



جمهوری اسلامی ایران

# 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 1393



## فهرست

صفحه	عنوان
4	تقدیر و تشکر
6	اختصارات
7	مقدمه
8	وضعیت در یک نگاه
13	نمای کلی همه‌گیری ایدز در ایران
25	پاسخ ملی به همه‌گیری ایدز
62	بهترین تجربه‌ها
64	چالش‌ها و راه‌کارها
67	حمایت مورد نیاز از سازمان‌های بین‌المللی
69	وضعیت پایش و ارزشیابی
70	پیوست‌ها
73	منابع

# تقدیر و تشکر

بدینوسیله از تمام دستگاهها، سازمانها و نهادهایی که این گزارش از مشارکت، اطلاعات و یا نظرات آنها سود جسته، سپاسگزاری می شود. اسامی این سازمان ها در زیر به ترتیب حروف الفباء آمده است. در هر یک از دستگاه ها و سازمان های فوق نیز عزیزانی بوده اند که هر یک در تهیه گزارش به نوعی مشارکت داشته اند و از ایشان تشکر می گردد. 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 کشوری برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران
- دکتر علیرضا وثیق، مدیر پایش و ارزشیابی 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 کامبیز محضری، کارشناس پروژه گلوبال فاند در بهزیستی

## ✓ سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، اداره کل بهداشت و درمان

- دکتر مهرزاد تشکریان، مدیر کل بهداشت و درمان سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
- دکتر رامین علاسوند، کارشناس مسئول اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
- کشور

## ✓ ستاد مبارزه با مواد مخدر

- دکتر پرویز افشار، معاون کاهش تقاضا و مشارکت های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر
- دکتر فریبرز احمدی، مدیر کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر
- دکتر مهدی قمبری محمدی، رییس اداره کاهش آسیب ستاد مبارزه با مواد مخدر

## ✓ مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران

- دکتر مینو محرز، رییس مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تهران

## ✓ مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی / ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- دکتر علی اکبر حق دوست، رییس مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی / ایدز کرمان
- دکتر حمید شریفی، مدیر و قائم مقام مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی / ایدز کرمان
- مصطفی شکوهی، کارشناس مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی / ایدز کرمان
- خانم راضیه خواجه کاظمی، کارشناس مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی / ایدز کرمان

## ✓ مسئولین مبارزه با بیماری ها و کارشناسان ایدز دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور

## ✓ نماینده بیماران مبتلا به اچ آی وی

## ✓ سازمانهای غیردولتی فعال در زمینه اچ آی وی / ایدز

- ✓ دکتر محمدرضا سیدقاسمی

## ✓ وزارت آموزش و پرورش

- ✓ دکتر حسن ضیاءالدینی، مدیر کل دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش

- ✓ خانم مریم ریحانی، کارشناس دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش

## ✓ 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 بیماری های واگیر**
- ✓ دکتر محمد مهدی گویا، رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، ناظر طرح
- ✓ دکتر عباس صداقت، رئیس اداره کنترل ایدز و بیماری های 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 سعیده زاهد انارکی، 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
- ✓ **وزارت کشور:**
- ✓ دکتر رضا محبوبی، مشاور وزیر و معاون مرکز امور اجتماعی و فرهنگی وزارت کشور
- ✓ خانم نسرین گودرزی، کارشناس مسئول سلامت مرکز امور اجتماعی وزارت کشور

### هماهنگ کننده تیم فنی تهیه گزارش

دکتر بهنام فرهودی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی ایران، واحد علوم پزشکی تهران

## 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	افرادی 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)

در اواخر سال های دهه هفتاد شمسی، با شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد، همه گیری اچ‌آی‌وی 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 گسترش اچ‌آی‌وی از راه جنسی در سال های اخیر افزایش یافته است. جمهوری اسلامی ایران در هر سه نشست ویژه ملل متحد در باره اچ‌آی‌وی در سال های 1382، 1387 و 1390 خود را متعهد به کنترل اچ‌آی‌وی نموده و اعلامیه های این نشست ها را امضاء کرده است. این گزارش که مهم ترین گزارش کشوری در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز محسوب می شود، ضمن ارایه نمایی کلی از همه گیری اچ‌آی‌وی در ایران، شاخص های مرتبط با اعلامیه تعهد و وضعیت پاسخ کشوری را ارایه می دهد. شاخص های مرتبط با این اعلامیه به چهار علت اهمیت دارد: اول آن که شاخص های این گزارش اهمیت بسیار زیادی 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 پایبندی کشور به تعهداتش در قبال این اعلامیه را نشان می دهد و چهارم آنکه جایگاه کشور را در پاسخ جهانی به اچ‌آی‌وی و ایدز در میان سایر اعضا مشخص می کند.

این ششمین گزارشی است که جمهوری اسلامی ایران، در رابطه با پایش اعلامیه تعهد در چارچوب دستورعمل یو.ان.ایدز آماده و منتشر می سازد. این گزارش با وجود کاستی های احتمالی، دارای اطلاعات بسیار ارزشمندی است که با تلاش صدها 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 اچ‌آی‌وی 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 يك 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 نیمه بهمن 1393 آغاز به کار کرد، نظرات شرکای برنامه را با استفاده از مکاتبات رسمی، مکاتبات الکترونیک و جلسات حضوری جمع‌آوری کرد و در تهیه گزارش مورد استفاده قرار داد.

## وضعیت همه‌گیری

شیوع اچ‌آی‌وی در ایران در جمعیت عمومی هنوز پایین است.<sup>(1 و 2)</sup> اما شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد حدود 13/8٪ است.<sup>(3)</sup> بنابر این شیوع اچ‌آی‌وی در این زیر گروه 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، هدفمند و موثر برای مهار آنها در پیش گرفته نشود، می‌توانند به همه‌گیری عمومی بیانجامند.<sup>(4)</sup>

اما 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.<sup>(5)</sup> با این وجود هنوز عمده‌ترین عامل گسترش همه‌گیری در ایران مصرف تزریقی مواد است<sup>(6 و 7)</sup>، چرا که تزریق با وسایل مشترک به صفر نرسیده است.<sup>(3)</sup> به همین جهت برای به صفر رساندن انتقال اچ‌آی‌وی از راه مصرف تزریقی مواد، تقویت کیفی و کمی برنامه‌های پیشگیرانه کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد یک ضرورت جدی است.

از سوی دیگر انتقال جنسی اچ‌آی‌وی در ایران در چند سال اخیر در حال افزایش است.<sup>(8)</sup> به گونه‌ای که سهم موارد شناسایی شده‌ی ابتلا از راه انتقال جنسی، به طور مداوم افزایش یافته است. شیوع اچ‌آی‌وی در زنان تن‌فروش نیز به 4/5٪ رسیده است.<sup>(9)</sup> اغلب زنان تن‌فروش بطور مداوم از کاندوم استفاده نمی‌کنند<sup>(9)</sup>، تعدد روابط جنسی در مصرف‌کنندگان تزریقی ناشایع نیست و اغلب بدون استفاده از کاندوم صورت می‌گیرد.<sup>(3)</sup> روابط جنسی پرخطر در جوانان نادر نیست و 19/5٪ جوانان 20 تا 29 ساله رابطه خارج از ازدواج داشته‌اند<sup>(10)</sup> 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.<sup>(11)</sup> 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 در اثر انتقال جنسی افزایش یافته است.<sup>(8)</sup> با افزایش تعداد مادران باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی، بر تعداد کودکان مبتلا نیز در چند سال اخیر افزوده شده است.<sup>(8)</sup> هر چند هنوز تعداد کودکان مبتلا زیاد



نیست، ولی سیر فزاینده ابتلا از طریق جنسی منجر به جدی تر شدن مشکل اچ‌آی‌وی در بین کودکان خواهد شد و نیاز به گسترش مداخلات موثر پیشگیری انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک در این زمان احساس میشود. به نظر میرسد برنامه های تامین خون سالم در کشور مناسب بوده، بطوریکه از سال 86 موردی از ابتلا به اچ‌آی‌وی بدنبال دریافت خون و فرآورده های خونی گزارش نشده است.<sup>(8)</sup> با اینحال 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 اچ‌آی‌وی 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 کارایی 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
<b>شاخص های مرتبط با جوانان و جمعیت عمومی</b>		
آگاهی جوانان درباره پیش-گیری از اچ‌آی‌وی	درصد مردان و زنان جوان سنین 24-15 سال که راه های پیش گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی را به درستی می دانند و باورهای غلط و مهم درباره انتقال اچ‌آی‌وی را نمی پذیرند.	جواب درست به تمامی سوالات: 11/7٪ منبع شماره 10
رابطه جنسی قبل از 15 سالگی	درصد زنان و مردان جوان سنین 24-15 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. ولی رابطه جنسی خارج از ازدواج قبل از 15 سالگی در زنان و مردان 19 تا 24 ساله، 1/6٪ بوده است. منبع شماره 10
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 دقیقاً همین شاخص را اندازه گیری کند، موجود نیست. اما شاخص های مشابه وجود دارد. 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 دقیقاً همین شاخص را اندازه گیری کند، موجود نیست. اما شاخص های مشابه وجود دارد. برای توضیحات بیشتر به متن مراجعه شود.
آزمایش اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی	درصد زنان و مردان 15 تا 49 ساله ای که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.	در حال حاضر مطالعه ای که بتواند دقیقاً همین شاخص را اندازه گیری کند، موجود نیست. اما 14٪ جوانان 15 تا 29 ساله سابقه آزمایش اچ‌آی‌وی در یک سال گذشته داشته اند.

جدول خلاصه شاخص های اصلی گزارش پایش اعلانیه تعهد		
نام شاخص	تعریف شاخص	مقدار شاخص و منبع
		منبع شماره 10
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
<b>شاخص های مرتبط با تن فروشان</b>		
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 9 در مردان تن فروش مطالعه ای وجود ندارد.
مصرف کاندوم در تن فروشان	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 9 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 9 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 منبع شماره 9 در مردان تن فروش مطالعه ای وجود ندارد.
<b>شاخص های مرتبط با مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند</b>		
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.
<b>شاخص های مرتبط با مصرف کنندگان تزریقی مواد</b>		
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 44 تا 60 سرنگ در سال به ازای هر مصرف کننده مواد. منبع: برای صورت کسر منابع شماره 12 و 13 و برای مخرج منابع شماره 14 و 15

جدول خلاصه شاخص های اصلی گزارش پایش اعلانیه تعهد		
نام شاخص	تعریف شاخص	مقدار شاخص و منبع
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 کرده اند.	پس از وزن دهی 44/3٪ منبع شماره 3
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.	81/5٪ پس از وزن دهی منبع شماره 3
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.	27/2٪ پس از وزن دهی منبع شماره 3
شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد	درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد که مبتلا به اچ آی وی هستند	13/8٪ پس از وزن دهی منبع شماره 3
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.	19/9٪ صورت کسر: 168 زن باردار مخرج کسر: 845 تخمین تعداد زن باردار منبع صورت: منبع شماره 12 منبع مخرج: منبع شماره 16
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.	56/8٪ (71 از 125 نوزاد) منبع صورت: منبع شماره 12 منبع مخرج: منبع شماره 12
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.	به متن در شاخص مربوطه مراجعه شود.
شاخص های مرتبط با درمان ضد رتروویروسی		
درمان ضد رتروویروسی مبتلایان به ایدز	درصد بزرگسالان و کودکان مبتلا به عفونت پیشرفته اچ آی وی که درمان ترکیبی ضد رتروویروسی دریافت می کنند	20/1٪ صورت کسر: 5585 نفر تحت درمان مخرج کسر: 27800 نفر تخمین نیازمندان به درمان منبع صورت: منبع شماره 17 منبع مخرج: منبع شماره 16
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.	84/8٪ زنان: 88/4٪ مردان: 83/4٪ منبع 17
مدیریت همزمان درمان سل و اچ آی وی		

جدول خلاصه شاخص های اصلی گزارش پایش اعلانیه تعهد		
نام شاخص	تعریف شاخص	مقدار شاخص و منبع
مدیریت هم‌زمان درمان سل و اچ‌آی‌وی	درصد تخمینی موارد بروز سل در بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی که درمان سل و ایدز را دریافت کرده‌اند.	40/8٪ منبع صورت: منبع شماره 18 منبع مخرج: منابع شماره 19
<b>شاخص های مرتبط با سیاست‌گذاری و زمینه‌های اقتصادی و اجتماعی مرتبط با اچ‌آی‌وی</b>		
اعتبار هزینه شده دولت جمهوری اسلامی ایران و سازمان‌ها و دفاتر بین‌المللی برای کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز	مقدار اعتبارات ملی و بین‌المللی که توسط سازمان‌های مختلف دولتی و دفاتر سازمان ملل و پروژه‌های بین‌المللی در سطح کشور هزینه شده است.	1391 676,898,000,000 ریال در سال منبع 20
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 کرده‌اند.	در حال حاضر مطالعه‌ای که بتواند این شاخص را اندازه‌گیری کند، وجود ندارد.
ورود کودکان یتیم به مدرسه	درصدی از کودکان 10 تا 14 ساله یتیم و غیریتیم که به مدرسه می‌روند	92/4٪ منبع 21
حمایت اقتصادی از فقیرترین اقشار جامعه	نسبت فقیرترین خانواده‌هایی که در 3 ماه گذشته حمایت اقتصادی دریافت کرده‌اند	مطالعه‌ای که مستقیماً این شاخص را اندازه‌گیری 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.

