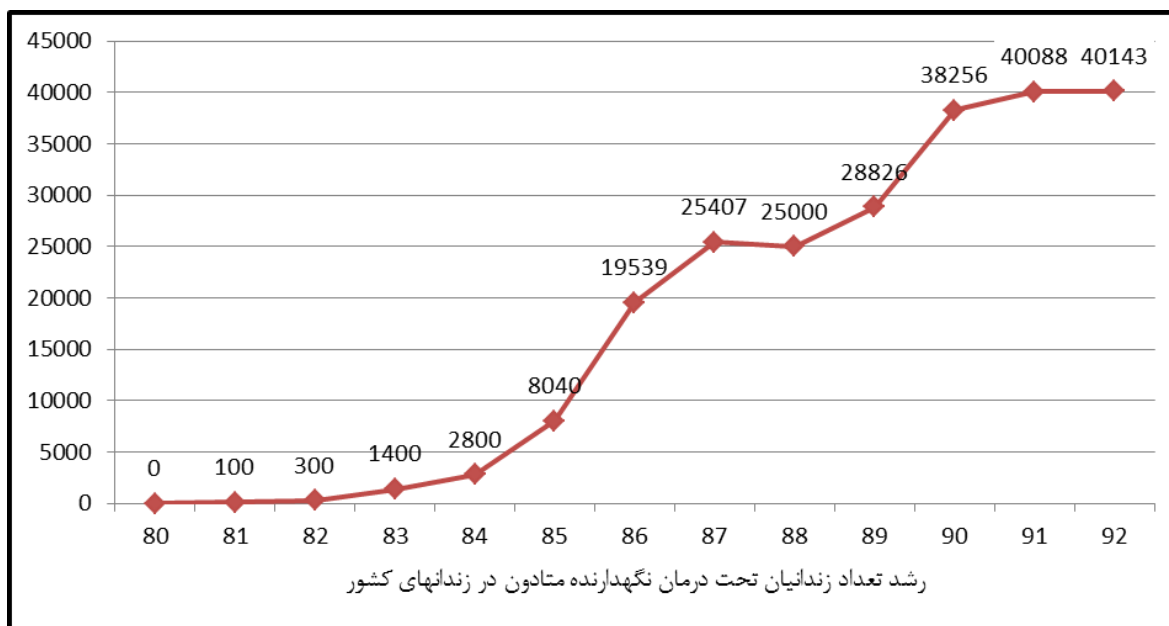
نکته مهم دیگر، نشانه هایی است که حاکی از افزایش سریع مصرف ترکیبات شبه آمفتامینی در مصرف کنندگان مواد و کسانی است که تحت درمان نگهدارنده متادون هستند.⁽¹²⁾ نگرانی از افزایش ناگهانی مصرف ترکیبات شبه آمفتامینی شامل زندانیان نیز می شود.⁽²⁸⁾ بر اساس مطالعه مراقبت سرولوژیک و رفتاری در زندانیان در سال 1391 در مقایسه با همین مطالعه در سال 1388 مصرف مواد محرک آمفتامینی در یکماه گذشته افزایش داشته است بطوریکه مصرف این مواد در مطالعه سال 1388 در یک ماه گذشته 2.7٪ برآورد شده و این میزان در مطالعه سال 1391 به 11.6٪ رسیده است.⁽²⁸⁾ در این میان 27.98٪ موارد تزریق شیشه را گزارش کردند⁽²⁸⁾ که این می تواند برنامه های بسیار موفقی که تاکنون در زمینه کاهش آسیب اجرا شده را به طور کامل به خطر اندازد. به نظر می آید لازم است در این زمینه مطالعاتی برای ارزیابی وضعیت و طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد علمی، راه اندازی شود.

سایر درمان های نگهدارنده مواد: علاوه بر درمان نگهدارنده متادون، درمان نگهدارنده با بوپرنورفین (در سطح بسیار

محدودی رواج دارد) نیز به مصرف کنندگان مواد از جمله مصرف کنندگان تزریقی آن ارائه می شود.

همچنین طی سال های 1387 تا 1389 درمان نگهدارنده با تنتور تریاک نیز به صورت پایلوت شروع شد. تنتور تریاک محلولی است که حاوی دوزهایی معین از تریاک است و توسط پزشک به منظور درمان اعتیاد به مواد برای بیمار تجویز می شود. نتایج این طرح حاکی از آن بود این درمان می تواند برای برخی از گروه های مصرف کننده مواد که کاندید مناسبی برای درمان نگهدارنده متادون نیستند، درمان موثری باشد و در حال حاضر 64000 نفر تحت این درمان هستند.⁽⁴²⁾

نمودار 8: رشد تعداد زندانیان تحت درمان نگهدارنده متادون در زندان‌های کشور



پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی

کاندوم در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری (کلینیک‌های مثلثی)، مراکز گذری و اتاق‌های ملاقات شرعی در زندان‌ها، به طور رایگان در اختیار مراجعه‌کنندگان قرار می‌گیرد. دسترسی به کاندوم از طریق داروخانه‌ها و برخی مراکز فروش کالا نیز از طریق خرید آن امکان پذیر است. تنوع انواع کاندوم موجود در بازار در سال‌های اخیر رشد چشمگیری یافته و بررسی‌هایی برای ارائه کاندوم زنان صورت گرفته است.⁽⁴²⁾

مصرف‌کنندگان تزریقی مواد: در پیمایش زیستی - رفتاری 1389، حدود 50٪ از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد متاهل بوده یا سابقه ازدواج داشتند و 30٪ آن‌ها با همسران خود زندگی می‌کنند.⁽²⁾ حدود 59٪ آنان در یک سال گذشته با همسر خود ارتباط جنسی داشته‌اند. در میان این افراد درصد استفاده همیشگی از کاندوم 17/5 بدست آمد.⁽²⁾ درصد کسانی که در یکسال اخیر با همسر خود رابطه جنسی نداشته‌اند برابر 41٪ گزارش شد.⁽²⁾ در این مطالعه، 22/4٪ افراد داشتن شریک جنسی پولی را در سال گذشته ذکر کرده‌اند.⁽²⁾ درصد استفاده از کاندوم در آخرین تماس جنسی با همسر، شریک جنسی پولی و موقت غیر پولی به ترتیب 34٪، 53٪ و 43٪ بوده است.⁽²⁾ درصد استفاده همیشگی از کاندوم در یکسال اخیر برای شرکای جنسی پولی و غیرپولی به تفکیک برابر 31٪ و 24٪ بود. در همین مطالعه 33/5٪ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، کاندوم رایگان دریافت کرده بودند.⁽²⁾ در مطالعه 1386، درصد کسانی که در یکسال گذشته رابطه جنسی نداشته‌اند برابر با 54٪ و درصد استفاده از کاندوم در آخرین تماس جنسی با همسر، شریک جنسی پولی و موقت غیر پولی به ترتیب 29٪، 37٪ و 34٪ بود.⁽³⁸⁾ به این ترتیب علیرغم تغییرات مثبتی که رخ داده، هنوز باید تلاش‌های زیادی برای بهبود پوشش استفاده از کاندوم در پیش گرفته شود. به منظور برآورد نقش مداخلات در بروز موارد جدید، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV /ایدز (دانشگاه علوم پزشکی کرمان) به سفارش مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی و با حمایت دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران و سایر شرکای برنامه کنترل اچ آی وی در ایران پژوهشی انجام داد. در این پژوهش برآورد گردید که اگر پوشش استفاده از کاندوم در مصرف کنندگان تزریقی مواد از 30٪ به 95٪ افزایش یابد، 93٪ از موارد جدید عفونت اچ آی وی در شرکای جنسی آنان کاسته خواهد شد.⁽⁶⁾

زنان تن فروش: در پیمایش زیستی - رفتاری زنان تن فروش در سال 1389، حدود دو سوم زنان تن فروش اظهار کردند که در سال گذشته کاندوم رایگان دریافت نموده‌اند.⁽⁸⁾ درصد کسانی در تمام روابط جنسی خود با شریک جنسی پولی در یکماه اخیر بطور همیشگی از کاندوم استفاده می کردند در این مطالعه برابر با 30٪ بود. این درحالی است که 30٪ آنها اصلاً از کاندوم استفاده نکرده بودند. در 47/9٪ موارد، آنها در تماس جنسی با شریک غیرپولی در یکماه اخیر اصلاً از کاندوم استفاده نکرده اند. در روابط جنسی با شریک پولی در یکماه اخیر، 60/9٪ زنان تن فروش از کاندوم استفاده کرده بودند.⁽⁸⁾ این نسبت در مطالعه ای که در زنان تن فروش در تهران در سال 1385 انجام شد، 55٪ بود⁽³¹⁾ که می تواند حاکی از موفقیت نسبی برنامه های پیشگیری که در سال های اخیر شروع شده ، علیرغم محدود بودن این فعالیت ها باشد. به منظور برآورد نقش مداخلات در بروز موارد جدید، مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز (دانشگاه علوم پزشکی کرمان) به سفارش مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با حمایت دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران و سایر شرکای برنامه کنترل اچ آی وی در ایران پژوهشی انجام داد. در این پژوهش برآورد گردید که اگر پوشش استفاده از کاندوم در زنان تن فروش و مشتریان در حدود 40٪ (از 55٪ به 95٪) افزایش یابد، حدود 89٪ از موارد جدید عفونت اچ آی وی در هر کدام از این گروه‌ها کاسته خواهد شد.⁽⁶⁾

شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد: شرکای جنسی مصرف کنندگان مواد در آخرین تماس جنسی خود با شریک اصلی و غیراصلی خود به ترتیب در 60٪ و 25٪ موارد از کاندوم استفاده کردند.⁽²⁷⁾ زندانیان: در مطالعه جدید زندان نشان داده شد که از بین زندانیانی که سابقه برقراری رابطه جنسی در گذشته داشته اند، 19/14٪ در زندان به کاندوم دسترسی داشته اند.⁽²⁸⁾ مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: اگر چه نشانه هایی وجود دارد که گاه این رفتار در سطح برخی نقاط کشور و به خصوص در محیط های بسته مثل زندان ها رخ می دهد^(2، 28، 29 و 33) ولی در حال حاضر مطالعه ی مستند و قابل قبولی که به طور ویژه در این گروه انجام شده باشد در دست نیست. به نظر می رسد، لازم است در این گروه جمعیتی مطالعات دقیقی صورت گیرد.

آگاهی رسانی و آموزش درباره اچ آی وی

فعالیت‌های آموزشی و آگاهی رسانی برای گروه‌های هدف مختلف انجام شده است. پایش، ثبت و اندازه گیری پوشش این فعالیت ها به علت ماهیت این فعالیت ها دشوار است.⁽⁴⁾

جوانان و جمعیت عمومی: در زمینه آموزش جوانان و عموم جامعه فعالیت‌ها شامل دوره‌های آموزش بهداشت خانواده در دانشگاه‌ها، ارائه محدود آموزش ایدز در مدارس، دوره‌های آموزشی در برخی از فرهنگ‌سراها، برخی از برنامه‌های صدا و سیما، ارائه اجباری آموزش‌های مربوط به ایچ‌آی‌وی و ایدز و سایر بیماری‌های آمیزشی برای همه زوجین در حال ازدواج، ارائه آموزش از طریق مراکز بهداشتی درمانی و همچنین برخی از فعالیت‌ها در زمینه آموزش همسانان بوده است. سایر فعالیت‌ها در این زمینه شامل راه اندازی خطوط مشاوره تلفنی، راه اندازی سایت ایدز، ارائه پیام‌های آموزشی از طریق شرکت های هواپیمایی در پروازهای داخلی و خارجی، مترو، پایانه‌ها و پارک سوارها، قطارهای رجاء، ویدئو رسانه های خانگی بوده است. با این وجود به نظر می آید این فعالیت ها نیاز به بهبود دارد. ⁽²⁵⁾ در مطالعه ای در سال 1390، در مجموع فقط 20.6٪ پسران به همه سئوالات در باره راه های انتقال، پیشگیری و باورهای نادرست در باره ای وی پاسخ صحیح داده بودند. ⁽¹³⁾

جدول 1 بیانگر تفکیک پاسخ به سئوالات استاندارد در زمینه آگاهی بر اساس یافته های این طرح است:

جدول 1: آگاهی پسران 15 تا 24 ساله در باره ای وی ⁽¹³⁾

سوال	نسبت پاسخ درست
ایدز از طریق با فرد مبتلا غذا خوردن منتقل میشود	63/8٪
ایدز از طریق نیش پشه منتقل میشود	54/7٪
یک فرد به ظاهر سالم ممکن است مبتلا به ای وی باشد	68٪
استفاده از کاندوم در هر رابطه جنسی میتواند خطر انتقال ای وی را کاهش دهد	76٪
محدود بودن شریک جنسی به یک فرد غیر مبتلا میتواند خطر ابتلا به ای وی را کاهش دهد	77/3٪
میزان آگاهی صحیح درباره ای وی (جواب صحیح به کلیه سئوالهای بالا)	20/6٪

در مطالعه سیمای سلامت و جمعیت (DHS) سال 1389، 19.62٪ از زنان 15-24 ساله، و 31.93٪ زنان 15-54 ساله، اطلاعات مناسب درباره ای وی داشته اند. ⁽¹⁴⁾ (درصد آگاهی مناسب یعنی درصد افرادی که همزمان دو روش از راههای پیشگیری را بشناسند، بدانند که فرد به ظاهر سالم ممکن است مبتلا باشد و نیز دو مورد از باورهای غلط رایج در مورد انتقال ای وی را رد کنند). نسبت پاسخ درست به سئوالات، در بین گروه سنی 15-24 در جدول 2 آمده است.