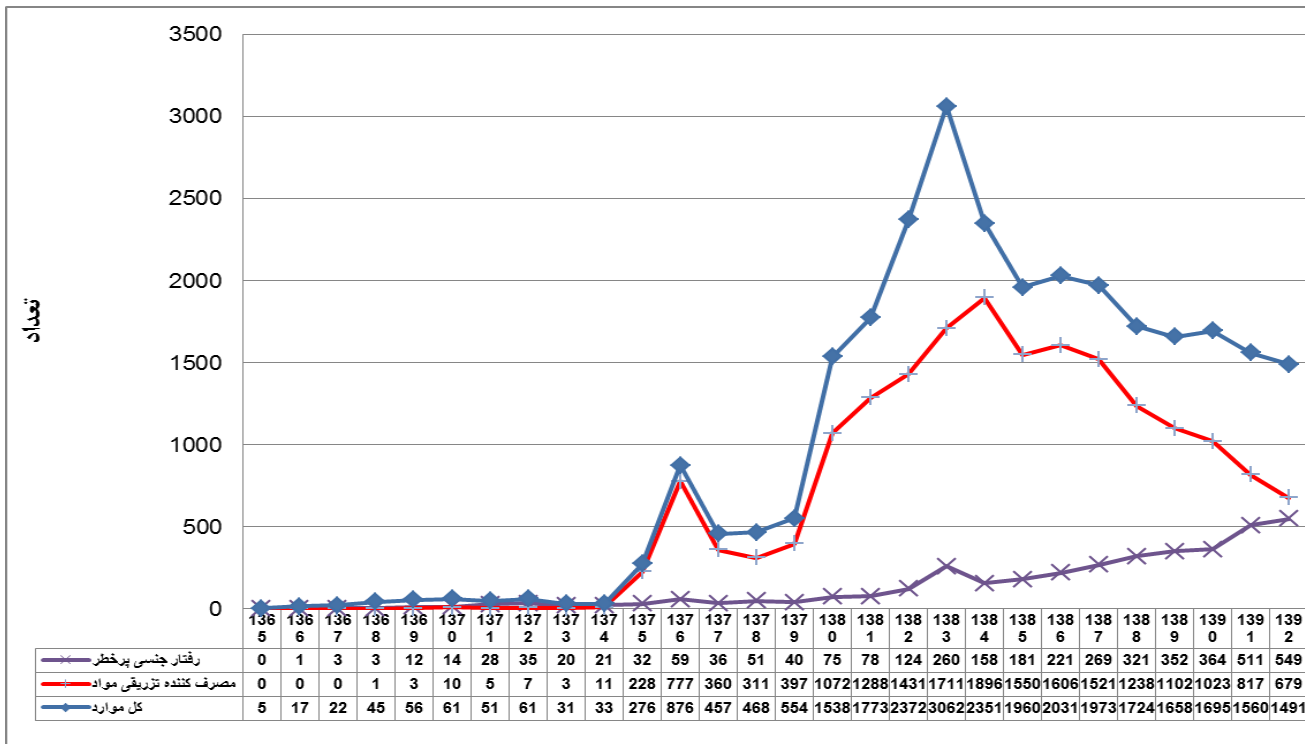
## تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی

### بررسی آمار سیستم ثبت موارد شناسایی شده

**تعداد کل موارد شناسایی شده:** بر اساس آمار سیستم ثبت موارد شناسایی شده، تا تاریخ 1393/7/1 مجموعاً 28663 نفر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در کشور شناسایی شده‌اند. تاکنون 6435 نفر از افراد شناسایی شده مبتلا به ایدز شده‌اند.<sup>(8)</sup>

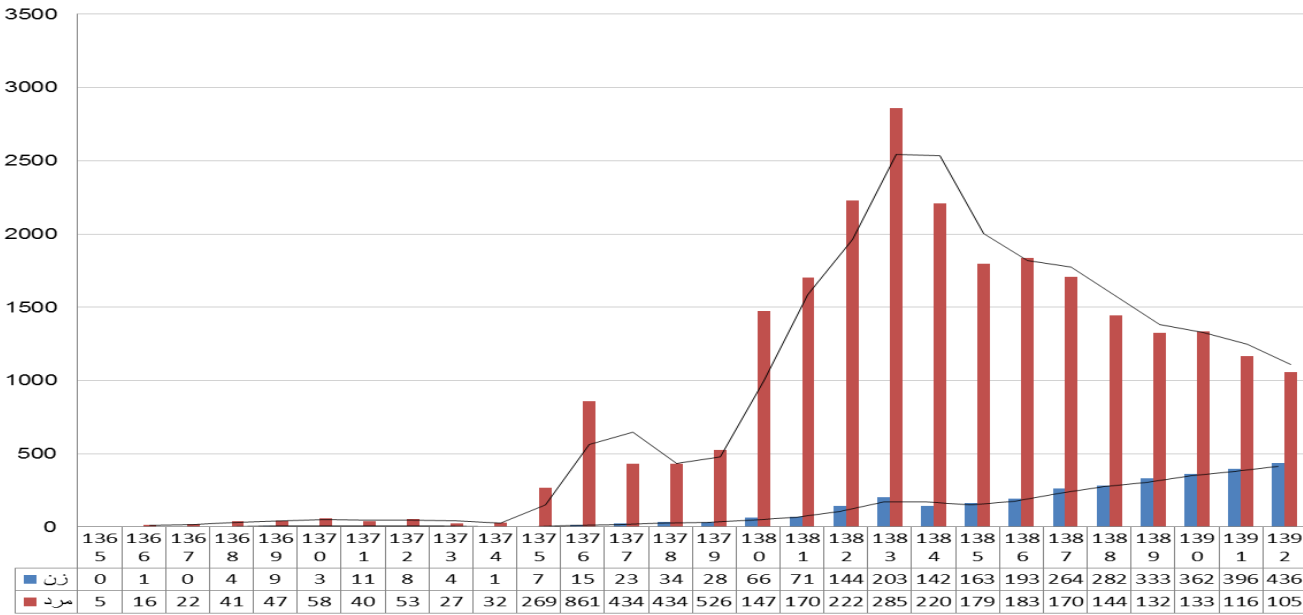
اولین مورد مبتلا به اچ‌آی‌وی در ایران در سال 1365 گزارش شد. از آن پس تا سال 1374 در گزارش‌های سالیانه، موارد شناخته‌شده، افزایشی اندک و تدریجی داشت. در سال 1375 با شناسایی همه‌گیری در برخی از زندان‌های کشور، موارد شناخته شده به یک‌باره افزایشی چشم‌گیر یافت و این سیر صعودی تا سال 1383 ادامه یافت. در آن سال کل موارد شناخته شده در طی یک سال به حداکثر رسید و سپس با شیبی ملایم روندی کاهشی داشته است (نمودار 1).<sup>(8)</sup> 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 شدند.<sup>(22)</sup> لذا در تفسیر تغییرات منحنی موارد سالیانه شناسایی شده بر اساس داده‌های سیستم ثبت، باید محتاط بود.<sup>(22)</sup>

نمودار 1: تغییرات سهم راه های انتقال از سال 1365 تا سال 1392 براساس داده های سیستم ثبت

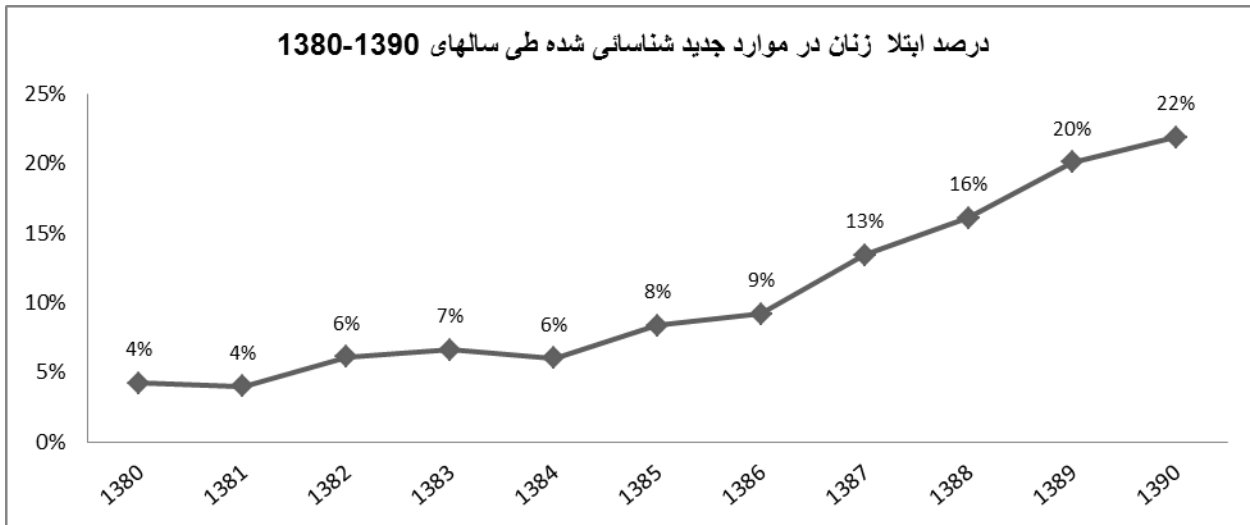


**توزیع جنسی موارد شناسایی شده:** از مجموع موارد شناسایی شده تا تاریخ 1393/7/1، درصد مردان 88/4٪ و درصد زنان 11/6٪ بوده است. در مقایسه با کل موارد شناسایی شده تاکنون، در سال 1392، هفتاد درصد مبتلایان شناسایی شده، مرد و 30٪ زن بوده اند. این امر نشان دهنده روند افزایشی موارد ابتلا در بین زنان بوده که همزمان با افزایش موارد انتقال از طریق جنسی رخ داده است (نمودار 2 و 3).<sup>(8)</sup>

نمودار 2: روند شناسایی مبتلایان به اچ آی وی از سال 1365 تا سال 1392 برحسب جنس

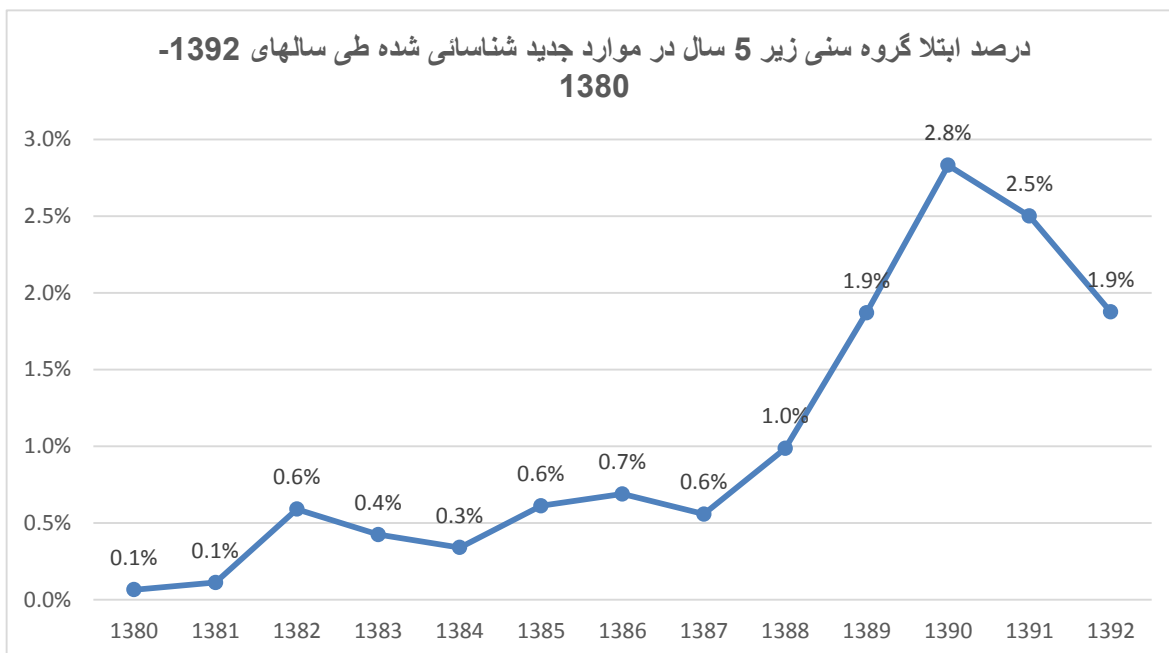


نمودار 3: درصد ابتلا زنان در موارد جدید شناسایی شده از سال 1380 تا سال 1390



**توزیع سنی موارد شناسایی شده:** از مجموع موارد شناسایی شده تا تاریخ 1393/7/1، 45/7٪ از مبتلایان در گروه سنی 25-34 سال قرار دارند که بالاترین نسبت در بین گروه‌های سنی است. پس از آن گروه سنی 35-44 سال با 28/2٪ قرار داشته است. با افزایش تعداد زنان مبتلا و تعداد موارد انتقال از مادر به فرزند، تعداد کودکان زیر 5 سال نیز افزایشی مداوم داشته است (نمودار 4).<sup>(8)</sup> این افزایش اهمیت بسیار دارد و بر لزوم توجه به برنامه‌های پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک می‌کند.

**نمودار 4: درصد ابتلا گروه سنی زیر 5 سال در موارد جدید شناسایی شده از سال 1380 تا سال 1392**



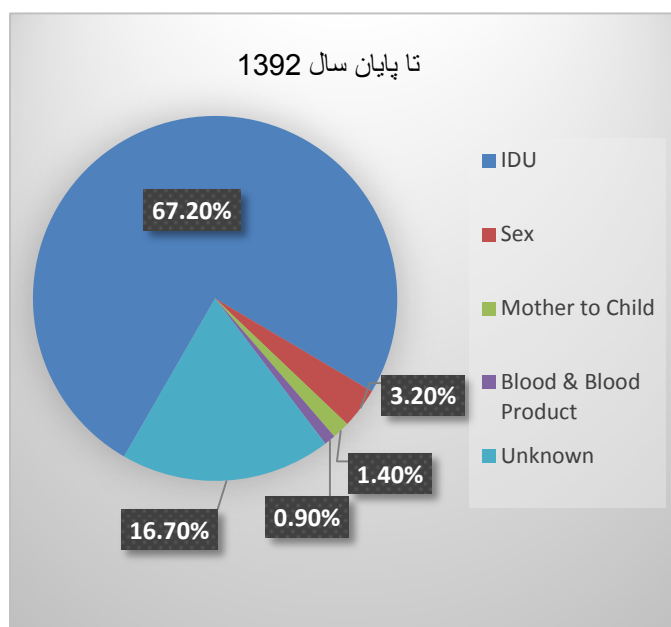
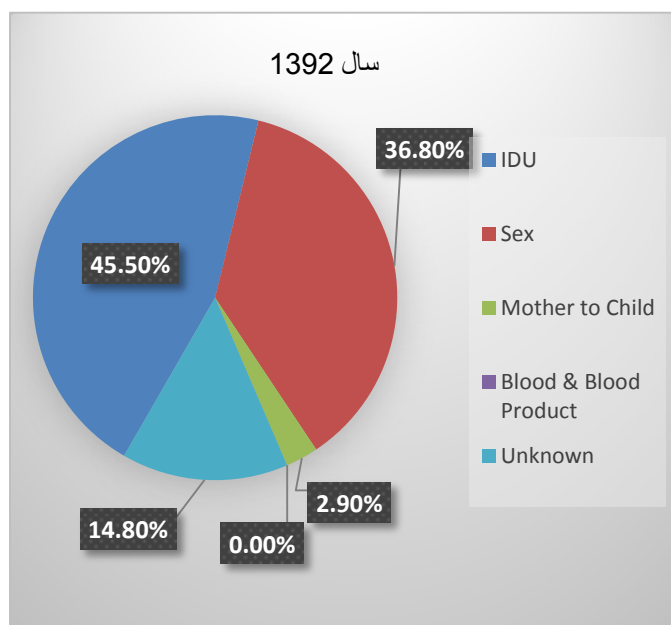
**توزیع موارد شناسایی شده بر اساس راه انتقال:** علل ابتلا به اچ‌آی‌وی در بین کل مواردی که از سال 1365 تاکنون در کشور به ثبت رسیده‌اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد (67/2٪)، رابطه جنسی (13/9٪)، دریافت خون و فرآورده‌های خونی (0/9٪) و انتقال از مادر به کودک (1/3٪) بوده است. راه انتقال در 16/7٪ مبتلایان نامشخص مانده است.<sup>(8)</sup> در مقایسه این آمار با مواردی که ابتلا آنان در سال 1392 گزارش شده است، مصرف تزریقی مواد 45/7٪، انتقال جنسی 37/9٪ و انتقال از مادر مبتلا به کودک 3/0٪ تشکیل داده است. در 13/5٪ 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 (نمودار 5).<sup>(8)</sup>

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 شد و پس از آن به عنوان شایع‌ترین راه انتقال باقی ماند. تعداد موارد ثبت شده انتقال از راه



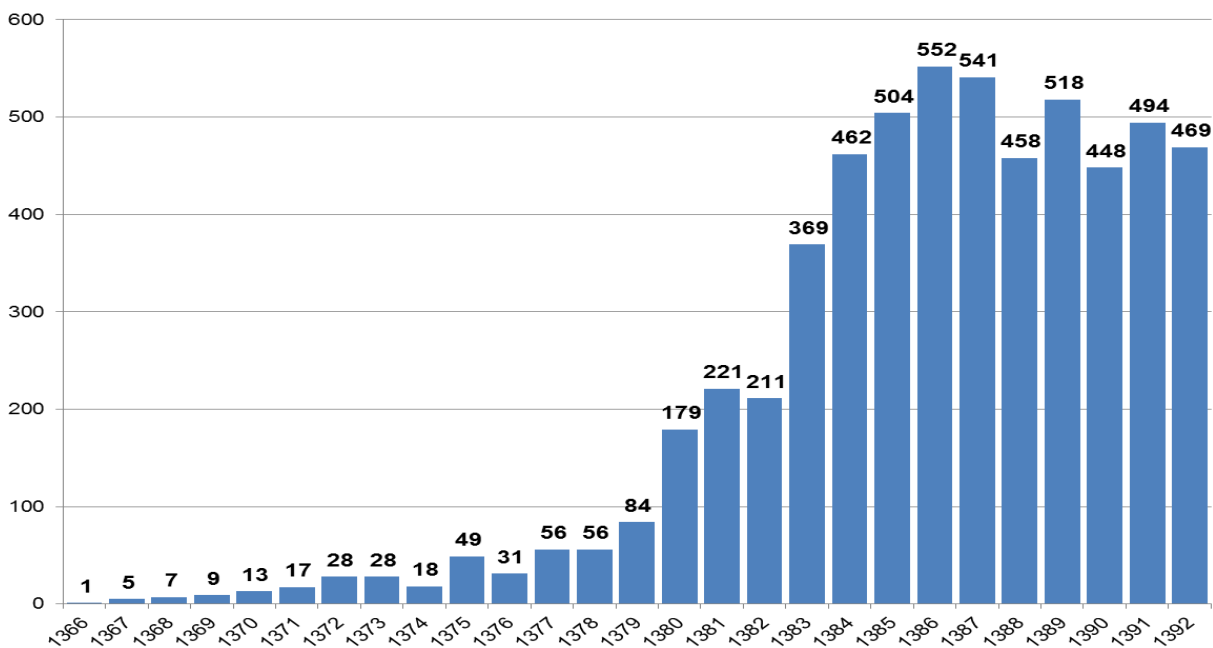
تزریق تا سال 1384 به طور مداوم افزایش یافت و از سال 1385 شروع به کاهش نمود. این روند کاهش یابنده تا کنون ادامه دارد (نمودار 1). همزمان با کاهش در سهم انتقال از راه مصرف تزریقی مواد، افزایش در میزان انتقال از طریق تماس جنسی و نیز موارد مادر به کودک مشاهده میگردد (نمودار 1 و 4).<sup>(8)</sup> مواردی از ناشناخته بودن راه انتقال در نظام ثبت کشور وجود دارد. این موارد میتواند ناشی از عدم ابراز عوامل خطر به علت انگ و ثبت موارد گزارش شده در جریان تحقیقات و پایگاههای دیده ور باشد.