جدول 2: آگاهی دختران 15 تا 24 ساله در باره ای وی ⁽¹³⁾

سوال	نسبت پاسخ درست
ایدز از طریق روبوسی یا دست دادن منتقل میشود	76.2٪
ایدز از طریق با فرد مبتلا غذا خوردن منتقل میشود	66.39٪
ایدز از طریق نیش پشه منتقل میشود	42.99٪
یک فرد به ظاهر سالم ممکن است مبتلا به ای وی باشد	39.07٪
استفاده از کاندوم در هر رابطه جنسی میتواند خطر انتقال ای وی را کاهش دهد	61.41٪

محدود بودن شریک جنسی به یک فرد غیر مبتلا میتواند خطر ابتلا به اچ آی وی را کاهش دهد	77.26٪
میزان آگاهی صحیح درباره اچ آی وی (جواب صحیح به کلیه سئوالهای بالا)	19.62٪

زنان تن فروش: در این گروه فعالیت‌های آموزشی عمدتاً برپایه آموزش همسانان و نیز آموزش توسط کارکنان خدمات سلامت بوده، ارائه خدمات در مراکز گذری ویژه زنان تحت پوشش بهزیستی و مراکز مشاوره ویژه زنان آسیب پذیر تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی از طریق سازمان های غیر دولتی صورت میگیرد. (25) در پیمایش زیستی - رفتاری کشوری در سال 1389، به این سوال که آیا با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک غیر مبتلا و وفادار میتوان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کم کرد، 91/8 درصد از شرکت کنندگان پاسخ درست داده بودند. به علاوه 96/9 درصد نیز معتقد بودند که با استفاده از کاندوم در رابطه جنسی می توان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کاهش داد. (8) در این مطالعه کمتر از نیمی از شرکت کنندگان آگاهی درستی از عدم انتقال ویروس اچ آی وی از طریق نیش پشه و غذا خوردن با فرد آلوده داشتند. در مجموع تنها 55/3 درصد از افراد خود را در معرض خطر اچ آی وی می دیدند. (8)

مطالعه دیگری (92-1391) با روش نمونه گیری RDS، در 161 نفر از زنان تن فروش در تهران صورت پذیرفته است که تنها 20/5 درصد به هرپنج سوال شاخص مرتبط با آگاهی درباره اچ ای وی پاسخ صحیح داده اند. (32) در این مطالعه در پاسخ به این سوال که آیا با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک غیر آلوده و وفادار می توان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کم کرد، 66/5 درصد از شرکت کنندگان پاسخ درست داده اند. 86/3 درصد معتقد بودند که با استفاده از کاندوم در رابطه جنسی می توان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کاهش داد. در پاسخ به این سوال که آیا یک فرد به ظاهر سالم می تواند اچ آی وی داشته باشد 79/5 درصد پاسخ صحیح داده اند. کمتر از نیمی از شرکت کنندگان (40/4 درصد) آگاهی درستی از عدم انتقال ویروس اچ آی وی از طریق نیش پشه داشتند. همچنین میزان آگاهی شرکت کنندگان از عدم امکان انتقال اچ آی وی از طریق غذا خوردن با فرد مبتلا 59/6 درصد بوده است (32)

مصرف کنندگان تزریقی مواد: آموزش و اطلاع رسانی ویژه مصرف کنندگان تزریقی مواد، توسط کلینیک های مثلی، برنامه های سیار، مراکز درمان اعتیاد، مراکز آموزش جامعه مدار، زندان ها، مراکز گذری و سازمان های مردم نهاد ارایه می شود. (25) در مطالعه سال 1389، درصد کمی (3.1٪) از مصرف کنندگان تزریقی مواد هیچگونه اطلاعی از اچ آی وی نداشتند (2) و این مقدار همانند برآورد بدست آمده از دور اول مراقبت رفتاری اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد (38) در سال 1386 است. اکثریت قاطع مصاحبه شوندگان به تاثیر کاندوم (95٪) و نیز محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک غیر آلوده برای پیشگیری از اچ آی وی (88.1٪) آگاه بودند. (2) آگاهی نسبت به پیشگیری در تماسهای جنسی در بین مصرف کنندگان تزریقی در حال افزایش می باشد ولی تاثیر این آگاهی بر عملکرد افراد محدود است و همچنان روابط جنسی حفاظت نشده با شرکای متعدد در این افراد تجربه می شود. برای بهبود رفتارها تقویت برنامه های آموزشی به منظور تغییر رفتار و نیز افزایش دسترسی به خدمات پیشگیری ضروری است.

99٪ شرکت کنندگان در این مطالعه از احتمال انتقال اچ آی وی از طریق اشتراک در وسایل تزریق آگاه بودند. (2) همین مطالعه میزان استفاده از سرنگ استریل در آخرین تزریق را 88.6٪ و سرنگ شخصی را 7.8٪ (مجموعاً 96.6٪) برآورد

کرده است.⁽²⁾ به نظر میرسد برنامه های پیشگیری در زمینه ترویج رفتارهای سالم تزریقی موثرتر از رفتار سالم جنسی عمل کرده است. لازم است برنامه های ترویج رفتار سالم در هر دو زمینه تقویت شود. خطر اچ آی وی در بیش از نیمی از افراد درک شده بود که این میزان نسبت به دور اول مراقبت رفتاری اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی افزایش قابل توجهی را نشان می دهد.⁽²⁾ در مطالعه دور اول 48/2٪ افراد خود را در معرض خطر اچ آی وی می دیدند⁽³⁹⁾ و در این مطالعه 61٪ افراد این خطر را درک کرده بودند.⁽²⁾ همچنان باورهای غلطی همچون انتقال ویروس ایدز از طریق خوردن غذای مشترک (23.5٪ پاسخ درست) و نیز از طریق نیش پشه (47.5٪ پاسخ درست) در بین مصرف کنندگان تزریقی همچون سایر اقشار جامعه کم و بیش به چشم می خورد.⁽²⁾

زندانیان: سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی فعالیت هایی برای آموزش و اطلاع رسانی داشته است. آموزش ها به صورت کلاس، آموزش چهره به چهره، آموزش همسانان و راه اندازی خطوط مشاوره تلفنی ارائه شده است. از هنگام ورود به زندان، زندانیان اطلاعاتی در باره کاهش آسیب توسط روش های سمعی- بصری، آموزش های گروهی و توزیع پمفلت دریافت می کنند.⁽⁴¹⁾ در مطالعه مراقبت سرولوژیک و رفتاری در زندانیان که در سال 92-1391 انجام شده است 24/36 درصد از افراد به درستی راه های پیشگیری از انتقال جنسی عفونت اچ آی وی را می شناختند و هم باورهای غلط در مورد آن را رد کردند در حالی که در سال 1388 این میزان 15/7 درصد بوده است.⁽²⁾

مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: اگر چه نشانه هایی وجود دارد که این رفتار در سطح برخی نقاط کشور و به خصوص در محیط های بسته مثل زندان ها به صورت پنهان رخ می دهد،^(2، 28، 29 و 33) ولی در حال حاضر مطالعه ی مستند و قابل قبولی که به طور ویژه در این گروه انجام شده باشد در دست نیست. به نظر می رسد، لازم است در این گروه جمعیتی مطالعات دقیقی صورت گیرد.

پیشگیری از انتقال مادر به کودک

روند شناسایی زنان مبتلا به اچ آی وی در سال های اخیر روندی افزایشی داشته است.⁽⁷⁾ به نظر می آید آنچه پیش از این در باره افزایش کودکان مبتلا به اچ آی وی گفته شد، در همین زمینه قابل توجیه خواهد بود. در حال حاضر به منظور کاهش انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد برنامه جامعی با عنوان تقویت پیوند برنامه های سلامت باروری و اچ آی وی طراحی شده است. این برنامه در چهار عرصه اصلی (پیشگیری از ابتلا زنان و دختران به اچ آی وی و سلامت باروری در زنان مبتلا، ارزیابی کلیه زنان باردار از نظر اچ آی وی به منظور ارائه خدمات مراقبت و درمان به مادر و نیز پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر باردار به نوزاد، زایمان ایمن در زنان مبتلا، تشخیص مراقبت و درمان نوزادان مبتلا) طراحی شده است. این برنامه در سال آینده در 16 استان بصورت آزمایشی به اجرا در خواهد آمد. رویکرد قبلی کشور در برنامه پیشگیری از انتقال مادر به نوزاد ارزیابی خطر در زنان باردار و انجام آزمایش آزمایش برای موارد در معرض خطر بود با اینحال از آنجا که بسیاری از پزشکان در بخش خصوصی و بخشهای دانشگاهی بصورت روتین برای کلیه زنان باردار آزمایش اچ آی وی درخواست میکنند و نظام ثبت و گزارشدهی آزمایش اچ آی وی برای این بخش وجود ندارد، لذا اطلاعاتی در مورد تعداد واقعی آزمایش اچ آی وی در دست نیست.⁽⁴²⁾

با این وجود از شهریور 1391 تا شهریور 1392، 6051 زن باردار که در ارزیابی خطر عوامل احتمالی خطر اچ آی وی داشته اند، توسط بخش بهداشت آزمایش و مشاوره اچ آی وی شده اند و 5994 نفر (99.1٪) از جواب آزمایش مطلع گشته

اند.⁽¹⁵⁾ 37 نفر از این تعداد (0.6٪) مبتلا به اچ آی وی بودند. همچنین برای 667 زن در زمان زایمان آزمایش اچ آی وی انجام شد که سه نفر (0.45٪) مبتلا بودند. از انتهای شهریور 1391 تا انتهای شهریور 1392، مجموعاً 132 زن باردار تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گرفته اند⁽¹⁵⁾ که 17/8٪ تخمین مادران باردار مبتلا به اچ آی وی است. کلیه زنان مبتلا به اچ آی وی که شناسایی شوند تحت پوشش خدمات پیشگیری انتقال اچ آی وی از مادر به کودک قرار می گیرند. در همین بازه زمانی 99 زایمان زنده از مادران مبتلا به اچ آی وی صورت گرفته که برای 58 نفر آنان (58.3٪) آزمایش اچ آی وی با روشهای ویرولوژیک (PCR) انجام شده است. از این میان سه نفر مثبت یافت شده. 96 نفر (97٪) از این نوزادان، جهت پیشگیری از انتقال مادر به کودک، طی 4 هفته اول پس از زایمان پروفیلاکسی ضد رتروویروسی دریافت کرده اند. 93 نفر از آنان در طی 6 ماه اول تولد، فقط شیر مصنوعی دریافت کرده اند. در همین بازه زمانی برای 88 نوزاد درمان با کوتریموکسازول شروع شده است.⁽¹⁵⁾

وضعیت آزمایش و مشاوره اچ آی وی و مراقبت و درمان

آزمایش و مشاوره اچ آی وی

جمهوری اسلامی ایران تلاش های فراوانی برای ارائه آزمایش اچ آی وی به شیوه ای درست و به طور وسیع نموده است. ممانعت از انجام اجباری آزمایش اچ آی وی به جز در اهداکنندگان خون و عضو از همان روزهای نخستین شروع همه گیری اچ آی وی در ایران، تلاش برای ارائه آزمایش به صورتی داوطلبانه، با رضایت و با محرمانگی، تدوین دستور العمل هایی در این زمینه و ارائه آزمایش سریع اچ آی وی از مهمترین فعالیت ها در این زمینه بوده است.⁽⁴³⁾ بر اساس آخرین برنامه استراتژیک کنترل HIV، گروههای که انجام مشاوره و تست HIV به آنها لحاظ شده شامل موارد زیر است: مصرف کنندگان تزریقی مواد، زنان در معرض بیشترین آسیب (تن فروشان)، همسران مصرف کنندگان تزریقی مواد، همسران مبتلایان به HIV، زنان باردار پرخطر، افراد در معرض خطر زیاد انتقال جنسی (افراد ترانس سکسوال، و مردانیکه با مردان دیگر رابطه جنسی دارند)، بیماران آمیزشی، زندانیان. در عین حال فراهم شدن امکان دسترسی این خدمت برای کلیه افراد بالای 15 سال متقاضی نیز منظور شده است.⁽⁴³⁾

میزان پوشش این خدمت برای هر یک از این گروهها در برنامه کشوری پیش بینی شده است. در این برنامه پیش بینی شده تا پایان سال 1393 حداقل 50٪ تخمین افراد مبتلا به HIV شناسائی گردند.⁽³⁷⁾

تشخیص اچ آی وی در ایران با دو آزمایش الایزا و یک آزمایش وسترن بلات مثبت تعریف شده است. سیاست کشوری برای انجام آزمایش اچ آی وی مبتنی بر سیاست شروع با ارائه دهنده خدمت **Provider initiated** است و تلاش بر آن است تا ارائه دهندگان خدمت ضمن شناسایی افراد پر خطر و جمعیت آسیب پذیر اچ آی وی، آن ها را در خصوص انجام آزمایش اچ آی وی، مشاوره و ترغیب نمایند. اجرای این روش در بعضی از گروه ها نظیر مبتلایان به سل، زنان باردار در خطر، افراد مبتلا به بیماری های آمیزشی و زندانیان در پروتکل های مربوطه آمده است. در دستورالعمل انجام آزمایش و مشاوره اچ آی وی، نحوه ارائه آزمایش، انجام مشاوره، و نحوه تکرار آن در گروه هایی که به انجام دوره ای آزمایش نیاز دارند، مشخص شده است.⁽⁴⁴⁾ در این رهنمود نحوه انجام آزمایش سریع نیز مشخص شده است.

مراکز اصلی انجام مشاوره و آزمایش اچ آی وی در ایران مراکز مشاوره بیماری های رفتاری (کلینیک های مثلثی) و پایگاه- های مشاوره است. سازمان بهزیستی کشور و سازمان زندان ها، اقدامات تامینی و تربیتی نیز در انجام مشاوره و آزمایش اچ

آی وی در کشور نقش دارند. سازمان انتقال خون و سازمان‌های مردم‌نهاد نیز چندین پایگاه مشاوره در سطح کشور راه-اندازی کرده‌اند که در آنها مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی انجام می‌شود.⁽⁴³⁾ در چند سال اخیر تعداد این مراکز رو به افزایش بوده است و از 231 مرکز در سال 85 به 446 مرکز در حال حاضر رسیده است که در سطح کشور پراکنده اند.⁽¹⁵⁾ با این وجود آزمایش اچ‌آی‌وی در بسیاری از مراکز بخش خصوصی و دولتی نیز انجام می‌شود که از آمار دقیق آن در حال حاضر اطلاعی در دست نیست. همچنین با نهایی شدن برنامه کاربرد آزمایش سریع، از ابتدای سال 1391 این برنامه به کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی اعلام شده و هم‌اکنون در 824 مرکز شامل مراکز و پایگاه‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری، مراکز گذری، مراکز ویژه زنان آسیب‌پذیر، زندان، بیمارستانها و برخی از مطب‌های خصوصی در حال ارائه این خدمت به افراد واجد شرایط و متقاضیان هستند. با اینحال برای استقرار کامل این برنامه و مشاهده تاثیر آن زمان لازم است.⁽⁴³⁾ با این وجود بهره‌مندی از مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی در گروه‌های در معرض بیشترین خطر معمولاً ناکافی بوده است. آگاهی ضعیف عموم و جمعیت‌های کلیدی از اچ‌آی‌وی و فراهمی امکانات مشاوره، تشخیص و درمان، استنباط گروه‌های کلیدی از کیفیت ناکافی خدمات، مکان نامناسب برخی از خدمات، محدودیت مدل‌های ارائه خدمات، آگاهی ضعیف از روندهای آزمایش و درمان، نگرانی از انگ و تبعیض، ترس کارکنان از مسری بودن و عدم تمایل آنان به کار با اچ‌آی‌وی یا گروه‌های کلیدی، موانع اجتماعی و قانونی از بهترین عوامل دخیل در این موضوع بوده است.⁽⁴³⁾ گزارش بازدید مشاور سازمان جهانی بهداشت از برنامه دسترسی به آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی در سال 1392 نیز در باره آموزش کارکنان در زمینه مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی نگرانی‌هایی را مطرح می‌کند. همین گزارش حاکی است که به خصوص در زمینه آگاه‌سازی شرکای جنسی، نشانه‌هایی از ضعف برنامه‌های آموزش وجود دارد. همچنین فرم‌های ثبت داده‌ها بیشتر به ثبت داده‌های اپیدمیولوژیک نظر دارد و برای مراقبت از بیمار مناسب نیست. در باره میزان حفظ راز داری در روند چرخش فرم‌های ثبت داده‌ها نگرانی‌هایی ابراز شده است.⁽⁴⁴⁾

دست‌رسی به مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی: از اول مهر 1391 تا اول مهر 1392، برای 66788 نفر آزمایش HIV انجام شده است (45536 نفر مرد و 21252 نفر زن). با توجه به تعداد مراکزی که آزمایش HIV ارائه می‌دهند، تعداد سالانه ارائه آزمایش در هر مرکز پایین است و نیاز به بهبود دارد. از میان افرادی که آزمایش داده‌اند، 64056 نفر (95/9%) آنان از نتیجه آزمایش باخبر شده‌اند. ابتلای 1539 نفر (0/23%) از آنان به اچ‌آی‌وی ثابت شده است. در بیشتر این دوره هنوز ارائه آزمایش سریع به طور آزمایشی تحت بررسی بوده است.⁽¹⁵⁾ پس از شروع ارائه وسیع آزمایش سریع از اول فروردین 1392 تا اول دی ماه 1392، به 38983 نفر آزمایش HIV به روش سریع پیشنهاد شده، 37555 نفر (96/3%) انجام آن را پذیرفته‌اند و 1024 نفر (0/27%) دارای نتیجه مثبت بوده‌اند. برای 848 نفر (82/8%) از افراد دارای نتیجه مثبت، آزمایش‌های تاییدی درخواست شده است.⁽⁴⁵⁾ افزایش نسبی ارائه آزمایش HIV با شروع برنامه آزمایش سریع بر ضرورت حمایت از آن، ضمن گسترش مراکزی که آنرا ارائه می‌دهند و استفاده از شیوه‌هایی ساده‌تر برای ارائه آزمایش، دلالت می‌کند.

از اول مهر 1391 تا اول مهر 1392، برای 5664 زن باردار در مراکز دولتی مراقبت زنان مادر، آزمایش و مشاوره HIV انجام شده که 5619 نفر (99/2%) از آزمایش خود خبردار شده‌اند و 36 نفر از آنان (0/6%) مبتلا به HIV بوده‌اند. همچنین برای 680 زن به هنگام زایمان، آزمایش HIV انجام گردید که 3 نفر (0/44%) مثبت بودند.⁽¹⁵⁾

در زیر گروه‌های مختلف جمعیتی:

مصرف کنندگان تزریقی مواد: بر اساس اطلاعات به دست آمده از مطالعه رفتاری -سروولوژیک سال 1389 در مصرف کنندگان تزریقی مواد، 55/5٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد، سابقه انجام آزمایش HIV را داشته‌اند و 24/78٪ از مصرف کنندگان تزریقی در طی یکسال گذشته مورد آزمایش قرار گرفته و از جواب آزمایش خود با خبر شده‌اند.⁽²⁾ همین مطالعه نشان داده 91 درصد از مصرف کنندگان تزریقی مواد، آگاهی صحیح نسبت به محل دریافت این خدمت داشته‌اند، با اینحال تنها 31/3٪ از این افراد در یک سال قبل از مطالعه اقدام به آزمایش نموده‌اند و در بین موارد آزمایش شده، حدود 20٪ از نتیجه آزمایش خود خبر نداشته‌اند. با وجود آنکه 77/9٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد، سابقه زندان در 10 سال گذشته داشته‌اند، فقط 11/4٪ از آنان، آخرین آزمایش HIV خود را در زندان (شامل مرکز مشاوره زندان و بهداری) انجام داده‌اند. در همین مطالعه نشان داده شده که حدود 60٪ طی سال گذشته احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی داشته‌اند که از این میان 82/7٪ به مراکزی غیر از مراکز گذری و مراکز بهداشتی درمانی (بیمارستان دولتی و خصوصی، مطب، درمانگاه خیریه و خصوصی) مراجعه کرده‌اند. یعنی تقریباً نیمی از مصرف کنندگان تزریقی مواد در یکسال قبل از مطالعه، به مراکز خصوصی و غیر دولتی درمانی به علل مختلف مراجعه کرده‌اند. اما فقط 6/4٪ از آنان، آخرین آزمایش HIV خود را در بخش خصوصی انجام داده‌اند.⁽²⁾ بنابراین استفاده از این فرصت قطعاً منجر به افزایش پوشش آزمایش HIV خواهد شد.

شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی: تاکنون 28/4٪ شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد سابقه انجام آزمایش اچ آی وی داشته‌اند. اصلی‌ترین محل برای انجام مشاوره و آزمایش در معتادین تزریقی و شرکای جنسی آنها، مراکز مشاوره (46/74٪) بوده است. از این میان 39/5٪ مربوط به مراکز مشاوره دانشگاهی، 2/63٪ مراکز مشاوره سازمان انتقال خون و 4/61٪ مراکز وابسته به زندان می‌باشد. از نظر میزان مراجعه به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بین مردان و زنان تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. (46/1 درصد در مردان و 30/2 درصد در زنان)⁽²⁷⁾

زنان تن فروش: در مطالعه کشوری رفتاری -زیستی در زنان تن فروش در سال 1389، 48/3٪ تن فروشان شرکت کننده در این مطالعه سابقه انجام آزمایش اچ آی وی در گذشته داشته‌اند. از بین آن‌ها 72/5٪ در طی یکسال قبل از مطالعه آزمایش داده‌اند و از بین کسانی که آزمایش شده‌اند 84/5٪ از جواب آزمایش خود با خبرند. به این ترتیب حدود 30٪ از تن فروشان مورد مطالعه در طی یکسال گذشته مورد آزمایش قرار گرفته و از جواب آزمایش خود با خبر شده‌اند.⁽⁸⁾

از نظر اطلاع از محل انجام مشاوره و آزمایش اچ آی وی در این گروه، در مطالعه فوق، 84/4٪ از افراد شرکت کننده به این سوال پاسخ صحیح داده‌اند.⁽⁸⁾ همین مطالعه رفتاری نشان داده 53٪ از این افراد ترشح دستگاه تناسلی و 18٪ زخم تناسلی در یکسال اخیر داشته‌اند. از این میان 39٪ به علت این علائم به پزشک مراجعه کرده‌اند. از طرف دیگر 71٪ این افراد در زمان مطالعه مصرف کننده مواد بوده، 20٪ آنها سابقه تزریق مواد داشته و از این میان 92٪ حداقل یکبار برای درمان سوء مصرف مواد HIV هستند، اقدام کرده‌اند.⁽⁸⁾ این نشان می‌دهد مراجعات تن فروشان به مراکز درمانی خصوصی و دولتی و مراکز درمان اعتیاد یک فرصت مناسب برای **provider initiated testing** است.