**نمودار 5: مقایسه راههای انتقال اچ‌آی‌وی برای کل موارد تا سال 1392 و برای موارد جدید در سال 1392**



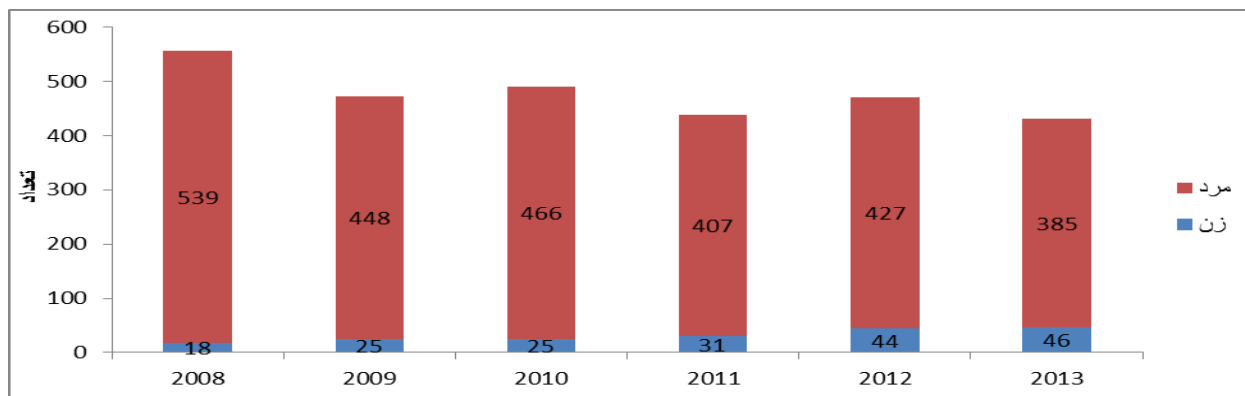
**مرگ و میر در موارد شناسایی شده:** تاکنون 6016 نفر از افراد شناسایی شده ی مبتلا به اچ‌آی‌وی در گذشته اند. تعداد موارد مرگ در سال 1387، به حداکثر رسید و پس از آن با مختصری کاهش ادامه یافته است (نمودار 6).<sup>(8)</sup>

**نمودار 6:** تعداد مرگ های مرتبط با HIV بر اساس داده های ثبت شده در سال های 1386 تا 1392



نمودار 7، فراوانی تعداد مرگ های ثبت شده را برای گروههای جنسی مرد و زن نیز نشان داده است.<sup>(8)</sup> تعداد مرگ در خانم ها کمتر از آقایان بوده است. اگر چه در مجموع تعداد مرگ روند کاهشی داشته، اما در زنان روند آن افزایشی بوده است. در مردان، تعداد مرگ رو به کاهش بوده است.

**نمودار 7:** فراوانی تعداد مرگ های ثبت شده برای گروههای جنسی مرد و زن



## برآورد تعداد مبتلایان

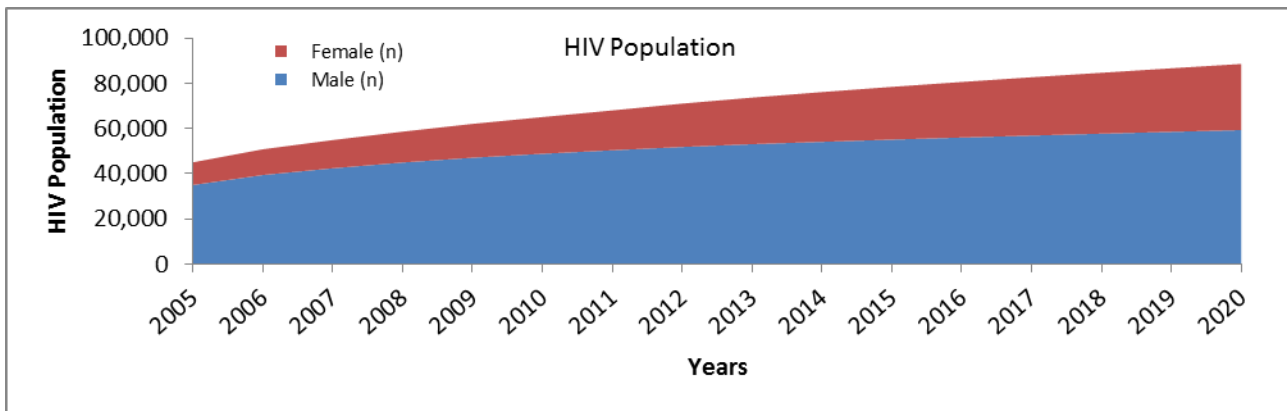
همچون سایر کشورها، در ایران نیز موارد شناسایی شده تنها بخشی از کل موارد مبتلاست. در قسمت های بعدی، برآوردهای جدید با استفاده از نرم افزار اسپکتروم بر اساس مدل های پیشنهادی یوان.ایدز در سال 2014 (1393 شمسی) ارائه شده است. باید در نظر داشت که با توجه به اطلاعات جدیدی که در حال حاضر وجود دارد و همچنین دقیق تر شدن اطلاعات قبلی، برآوردهای نرم افزار در هر محاسبه تا حدی با برآوردهای قدیمی تفاوت می کند.

### برآورد تعداد مبتلایان به اچ آی وی در جمعیت عمومی: تخمین ها بیانگر روند فزاینده ی تعداد

مبتلایان به اچ آی وی در کل جمعیت است. (نمودار 8) میانه تعداد کل مبتلایان در سال 1393، حدود 75700 نفر (فاصله اطمینان 95٪: 49600 تا 135400) برآورد شده است. میانه تخمین تعداد مردان مبتلا، 55000 نفر و زنان مبتلا، 20700 نفر بوده است. هر چند تخمین تعداد مبتلایان مرد بیش از زنان است، نرخ رشد تعداد مبتلایان در زنان بیشتر است.<sup>(16)</sup>

تغییر تعداد تخمینی مبتلایان در این گزارش نسبت به گزارش های قبلی، ناشی از تغییر و بهبود نرم افزار اسپکتروم، بهینه سازی روش کار و نیز تقویت اطلاعات مورد استفاده بوده است.

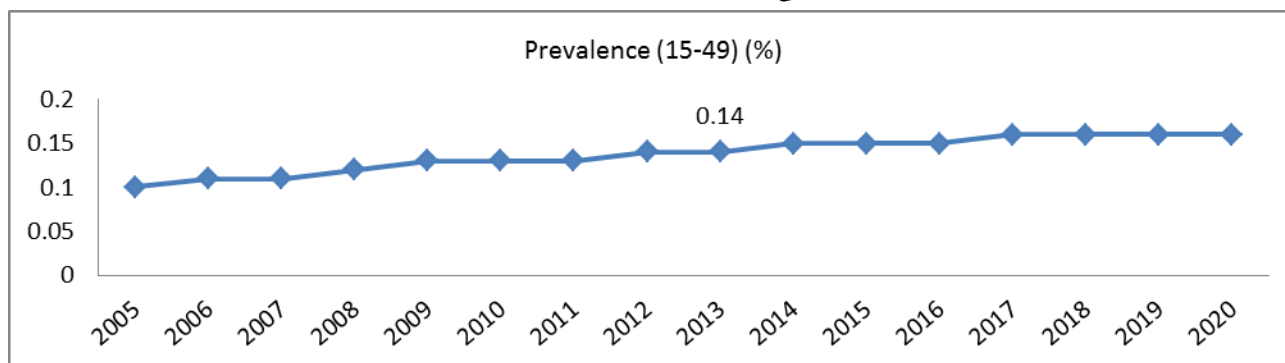
نمودار 8: برآورد تعداد مبتلایان به اچ آی وی در کل جمعیت



### برآورد شیوع اچ آی وی در جمعیت عمومی: شیوع اچ آی وی در جمعیت 15 تا 49 ساله در سال 2005

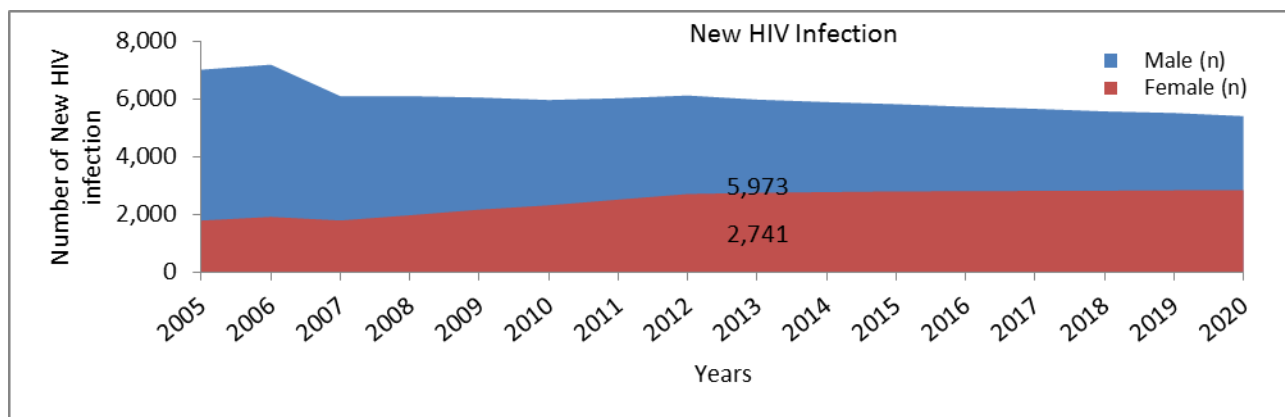
برابر 0/1 درصد و در سال 2014 برابر 0/14 درصد برآورد شده است. اما انتظار می رود که این میزان در سال 2020 به 0/16 درصد افزایش یابد (نمودار 9).<sup>(16)</sup>

نمودار 9: برآورد شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت 15 تا 49 سال



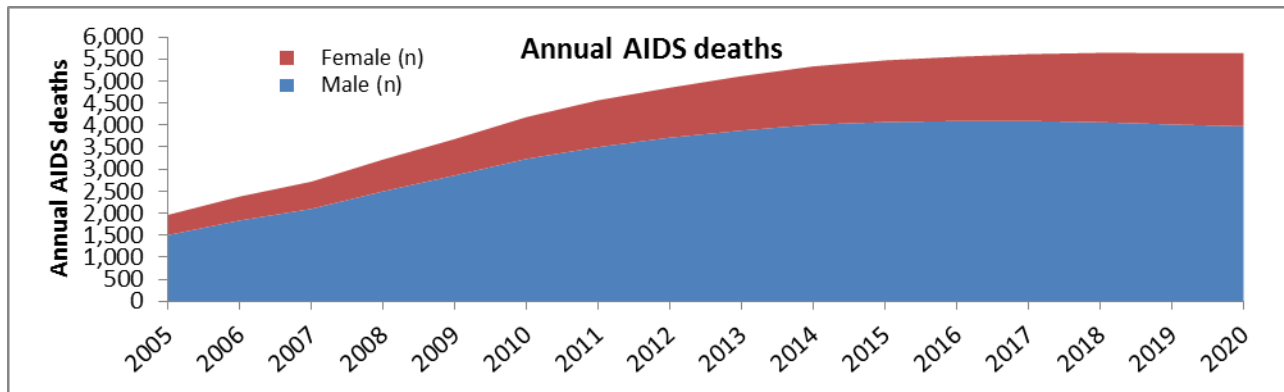
**برآورد تعداد موارد عفونت های جدید:** برآورد تعداد موارد جدید مبتلا به اچ‌آی‌وی در ایران برای سال 2014، برابر 8190 نفر بوده است (5570 مرد و 2620 زن). پیش بینی می شود تا سال 2013، روند رو به افزایش تعداد موارد جدید اچ‌آی‌وی ادامه یابد، اما پس از آن تعداد موارد جدید در مردان کاهش و در زنان افزایش یابد (نمودار 10).<sup>(16)</sup>

نمودار 10: برآورد تعداد موارد جدید اچ‌آی‌وی در ایران



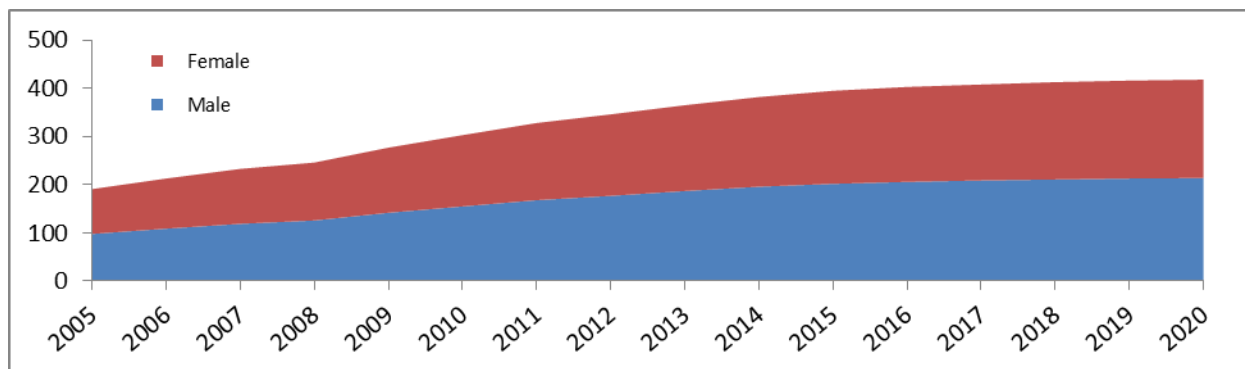
**برآورد تعداد مرگ سالیانه ناشی از اچ‌آی‌وی:** تعداد مرگ برآورده شده ناشی از اچ‌آی‌وی در سال 2014 برابر 5530 نفر برآورد شده است. این میزان برای مردان 4280 نفر و برای زنان 1240 نفر است. این برآورد برای مردان روندی تقریباً ثابت پیش بینی می کند، اما برای زنان روندی فزاینده با شیب ملایم در نظر می گیرد (نمودار 11).<sup>(16)</sup> با توجه به اینکه همه گیری اچ‌آی‌وی در زنان در سال های اخیر به طور نسبی گسترش یافته، به نظر می رسد تخمین تعداد مرگ زنان بیش از حد انتظار باشد و باید نسبت به پذیرش آن محتاط بود.