زندانیان: تا کنون چندین مطالعه در این گروه انجام شده است. در سال 1386 بر روی زندانیان کرمانشاه و اهواز⁽⁴⁶⁾ و در سال 1389 مطالعه رفتاری-زیستی بر روی زندانیان 27 زندان به اجرا در آمده است.⁽²⁷⁾ در مطالعه سال 1386، 17/4٪ از زندانیان اهواز و 28/3٪ از زندانیان کرمانشاه سابقه انجام آزمایش در گذشته داشته‌اند و بیشترین محل انجام آزمایش نیز در هر دو مطالعه خود زندان بوده است.⁽⁴⁶⁾ 53٪ از افرادی که مورد آزمایش قرار گرفته بودند از جواب آزمایش خود با خبر بوده‌اند.⁽⁴⁶⁾ به این ترتیب 9/22٪ از زندانیان اهواز و 15٪ از زندانیان کرمانشاه در کل سابقه انجام آزمایش داشته و از جواب آزمایش خود باخبر شده‌اند. با توجه به اینکه زندانیان کشور جمعیت در دسترس جهت مشاوره و آزمایش اچ آی وی

می باشند بنظر پوشش این خدمت در آنان پائین است. 6/34٪ از زندانیان اهواز و 63٪ از زندانیان کرمانشاه از محل صحیح برای انجام آزمایش اچ آی وی با خبر بوده اند.⁽⁴⁶⁾

مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: اگر چه نشانه هایی وجود دارد که گاه این رفتار در سطح برخی نقاط کشور و به خصوص در محیط های بسته مثل زندان ها به صورت پنهان رخ می دهد،^(2، 28، 29 و 33) ولی در حال حاضر مطالعه ی مستند و قابل قبولی که به طور ویژه در این گروه انجام شده باشد در دست نیست. به نظر می رسد، لازم است در این گروه جمعیتی مطالعات دقیقی صورت گیرد.

ارزیابی وضعیت مراقبت و درمان

نظام ارائه خدمات: ارائه خدمات مراقبت و درمان اچ آی وی شامل درمان ضد رترو ویروسی رایگان در برنامه کشوری گنجانده شده و با تشکیل مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری (کلینیک های مثلثی) ساختار ارائه این خدمت مشخص شده است.⁽³⁾ سیستم سلامت در ایران یک نمونه موفق از نظام ارائه خدمات در منطقه بوده، امکان دسترسی به برنامه های مختلف در محیطی ترین سطوح را فراهم میکند. 54 دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی در سطح محیطی مسئولیت مدیریت خدمات سلامت را بعهده دارند. در اغلب استانها (31 استان) یک دانشگاه و در برخی بیش از یک دانشگاه یا دانشکده این مسئولیت را بعهده دارند. بر طبق چارت مصوب مرکز توسعه شبکه سلامت، هر دانشگاه مکلف به داشتن یک مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری شده است. بسته به نیاز برخی از دانشگاههای علوم پزشکی با توجه به وسعت موجود اقدام به راه اندازی تعداد بیشتری از مراکز مشاوره شده است و در حال حاضر 103 مرکز مشاوره در کشور مشغول بکار هستند.⁽¹⁵⁾ در همین زمان 126 مرکز مشاوره در داخل زندانها مسئولیت مراقبت و درمان بیماران را بعهده دارند.⁽³⁹⁾

مسئولیت تدوین راهنماهای بالینی در سطح کشور، به عهده کمیته مراقبت و درمان زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که متشکل از اعضا هیات علمی بیماریهای عفونی دانشگاههای علوم پزشکی و برخی پزشکان مسئول مراکز مشاوره بیماری های رفتاری و نمایندگان اداره کنترل ایدز است.⁽⁴²⁾ آخرین ویرایش رهنمودها در ابتدای سال 1390 بازبینی و منتشر شده و در چهار دوره آموزشی به کلیه پزشکان مرکز مشاوره و متخصصین عفونی فوکل پوینت مراقبت و درمان و پزشک نماینده سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی آموزش داده شده است. این مجموعه شامل عناوین "ارزیابی بیماران و درمان ضد رترو ویروسی در بالغین"، "درمان ضد رترو ویروسی در کودکان"، "برخورد با عفونت همزمان سل و اچ آی وی"، "رویکرد به شکایات شایع در بیماران (شامل پیشگیری و درمان عفونتهای فرصت طلب)"، "پیشگیری از انتقال از مادر به کودک"، "پیشگیری پس از تماسهای شغلی" و "پیشگیری پس از تماسهای غیر شغلی" و "تغذیه در مبتلایان به اچ آی وی" میباشد.⁽⁴⁷⁾ با توجه به توصیه های سازمان جهانی بهداشت در سال 2013، بازبینی رهنمودهای کشوری مراقبت و درمان با در نظر گرفتن نتایج مطالعات ارزیابی وضعیت آزمایش مراقبت و درمان HIV بزودی انجام خواهد شد.

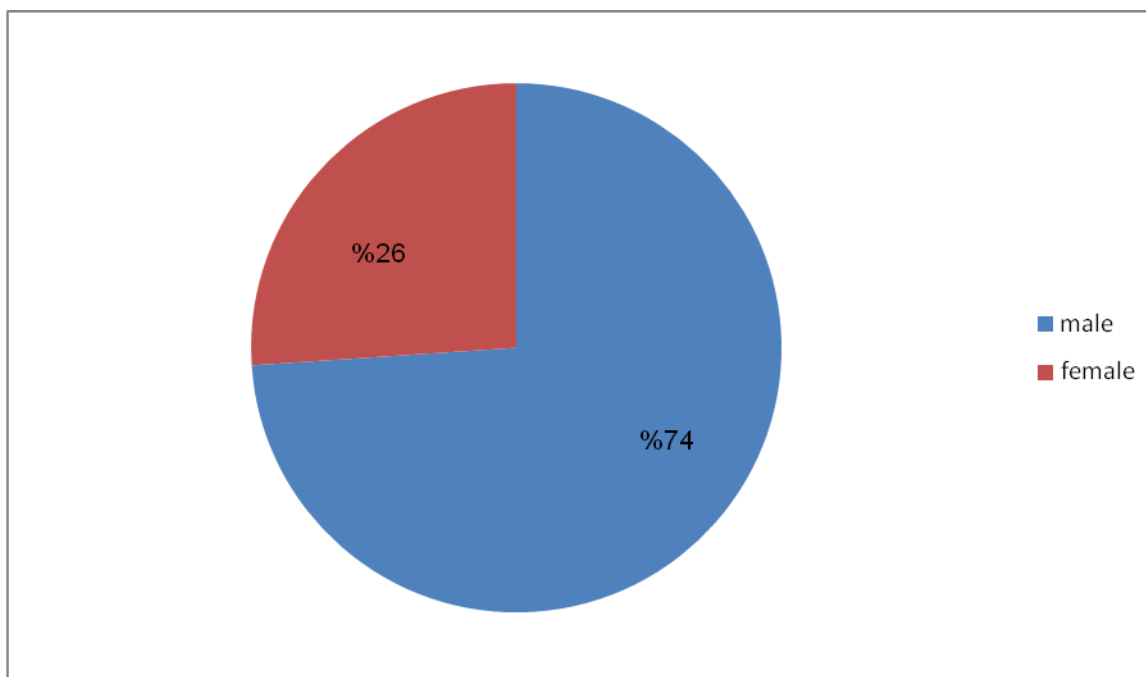
درمان ضد رترو ویروسی: تهیه و توزیع داروهای ضد رترو ویروسی از سال 1376 در قالب نظام بهداشتی- درمانی کشور آغاز شد و در حال حاضر 16 داروی ضد رترو ویروسی در کشور در دسترس است. با این تنوع دارویی، ارائه چندین رژیم های سه دارویی مختلف امکان پذیر است. تجویز داروهای ضد رترو ویروسی بر اساس دستورالعمل یاد شده به صورت رایگان از طریق مراکز مشاوره بیماری های رفتاری تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی، در سراسر کشور انجام می شود. محدودیتی در خصوص تعداد بیماران یا اولویت بندی بیماران برای برخورداری از دارو بر اساس جنس، سن و گروه های اجتماعی وجود ندارد. تمام موارد نیازمند درمان که شناسایی می شوند و شرایط شروع درمان (طبق دستور عمل کشوری) و تمایل به درمان را دارند، به رایگان تحت پوشش درمان ضد رترو ویروسی قرار می گیرند.^(42 و 47) در حال حاضر 36 دستگاه شمارش CD4

در سطح کشور تامین شده و در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی قرار گرفته است. این در حالیست که در سال 2010 تنها 7 دانشگاه علوم پزشکی امکان انجام این آزمایش را برای پایش بیماران داشته‌اند. به منظور تقویت نظام آزمایشگاهی در حال حاضر از محل پروژه گلوبال فاند 11 آزمایشگاه تخصصی تشخیص HIV در حال راه اندازی است. این آزمایشگاهها مسئولیت ارائه خدمت به استانهای همجوار را نیز دارند. از جمله آزمایش‌هایی که در این مراکز انجام میشود آزمایشهای کمی و کیفی PCR می‌باشد.⁽⁴³⁾

در دوره زمانی یکساله منتهی به مهر 1392، 1915 نفر برای مراقبت در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری تشکیل پرونده داده اند که از میان آنان 1341 نفر (72٪) ظرف 3 ماه بعد از تشکیل پرونده برایشان شمارش CD4 انجام شده است و 150 نفر از آنان مطابق رهنمود کشوری درمان پیشگیرانه سل دریافت کرده اند.⁽⁴³⁾

تعداد موارد تحت درمان ضدرتروویروسی در پایان تابستان سال 1392 شامل 4468 نفر بوده که از این میان 3607 مورد تحت درمان با رژیم انتخابی آغازین، 721 مورد با رژیم جایگزین و 140 مورد بعنوان مورد مقاوم درمان دریافت میکنند. نمودار 9 نسبت جنسی موارد تحت درمان را نشان میدهد. چنانکه مشاهده میشود در مقایسه با نسبت جنسی کل موارد شناخته شده (7/10٪ زنان و 3/89٪ مردان) نسبت بیشتری از زنان تحت درمان قرار گرفته اند.⁽²⁰⁾ این موضوع میتواند به دلیل adherence و utility بیشتر زنان از خدمات درمانی موجود و یا ریزش بیشتر بیماران مرد باشد.

نمودار 9: نسبت جنسی موارد تحت درمان ضدرتروویروسی در ایران_ پایان تابستان 1392

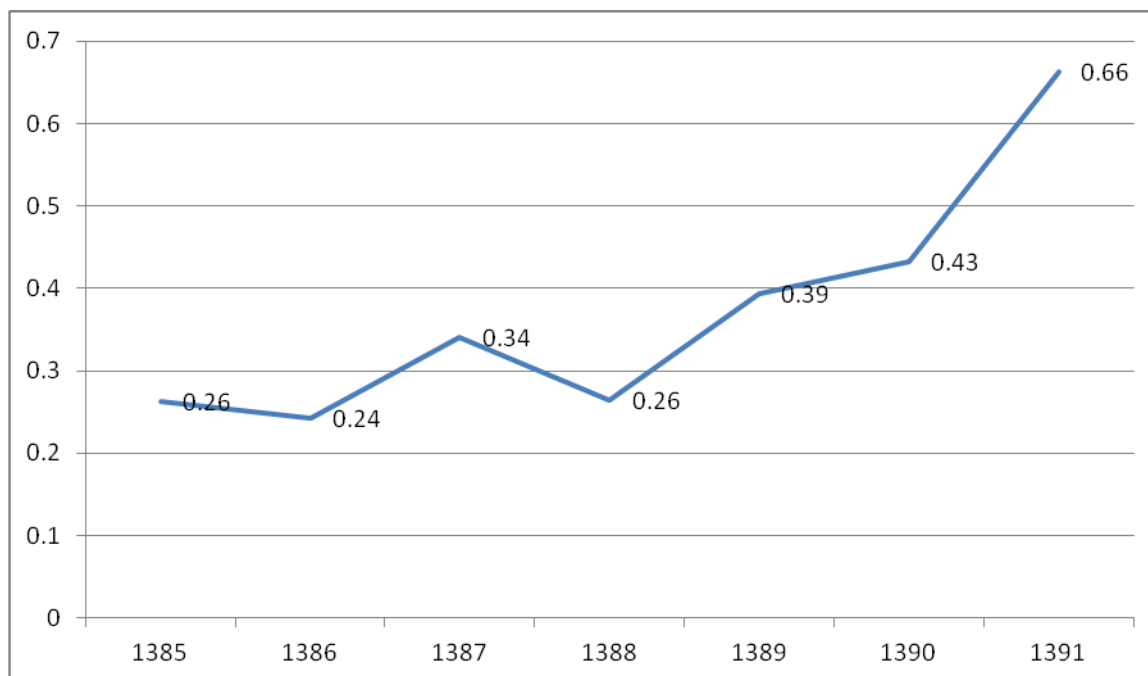


بررسی سابقه اعتیاد در افراد تحت درمان نشان میدهد از بین 4468 مورد بیمار تحت درمان 2884 (64/5٪) مورد سابقه مصرف مواد داشته اند.⁽²⁰⁾ این عدد بسیار مهم است و نشان دهنده آن است که مصرف کنندگان تزریقی مواد، توسط کارکنان سلامت از درمان محروم نمی شوند.