نمودار 11: برآورد تعداد مرگهای سالیانه ناشی از اچ‌آی‌وی در ایران



برآورد تعداد موارد ابتلای به اچ‌آی‌وی به علت انتقال مادر به فرزند: برای سال 2014، تعداد موارد جدید ناشی از انتقال مادر به فرزند، 359 نفر برای کل (184 پسر و 175 دختر) برآورد شده است. روند در کل و برای هر دو جنس افزایشی است (نمودار 12).<sup>(16)</sup>

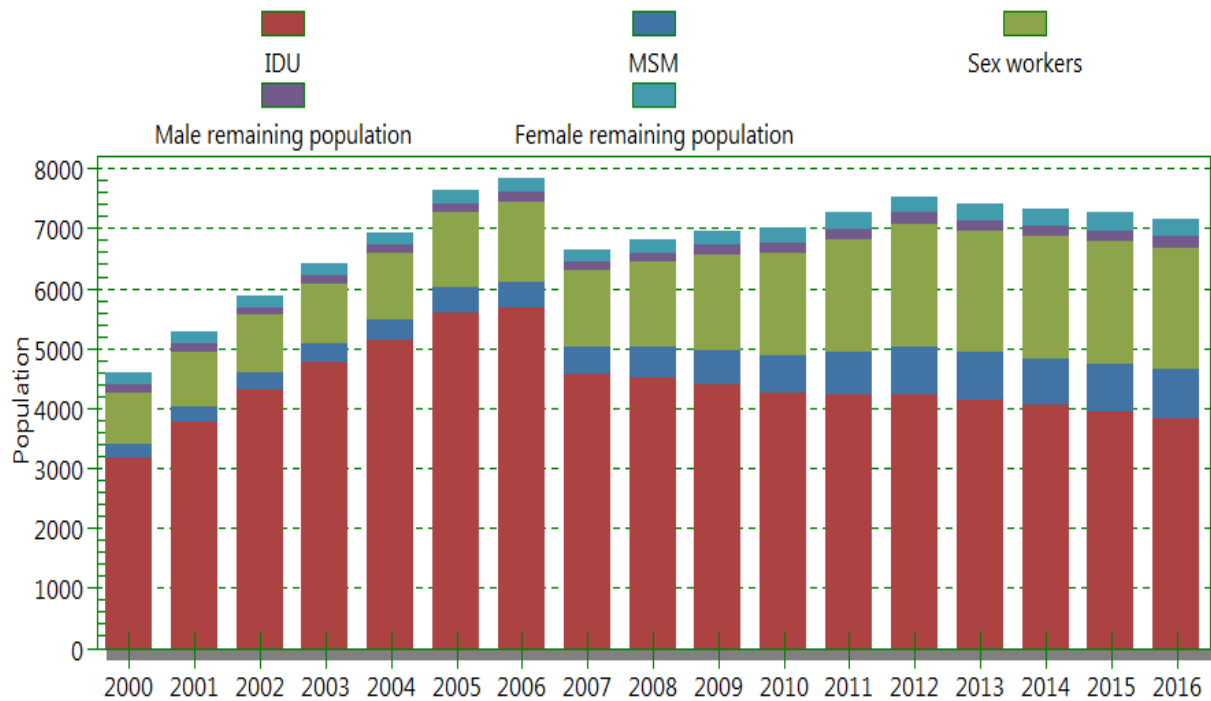
نمودار 12: برآورد تعداد موارد جدید نوزادان به علت انتقال مادر به کودک در ایران



برآورد تعداد موارد ابتلای به اچ‌آی‌وی بر حسب گروه‌های پرخطر: برآورد تعداد مبتلایان جدید به اچ‌آی‌وی در سال 2014 در مصرف کنندگان تزریقی مواد برابر 4043 نفر، در تن فروشان برابر 2022 نفر و در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند برابر 789 نفر بوده است (نمودار 13).<sup>(16)</sup>

نمودار 13: برآورد تعداد موارد جدید بر حسب گروه های پرخطر

New HIV infections by risk group



IDU	3157.73	3759.05	4302.42	4752.99	5131.74	5591.82	5664.14	4576.32	4508.32	4401.49	4254.35	4237.12	4234.89	4143.04	4043.42	3941.23	3836.06
MSM	231.32	258.66	282.50	317.50	352.59	413.10	449.80	439.80	505.14	566.36	630.17	702.91	789.51	789.89	789.02	804.29	804.52
Sex workers	866.32	920.97	962.14	1013.89	1094.78	1248.09	1336.61	1283.31	1431.89	1591.69	1713.02	1879.57	2045.84	2013.59	2022.15	2034.09	2031.66
Male remaining population	139.14	135.87	134.92	134.64	139.08	149.99	153.57	138.78	149.17	156.31	163.11	173.97	183.81	184.17	185.62	184.92	186.90
Female remaining population	192.41	187.96	188.40	195.05	206.41	225.38	224.23	203.18	219.01	231.78	246.26	264.09	282.34	285.96	289.76	296.15	301.02

## شیوع اچ آی وی در گروه های مختلف جمعیتی

**مصرف کنندگان تزریقی مواد:** شیوع اچ آی وی در این گروه جمعیتی که در حدود 15٪ تا آخرین مطالعه رفتاری- زیستی (سال 1390) ثابت مانده بود<sup>(23 و 24)</sup>، اکنون به 13/8٪ رسیده است.<sup>(3)</sup> این کاهش اندک که از نظر آماری معنی دار نیست<sup>(3)</sup>، ممکن است ناشی از برآیند بین کاهش تعداد موارد جدید مصرف کننده تزریقی مواد در اثر اصلاح رفتار با برنامه های کاهش آسیب و میزان مرگ و میر در بین مصرف کنندگان تزریقی باشد. البته درصد ابتلا، در استانهای مختلف، متفاوت است<sup>(3)</sup> و در برخی از استان ها در حد نگران کننده ای بالاست.

در سال 1391 یک مطالعه مرور سیستماتیک که با هدف بررسی شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد انجام شد. این مرور سیستماتیک شامل 22 تحقیق با حجم نمونه کلی 3916 مصرف‌کننده تزریقی مواد بود و در آن شیوع یک کاسه (pooled) عفونت اچ‌آی‌وی برای مطالعات پس از سال 1384، برابر 18.4٪ (7.5 تا 20.2٪) و برای مطالعات پیش از سال 1384 برابر 8.7٪ (7.5 تا 10٪) بود. شیوع یک کاسه اچ‌آی‌وی در شهر تهران، برابر 18.7٪ و برای شهرهای دیگر برابر 5.2٪ بود.<sup>(25)</sup> از آنجا که بیش از نیمی از جمعیت مورد بررسی از شهر تهران بوده‌اند، اعداد به دست آمده از این مطالعه، ممکن است نمایانگر کل کشور نباشد.

### شرکای جنسی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد: در مطالعه رفتاری - زیستی شرکای جنسی تزریقی

کنندگان مواد در سه شهر مختلف در سال 1389، شیوع اچ‌آی‌وی در شرکای جنسی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد 1٪ و در مصرف‌کنندگان تزریقی 4/2٪ بدست آمد. منظور از شریک جنسی در این مطالعه، کسی است که مصرف‌کننده تزریقی شرکت کننده در مطالعه، حداقل یک بار در یک ماه گذشته با وی ارتباط داشته است. همچنین، شیوع ابتلا به اچ‌آی‌وی در مجموع هر دو گروه در شهرهای مورد بررسی متفاوت و صفر، 4/6٪ و 10/8٪ بود.<sup>(26)</sup>

### زنان تن فروش: نتایج پیمایش زیستی - رفتاری در زنان تن فروش در سال 1389 نشان می‌دهد که شیوع

اچ‌آی‌وی در این گروه بطور متوسط در کل کشور حدود 4/5٪ (دامنه 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 اچ‌آی‌وی تا 13٪ بود.<sup>(9)</sup>

### زندانیان: شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان در پیمایش زیستی - رفتاری که در سالهای 1391-1392، در این گروه انجام

شد برابر با 1/4٪ (محدوده اطمینان 95٪: 0/6-2/22٪) زندانیان بود که تفاوت آن با نتایج بدست آمده از مطالعه سال 1388 از نظر آماری معنی‌دار نیست (2/1٪) (دامنه اطمینان 95٪: 3/6-1/2٪). در زندانیانی که سابقه تزریق مواد داشتند، شیوع اچ‌آی‌وی به 5/42٪ (دامنه اطمینان 95٪: 2/09-8/76٪) بود.<sup>(27)</sup>

### مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: درباره شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با سایر مردان رابطه

جنسی دارند، مطالعات بسیار محدود است، نمایانگر این گروه نیست و نمی‌تواند به نتیجه‌گیری قابل تعمیم منجر شود. با این وجود، در برخی مطالعات این نوع رفتار را به صورت فرعی مورد مطالعه قرار داده‌اند. اغلب این مطالعات در محیط‌های بسته‌ای همچون زندان‌ها یا در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد انجام شده است.<sup>(30-29)</sup> در پیمایش زیستی - رفتاری زندانیان کشور در سال 1388، 15.6٪ سابقه رابطه جنسی با مردان دیگر را گزارش کرده بودند که شیوع اچ‌آی‌وی در این زیرگروه برابر 3.7٪ (0.6٪ تا 18.8٪) بود.<sup>(28)</sup> در یک مطالعه دیگر در چندین شهر ایران در سال 1388، در میان 360 مرد مصرف‌کننده تزریقی مواد، 20/8٪ آنان سابقه رابطه جنسی با همجنس بدون کاندوم را در یک ماه گذشته گزارش کرده بودند.<sup>(30)</sup>

### شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان غیر تزریقی: در یک مطالعه مرور سیستماتیک در سال 1391،

که شامل 10 مطالعه بر روی مصرف‌کنندگان غیر تزریقی مواد، شیوع یک کاسه (pooled prevalence) عفونت اچ‌آی‌وی (با حجم نمونه کلی 2275 نفر)، برابر 2.6٪ (2 تا 3.4٪) به دست آمد. مطالعاتی که در تهران انجام گرفته بود، این شیوع را 5.6٪ نشان داد، در حالیکه برای سایر مناطق این عدد برابر 0.4٪ بود.<sup>(31)</sup>

### کودکان خیابانی: در مطالعه زیستی-رفتاری کودکان خیابانی در شهر تهران در سال 1388، در میان 1000 کودک

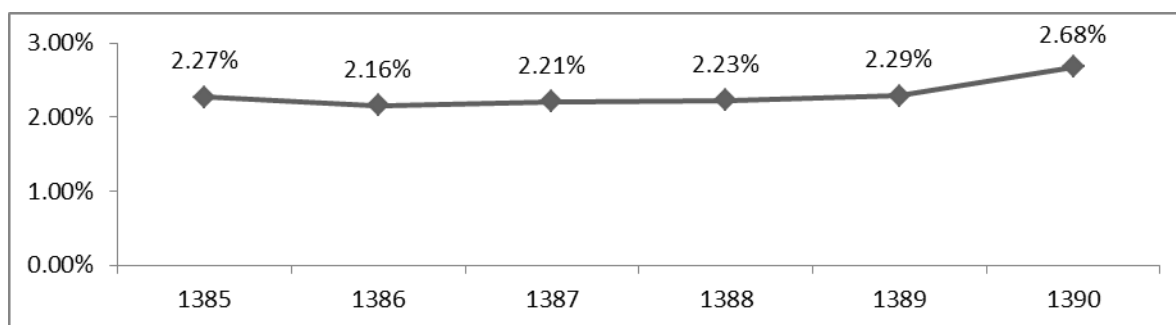
10 تا 18 ساله، شیوع اچ‌آی‌وی در کل نمونه 4/5٪ بود. در کودکانی که مصرف مواد داشتند، این مقدار به 9٪ می‌رسد.

رسید.<sup>(32)</sup> بدیهی است نتایج این مطالعه را نمی توان به کل کشور تعمیم داد. در یک مطالعه دیگر بر روی 386 کودک خیابانی (2005 تا 2007) در شهری دیگر، شیوع اچ‌آی‌وی برابر صفر بود.<sup>(33)</sup>

**شیوع اچ‌آی‌وی در متکدیان و افراد بی خانمان:** در یک مطالعه در شهر تهران در سال 1389، در میان 4230 متکدی خیابانی، که برای دریافت خدمات رایگان به کمپ های اختصاصی منتقل شده بودند، شیوع اچ‌آی‌وی برابر 1٪ (فاصله اطمینان 0.7 تا 1.3٪) بود. میزان ابتلا در مردان (1.2٪) بیشتر از زنان (0.6٪) بود.<sup>(34)</sup> در یک مطالعه دیگر که در سال 1389 بر روی 10672 فرد بی خانمان صورت گرفت، شیوع اچ‌آی‌وی برابر 1.7٪ (دامنه اطمینان 95٪: 1.4 - 1.9٪) بود.<sup>(35)</sup>

**شیوع اچ‌آی‌وی در مبتلایان به سل:** نمودار 14 شیوع اچ‌آی‌وی در مبتلایان به سل را در سال های 1385 تا 1390 را براساس نظام ثبت موارد سل نشان می دهد. میانگین 5 ساله عفونت همزمان سل و اچ‌آی‌وی در مبتلایان به سل 2.3٪ (2315 در 100 هزار نفر) است که 64 برابر نسبت اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی (35 در 100 هزار) است.<sup>(36)</sup> در مطالعه ای کشوری که در سال 1389 بر روی 3132 بیمار مسلول کشف شده انجام شد، شیوع اچ‌آی‌وی در مبتلایان به سل 3/8٪ (120 نفر) محاسبه شد.<sup>(37)</sup>

نمودار 14: درصد موارد عفونت همزمان در کل موارد مبتلا به سل



**شیوع اچ‌آی‌وی در ترانس سکشوال های زن:** در یک مطالعه مقطعی با روش نمونه گیری مبتنی بر زمان-مکان در سال 1393، در میان 104 ترانس سکشوال زن (مرد به زن)، 2 نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی بودند و فراوانی اچ‌آی‌وی 1/9٪ گزارش شد.<sup>(38)</sup> منظور از ترانس سکشوال زن، فردی است که ظاهر زنانه ولی تمایلات مردانه دارد.

**شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی:** شیوع عفونت اچ‌آی‌وی 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 مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی شد.<sup>(1)</sup> در سال های 1389 تا 1392 نیز 8 دیده وری در زنان باردار انجام شده که تعداد شرکت کنندگان آنها مجموعاً 6876 نفر بود و فقط یک زن باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی شد.<sup>(2)</sup>



# پاسخ ملی به همه گیری اچ آی وی

در این قسمت پاسخ ملی به همه گیری اچ آی وی 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 و برخی مطالعات دیگر ارایه می شود.