در دوره زمانی یکساله منتهی به شهریور 1391، برای 1291 نفر درمان ضد تررو ویروسی شروع شده که 1093 نفر یکسال پس از شروع آن بر روی درمان بوده اند. از میان 198 نفری که درمان را قطع کرده اند، 51/5٪ (102) به علت مرگ، 35/9٪ (71) به علت گم شدن از پیگیری و 10/6٪ (21) به علت ناپایداری و بوده اند.⁽⁴³⁾

با تقویت برنامه های مراقبت و درمان در کشور، افراد واجد شرایط در زمان مناسبتر تحت درمان قرار گرفته اند. نمودار 10 نسبت بیمارانی که در مرحله بالینی 1 و 2 تحت درمان قرار گرفته اند به مواردی که در مرحله بالینی 3 و 4 تحت درمان قرار گرفته اند را نشان میدهد.

نمودار 10: نسبت بیماران بدون علامت به علامتدار در زمان آغاز درمان، 1391-1385⁽²⁰⁾



باقی بر درمان پس از 12، 24 و 60 ماه، به ترتیب 82.6٪، 63٪، و 54٪ محاسبه شده است.⁽²⁰⁾ در مطالعه ای که بر روی گروهی از بیماران تحت درمان ضد تررو ویروسی صورت گرفت، 26/4٪ بر اساس پرسشنامه موریسکی، پایداری بالایی به درمان داشته اند. در همین مطالعه پایداری متوسط 41/4٪ و پایداری پایین 32/2٪ بوده است.⁽⁴³⁾

وضعیت حمایت

در راستای حمایت اجتماعی از افراد مبتلاء به اچ آی وی، در برنامه ی کشوری کنترل ایدز به راهبرد پیشگیری مثبت به عنوان یک اصل تأکید شده است.⁽³⁷⁾ در راهبرد پیشگیری مثبت هدف از حمایت اجتماعی از افراد مبتلاء، توانمند سازی این افراد به منظور مهار زنجیره انتقال ویروس است، با این رویکرد که افراد مبتلاء می توانند بیشترین نقش را در کنترل انتقال اچ آی وی از خود به دیگر افراد جامعه داشته باشند. بر همین اساس راه اندازی باشگاه های یاران مثبت به عنوان بهترین راهکار در دستور کار برنامه کشوری کنترل ایدز قرار گرفت. امروز حدود 20 باشگاه در کشور راه اندازی شده است که

مدیریت و اجرای کلیه برنامه های آن شامل برنامه های حرفه آموزی، تقویت مهارت های زندگی، ارتقای اعتماد به نفس و حمایت های روانی توسط به عهده خود افراد مبتلا واگذار شده است. سازمان بهزیستی کشور نیز برنامه هایی برای حمایت مالی از افراد مبتلا را از طریق باشگاه های مثبت در دستور کار دارد. (16 و 42)

از دیگر برنامه های حمایت اجتماعی از افراد مبتلا شامل تشکیل کارگروه حمایت اجتماعی با مسؤولیت وزارت رفاه و تأمین اجتماعی می باشد که یکی از مصوبات این کارگروه، تحت پوشش قرار دادن خدمات درمانی افراد مبتلا و خانواده های آنان به صورت رایگان می باشد. (16)

قوانینی نیز در همین راستا در کشور تدوین شده است که شامل منع محرومیت تحصیلی، منع محرومیت اشتغال و منع محرومیت سفر صرفاً به علت ابتلا به اچ آی وی می باشد. (4)

وضعیت سیاست گزاری، حمایت سیاسی و هزینه کرد مالی

براساس نتایج جمع آوری شده از پرسش نامه های NCPI، وضعیت حمایت سیاسی از برنامه های کنترل ایدز در کشور خوب ارزیابی شده است. وزیر بهداشت در سخنان خود در روز جهانی ایدز به این عفونت به عنوان یک اولویت سلامت اشاره داشته و همواره بر تحقق تعهد همه ی سازمان های ذیربط تأکید دارد. معاونت بهداشت در اکثر جلسات سیاست گذاری برنامه کنترل ایدز حضور داشته و حمایت خود را از اجرای برنامه ها اعلام داشته است.

در برنامه کشوری کنترل ایدز سعی شده است از مشارکت بخش های غیر دولتی و سازمان های مردم نهاد در اکثر مراحل سیاست گزاری، تدوین دستور عمل ها، اجرا، پایش و ارزیابی برنامه ها استفاده گردد. در غالب دستور عمل های کشوری برای اجرای برنامه های اطلاع رسانی، ارائه ی خدمات کاهش آسیب، برنامه های پیش گیری به مشارکت بخش غیر دولتی و سازمان های مردم نهاد تأکید شده است.

افراد مبتلا به اچ آی وی نیز در تدوین سیاست ها، اجرا و پایش برنامه ها مشارکت دارند. باشگاه های مثبت با تأکید بر اجرای بهینه سیاست "پیش گیری مثبت" و با هدف حمایت اجتماعی در نقاط مختلفی از کشور راه اندازی شده اند که تمامی پرسنل آن در سطوح مختلف مدیریتی و اجرایی باشگاه ها، افراد مبتلا به اچ آی وی می باشند.

برنامه ی کشوری کنترل ایدز بر اساس یک برنامه ی استراتژیک ملی راهبری می شود که هم اکنون در سال چهارم اجرا می باشد. کلیه ی سازمان های بین الملل نیز در برنامه ریزی، سیاست گذاری، اجرا، پایش و ارزشیابی با برنامه ی کشوری کنترل ایدز همکاری دارند. در این برنامه علاوه بر راهبردهای مختلف در زمینه های اطلاع رسانی، پیش گیری، کاهش آسیب پذیر، مراقبت و درمان اچ آی وی و بیماری های آمیزشی به تقویت برنامه های کاهش انگ و تبعیض نیز تأکید گردیده است. جلب مشارکت روحانیون و نهاد های مدنی از دیگر ویژگی های برنامه ی استراتژیک کشوری کنترل ایدز می باشد.

اعتبار هزینه شده

یکی از ارکان مهم برنامه کنترل اچ آی وی در جمهوری اسلامی ایران، تأمین به هنگام و کامل منابع مالی مورد نیاز عملیاتی نمودن فعالیت های پیش بینی شده در این برنامه و نیز مدیریت بهینه این منابع می باشد. به همین منظور و در پاسخ به این نیاز، برنامه ای تحت عنوان "ارزیابی هزینه کرد کشوری ایدز" (National AIDS Spending Assessment – NASA) در دستور کار مرکز مدیریت بیماری های واگیر قرار گرفته است. این برنامه براساس پیش نهاد دفتر برنامه های مشترک ایدز سازمان ملل متحد ایدز (UNAIDS) می باشد که پس از بومی سازی قابلیت اجرا در کلیه نهادها و سازمان های درون و برون بخشی برنامه کشوری کنترل ایدز را دارا خواهد بود و نتایج آن قابلیت مقایسه بین

دیگر کشورها را خواهد داشت. پیش بینی گردیده است با بکارگیری این برنامه بتوان هزینه کرد کشور در خصوص این بیماری به تفکیک فراهم کنندگان خدمات ، همچنین برنامه های کنترل اچ آی وی به تفکیک در محور های پیشگیری ، کاهش آسیب ، درمان ، تحقیق و توسعه و نیز بر اساس گیرندگان خدمات مشخص نمود. هم اکنون امکان آغاز اولین دور اجرای این برنامه محقق گردیده است که با برنامه ریزی لازم به منظور جلب مشارکت همه جانبه نهادهای درون بخشی و برون بخشی خواهد توانست مدل های بهتری را برای مدیریت بهینه منابع تأمین نموده و به عنوان ابزاری مهم در سیاستگذاری، اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه کشوری کنترل ایدز دخیل باشد.⁽⁴²⁾

بهترین تجربه ها

جمهوری اسلامی ایران در گزارش های قبل تجربیات موفق نظیر راه اندازی مراکز مشاوره بماریهای رفتاری، راه اندازی سه مرکز آموزشی بین المللی در سطح منطقه مدیترانه شرقی، راه اندازی مراکز ویژه زنان آسیب پذیر ، راه اندازی باشگاههای مثبت، پوشش بیمه برای مبتلایان و خانواده آنها، تجربه موفق کاهش آسیب بویژه درمان نگهدارنده با متادون، برنامه پیشگیری از اچ آی وی در زندان را ارائه نموده است. در این دوره برنامه های جدیدی در دست اجراست که از این میان میتوان به موارد ذیل اشاره کرد:

- دستیابی به روش های نوین دسترسی به گروه های سخت در دسترس در راستای استقرار نظام جامع مراقبت نسل دوم اچ آی وی
- تقویت نظام تشخیصی اچ آی وی و بیماری های آمیزشی از طریق استقرار 11 قطب تشخیصی پیشرفته در کشور شامل روش های نوین مولکولی
- پیوند خدمات سلامت باروری و برنامه های کنترل اچ آی وی با هدف پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادران باردار مبتلاء به نوزادان
- معرفی آزمایش تشخیص سریع اچ آی وی در نظام تشخیصی کشور و بر اساس یک دستورعمل نظام مند شامل مراکز کاهش آسیب و بخش های خصوصی و به منظور افزایش دسترسی به آزمایش و مشاوره اچ آی وی
- سامان دهی نظام مراقبت و درمان اچ آی وی از طریق به روز رسانی سالیانه دستورعمل های کشوری درمان، تربیت و آموزش مستمر فوکال پوینت های درمان در سطوح استانی و برنامه ریزی برای گسترش آن به سطوح شهرستانی

چالش‌های کلان و راه کارها

چالش‌ها

با گسترش عفونت اچ آی وی و همچنین توسعه برنامه‌های مرتبط با اچ آی وی و ایدز در یک کشور، چالش‌های پیش روی آن بیشتر می‌شود. چالش‌هایی که لزوماً همزمان با مواجهه با آنها، راهکارهای لازم در دسترس نیست. بدین جهت برای داشتن یک برنامه کشوری هوشمند که قادر به ارائه پاسخ کشوری موثر به همه گیری اچ آی وی و ایدز باشد، باید بتوان چالش‌های موجود را به خوبی شناسایی نموده و همچنین قادر به پیش‌بینی چالش‌های احتمالی در آینده نه چندان دور کشور باشیم.

چالش‌های موجود را می‌توان به گروه‌های زیر تقسیم بندی نمود:

• چالش‌های موجود در ارتباط با دسترسی به گروه‌های کلیدی در معرض بیشترین خطر:

- اگرچه دسترسی به گروه‌های کلیدی در معرض بیشترین خطر در زمینه رفتارهای پرخطر مرتبط با مصرف مواد و حتی تن‌فروشان در شهرهای بزرگ کشور همراه با گسترش برنامه‌های درمان اعتیاد در بخش‌های دولتی و خصوصی و همچنین استقرار مراکز مشاوره زنان آسیب پذیر بهبود چشمگیر یافته است، ولی در مورد برخی از گروه‌های کلیدی در معرض بیشترین خطر نظیر مردانی که با مردان دیگر آمیزش جنسی دارند به علت تابو بودن این رفتار و پرهیز برخی از سیاست‌گذاران و افراد کلیدی مشکلات جدی وجود دارد
- رکود نسبی گسترش برنامه‌های کاهش آسیب در کشور و پوشش این برنامه‌ها و افت کیفیت آنها. برنامه‌های کاهش آسیب در کشور در محیط‌های باز نظیر جامعه و بسته نظیر زندان‌ها در سال‌های قبل با رشد مناسبی رو به پیشرفت بود، در سال‌های اخیر در برخی زمینه‌ها این رشد کاهش یافته و گاه حتی متوقف شده است. همچنین گسترش برنامه‌های کاهش آسیب در زندان‌ها نیز با کمبود جدی منابع مالی و انسانی مواجه بوده است.
- تغییر الگوی مصرف و افزایش مصرف مواد روانگردان. جمهوری اسلامی ایران که با گسترش چشمگیر درمان نگهدارنده متادون گام بزرگی را در زمینه درمان اعتیاد در کشور برداشته بود. اما امروزه چالشی جدید مواجه شده و آن تولید و مصرف مواد محرک آمفتامینی و شبه آمفتامینی در بین مصرف‌کنندگان مواد است. مقدار شناسایی مواد محرک نیز در سال‌های اخیر افزایش یافته است. مطالعه انجام گرفته در سال 1391 در بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در شش استان کشور نشان می‌دهد که 84٪ درصد از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد سابقه استفاده از مواد محرک در طول عمر خود داشته‌اند و نزدیک به 30٪ مصرف تزریقی آن را گزارش کرده‌اند. متوسط روزهای مصرف مواد محرک در ماه قبل 23 روز بوده است.⁽⁴⁸⁾ این تغییر فعال الگوی مصرف مواد به همراه دیگر مشاهدات در خصوص مصرف این مواد در زندان و رفتارهای جنسی توأم با مصرف این ماده دیگر از مرحله هشدار گذشته و

خطری جدی برای شعله ور شدن مجدد همه گیری نه فقط در بین مصرف کنندگان مواد بلکه در سایر گروه ها نیز گردد .

- کمبود جدی تسهیلات مراقبتی و درمانی برای مصرف کنندگان مواد روانگردان و ترکیبات آمفتامینی در کشور و کمبود تجربه در کادرهای درمانی در رابطه با مراقبت و درمان این بیماران

• چالش های موجود در زمینه جمعیت عمومی کشور،

- جوانان کماکان یکی از گروه های غالب جمعیتی کشور می باشند و مطالعات مختلف نشاندهنده میزان پایین آگاهی های آنها در زمینه اچ آی وی و ایدز می باشد. این مشکل اگر به دلایل مختلف نظیر محدودیت ها و حساسیت های فرهنگی و عدم امکان اطلاع رسانی عمومی مورد توجه قرار نگیرد می تواند زمینه ساز گسترش همه گیری در این گروه از طریق جنسی باشد.
- افزایش نرخ طلاق در سال های اخیر یکی دیگر از چالش هایی است که جامعه جوان کشور را درگیر نموده است. این امر می تواند به صورت بالقوه زمینه را برای افزایش شرکای جنسی افراد فراهم نماید.
- در جمعیت روستایی کشور که بیش از 30 درصد از جمعیت کشور را شامل می شوند و همچنین جمعیت ساکن در شهرهای کوچک دسترسی به تسهیلات و برنامه های پیش بینی شده با دشواری هایی همراه است.
- افزایش مصرف مواد روانگردان به صورت تفریحی

• چالش های موجود در زمینه زیر ساخت و ابزار لازم برای فعالیت:

- برنامه راهبردی کنترل اچ آی وی و ایدز کشور در سومین ویرایش خود نیز کم و بیش با چالش های پیش روی برنامه اول و دوم مواجه بوده است، از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره نمود:
- طولانی بودن فرایند اداری تصویب و ابلاغ برنامه به سازمان های ذیربط
 - دشواری جلب مشارکت کامل همه ذینفعان برنامه در سطوح مختلف دولت و وزارتخانه های مختلف
 - درگیر در برنامه در سطح کشور برای اجرا و ارزشیابی برنامه
 - هماهنگی ناکافی در برنامه های مرتبط با اچ آی وی و ایدز کشور و برنامه های اعتیاد کشور در سطح ملی
 - ضعف در اجرای برنامه های ظرفیت سازی نهادهای مدنی و همچنین توانمندسازی نیروی انسانی و در نتیجه محدودیت منابع اجتماعی و انسانی برای اجرای فعالیت ها
 - استقبال ضعیف بخش خصوصی برای مشارکت در حیطه های مختلف برنامه های اچ آی وی و ایدز در کشور
 - توجه ناکافی به جمعیت روستایی کشور خصوصا در زمینه برنامه های مرتبط با سوء مصرف مواد
 - خطر قطع کمک های مالی صندوق جهانی که منجر به تعطیلی بخشی از پروژه هایی می شود که در حال حاضر تامین بودجه آنها به دلیل اعمال و تداوم تحریم ها امکان پذیر نیست.

- بخش زیادی از چالش های اشاره شده در زمینه زیر ساخت و ابزار لازم برای فعالیت، به تقویت نقش کارگروه کشوری پیشگیری از عفونت اچ آی وی و ایدز و کنترل آن به عنوان یک هماهنگ کننده کشوری قابل اصلاح است.
- تسهیل فرایند ثبت نهاد های مدنی و سازمان های مردم نهاد که در زمینه اچ آی وی و ایدز فعالیت می کنند و توانمند سازی آنها
- ایجاد سازوکارهای تشویقی برای مشارکت بخش خصوصی و همچنین بخش های صنعتی بزرگ در برنامه های اچ آی وی و ایدز کشور نظیر برخورداری از معافیت های مالیاتی و دیگر ابزارهای در دسترس
- ادغام برنامه های کاهش آسیب و آزمایش و مشاوره اچ آی وی در خدمات بهداشتی اولیه
- ساده کردن تشخیص اچ آی وی به منظور افزایش دسترسی
- تدوین و اجرایی نمودن برنامه راهبردی کنترل، پیشگیری و درمان اعتیاد کشور در بستر مناسب خود می تواند راهکار مناسبی برای افزایش پوشش برنامه های کاهش آسیب کشور باشد. تا آن زمان تامین بودجه برای حفظ حداقل های پوشش مناسب برنامه های کاهش آسیب باید در اولویت باشد.
- حمایت های همه جانبه آژانس های زیرمجموعه سازمان ملل از برنامه ها به خصوص در زمینه رفع موانع ناشی از تحریم ها در مواردی که برنامه ها راتحت تاثیر قرار می دهد
- گسترش کمی و کیفی برنامه های کاهش آسیب و برنامه های دسترسی به جمعیت های کلیدی
- گسترش کمی و کیفی برنامه های کاهش آسیب و برنامه های دسترسی به جمعیت های کلیدی
- تدوین و ادغام برنامه های کاهش آسیب ناشی از مواد محرک و همچنین ظرفیت سازی و بومی سازی درمان مواد محرک شامل راه اندازی مراکز اختصاصی درمان این مواد در کشور راهکار مناسبی برای کنترل آسیب های ناشی از مصرف مواد محرک در کشور می باشد.
- ارائه آموزش های بعد از طلاق همچون آموزش های پیش از ازدواج برای تمام زوجینی که به هردلیل تصمیم به طلاق دارند به منظور کاهش هرچه بیشتر صدمات ناشی از طلاق در سطوح مختلف
- انجام امکان سنجی، نیاز سنجی و در صورت لزوم استقرار مراکزی برای ارائه خدمت به مردانی که با مردان دیگر آمیزش جنسی دارند.
- استفاده هرچه بیشتر و نهادینه کردن آموزش های مرتبط با اچ آی وی و ایدز در متون درسی دانش آموزان و دانشجویان کشور
- افزایش اطلاع رسانی و آموزش های همگانی از طریق رسانه ها خصوصا صدا و سیما

حمایت های مورد نیاز از سازمانهای بین المللی

- سهم طرفهای توسعه در تأمین اعتبارات مورد نیاز کنترل و پیش گیری از اچ آی وی و ایدز از گزارش قبلی بهبود یافته است و انتظار میرود ادامه یابد. عدم پذیرش پروپوزال های ایران به علت طبقه بندی های جدیدی که در مورد کشور ها برای پذیرش در صندوق جهانی اعمال شده، می تواند به این روند آسیب بزند و برخی از پروژه های که در حال حاضر تأمین مالی آنها از طریق منابع دولتی امکان پذیر نیست را متوقف کند. قطع کمک های بین المللی به خصوص بیشترین آسیب را به برنامه های کاهش آسیب می زند. چون این برنامه ها عمدتاً توسط سازمان های غیر دولتی و بخش خصوصی ارائه می شوند و دولت چنانچه حتی بخواهد از طریق خرید خدمت اقدام نماید با موانع قانونی و همچنین کمبود اعتبارات مالی مواجه خواهد شد.
- حمایت در زمینه برنامه ریزی، اجرا و پایش فعالیت های کنترل اچ آی وی و ایدز اعم از حمایت های فنی و پشتیبانی بهبود یافته است و و انتظار میرود ادامه یابد.
- انتظار می رود تسهیلات لازم برای برخورداری کشور از امکان دسترسی آسان به داروهای ضد رتروویروسی و دریافت تخفیف در این خصوص بهبود یابد .
- تدوین دوره های آموزشی بین المللی برای برنامه ریزان و ارائه دهندگان خدمات مرتبط با اچ آی وی و ایدز در کشور ادامه یابد.
- امکان تبادل تجربیات در کشورهای هم سان از نظر اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی ادامه و بهبود یابد.
- امکان ارزیابی فعالیت های انجام شده توسط مشاوران بین المللی و ارائه راه کارهای مناسب به منظور برطرف کردن نقاط ضعف ادامه و بهبود یابد.
- به تشکیل شبکه منطقه ای NGO های توانمند برای مشارکت بیشتر در برنامه ریزی، جلب حمایت مسئولین و مردم و ارائه خدمات اچ آی وی و ایدز کمک شود.
- شرکت های تولیدکننده کالاهای تجاری معروف جهانی به منظور ارائه تبلیغات مرتبط با پیش گیری و کنترل از اچ آی وی حداقل در وسایل مصرفی بزرگسالان (مانند وسایل اصلاح، سیگار و...) تشویق شوند.
- به بهبود هماهنگی طرف های مشارکت کننده در امر پیش گیری و کنترل اچ آی وی و ایدز با یکدیگر و برنامه های ملی کمک شود.
- حمایت سازمان های بین المللی از برنامه های اچ آی وی در جهت رفع تحریم های که باعث آسیب به برنامه ها می شود

وضعیت پایش و ارزشیابی

ساختار کنونی پایش و ارزشیابی

کمیته کشوری پایش و ارزشیابی برنامه استراتژیک کنترل ایدز دارای یک ساختار ملی است که متشکل از نمایندگان سازمان-ها و ارگان های شریک برنامه شامل بخش های دولتی، تشکل های غیر دولتی، سازمان های مردم نهاد، نمایندگان از مراکز تحقیقاتی و اعضای هیأت علمی دانشگاه ها، نماینده ی سازمان های بین الملل و نمایندگان افراد مبتلاء به اچ آی وی می باشد که در سطح ملی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و در سطوح استانی دانشگاه های علوم پزشکی وظیفه ی دبیرخانه ای آن را به عهده دارند.

هدف اصلی این کمیته در سطوح ملی و استانی، تدوین پروتکل و تعیین شاخص های اصلی و جزئی، نحوه محاسبه و اندازه گیری شاخص ها و روند اجرا و جمع آوری داده ها و تحلیل و انتشار آن ها از سطح کشور می باشد. یکی از فعالیت های اصلی برنامه ی پایش و ارزشیابی برنامه کشوری کنترل ایدز تعیین وضعیت همه گیری اچ آی وی و چگونگی پاسخ ملی به آن در کشور می باشد.

تعیین وضعیت همه گیری اچ آی وی و چگونگی پاسخ ملی به آن

یکی از اقدامات مهم برای تعیین وضعیت همه گیری اچ آی وی و چگونگی پاسخ ملی به آن، راه اندازی نظام جامع مراقبت نسل دوم اچ آی وی در کشور می باشد که با مجموعه ای از روش های گردآوری اطلاعات در کنار یکدیگر، به عنوان مهم ترین ابزار رصد همه گیری این عفونت اچ آی وی در کشور مورد توجه قرار دارد. اجزای نظام مراقبت نسل دوم اچ آی وی شامل موارد زیر می باشد :

نظام گزارش دهی روتین :

نظام ثبت و گزارش دهی اچ آی وی موارد شناسایی شده که ابتلای آنان توسط دستور عمل کشوری نظام تشخیصی اچ آی وی تأیید شده است، توسط دانشگاه های علوم پزشکی به مرکز مدیریت بیماری های واگیر گزارش می شود. گزارش موارد، اطلاعاتی در مورد جنس، سن، روش ابتلا، وجود یا عدم وجود مرحله ایدز و مرگ را شامل می شود. گزارش موارد جدید هر سه ماه منتشر می شود و از نتایج آن در نگارش این گزارش و چندین گزارش ملی دیگر استفاده شده است. امکان بکارگیری نظام ثبت و گزارش دهی اچ آی وی در یک محیط جامع نرم افزاری فراهم گردیده است که به زودی در کشور اجرا خواهد شد.