## کاهش انتقال جنسی اچ آی وی

### شاخص های اصلی مرتبط با انتقال جنسی اچ آی وی

جمعیت عمومی

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

تعریف شاخص: درصد مردان و زنان جوان سنین 24-15 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 ای در میان 4868 نفر از افراد 15-29 ساله در سطح کشور در سال 1392 در 13

استان کشور (تهران، البرز، آذربایجان شرقی، کردستان، کرمانشاه، لرستان، اصفهان، خوزستان، فارس، کرمان، سیستان و

بلوچستان، خراسان رضوی و مازندران) انجام شد. برای انتخاب شهرها، از هر استان مورد مطالعه، مرکز استان و یک

شهرستان تابعه به صورت تصادفی انتخاب گردید. نمونه گیری مورد استفاده، تلفیقی از روش های نمونه گیری با تاکید بر

"خوشه ای چند مرحله ای" و "طبقه ای متناسب" بوده است. در مجموع 5/50٪ جمعیت مورد مطالعه، (2456 نفر) مرد و

5/49٪ (2412 نفر) زن بوده اند. محل زندگی افراد مورد مطالعه در 2/28٪ (1373 نفر)، روستا و در 8/71٪ (3495 نفر)،

شهر بوده است. اطلاعات توسط پرسشنامه استاندارد جمع آوری شد. (10)

مقدار شاخص: در این بررسی در مجموع 1/11٪ جوانان به همه سئوالات استاندارد پاسخ صحیح داده اند. (10)

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 که 32٪ پاسخ صحیح داده اند. (10) با توجه به تاثیر باورهای غلط در رفع انگ و

تبعض ضرورت دارد برنامه های آموزشی به اصلاح این باورها بپردازند. با این وجود توجه داشت که آگاهی در باره عدم

انتقال از راه نیش پشه را نمی توان هم سنگ آگاهی در باره انتقال از راه انتقال جنسی در نظر گرفت. در عین حال در مورد

سایر سئوالات نظیر احتمال انتقال از طریق تماسی جنسی یا پیشگیری با کاندوم اگر چه میزان آگاهی بالاتر از باورهای غلط

است<sup>(10)</sup> اما هنوز نیاز به بهبود دارد. بر اساس نتایج این مطالعه، میانگین نمرات آگاهی زنان از عوامل مرتبط با اچ‌آی‌وی بیشتر از مردان و در مناطق شهری بیش از مناطق روستایی است. در آگاهی از عوامل مرتبط با اچ‌آی‌وی در مناطق مختلف کشور تفاوت چشمگیر مشاهده می‌شود.<sup>(10)</sup>

در دوره قبلی گزارش دهی این شاخص از روی مطالعه DHS بر روی زنان شهری و روستایی 15-24 سال محاسبه شده بود.<sup>(24)</sup> با توجه به تفاوت ابزار اندازه‌گیری روند این دو سال قابل قضاوت نیست.

## 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 داشته‌اند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: همچون شاخص 1.1.

مقدار شاخص: درصد رابطه جنسی قبل از 15 سالگی در مردان و زنان 19 تا 24 ساله ای که در این بررسی به این سوال پاسخ داده اند، 1/6٪ بوده است (28 نفر از 1733 نفر).<sup>(10)</sup>

بحث: در این مطالعه، رفتارهای جنسی از 19 سال و بالاتر پرسیده شده است. فراوانی رابطه جنسی پیش از 15 سالگی در زنان و مردان 19 تا 24 ساله پایین است اما فراوانی رابطه جنسی پیش از 18 سالگی در مردان و زنان 19 تا 24 ساله، به 6/3٪ (109 از 1733 نفر) افزایش می‌یابد. به تفکیک جنسی، فراوانی رابطه جنسی در زیر 15 سال برای مردان 3/0٪ (26 از 863 نفر) و برای زنان 0/2٪ (2 از 870 نفر) و در زیر 18 سال برای مردان 10/4٪ (90 از 863 نفر) و برای زنان 2/2٪ (19 از 870 نفر) بوده است.<sup>(10)</sup> با توجه به اینکه پیش از این مطالعه ای که این شاخص را در سطح ملی سنجیده باشد، انجام نشده، امکان قضاوت بر روی روند وجود ندارد.

## 1.3 عنوان شاخص: رفتار جنسی پرخطر

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: ابزار توصیه شده مطالعات مبتنی بر جمعیت بوده است.

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

بحث: همانطور که گفته شد اگر چه در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را محاسبه کند، موجود نیست، ولی در مطالعه مذکور در شاخص 1.1، از میان کل پاسخگویان، 93/8٪ به سوالی در مورد "رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی" پاسخ داده‌اند. در این میان 74/3٪ (2411 نفر) کسانی بوده که چنین تجربه‌ای نداشته و 19/5٪ (633 نفر) هم کسانی بوده اند که گفته‌اند، تجربه رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی داشته‌اند. فراوانی رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی در بین مردان 31/7٪ و در بین زنان 9/6٪ است.<sup>(10)</sup>

## 1.4 عنوان شاخص: استفاده از کاندوم در رفتار جنسی پرخطر

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: ابزار توصیه شده مطالعات مبتنی بر جمعیت بوده است.

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

**بحث:** همانطور که گفته شد اگر چه در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را محاسبه کند، موجود نیست، ولی در مطالعه مذکور در شاخص 1.1، از 623 نفری که رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی داشته اند، 222 نفر (35/6٪) استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی را ذکر کرده اند. در این بررسی رخدادهای رابطه جنسی در طی 12 ماه اخیر در پرسش لحاظ نشده است. با این وجود در همین مطالعه از 617 نفری که به سوال استفاده از کاندوم در رابطه جنسی خارج از چهارچوب ازدواج پاسخ داده اند، 134 نفر (21/7٪) استفاده همیشگی، 95 نفر (15/4٪) تقریباً همیشه، 218 نفر (35/3٪) بعضی اوقات استفاده از کاندوم را ذکر کرده و 170 نفر (27/6٪) هرگز از کاندوم استفاده نکرده اند.<sup>(10)</sup>

### 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

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

**بحث:** همانطور که گفته شد اگر چه در حال حاضر مطالعه ای که بتواند این شاخص را محاسبه کند، موجود نیست، ولی در مطالعه مذکور در شاخص 1.1، در جمعیت مورد مطالعه، 86٪ (2641 نفر) تاکنون آزمایش اچ‌آی‌وی نداده اند و 14٪ آن‌ها (435 نفر) آزمایش داده‌اند.<sup>(10)</sup> اگرچه افرادی که آزمایش داده اند بطور معمول از نتیجه آن مطلع میشوند، با اینحال چون در بررسی موجود آگاهی از نتیجه آزمایش پرسیده نشده، این شاخص بصورت مشخص قابل گزارش نیست. از تعداد 435 پاسخگو که قبلاً آزمایش اچ‌آی‌وی داده اند، تعداد 407 نفر آنها زمان آخرین آزمایش را نیز مشخص کرده‌اند. بر اساس یافته‌ها، زمان آخرین آزمایش در 49/4٪ (201 نفر) آنها کمتر از یک سال است. 27٪ پاسخگویان هم گفته‌اند آخرین بار بین 1 تا 2 سال پیش آزمایش اچ‌آی‌وی داده‌اند. در نهایت 23/6٪ هم کسانی هستند که بیشتر از دو سال پیش آزمایش انجام داده‌اند.<sup>(10)</sup>

### 1.6. عنوان شاخص: شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی

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

**ابزار اندازه‌گیری شاخص:** انجام مطالعه شیوع اچ‌آی‌وی در زنان باردار در سال 1389 در 7 استان. این مطالعه در سال 1389 در 7 استان کشور در زنان باردار مراجعه‌کننده جهت انجام زایمان انجام شد. روش نمونه‌گیری بصورت غیر تصادفی آسان بود. از این زنان پس از اخذ رضایت، نمونه‌گیری خون برای انجام آزمایش اچ‌آی‌وی انجام شد.<sup>(1)</sup>

**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.<sup>(1)</sup> در طی سال‌های 1389 تا 1392 نیز 8 دیده‌وری در زنان باردار انجام شده که تعداد شرکت‌کنندگان آنها مجموعاً 6876 نفر بوده و فقط یک زن باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی شده است.<sup>(2)</sup>

**بحث:** موارد بالا نشان می‌دهد که شیوع اچ‌آی‌وی هنوز در جمعیت عمومی پایین است.

## تن فروشان

### 1.7. عنوان شاخص: برنامه‌های پیش‌گیری در تن فروشان

**تعریف شاخص:** درصدی از تن فروشان که به برنامه‌های پیش‌گیری دست یافته‌اند.

**ابزار اندازه‌گیری شاخص:** در حال حاضر دومین دوره مطالعه رفتاری در بین زنان تن فروش در مرحله میدانی است، لذا اطلاعات این شاخص از نخستین پیمایش زیستی- رفتاری در زنان تن فروش در سال 1389 استخراج شده است. 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 گونه ای که از هر استان تحت مطالعه 150 نمونه ارسال گردید. داده های رفتاری با استفاده از پرسشنامه و توسط مصاحبه گران 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.<sup>(9)</sup>

**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.<sup>(9)</sup>

**بحث:** 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. پیش از این مطالعه ای جهت مقایسه وجود ندارد. اگر چه در مطالعه ای در زنان تن فروش در تهران در سال 1386، آگاهی از محل انجام آزمایش اچ‌آی‌وی، 63/9٪ بوده است.<sup>(42)</sup>

مطالعات موجود در زنان تن فروش انجام شده و تا کنون هیچ مطالعه ای 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<sup>(9)</sup> و در برنامه ریزی های کشوری این عدد مبنای عمل قرار می گیرد.

**بحث:** 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. پیش از این مطالعه ای جهت مقایسه وجود ندارد. اگر چه در مطالعه ای در زنان تن فروش در تهران در سال 1386، این نسبت 55٪ بوده است.<sup>(42)</sup>

مطالعه ای در بین 161 زن تن فروش شهر تهران در سال 2-1391 با روش نمونه گیری RDS انجام شد. در این مطالعه میزان مصرف کاندوم در آخرین رابطه ی جنسی با مشتری 65/2 درصد بوده است.<sup>(43)</sup> از میان 105 شرکت کننده که به سوال مرتبط با استفاده از کاندوم در آخرین رابطه ی جنسی با شریک جنسی ثابت پاسخ داده اند، 49/5 درصد (52 نفر) استفاده از کاندوم را گزارش نموده اند.<sup>(43)</sup>

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

### 1.9. عنوان شاخص: آزمایش اچ‌آی‌وی در تن فروشان

تعریف شاخص: درصد تن فروشانی 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.<sup>(9)</sup>

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.<sup>(42)</sup>

از طرفی در مطالعه ای که در بین 161 زن تن فروش شهر تهران در سال 2-1391 با روش نمونه‌گیری RDS انجام شد، 53 نفر (32/9٪) از زنان تن فروش، در طی 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاه بودند.<sup>(43)</sup> 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 اچ‌آی‌وی در تن فروشان

تعریف شاخص: درصد تن فروشانی که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: همچون شاخص 1.7

مقدار شاخص: از 817 زن تن فروشی که آزمایش اچ‌آی‌وی دادند، 30 نفر (3/7٪) مبتلا به اچ‌آی‌وی 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 اچ‌آی‌وی، 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 اچ‌آی‌وی در کل زنان تن فروش 4/5٪ گزارش شده است<sup>(9)</sup> و در برنامه ریزی های کشوری این عدد مبنای عمل قرار می گیرد.

بحث: اگر چه شیوع اچ‌آی‌وی 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 اچ‌آی‌وی 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 اچ‌آی‌وی تشخیص داده شد و شیوع اچ‌آی‌وی معادل 5٪ محاسبه گردید.<sup>(43)</sup>

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: برنامه‌های پیش‌گیری در مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند

تعریف شاخص: درصدی از مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند و به برنامه‌های پیش‌گیری دست یافته اند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص: ابزار 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 محیط‌های بسته مثل زندان و یا در گروه‌هایی مانند مصرف کنندگان تزریقی مواد انجام شده حاکی از وجود این رفتار است<sup>(30-27)</sup> 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 کرده‌اند.

**ابزار اندازه‌گیری شاخص:** ابزار 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 اچ‌آی‌وی 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 اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.

**ابزار اندازه‌گیری شاخص:** ابزار 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:** ابزار 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

## **فعالیت‌ها در زمینه کاهش انتقال جنسی اچ‌آی‌وی**

به منظور کاهش خطر انتقال در تماس‌های جنسی، استراتژی‌های مختلفی از برنامه کشوری شامل آموزش و اطلاع رسانی به گروه‌های مختلف، کاهش آسیب در بین مصرف کنندگان تزریقی، پیشگیری از انتقال جنسی با توزیع کاندوم، مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی، و برنامه‌های مراقبت و درمان برای مبتلایان به این موضوع پرداخته است. بصورت کلی دو محور اصلی این فعالیتها، آموزش و اطلاع رسانی و ترویج رفتار جنسی سالم تر بوده است. در این قسمت اطلاعات مرتبط با این دو محور در همه گروه‌های جمعیتی به جز مصرف کنندگان تزریقی مواد آمده است. اطلاعات مربوط به مصرف کنندگان تزریقی مواد در قسمت "کاهش انتقال از راه تزریق" ارائه شده است.

در همین راستا مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری خدماتی نظیر آموزش و اطلاع رسانی و ترویج رفتارهای جنسی سالم را برای مبتلایان و افراد خانواده آنها ارائه میکنند.

بدنبال انتشار راهنمای درمان اچ‌آی‌وی در سال 2013 توسط سازمان جهانی بهداشت، شروع درمان ضد‌رتروویروسی برای مبتلایان دارای شریک جنسی ناهم‌جور (**serodiscordant**) در رهنمود کشوری مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی توصیه شد. علاوه بر آن پیشگیری پس از تماس در تماس‌های جنسی بصورت تجاوز و نیز پیشگیری قبل از تماس برای همسران افراد مبتلایی که حاضر به درمان و یا استفاده مداوم از کاندوم نیستند، در این رهنمود آمده است.<sup>(49)</sup>

## ترویج رفتار جنسی سالم تر

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. هم‌اکنون انواع مختلفی از کاندوم در بازار وجود دارد<sup>(41)</sup> کاندوم زنانه که پیش از این پالوت شده بود<sup>(24)</sup>، در حال حاضر در بعضی مراکز در بین زنان تن‌فروش به میزان محدود توزیع می‌شود، ولی هنوز فرهنگ استفاده از آن در میان آنها جا نیافتاده است. اگرچه تغییر سیاست‌های کنترل جمعیت در سال‌های اخیر، بر روند دسترسی به کاندوم خالی از تاثیر نبوده است، ترویج کاندوم در راستای پیشگیری از ایدز و بیماری‌های آمیزشی همچنان در برنامه‌ها و فعالیت‌ها لحاظ شده است.