گزارش موارد تحت درمان داروهای ضد رتروویروسی :

کلیه مواردی که تحت درمان داروهای ضد رتروویروسی قرار می گیرند و افراد مبتلاء به اچ آی وی که وارد فاز پیشرفته (ایدز) شده اند، از دانشگاه های علوم پزشکی به مرکز مدیریت بیماریها گزارش و در بانک اطلاعات مربوطه جمع آوری و نگه داری می شوند . این گزارش که شامل اطلاعات دموگرافیک، مشخصات بیماری (تاریخ تشخیص اچ آی وی ، مبنای شروع درمان و تاریخ شروع، تغییر، و قطع درمان و علل آنها) ورژیم داروئی مورد استفاده برای فرد می باشد هر سه ماه یکبار انجام می شود. از نتایج این بانک اطلاعاتی در نگارش این گزارش و چندین گزارش ملی دیگر استفاده شده است.

پایگاه های دیده ور :

برنامه پایگاه‌های دیده‌ور بصورت مطالعات نقطه ای اندازه گیری شیوع اچ آی وی در گروه‌های مختلف جمعیتی در معرض خطر برای پایش تغییرات شیوع اچ‌آی‌وی در این جمعیت‌ها و بر اساس یک دستور عمل کشوری که متشکل از توزیع مناسب این مطالعات بر حسب جمعیت و حجم نمونه مورد نیاز در سطوح استانی تدوین شده است در اکثر استان‌های کشور در حال اجراست. گروه‌هایی که در این برنامه تحت بررسی قرار میگیرند شامل مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، زندانیان، زنان خیابانی، رانندگان کامیون، ملوانان، سربازان، بیماران مبتلاء به بیماری‌های آمیزشی، کارگران دور از خانه و زنان باردار میشود. در برخی از استانها بیش از یک گروه جمعیتی تحت بررسی قرار میگیرد. از برخی نتایج این دیده‌وری‌ها در نگارش این گزارش و چندین گزارش ملی دیگر استفاده شده است.

نظام مراقبت زیستی-رفتاری:

مطالعات زیستی-رفتاری به صورتی نظام مند و بر اساس یک دستور عمل و نقشه راه تدوین شده، در کشور در بازه‌های زمانی مشخص در حال اجرا است. گروه‌های هدف عمده این مطالعات شامل مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، تن‌فروشان و زندانیان می‌باشند. از نتایج این مطالعات در نگارش این گزارش و چندین گزارش ملی دیگر استفاده شده است.

برآورد موارد ابتلاء و تخمین اندازه جمعیت‌های در معرض خطر اچ آی وی:

در حال حاضر بر اساس الگوی معرفی شده برنامه مشترک ایدز سازمان ملل متحد هر دو سال یک بار موارد ابتلاء به اچ آی وی به تفکیک گروه‌های جنسی و سنی و نیز با برآورد موارد نیازمند به درمان تخمین موارد ابتلاء به اچ آی وی در کشور صورت می‌گیرد. بر اساس آخرین الگوی برآورد موارد ابتلاء به اچ آی وی در کشور که در محیط نرم افزاری اسپکتروم انجام می‌گیرد در سال 2012 میلادی ابتلاء حدود 90.000 مورد تخمین زده شده است. هم‌چنین با دستیابی به روش‌های نوین تخمین اندازه جمعیت‌های در معرض خطر اچ آی وی، مطالعه‌ای در این رابطه طراحی شده است که با روش **Network Scale up** هم‌اکنون در دست اجرا می‌باشد.

نظام مراقبت بیماریهای آمیزشی:

سیستم روتین گزارش‌دهی بیماریهای آمیزشی از سال 1377 آغاز به کار کرد و در ابتدا شامل سه جزء گزارش‌دهی علامتی (سندرومیک)، علتی (اتیولوژیک) و اطلاعات غربالگری سیفیلیس در جمعیت‌های مختلف بوده است. این نظام در سال 1385 مورد بازبینی قرار گرفت. به منظور کارایی و سهولت بیشتر تعداد موارد لازم برای گزارش‌دهی بیماری‌های آمیزشی به دو علامت ترشح مجرا و زخم تناسلی و سه عامل گنوکوک، کلامیدیا و سیفیلیس کاهش یافته است. این نظام برای گزارش همگانی از کلیه مراکز ارائه دهنده خدمت طراحی شده است. بمنظور ارتقاء کاربرد این اطلاعات در برنامه‌های کشوری، مطالعات تکمیلی به این نظام اضافه شده و یا در مرحله طراحی است. از این مطالعات میتوان به ادغام شیوع گنوکوک، کلامیدیا و سیفیلیس در مطالعات رفتاری-بیولوژیک زنان تن‌فروش و ارزیابی اتیولوژیک سندرومهای مختلف اشاره کرد. در همین حال مراحل مقدماتی یک نظام گزارش‌دهی پایگاهی برای بیماریهای آمیزشی با تأکید بر مشارکت بخش خصوصی در حال اجراست. در همین راستا مطالعات

مدل سازی (Mode of transmission) برای برآورد سهم گروه های مؤثر در پیش برد همه گیری اچ آی وی در کشور راه اندازی شده که یک دوره آن نیز به اتمام رسیده است.

پیوست ها

پیوست 1: روند تهیه گزارش

با تشکیل کارگروه تهیه گزارش، تهیه آن از اسفند 1392 شروع شد.

نحوه جمع آوری داده‌ها: برای دستیابی به داده‌های مرتبط با پایش فعالیت‌های برنامه‌های کشوری، مکاتبات و تماس‌های وسیعی با دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های دولتی (سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، سازمان بهزیستی، سازمان انتقال خون، وزارت آموزش و پرورش و برخی ادارات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل اداره پیش‌گیری و درمان سوءمصرف مواد) گرفته شد. داده‌های موجود در مرکز مدیریت بیماری‌ها نیز استخراج شد. هم‌چنین برای تکمیل و کنترل برخی از داده‌ها، مصاحبه‌های لازم با کارشناسان امر انجام گرفت و داده‌های به دست آمده از منابع مختلف با یکدیگر مقایسه و نهایی شد.

برای دستیابی به داده‌های مطالعات رفتاری یا رفتاری، زیستی- که اغلب پروژه آن‌ها یا مستقیماً به سفارش مرکز مدیریت بیماری‌ها یا در ارتباط نزدیک با این مرکز تهیه شده- با محققین اصلی آن‌ها هماهنگی‌های لازم برای دستیابی به داده‌ها صورت گرفت.

مطالعات موجود، براساس جستجو در بانک‌های اطلاعاتی خارجی و داخلی، تماس با دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و سازمان‌های مرتبط با برنامه اچ‌آی‌وی و ایدز و افراد کلیدی به دست آمد. مطالعاتی که یافته‌های آن‌ها برای تهیه گزارش مفید به نظر می‌آمد، مشخص شد.

برای تدوین شاخص ابزار سنجش تعهد و سیاست ملی)، پس از انتخاب افراد کلیدی از دستگاه‌های دولتی، غیردولتی و بیماران، با آن‌ها بر پایه پرسشنامه مندرج در دستورعمل UNAIDS مصاحبه شد. اطلاعات به دست آمده از مصاحبه‌ها آنالیز، ادغام و برای تعیین وضعیت این شاخص نهایی شد. آنچه به دست آمد برای مقایسه روند تغییرات در مقایسه با گزارش قبلی مورد استفاده قرار گرفت.

طبقه‌بندی، تخلیص و تحلیل داده‌ها: تمام مطالعات یافت شده مورد بررسی قرار گرفت و داده‌های مرتبط با شاخص‌های اعلانیه تعهد از آن‌ها استخراج، تخلیص و طبقه‌بندی شد. پس از مقایسه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای ارایه شاخص‌های مرتبط به صورت توصیفی به کار گرفته شد.

نحوه نهایی کردن گزارش: در طی مدت تهیه گزارش، شرکاء برنامه در نگارش اجزای گزارش مشارکت داشتند و با استفاده از پست الکترونیک، متون تهیه شده به اشتراک گزاری شده و مورد نقد، بررسی و تایید قرار می گرفت. نسخه نهایی پس از اخذ نظرات آنان درباره گزارش اولیه و اعمال اصلاحات لازم در آن تدوین شد.

پیوست 2: NCPI

این شاخص بر اساس پرسشنامه‌ی استاندارد برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز (UNAIDS) و به صورت مصاحبه با افراد مطلع کلیدی در امر کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز تنظیم گردیده- است. در این مصاحبه 8 نماینده از سازمانهای دولتی و 7 نماینده از نهادهای مدنی، سازمانهای بین‌المللی فعال در زمینه ایدز و نماینده افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند، دعوت به همکاری شدند. انتخاب این افراد براساس نظر کمیته اصلی مطالعه صورت گرفت. این مطالعه یک مطالعه کیفی (qualitative) است که با هدف شناسایی و تعیین دیدگاه‌ها و نظرات مسئولین و افراد کلیدی طراحی شد. با توجه به هدفمند بودن مطالعه، سعی شد که طیفی از شرکا و ذینفعان و افراد کلیدی دارای تجربه در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز در مطالعه حضور داشته باشند. شیوه جمع‌آوری نظرات، تکمیل پرسشنامه بود.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های آن استخراج شد و مورد بررسی کیفی قرار گرفت. نتایج این مطالعه بر اساس نظرات افراد کلیدی و تحلیل عوامل مشترک و متفاوت بین این دیدگاه‌ها بیان گردید. در مورد سؤالاتی که از مصاحبه‌شوندگان خواسته شده بود تا دیدگاه خود را به صورت عددی از 0 تا 5 (0 ضعیف‌ترین و 5 عالی) و یا 0 تا 10 (0 ضعیف‌ترین و 10 عالی) بیان نمایند، میانگین نمرات محاسبه و گزارش گردید. در مواردی که اتفاق نظر بین مصاحبه‌شوندگان وجود نداشت و امکان اجماع نیز وجود نداشت، دیدگاه‌های مختلف در گزارش گنجانده شد. در نهایت، هم پرسشنامه استاندارد تکمیل و ارسال شد.

پیوست 3: جداول بقای بر درمان⁽²⁰⁾

میزان بقای 12 ماه پس از شروع درمان ضد تروویروسی در مبتلایان به اچ آی وی به تفکیک سن و جنس										
سال شروع درمان	گروه سنی	تعداد شروع درمان ضد تروویروسی در دوره زمانی بر حسب جنس و سن (نفر)			بقای بر درمان ضد تروویروسی 12 ماه بعد از شروع بر حسب جنس و سن (نفر)			نسبت بقا بر درمان ضد تروویروسی در دوره زمانی (%)		
		زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع
1390	14-1 سال	19	32	51	19	29	48	100%	91%	94%
	15 سال و بیشتر	274	904	1,178	240	757	997	88%	84%	85%
	جمع	293	936	1,229	259	786	1,045	88%	84%	85%
1389	14-1 سال	17	8	25	15	5	20	88%	63%	80%
	15 سال و بیشتر	192	618	810	174	500	674	91%	81%	83%
	جمع	209	626	835	189	505	694	90%	81%	83%
1388	14-1 سال	6	9	15	6	6	12	100%	67%	80%
	15 سال و بیشتر	112	512	624	105	412	517	94%	80%	83%
	جمع	118	521	639	111	418	529	94%	80%	83%

94%	100%	91%	15	5	10	16	5	11	14-1 سال	1387
77%	75%	88%	395	328	67	513	437	76	15 سال و بیشتر	
78%	75%	89%	410	333	77	529	442	87	جمع	

میزان بقای 24 ماه پس از شروع درمان ضد ترئو ویروسی در مبتلایان به اچ آی وی به تفکیک سن و جنس										
سال شروع درمان	گروه سنی	تعداد شروع درمان ضد ترئو ویروسی در دوره زمانی بر حسب جنس و سن (نفر)			بقای بر درمان ضد ترئو ویروسی 24 ماه بعد از شروع بر حسب جنس و سن (نفر)			نسبت بقا بر درمان ضد ترئو ویروسی در دوره زمانی (%)		
		زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع
1389	14-1 سال	17	8	25	15	5	20	88%	63%	80%
	15 سال و بیشتر	192	618	810	169	455	624	88%	74%	77%
	جمع	209	626	835	184	460	644	88%	73%	77%
1388	14-1 سال	6	9	15	5	6	11	83%	67%	73%
	15 سال و بیشتر	112	512	624	105	357	462	94%	70%	74%
	جمع	118	521	639	110	363	473	93%	70%	74%
1387	14-1 سال	11	5	16	10	5	15	91%	100%	94%
	15 سال و بیشتر	76	437	513	64	290	354	84%	66%	69%