جوانان: در مطالعه کشوری که در میان 4868 نفر از افراد 15-29 ساله در سطح کشور در سال 1392 در 13 استان کشور انجام شد، از میان 633 نفر (5/19٪ کل جمعیت مورد مطالعه) که گفته بودند رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی داشته‌اند، 21/7٪ (134 نفر) "هر بار" از کاندوم استفاده کرده‌اند، 15/4٪ (95 نفر) "تقریباً هر بار"، 3/35٪ (218 نفر) "بعضی اوقات" از کاندوم استفاده کرده‌اند. در نهایت 27/6٪ (170 نفر) هم کسانی هستند که "هرگز" در روابط جنسی مورد بحث از کاندوم استفاده نکرده‌اند. به نظر می‌آید برنامه‌های ترویج رفتارهای جنسی سالم باید تقویت شود. شایع‌ترین دلایل عدم استفاده از کاندوم به ترتیب "در دسترس نبودن" با 29/5٪، "نبود احساس نیاز" 24/9٪ و "دوست نداشتن کاندوم" 22/1٪ ذکر شد. از مجموع 633 نفری که رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی داشته‌اند، 623 نفر آنها به سوالی در مورد وضعیت استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی خود جواب داده‌اند. مبتنی بر یافته‌ها 35/6٪ این افراد 222 نفر) در آخرین رابطه خود از کاندوم استفاده کرده‌اند. از مجموع 633 نفری که رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی داشته‌اند، 621 نفر آنها به سوال در مورد تجربه استفاده از مواد محرک و الکل قبل از رابطه جنسی جواب داده‌اند. بر اساس یافته‌ها، پاسخ 39/9٪ افراد (248 نفر) به این سوال مثبت است، یعنی قبل از رابطه جنسی خارج از ازدواج از مواد محرک و یا الکل استفاده کرده‌اند. این یافته باز هم بر ضرورت توجه به نقش احتمالی متامفتامین‌ها در گسترش جنسی اچ‌آی‌وی تاکید می‌کند.<sup>(10)</sup>

زنان تن‌فروش: در پیمایش زیستی - رفتاری زنان تن‌فروش در سال 1389، حدود دو سوم زنان تن‌فروش اظهار کردند که در سال گذشته کاندوم رایگان دریافت نموده‌اند.<sup>(9)</sup> درصد کسانی در تمام روابط جنسی خود با شریک جنسی پولی در یکماه اخیر بطور همیشگی از کاندوم استفاده می‌کردند 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.<sup>(9)</sup> این نسبت در مطالعه ای که در زنان تن فروش در تهران در سال 1385 انجام شد، 55٪ بود<sup>(42)</sup> که می تواند حاکی از موفقیت نسبی برنامه های پیشگیری که در سال های اخیر شروع شده ، علیرغم محدود بودن این فعالیت ها باشد برآورد گردیده است که اگر پوشش استفاده از کاندوم در زنان تن فروش و مشتریانشان در حدود 40٪ (از 55٪ به 95٪) افزایش یابد، حدود 89٪ از موارد جدید عفونت اچ آی وی در هر کدام از این گروه ها کاسته خواهد شد.<sup>(7)</sup>

*ترانس سکسوال های زن:* در یک مطالعه مقطعی با روش نمونه گیری مبتنی بر زمان- مکان در تهران در سال 1393 ، 82/7٪ سابقه رابطه جنسی داشته اند. استفاده از کاندوم در آخرین رابطه با شریک جنسی ثابت و گذری شایع نبوده است.<sup>(38)</sup> منظور از ترانس سکسوال زن، فردی است که ظاهر مردانه ولی تمایلات زنانه دارد.

*زندانیان:* بر اساس مطالعه مراقبت زیستی- رفتاری در زندانیان در سال 1391 از بین زندانیانی که سابقه برقراری رابطه جنسی در گذشته داشته اند، 24/5٪ در آخرین رابطه جنسی از کاندوم استفاده کرده اند. 19/1٪ زندانیانی که در زندان رابطه جنسی داشته اند، دسترسی به کاندوم را زندان ذکر کرده اند.<sup>(27)</sup>

*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<sup>(30-27.3)</sup> 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

فعالیت های آموزشی و آگاهی رسانی برای گروه های هدف مختلف انجام شده است. پایش، ثبت و اندازه گیری پوشش این فعالیت ها به علت ماهیت این فعالیت ها دشوار است.<sup>(5)</sup>

*جوانان و جمعیت عمومی:* در زمینه آموزش جوانان و عموم جامعه فعالیت ها شامل ارائه آموزش محدود ایدز در مدارس، دانشگاه ها، پادگان ها، کارخانجات، اصناف، بیمارستان ها، مراکز و پایگاه های بهداشتی درمانی، خانه های بهداشت، زندان ها، پادگان ها، مراکز ترک اعتیاد، دوره های آموزش بهداشت خانواده در دانشگاه ها، دوره های آموزشی در برخی از فرهنگسراها، برخی از برنامه های صدا و سیما، ارائه اجباری آموزش های مربوط به اچ آی وی و ایدز و سایر بیماری های آمیزشی برای همه زوجین در حال ازدواج، ارائه آموزش از طریق مراکز بهداشتی درمانی و همچنین برخی از فعالیت ها در زمینه آموزش همسانان بوده است. سایر فعالیتها در این زمینه شامل راه اندازی خطوط مشاوره تلفنی، راه اندازی و به روز رسانی دو سایت اطلاع رسانی در زمینه ایدز، ارائه پیامهای آموزشی از طریق شرکت های هواپیمایی در پروازهای داخلی و خارجی، مترو، پایانه ها و پارک سوارها و اتوبوس های بین شهری و درون شهری، قطارهای رجاء، ویدئو رسانه های خانگی بوده است. جهت آگاهی و اطلاع رسانی با همکاری هنرمندان و والیبالیست ها ( با حمایت فدراسیون والیبالیست جمهوری اسلامی)، بعضی از تیم های فوتبال در لیگ برتر و نیز بسیج اطلاع رسانی (کمپین) با برگزاری مسابقات فوتسال در جریان جام جهانی فوتبال 2014 فعالیت های جامعه محور گسترده ای در کشور انجام پذیرفت. همچنین جهت ارتقای آگاهی دانشجویان با برگزاری کمپین در زمینه ایدز و بیماری های آمیزشی در بعضی دانشگاه ها در چهار شهر مختلف بسیج اطلاع رسانی صورت پذیرفت. از دیگر فعالیت های جامعه محور می توان به برگزاری کارناوال های اطلاع رسانی در تهران و سایر شهرها،



برپایی غرفه و چادرهای اطلاع رسانی در میداين و نقاط پر تردد در کشور، برگزاری تناثرهای خیابانی، برگزاری برنامه‌های اطلاع رسانی- ورزشی انجام پذیرفت.

با این وجود به نظر می آید این فعالیت ها نیاز به ارتقاء کمی و کیفی دارد. در مطالعه ای در سال 1390، در مجموع فقط 20.6٪ پسران به همهٔ سئوالات در باره راه های انتقال، پیشگیری و باورهای نادرست در باره اچ‌آی‌وی پاسخ صحیح داده بودند.<sup>(21)</sup>

یک مطالعه کشوری که در میان 4868 نفر از افراد 15 تا 29 ساله در سطح کشور در سال 1392 در 13 استان کشور انجام شد، حاکی از آن بود که 41/8٪ از افراد نمونه مورد مطالعه نسبت به "راه‌های انتقال بیماری ایدز"، آگاهی بالا و 32/8٪ نیز آگاهی متوسط داشته‌اند، ضمن اینکه سطح آگاهی ضعیف 18/4٪ و 7٪ نیز در سطح کاذب بوده است.<sup>(10)</sup> در جدول 1 آگاهی نسبت به سئوالات استاندارد در مورد آگاهی مرتبط با اچ‌آی‌وی بر اساس این بررسی خلاصه شده است.<sup>(10)</sup>

جدول 1: آگاهی نسبت به سئوالات استاندارد در مورد لچ‌آی‌وی در جوانان 15 تا 29 ساله

نسبت پاسخ درست		سوال
دختران	پسران	
70/3٪	66/4٪	ایدز از طریق با فرد مبتلا غذا خوردن منتقل میشود
29/0٪	43/0٪	ایدز از طریق نیش پشه منتقل میشود
80/3٪	39/1٪	یک فرد به ظاهر سالم ممکن است مبتلا به اچ‌آی‌وی باشد
59/4٪	61/4٪	استفاده از کاندوم در هر رابطه جنسی میتواند خطر انتقال اچ‌آی‌وی را کاهش دهد
72/9٪	77/3٪	محدود بودن شریک جنسی به یک فرد غیر مبتلا میتواند خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی را کاهش دهد
9/0٪	19/6٪	میزان آگاهی صحیح درباره اچ‌آی‌وی (جواب صحیح به کلیه سئوالهای بالا)

زنان تن فروش: در این گروه فعالیت‌های آموزشی عمدتاً بر پایهٔ آموزش همسانان و نیز آموزش توسط کارکنان خدمات سلامت بوده، ارائهٔ 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.<sup>(25)</sup> 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٪ از شرکت کنندگان پاسخ درست داده بودند. به علاوه 96/9٪ نیز معتقد بودند که با استفاده از کاندوم در رابطه جنسی می توان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کاهش داد.<sup>(9)</sup> در این مطالعه کمتر از نیمی از شرکت کنندگان آگاهی درستی از عدم انتقال ویروس اچ‌آی‌وی از طریق نیش پشه و غذا خوردن با فرد آلوده داشتند. در مجموع تنها 55/3٪ از افراد خود را در معرض خطر اچ‌آی‌وی می دیدند.<sup>(9)</sup>

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٪ به هر پنج سوال مرتبط با آگاهی درباره اچ‌آی‌وی پاسخ صحیح داده اند.<sup>(43)</sup> در این مطالعه در پاسخ به این

سوال که آیا با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک غیر آلوده و وفادار می‌توان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کم کرد، 66/5٪ از شرکت‌کنندگان پاسخ درست داده اند. 86/3٪ معتقد بودند که با استفاده از کاندوم در رابطه جنسی می‌توان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کاهش داد. در پاسخ به این سوال که آیا یک فرد به ظاهر سالم می‌تواند اچ‌آی‌وی داشته باشد 79/5٪ پاسخ صحیح داده اند. کمتر از نیمی از شرکت‌کنندگان (40/4٪) آگاهی درستی از عدم انتقال ویروس اچ‌آی‌وی از طریق نیش پشه داشتند. همچنین میزان آگاهی شرکت‌کنندگان از عدم امکان انتقال اچ‌آی‌وی از طریق غذا خوردن با فرد مبتلا 59/6٪ بوده است.<sup>(43)</sup>

زندانیان: سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی فعالیت‌هایی برای آموزش و اطلاع‌رسانی داشته است. آموزش‌ها به صورت کلاس، آموزش چهره به چهره، آموزش همسانان و راه‌اندازی خطوط مشاوره تلفنی ارائه شده است. از هنگام ورود به زندان، زندانیان اطلاعاتی در باره کاهش آسیب توسط روش‌های سمعی - بصری، آموزش‌های گروهی و توزیع پمفلت دریافت می‌کنند.<sup>(52)</sup> در مطالعه مراقبت سرولوژیک و رفتاری در زندانیان که در سال 1391 انجام شده است، 24/4٪ از افراد به درستی راه‌های پیشگیری از انتقال جنسی عفونت اچ‌آی‌وی را می‌شناختند و هم باورهای غلط در مورد آن را رد کردند.<sup>(27)</sup> در حالی که در سال 1388 این میزان 15/7 درصد بوده است.<sup>(28)</sup> یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که تقریباً در تمام موارد اطلاعات مصاحبه‌شوندگان از راه‌های انتقال بیماری ایدز و نیز رد باورهای غلط بیشتر از مصاحبه‌شوندگان در مطالعه سال 1388 بوده است.<sup>(27)</sup> در این مطالعه نیز همانند مطالعه سال 1388 کمترین آگاهی، در مورد باورهای غلط در زمینه انتقال ویروس اچ‌آی‌وی بوده است.<sup>(27)</sup> همین مطالعه نشان می‌دهد درصد زیادی از زندانیان با وجود داشتن آگاهی از نقش کاندوم در جلوگیری از انتقال اچ‌آی‌وی هم‌چنان در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نمی‌کنند.<sup>(27)</sup> هم‌چنین دارا بودن احساس خطر در خصوص ابتلا به اچ‌آی‌وی نیز تاثیری در استفاده از کاندوم نداشته است.<sup>(27)</sup> از سوی دیگر یافته‌ها نشان می‌دهد که احساس فرد از خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی بطور معنی‌داری سبب کاهش انجام تزریق مشترک می‌شود. در صورتی که چنین نقش بازدارنده‌ای برای آگاهی از نقش تزریق مشترک در انتقال اچ‌آی‌وی در انجام تزریق مشترک دیده نشده است.<sup>(27)</sup> این یافته‌ها اهمیت تقویت اقدامات موثر در بالا بردن پوشش مداخلات کاهش آسیب در زندان‌ها را روشن می‌سازد.

مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: اگر چه نشانه‌هایی وجود دارد که این رفتار در سطح برخی نقاط کشور و به خصوص در محیط‌های بسته مثل زندان‌ها به صورت پنهان رخ می‌دهد،<sup>(3, 27-30)</sup> ولی در حال حاضر مطالعه‌ی مستند و قابل قبولی که به طور ویژه در این گروه انجام شده باشد در دست نیست. به نظر می‌رسد، لازم است در این گروه جمعیتی مطالعات دقیقی صورت گیرد.

# کاهش انتقال اچ آی وی از راه تزریق مواد

## شاخص های اصلی مرتبط با انتقال اچ آی وی از راه تزریق مواد

### 2.1. عنوان شاخص: برنامه های پیش گیری 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 اندازه گیری شاخص: جهت محاسبه ی شاخص، برای صورت کسر از دانشگاه های علوم پزشکی و سازمان بهزیستی کشور استعلام گردید و برای محاسبه 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 1393 برابر 10136060 عدد بوده است. (12 و 13)

**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. (14 و 15)

**مقدار شاخص:** بین 44 تا 60 سرنگ در سال به ازای هر مصرف کننده تزریقی مواد.

**بحث:** پوشش ارائه سرنگ و سوزن رایگان با میزان مطلوب (200 سرنگ در سال به ازای هر مصرف کننده تزریقی) (44) 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 کرده اند.

**ابزار اندازه گیری شاخص:** سومین پیمایش کشوری رفتاری - زیستی اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی در سال 1393 انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، مصرف کنندگان مواد بودند که در 12 ماه گذشته، حداقل یک تزریق داشتند. نمونه ها در مراکز خدمات دهنده به مصرف کنندگان مواد در 10 استان کشور انتخاب شدند. مراکز خدمات دهنده شامل مراکز گذری، اقامتگاه های شبانه، مراکز درمان اعتیاد، مراکز مشاوره بیماری های رفتاری و تیم های سیاری بود. برای نمونه گیری از روش خوشه ای دو مرحله ای برای انتخاب مراکز و شرکت کنندگان احتمالی در این مراکز استفاده شد. برای جمع آوری داده های اپیدمیولوژیک و اطلاعات کلیدی در باره تزریق و رفتارهای جنسی از یک پرسشنامه ساختاریافته استفاده شد. آزمایش اچ آی وی با استفاده از لکه خون خشک شده بر روی فیلتر کاغذی انجام گردید. آزمایش بر روی نمونه ها با استفاده از روش الایزا انجام شد. در این مطالعه 2400 نفر در مطالعه وارد شدند. (3)

**مقدار شاخص:** پس از وزن دهی 44/3٪. مصرف کنندگان تزریقی مواد که در یک ماه گذشته، تزریق مواد و نزدیکی داشته اند، در آخرین نزدیکی از کاندوم استفاده کرده اند.<sup>(3)</sup> ( 122 از 292 نفر، 41/8٪).

**بحث:** به نظر می آید باید تلاش زیادی برای افزایش استفاده از کاندوم در این گروه جمعیتی که هنوز علیرغم تمام فعالیت ها، مهمترین موتور پیش برنده انتقال جنسی همه گیری است، صورت گیرد. در مطالعه زیستی رفتاری قبلی در سال 1389، این نسبت 34/1٪ بوده است.<sup>(23)</sup> از سوی دیگر نقش افزایش استفاده از متامفتامین ها در رفتارهای پرخطر جنسی نیز بالقوه مطرح است<sup>(11)</sup> و باید مورد بررسی قرار 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 کرده اند.

#### ابزار اندازه گیری شاخص: همچون شاخص 2.2

**مقدار شاخص:** پس از وزن دهی 81/5٪. از 1035 نفر مصرف کننده تزریقی که در ماه گذشته تزریق مواد داشتند، 815 نفر (78/7٪) در آخرین تزریق خویش از وسایل تزریق استریل استفاده کرده بودند. این نسبت در مردان 803 از 1018 نفر (78/9٪)، در زنان 12 از 17 نفر (70/6٪) و در مصرف کنندگان تزریقی زیر 25 سال، 41 از 65 نفر (63/1٪) بوده است.<sup>(3)</sup>

**بحث:** در مطالعه زیستی رفتاری قبلی در سال 1389، این نسبت پس از وزن دهی 88/8٪ بوده است و در مطالعه سال 1393 پس از وزن دهی 81/5٪ به دست آمده است.<sup>(3)</sup> این کاهش استفاده از سرنگ استریل، می تواند هشدار دهنده باشد و باید به دنبال علل آن بود. طی سال های اخیر برنامه های مبتنی بر انتقال معتادان به "مراکز اقامتی" در کنار برنامه های کاهش آسیب اجرا شده است. در برنامه مراکز اقامتی، معتادانی که در اماکن عمومی با ظاهری نامناسب و حاکی از اعتیاد ظاهر شوند، برای مدت یک تا سه ماه به مراکز دولتی و غیردولتی مجاز درمان و کاهش آسیب منتقل می شوند.<sup>(45)</sup> پیش از این برنامه های جمع آوری معتادان و در درمان اعتیاد در مراکز اقامتی در سایر نقاط جهان موفقیت آمیز نبوده، منجر به تغییر پایدار رفتارهای مرتبط با اچ آی وی نگردیده و اغلب منجر به افزایش شیوع اچ آی وی نیز شده است.<sup>(46)</sup> همچنین این امکان را باید در نظر داشت که ممکن است مداخلات مبتنی بر برنامه های کاهش آسیب، بخش هایی از مصرف کنندگان تزریقی مواد که تغییر پذیری بیشتری داشته اند را جذب نموده و آنها را به "مصرف کنندگان تزریقی مواد سابق" تبدیل کرده است و آنچه باقی مانده بخش دشوارتر این گروه جمعیتی هستند که نیاز به تداوم مداخلات قبلی و طراحی مداخلات جدید مبتنی بر شواهد دارند تا به تغییر رفتار آنها بیانجامد. باید به خاطر داشت که ایران توانست از رشد انفجاری اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد جلوگیری کند. اما به علت ماهیت همه گیری اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد، این موفقیت ها بسیار آسیب پذیر و در خطرند. اما نکته امیدوار کننده آنست که در میان کسانی که در یک ماه گذشته سابقه تزریق داشته اند، مجموع استفاده از سرنگ و سوزن استریل (78/9٪) و سرنگ قبلی خود مصرف کننده تزریقی مواد (13/9٪) در آخرین تزریق، در مطالعه 1393، برابر با (92/8٪) بوده که قابل مقایسه با عدد مشابه در سال 1389 یعنی 96/6٪ است.<sup>(3)</sup> بدین ترتیب بخشی از کاهش پوشش سرنگ و سوزن استریل با عدم استفاده از سرنگ و سوزن دیگران و استفاده از سرنگ قبلی خود مصرف کننده، جبران شده 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 اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.

## ابزار اندازه‌گیری شاخص: همچون شاخص 2.2

**مقدار شاخص:** 27/6٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد (661 از 2399 نفر) در یکسال اخیر آزمایش اچ‌آی‌وی داده اند و از نتیجه آن خبر دارند. (با وزن دهی 27/2٪) این نسبت در زنان 50/8٪ (30 از 59 نفر) و در مردان 27٪ (631 از 2340 نفر) و برای مصرف کنندگان تزریقی زیر 25 سال، 25٪ (49 از 196 نفر) بوده است.<sup>(3)</sup>

**بحث:** مقدار این شاخص نسبتاً پایین بوده، تغییرات آن نسبت به گزارش قبلی اندک است و نیاز به تقویت هر چه بیشتر برنامه ارائه آزمایش اچ‌آی‌وی از طرف کارکنان سلامت به خصوص با استفاده از آزمایش سریع اچ‌آی‌وی دارد. همچنین باید به عواملی که ممکن است بالقوه مانع استفاده از خدمات سلامت در مصرف کنندگان تزریقی مواد شود، توجه کافی نمود. به نظر می‌آید مداخلات مبتنی بر جامعه و پرهیز از مداخلات مبتنی بر مجازات بتواند در این عرصه کمک کننده باشد.

## 2.5. عنوان شاخص: شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد

**تعریف شاخص:** درصد مصرف کنندگان تزریقی مواد که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند.

## ابزار اندازه‌گیری شاخص: همچون شاخص 2.2

**مقدار شاخص:** پس از وزن دهی 13/8٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد مبتلا به اچ‌آی‌وی بوده اند (9/3٪ قبل از وزن دهی یعنی 215 نفر از 2307 نفر). این نسبت در مردان 8/9٪ (201 از 2249 نفر)، در زنان 24/1٪ (14 نفر از 58 نفر) و در مصرف کنندگان تزریقی 25 سال و کمتر 2/1٪ (4 از 190 نفر) بوده است.<sup>(3)</sup>

**بحث:** در مطالعه زیستی رفتاری قبلی در سال 1389، این نسبت پس از وزن دهی 15/1٪ بوده<sup>(23)</sup> که در این دوره نسبت به شیوع دوره قبل اندکی کاهش داشته است که این کاهش از نظر آماری معنی دار نیست. به نظر می‌آید عوامل مختلفی در این موضوع نقش داشته است. از سویی بی‌تردید بخشی از مصرف کنندگان تزریقی مبتلا به اچ‌آی‌وی در گذشته اند. مرگ و میر ممکن است در اثر عدم دریافت خدمات درمانی و مراقبتی اچ‌آی‌وی یا عوارض ناشی از مصرف مواد یا تزریق آن یا عوامل معمول مرگ و میر در جمعیت عمومی مانند بیماریهای قلبی عروقی رخ داده باشد. از سوی دیگر موفقیت نسبی برنامه های کاهش آسیب در کاهش تعداد موارد جدید، مانع از رشد انفجاری آن شده است تا افزایش موارد جدید نتواند همه موارد مرگ و میر را جبران کند. چرا که تجربه قبلی سایر کشورها نشان می‌دهد بدون اقدامات مداخله ای موثر، شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد طی مدت کوتاهی به بیش از 40٪ می‌رسد و باعث افزایش چشمگیر تعداد موارد جدید می‌شود.<sup>(46)</sup> روی آوردن مصرف کنندگان تزریقی مبتلا به اچ‌آی‌وی از روش های غیر تزریقی یا درمان های نگهدارنده نیز می‌تواند باعث خروج آنها از مطالعه شده باشد. عدم دسترسی مطالعه به بخشی از پرخطرترین مصرف کنندگان تزریقی مواد نیز می‌تواند مطرح باشد. برای تعیین نقش هر یک از موارد فوق مصالعات بیشتری مورد نیاز است.

## فعالیت‌ها در زمینه کاهش انتقال اچ‌آی‌وی از راه تزریق مواد

### برنامه سرنگ و سوزن

تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر حدود 200000 نفر (170000-230000) برآورد شده است.<sup>(14 و 15)</sup> تا شهریور 1393، 580 مرکز که تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی یا سازمان بهزیستی کشور بوده‌اند، به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، سرنگ و سوزن رایگان توزیع می‌کرده‌اند.<sup>(12 و 13)</sup> این مراکز مجموعاً طی دوره یک ساله منتهی به شهریور 1393، 10136060 عدد سرنگ و سوزن رایگان توزیع کرده‌اند.<sup>(12 و 13)</sup> که بطور متوسط 51 (44 تا 60) عدد سرنگ به ازای هر مصرف‌کننده تزریقی مواد در سال بوده است. این تعداد با میزان مطلوب (200 سرنگ در سال به ازاء هر مصرف‌کننده تزریقی)<sup>(44)</sup> فاصله دارد. این رقم نیاز به بهبود دارد. با اینحال باید در نظر داشت که اغلب مطالعات رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، داروخانه‌ها را یکی از منابع مهم تامین سرنگ و سوزن استریل دانسته است. بخش قابل توجهی از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، سرنگ و سوزن مورد نیاز خود را از داروخانه‌ها تهیه می‌کنند. بر اساس مطالعه زیستی- رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سال 1386، از کسانی که در یک ماه قبل از مطالعه تزریق داشته‌اند، 48/6٪ آنان بیشتر موارد سرنگ و سوزن خود را از داروخانه تهیه کرده‌اند.<sup>(50)</sup> در مطالعه سال 1393 نیز 51/2٪ جمعیت مورد مطالعه، بیشتر مواقع سرنگ و سوزن استریل خود را از داروخانه تهیه کرده‌اند.<sup>(3)</sup> در همین مطالعه کسانی که بیشتر موارد سرنگ و سوزن خود را از مراکز گذری و تیم‌های سیار کمک‌رسان تهیه نموده‌اند به ترتیب 43/6٪ و 7/3٪ بوده‌اند.<sup>(3)</sup>

بر اساس پیمایش زیستی - رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سال 1393، با وجود آگاهی 94/1 درصدی مصرف‌کنندگان تزریقی از خطر انتقال عفونت اچ‌آی‌وی توسط تزریق با سرنگ استفاده شده، رفتارهای پرخطر توسط این افراد تجربه می‌شود<sup>(3)</sup> به گونه‌ای که میزان استفاده از سرنگ نو در آخرین تزریق در بین گروه مورد مطالعه 81/5٪ پس از وزن دهی، بدست آمده است.<sup>(3)</sup> در همین مطالعه استفاده مشترک از سایر وسایل تزریق در آخرین تزریق 28/5٪ بوده است. سابقه تزریق مشترک در یک ماه گذشته 26/8٪ بوده و 53/2٪ آنان بیش از 2 شریک تزریقی داشته‌اند.<sup>(3)</sup> به این ترتیب به نظر می‌آید که گسترش برنامه‌های کاهش آسیب یک ضرورت جدی است. باید در نظر داشت، همه‌گیری اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد همانطور که می‌تواند به سرعت گسترش یابد، به سرعت به مداخلات کاهش آسیب پاسخ می‌دهد و بروز موارد جدید با پوشش مناسب به سرعت کاهش می‌یابد.<sup>(46)</sup> بر اساس یک برآورد، اگر سطح پوشش برنامه استفاده از سرنگ ایمن در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از 80 درصد به 95 درصد فزونی یابد، بروز عفونت اچ‌آی‌وی در این گروه در حدود 75٪ کاهش خواهد یافت.<sup>(7)</sup> بر این اساس بازنگری جدی کیفیت خدمات کاهش آسیب و تلاش جهت افزایش قابل توجه پوشش این خدمات و بازبینی مداخلات مورد نیاز با توجه به تغییر پاترن استفاده از مواد یک ضرورت جدی است. به نظر می‌آید سیاست‌های مبتنی بر جامعه باید جایگزین سیاست‌های مبتنی بر دستگیری مصرف‌کنندگان مواد شود.

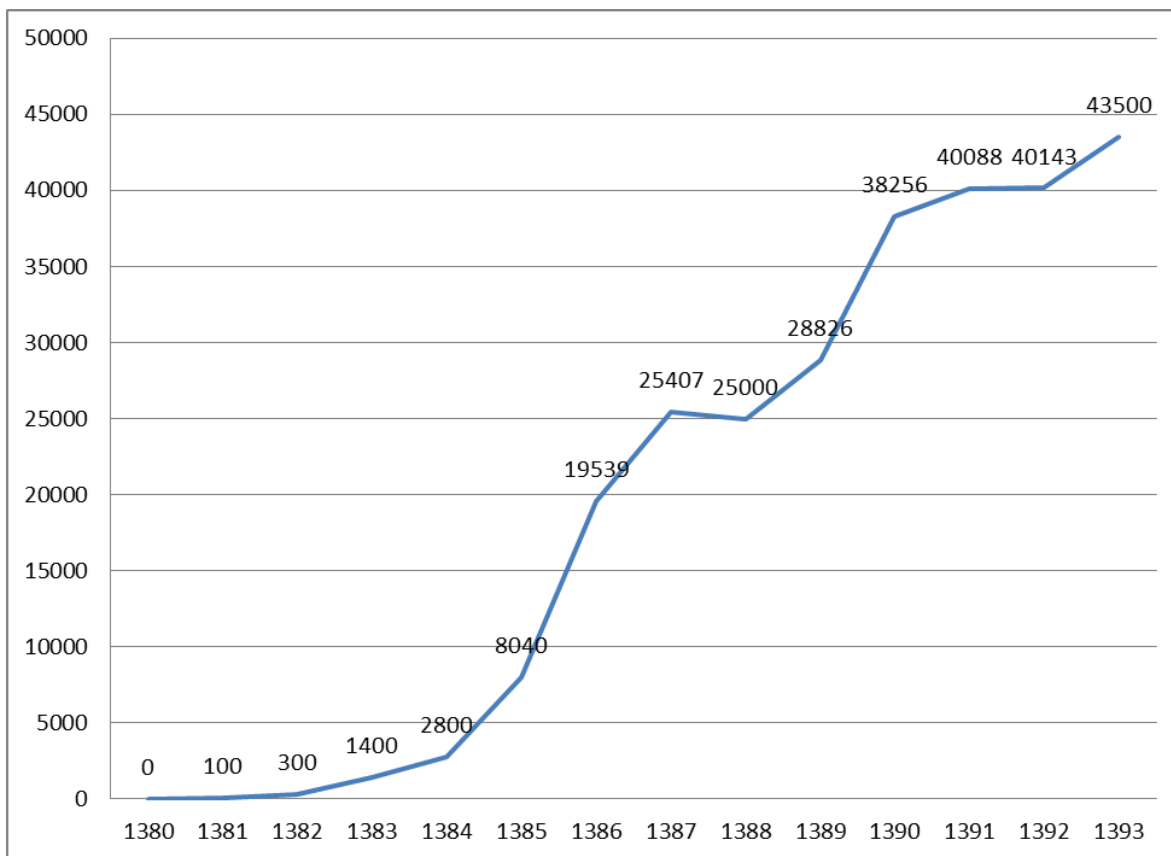
### درمان نگهدارنده مواد

درمان نگهدارنده متادون: در پایان شهریور 1393، 5983 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. 5744 (96/1) مرکز متعلق به بخش خصوصی و 239 مرکز متعلق به بخش دولتی بوده است.<sup>(52 و 12)</sup> در این مراکز مجموعاً در طی دوره یک ساله منتهی به پایان شهریور 1393، در کل نزدیک به نیم میلیون نفر (476232 نفر) مصرف کننده مواد از درمان نگهدارنده متادون استفاده کرده اند که 420929 نفر از آنان (88/4٪) بیش از 6 ماه بر روی درمان بوده اند.<sup>(51)</sup> از کل افراد تحت درمان نگهدارنده متادون، فقط 25580 نفر (5/4٪) مصرف کننده تزریقی مواد و بقیه 476232 نفر (94/6٪) مصرف کننده غیر تزریقی مواد بوده اند.<sup>(52)</sup> این نسبت نیاز به بهبود دارد. مطالعه دیده‌وری زیستی- رفتاری در مصرف-کنندگان تزریقی مواد در سال 1393 نشان می‌دهد 42/1٪ از کسانی که در یک سال قبل از مطالعه تزریق کرده‌اند، در زمان مطالعه تحت درمان نگهدارنده جایگزین بوده‌اند.<sup>(3)</sup> این عدد در سال 1389، 42/6٪ و در سال 1386، 33٪ بوده<sup>(50)</sup> که اگر چه حاکی از بهبود پوشش درمان های نگهدارنده جایگزین است، ولی بر ضرورت گسترش آن نیز دلالت می کند. روند گسترش برنامه درمان نگهدارنده با متادون در زندان‌های ایران از سال 1380 تاکنون روندی فزاینده بوده که در بهمن 1393 به بیش از 43500 نفر رسیده است.<sup>(52)</sup> (نمودار 15). با این حال علیرغم همه پیشرفت های قابل توجهی که رخ داده، هنوز بخش بزرگی از زندانیان نیازمند مداخلات مناسبند. بنابر این حمایت از برنامه های درمان نگهدارنده متادون برای گسترش پوشش آن هم در جامعه و هم در زندان، ضمن ارتقاء کیفیت آن یک ضرورت است.