									بیشتر	
70%	67%	85%	369	295	74	529	442	87	جمع	
100%	100%	100%	9	4	5	9	4	5	14-1 سال	1386
70%	67%	85%	260	214	46	373	319	54	15 سال و بیشتر	
70%	67%	86%	269	218	51	382	323	59	جمع	

میزان بقای 36 ماه پس از شروع درمان ضد تروویروسی در مبتلایان به اچ آی وی به تفکیک سن و جنس										
سال شروع درمان	گروه سنی	تعداد شروع درمان ضد تروویروسی در دوره زمانی بر حسب جنس و سن (نفر)			بقای بر درمان ضد تروویروسی 36 ماه بعد از شروع بر حسب جنس و سن (نفر)			نسبت بقا بر درمان ضد تروویروسی در دوره زمانی (%)		
		زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع
1388	14-1 سال	6	9	15	5	6	11	83%	67%	73%
	15 سال و بیشتر	112	512	624	99	325	424	88%	63%	68%

									بیشتر	
68%	64%	88%	435	331	104	639	521	118	جمع	
88%	100%	82%	14	5	9	16	5	11	14-1 سال	1387
62%	59%	82%	319	257	62	513	437	76	15 سال و بیشتر	
63%	59%	82%	333	262	71	529	442	87	جمع	
89%	75%	100%	8	3	5	9	4	5	14-1 سال	1386
61%	58%	80%	229	186	43	373	319	54	15 سال و بیشتر	
62%	59%	81%	237	189	48	382	323	59	جمع	
100%	100%	100%	4	1	3	4	1	3	14-1 سال	1385
66%	62%	87%	179	145	34	273	234	39	15 سال و بیشتر	
66%	62%	88%	183	146	37	277	235	42	جمع	

میزان بقای 48 ماه پس از شروع درمان ضد تروویروسی در مبتلایان به اچ آی وی به تفکیک سن و جنس										
سال شروع درمان	گروه سنی	تعداد شروع درمان ضد تروویروسی در دوره زمانی بر حسب جنس و سن (نفر)			بقای بر درمان ضد تروویروسی 48 ماه بعد از شروع بر حسب جنس وسن (نفر)			نسبت بقا بر درمان ضد تروویروسی در دوره زمانی (%)		
		زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع
1387	14-1 سال	11	5	16	19	4	23	173%	80%	144%

58%	54%	82%	299	237	62	513	437	76	15 سال و بیشتر	
61%	55%	93%	322	241	81	529	442	87	جمع	
78%	50%	100%	7	2	5	9	4	5	14-1 سال	1386
55%	51%	80%	207	164	43	373	319	54	15 سال و بیشتر	
56%	51%	81%	214	166	48	382	323	59	جمع	
100%	100%	100%	4	1	3	4	1	3	14-1 سال	1385
60%	56%	85%	163	130	33	273	234	39	15 سال و بیشتر	
60%	56%	86%	167	131	36	277	235	42	جمع	
100%	100%	100%	5	3	2	5	3	2	14-1 سال	1384
63%	60%	78%	102	81	21	161	134	27	15 سال و بیشتر	
64%	61%	79%	107	84	23	166	137	29	جمع	

1. شغلی ع و فلاح نژاد م. (1391) بررسی اثربخشی ارزیابی رفتارهای پرخطر زنان باردار در شناسایی موارد HIV مثبت. گزارش طرح.. (منتشر نشده)
2. حقدوست ع ا، اصولی م، سجادی ل، میرزازاده ع، نواده س، مصطفوی ا، خواجه کاظمی ر، ذوالعلی ف و سایرین (1391). مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد به روش تزریقی در ایران (1389-1388). مجموعه انتشارات مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح..
3. Wolfe D. Ilicit drug policies and the global HIV epidemic. International Harm Reduction Development program. New York, 2004.
4. کارگروه کشوری کنترل اچ آی وی و ایدز. تحلیل وضعیت اچ آی وی/ایدز کشور و پاسخ ملی به آن. مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران. 1388.
5. Haghdoust AA, Mostafavi E, Mirzazadeh A, et al. (2011) Modeling of HIV/AIDS in Iran up to 2014; Journal of AIDS and HIV research, 3(12): 231-239.
6. نصیریان م، حق دوست ع ا (1390). مدل‌سازی توزیع مورد انتظار عفونت‌های جدید اچ آی وی بر اساس گروه‌های مواجهه در ایران. مجموعه انتشارات مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح.
7. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت موارد شناخته شده مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز. مهر 1392. (منتشر نشده)
8. حقدوست ع ا، سجادی ل، اصولی م، مصطفوی ا، خواجه کاظمی ر، میرزازاده ع، نواده س، ذوالعلی ف و سایرین (1391). مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ آی وی در زنان آسیب پذیر ایران (1389-1388). مجموعه انتشارات مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح
9. کلاهی ع ا، آریا پ. بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان منطقه 17 تهران درباره ایدز و عوامل موثر بر آن. مرداد 1383 (منتشر نشده).
10. کلاهی ع ا، آریا پ، گچکار ل. آگاهی و عملکرد دانشجویان پسر دانشگاه صنعتی امیرکبیر درباره ایدز 1385 (منتشر نشده).
11. حسینی س ر، خدادادی م و نویدی ا. مطالعه روابط قبل از ازدواج در میان جوانان 15 تا 29 ساله کشور. 1385 (منتشر نشده) .
12. Mokrt A. Methamphetamine and Sexual Behavior: Investigating the Impact of Methamphetamine Use on Sexual Behavior and HIV Related Risk-taking in a Sample of Iranian Meth-users. Project report, 2010. (Unpublished)
13. Shoghli A, Sedaghat A, Mohajeri M, Fallhnejed M, Mosavinasab N, Tajlili A, Yasrebi N. The study of Adolescent HIV/AIDS knowledge, Attitude and behavior in Iran. Winter 2011. (unpublished)

14. رشیدیان آ و همکاران(1391)، گزارش نخست دیده بانی سلامت کشور، مطالعه شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت- سیمای سلامت و جمعیت در ایران در سال 1389

15. استعلام در باره پایش خدمات ارائه شده از دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات درمانی سرتاسر کشور، اسفند 1392(منتشر نشده)

16 استعلام در باره پایش خدمات ارائه شده از سازمان بهزیستی کشور، اسفند 1392. (منتشر نشده)

17. نارنجی ها ه، رفیعی ح، باغستانی ا، نوری ر، شیرین بیان پ، فرهادی م، وجدانی روشن ا و اعتمادی ح. گزارش ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران. موسسه داریوش، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران. 1384. 73-86.

18. نارنجی ها ه. گزارش ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران. موسسه داریوش، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران. 1386. 49-53.

19. استعلام از مجریان طرح " فراوانی آلودگی به اچ آی وی در ایران، مدلسازی برای سالهای 1390 تا 1396. مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی/ ایدز(دانشگاه علوم پزشکی کرمان)، مرکز مدیریت بیماری های واگیر، دفتر یوان ایدز در ایران "، اسفند 1392. (منتشر نشده)

20. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت موارد تحت درمان شدتروویروسی . اسفند 1392. (منتشر نشده)

21 استعلام از اداره کنترول سل، مرکز مدیریت بیماری های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار موارد سل . اسفند 1392. (منتشر نشده)

22.Mohraz M, Ramezani A, Gachkar L, Velayati AA. Frequency of positive purified protein derivative in those infected with human immunodeficiency virus. Arch Iranian Med 2006; 9 (3): 218 – 221

23. Hopewell PC, Chaisson RE. Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection. In: Reichman LB, Hershfield ES, eds. Tuberculosis: a comprehensive international approach. New York, Marcel Dekker, 2000:525–547 (Lung Biology in Health and Disease Series, Vol. 144).

24. شغلی ع، رخشانی ف، موسوی نسب ن، مهاجری م، صداقت ع، گویا م م. بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای پر خطر نوجوانان و جوانان مناطق منتخب کشوری در ارتباط با عفونت HIV/AIDS. تابستان 1387. گزارش طرح. (منتشر نشده)

25. مصاحبه با کارشناسان اداره کنترل ایدز، اسفند 1392(منتشر نشده).

26. دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ آی وی و ایدز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی . اسفند 1390

27. دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ آی وی و ایدز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی . اسفند 1388

27. حق دوست ع ا، سجادی ل، علیپور ع، ذوالعلی ف، نواده س، میرزازاده ع، و سایرین (1391). مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ آی وی، اچ سی وی و اچ بی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی ها آنها در شهرهای تهران، شیراز و مشهد در سال 1389. دفتر مقابله

با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی). مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح.

28. حقدوست ع ا و همکاران. مراقبت سرولوژیک - رفتاری زندانیان در ایران در سال های 1391-1392. گزارش اولیه طرح. (منتشر نشده)

29. نواده س، میرزازه ع، حقدوست ع ا، عرب‌نژاد س، فهیم‌فر ن، کمالی ک، و سایرین. مراقبت سرولوژیک - رفتاری زندانیان در ایران در سال 1388. گزارش طرح.

30. شغلی ع، محرز م. مطالعه زیست رفتاری کودکان کار و خیابانی شهر تهران در ارتباط با عفونت HIV/AIDS. مرکز مدیریت بیماریها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1389. گزارش طرح. (منتشر نشده)

31. مدنی س، شادی طلب ژ، رئیس دانا ف و کامکار م. ارزیابی سریع وضعیت روسپیگری در شهر تهران با تأکید بر رفتارهای پر خطر مرتبط با ایدز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. 1386. (منتشر نشده)

32. سعیده موبدی نیا، زهرا بیات جوزانی، غلامرضا اسماعیلی جاوید، فاطمه انتخابی، سعید بیان الحق، مینو ساعتیان، عباس صداقت، مینو محرز. بررسی شیوع ابتلاء به HIV و برخی از بیماریهای قابل انتقال از راه جنسی در زنان تن فروش شهر تهران طی سال های 91-92 به روش نمونه گیری (Respondent-Driven Sampling) RDS. منتشر نشده

33. Shokoohi M, Baneshi MR, Haghdoust AA. (2012) Size estimation of groups at high risk of HIV/AIDS using network scale up in Kerman, Iran. Int J Prev Med

34. Global AIDS Response Progress Reporting, 2014, Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. UNAIDS, December 2013, Geneva, Switzerland.

35. Marlatt G.A. 1998. "Harm Reduction Pragmatic strategies for managing high risk behaviours". The Guilford Press, Loundon.

36. دستور عمل پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به کودک، رهنمود بالینی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماریها، اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی، بهمن 1389.

37. سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1389-1393)

38. زمانی س و همکاران. مطالعه مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد. 1386 گزارش طرح.

39. استعمال در باره پایش خدمات ارائه شده از سازمان زندانها، اقدامات تأمینی و تربیتی، اسفند 1392. (منتشر نشده)

40. مصاحبه با کارشناسان سازمان زندانها، اقدامات تأمینی و تربیتی، اسفند 1392. (منتشر نشده)

41. مصاحبه با کارشناسان مرکز ملی مطالعات اعتیاد- دانشگاه علوم پزشکی تهران، بهمن 1390. (منتشر نشده)

42. مصاحبه با کارشناسان اداره کنترل ایدز، بهمن 1390. (منتشر نشده)

43. HIV Test-Treat-Retain Cascade Analysis. National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education, I.R. Iran, December 2013.

44. Casey K, Farzad Z. Rapid Appraisal of HIV Testing and HIV Counseling within the context of the Iranian HIV epidemic. 2013.

45. ادارهٔ کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت موارد ارائه آزمایش سریع اچ آی وی. اسفند 1392. (منتشر نشده)

46. Khalili, Bio-Behavioral Surveillance of HIV/AIDS in prisoners of Kermanshah province. 2008, Centre for Disease Control Ministry of Health and Medical Education.

47. قابل دسترسی در :

<http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&siteid=1&siteid=1&siteid=1&siteid=1&pageid=156&catid=6>
4

48. Radfar R, Noroozi A, Tayeri K, Motavalian A. Study on situation of HIV, Latent Tuberculosis (TB) and Active TB Infection among Injecting Drug Users Receiving Harm Reduction Services in Tehran and 5 large cities in Iran. [Survey]. In press 2014.