نکته مهم دیگر، نشانه‌هایی است که حاکی از افزایش سریع مصرف ترکیبات شبه آمفتامینی در مصرف کنندگان مواد و کسانی است که تحت درمان نگهدارنده متادون هستند.<sup>(11)</sup> نگرانی از افزایش ناگهانی مصرف ترکیبات شبه آمفتامینی شامل زندانیان نیز می شود.<sup>(27 و 28)</sup> در مطالعه دیده‌وری زیستی- رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال 1393، 20/7٪ آنانی که در یک ماه اخیر تزریق داشته اند، ماده مصرفی غالبشان در ماه گذشته، متامفتامین بوده است. از میان آنان، 21/1٪ در یک ماه گذشته شیشه نیز تزریق کرده اند.<sup>(3)</sup> همچنین مصرف همزمان شیشه با سایر مواد نیز شایع است.<sup>(3)</sup> بر اساس مطالعه مراقبت زیستی- رفتاری در زندانیان در سال 1391 در مقایسه با مطالعه ای مشابه در سال 1388 مصرف مواد محرک آمفتامینی در یک ماه 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.<sup>(27)</sup> که در میان آنان، 28/0٪ موارد تزریق شیشه را گزارش کردند<sup>(27)</sup> 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 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. در حال حاضر 26276 نفر تحت این درمان هستند.<sup>(51)</sup> جدول 2 برخی از مشخصات درمان های نگهدارنده جانشین را نشان می دهد.<sup>(51)</sup>

نمودار 15: رشد تعداد زندانیان تحت درمان نگهدارنده متادون در زندان‌های کشور



جدول 2: هراجمان تحت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست اُپیوئیدی

نوع درمان	خصوصی	دولتی	جمع	ماندکاری بر درمان بیش از 6 ماه
درمان نگهدارنده با متادون (زن)	30915	2358	33273	26276
درمان نگهدارنده با متادون (مرد)	410062	32897	442959	394653
درمان نگهدارنده با متادون (کل)	440977	35255	476232	420929
درمان نگهدارنده با بوپرنورفین (کل)			96937	87462
درمان با کمک تنتور اُپیوم (کل)			26276	



## پیشگیری از انتقال جنسی از مصرف کنندگان تزریقی مواد

کاندوم در در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری (کلینیک‌های مثلثی)، مراکز گذری و تیم‌های سیاری به مصرف کنندگان تزریقی مواد ارائه می‌شود.<sup>(41 و 53)</sup>

مصرف کنندگان تزریقی مواد: در پیمایش زیستی - رفتاری 1393، حدود 49/7٪ از مصرف کنندگان تزریقی مواد متاهل بوده یا سابقه ازدواج داشتند و 15/8٪ آن‌ها با همسران خود زندگی می‌کنند.<sup>(3)</sup> حدود 44/9٪ آنان در یک سال گذشته با همسر خود ارتباط جنسی داشته‌اند. در میان این افراد درصد استفاده همیشگی از کاندوم 20/3٪ بوده است.<sup>(3)</sup> در این مطالعه، 47/4٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد رابطه جنسی پولی داشته‌اند که 63/9٪ در یک سال اخیر بوده است. 16/5٪ مردان مصرف کننده تزریقی مواد در طول عمر خود با مردی دیگر رابطه جنسی داشته‌اند. تعداد شرکای جنسی در یک سال گذشته در کسانی که سابقه رابطه جنسی با شریک جنسی موقت غیر پولی و شریک جنسی با دادن پول یا کالا یا مواد داشته‌اند، به ترتیب در 62/4٪ و 76/4٪ موارد بیش از یک نفر بوده است.<sup>(3)</sup> درصد استفاده از کاندوم در آخرین تماس جنسی شریک جنسی پولی و موقت غیر پولی به ترتیب 39/5٪ و 31/3٪ بوده است.<sup>(3)</sup> به این ترتیب به نظر می‌آید باید تلاش‌های زیادی برای بهبود پوشش استفاده از کاندوم در پیش گرفته شود. به منظور برآورد نقش مداخلات در بروز موارد جدید، در پژوهشی برآورد گردید که اگر پوشش استفاده از کاندوم در مصرف کنندگان تزریقی مواد از 30٪ به 95٪ افزایش یابد، 93٪ از موارد جدید عفونت اچ‌آی‌وی در شرکای جنسی آنان کاسته خواهد شد.<sup>(7)</sup> شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد: در مطالعه رفتاری - زیستی شرکای جنسی تزریقی کنندگان مواد در سه شهر مختلف در سال 1389، 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.<sup>(26)</sup>

## آموزش و اطلاع‌رسانی در مصرف کنندگان تزریقی مواد

آموزش و اطلاع‌رسانی ویژه مصرف کنندگان تزریقی مواد، توسط کلینیک‌های مثلثی، برنامه‌های سیار، مراکز درمان اعتیاد، مراکز آموزش جامعه‌مدار، زندان‌ها، مراکز گذری و سازمان‌های مردم‌نهاد ارایه می‌شود.<sup>(53)</sup> در مطالعه سال 1393، درصد کمی (6/5٪) از مصرف کنندگان تزریقی مواد تاکنون چیزی در باره اچ‌آی‌وی یا ایدز شنیده بودند.<sup>(3)</sup> و این مقدار دو برابر مقدار بدست آمده از دور اول و دوم مراقبت رفتاری اچ‌آی‌وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال 1386 و 1389 است. اکثریت قاطع مصاحبه شونده‌ها به تاثیر کاندوم (94/4٪) و نیز محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک غیر آلوده برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی (90/2٪) آگاه بودند.<sup>(3)</sup> به این ترتیب آگاهی نسبت به پیشگیری در تماسهای جنسی در بین مصرف کنندگان تزریقی بالاست ولی تاثیر این آگاهی بر عملکرد افراد محدود است و همچنان روابط جنسی حفاظت نشده با شرکای متعدد در این افراد تجربه می‌شود. برای بهبود رفتارها تقویت برنامه‌های آموزشی به منظور تغییر رفتار و نیز افزایش دسترسی به خدمات پیشگیری ضروری است.

94/1٪ شرکت کنندگان در این مطالعه از احتمال انتقال اچ‌آی‌وی از طریق اشتراک در وسایل تزریق آگاه بودند.<sup>(3)</sup> با توجه به خطر بسیار بالای انتقال اچ‌آی‌وی از راه تزریق، این میزان باید باز هم افزایش یابد.

باورهای غلطی همچون انتقال ویروس ایدز از طریق خوردن غذای مشترک ( 78/9٪ پاسخ درست) و نیز از طریق نیش پشه (56/7٪ پاسخ درست) در بین مصرف کنندگان تزریقی نسبت به مطالعه قبلی بهبود یافته است، ولی همچون سایر اقشار جامعه هنوز به بهبود بیشتری نیاز دارد.<sup>(3)</sup>

## حذف انتقال اچ آی وی از مادر به کودک

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

#### 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 استعلام گردید و برای محاسبهٔ مخرج، از روش تخمین استفاده شد.

**محاسبه شاخص:** صورت کسر: از انتهای شهریور 1392 تا انتهای شهریور 1393، مجموعاً 168 زن باردار تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گرفتند.<sup>(12)</sup>

**مخرج کسر:** براساس محاسبات نرم افزار اسپکتروم، تعداد تخمینی زنان باردار مبتلا به اچ آی وی در سال 2014، 845 نفر به دست آمده است.<sup>(16)</sup>

**مقدار شاخص:** در دوره زمانی فوق، میزان این شاخص برابر با 19/9٪ برآورد می گردد.

**بحث:** برنامه جامع پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد از ابتدای 1393 شروع شده است. این برنامه در 16 منطقه پرخطر در سطح کشور به اجرا در آمده است. شروع این برنامه منجر به افزایش بیماریابی در بین زنان باردار شده، بطوریکه در بازه زمانی مشابه، تعداد زنان باردار بهره مند از خدمات پیشگیری و درمان از 132 در سال 1392 به 168 در سال 93 رسیده است.<sup>(12)</sup> با وجود این برنامه های پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به کودک باید تقویت شود.

#### 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:** از انتهای شهریور 1392 تا انتهای شهریور 1393، از مجموع 125 نوزاد متولد شده از مادر مبتلا 71 نوزاد (56/8٪) در 2 ماه اول پس از تولد، آزمایش ویرولوژیک اچ آی وی شده اند.<sup>(12)</sup> با وجود این برنامه های پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به کودک باید تقویت شود.

**بحث:** با توجه به محدودیت دسترسی به آزمایش های ویرولوژیک، نوزادانی که به این روش دسترسی نداشته اند با روشهای ایمونواسی مورد پیگیری قرار گرفته اند.<sup>(40)</sup>

122 نفر از این نوزادان، جهت پیشگیری از انتقال مادر به کودک، طی 4 هفته اول پس از زایمان پروفیلاکسی ضد ترئوپروسی دریافت کرده اند. از 71 نوزادیکه بررسی و پرولوپیک شده اند، 9 نفر پاسخ مثبت داشته اند. 121 نوزاد از این بین تحت تغذیه انحصاری با شیر مصنوعی قرار گرفته اند.<sup>(12)</sup> با وجود این برنامه های پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به کودک باید تقویت شود.

### 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

مقدار شاخص: 42/5/16<sup>(16)</sup>

بحث: اگرچه تمام نوزادانی که از مادر مبتلا به اچ آی متولد می شوند، تحت پوشش خدمات مورد نیاز قرار گرفته اند، ولی نقطه گرهي مداخله، شناسایی زنان مبتلاست که نیاز به بهبود دارد. با توجه به اینکه در سال 2014 مداخلات پیشگیری از مادر به کودک شدت گرفته و آخرین مطالعه تخمین در سال 2013 بدون در نظر گرفتن این مداخلات انجام شده، لذا عدد تخمین نهایی انتقال از مادر به کودک باید از مقدار فوق کمتر باشد. به نظر می آید نرم افزار نتوانسته اثر مداخلاتی که اعمال شده را نشان دهد. هر چند پوشش این مداخلات نسبتا محدود است و نیاز به افزایش دارد ولی حتما باید اثر آن در کاهش انتقال دیده شود. مطالعه تخمین بر اساس آخرین بازبینی نرم افزار اسپکتروم در حال بازبینی است.

## فعالیت ها در زمینه کاهش انتقال اچ آی وی از مادر به فرزند

روند شناسایی زنان مبتلا به اچ آی وی در سال های اخیر روندی افزایشی داشته است<sup>(8)</sup>. به نظر می آید آنچه پیش از این در باره افزایش کودکان مبتلا به اچ آی وی گفته شد، در همین زمینه قابل توجه خواهد بود. ارائه درمان ضد ترئوپروسی به منظور پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد از سال 1385 در دستورالعمل کشوری مراقبت و درمان گنجانده شده است.<sup>(49)</sup> خدمات مرتبط ذیل استراتژی مراقبت و درمان مبتلایان، و بصورت بخشی از خدمات مرتبط به زنان مبتلا ارائه می گردید.<sup>(54)</sup> با ایجاد مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارائه خدمات سلامت باروری، درمان ضد ترئوپروسی به منظور درمان و یا پیشگیری از انتقال مادر به کودک و نیز مراقبت و درمان کودکان مبتلا در بسته خدمات این مراکز گنجانده شد. در سال 1392 برنامه پیوند برنامه های ایدز و سلامت باروری با هدف کاهش انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد تدوین شد و از ابتدای سال 1393 در 166 منطقه پرخطر از 14 استان کشور به اجرا درآمد.<sup>(53)</sup> در این برنامه 4 عرصه پیشگیری از ابتلا زنان و دختران جوان، تنظیم خانواده و سلامت باروری در زنان مبتلا به اچ آی وی، زایمان سالم برای زنان باردار مبتلا، پیگیری نوزاد و مراقبت و درمان نوزادان مبتلا در نظر گرفته شده است. یکی از اصلی ترین خدماتی که در این برنامه مد نظر قرار گرفت، ارائه آزمایش و مشاوره اچ آی وی با رویکرد PITC برای کلیه زنان باردار ساکن در این مناطق پرخطر بود.<sup>(53)</sup> اجرای 6 ماهه این برنامه منجر به افزایش تعداد مادران باردار شناسایی شده گردید به نحوی که تعداد کل زنان باردار مبتلا شناخته شده از 132 نفر در سال گذشته به 181 زن باردار در این دوره زمانی رسید.

در فاصله بین شهریور 1392 و شهریور 1393، بر اساس اطلاعات موجود در مراکز بهداشتی درمانی دولتی برای 26603 زن باردار آزمایش اچ‌آی‌وی انجام شد که 26518 نفر از آنان از نتیجه آزمایش خود آگاه شده بودند.<sup>(12)</sup> از بین این زنان 67 مورد نتیجه آزمایش مثبت بدست آمد. از آنجا که بسیاری از پزشکان در بخش خصوصی و بخش های دانشگاهی به صورت روتین برای کلیه زنان باردار آزمایش اچ‌آی‌وی درخواست میکنند و نظام ثبت و گزارشدهی آزمایش اچ‌آی‌وی برای این بخش وجود ندارد، لذا اطلاعاتی در مورد تعداد واقعی آزمایش اچ‌آی‌وی در دست نیست.<sup>(53)</sup> از بین 181 زن باردار شناسایی شده 168 مورد از داروهای ضد‌رتروویروس بهره مند شدند.<sup>(12)</sup> در 100 مورد از این زنان رژیم ضد‌رتروویروسی صرفاً به منظور پیشگیری از انتقال از مادر به کودک شروع شده ولی در 68 مورد دیگر مادر برای سلامت خود نیاز به درمان داشته است. اندیکاسیون شروع درمان در 25 نفر از این گروه صرفاً بالینی بوده و در مابقی بدلیل **CD4** کمتر از حد نصاب درمان شروع شده است.<sup>(12)</sup>

## ارائه درمان ضد‌رتروویروسی

### شاخص های اصلی مرتبط با درمان ضد‌رتروویروسی

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

**تعریف شاخص:** درصد بزرگسالان و کودکان مبتلا به عفونت پیشرفته اچ‌آی‌وی که درمان ترکیبی ضد‌رتروویروسی دریافت می‌کنند

**روش محاسبه:** برای صورت کسر از داده‌های سیستم ثبت درمان ضد رتروویروسی استفاده شد. برای مخرج کسر از نرم‌افزار اسپکتروم برای تخمین استفاده شد.

**محاسبه شاخص: صورت کسر:** در پایان شهریور سال 1393، 5585 نفر (شامل 1516 زن و 4069 مرد) تحت درمان ضد رتروویروسی بوده‌اند.<sup>(17)</sup>

**مخرج کسر:** بر اساس تخمین با استفاده از نرم‌افزار اسپکتروم در سال 1393 در سطح کشور، تعداد کل مبتلایان 76100 و تعداد نیازمندان به درمان ضد رتروویروسی 27800 نفر بوده است.<sup>(16)</sup>

**مقدار شاخص:** در مجموع در سال 1393، 7/3٪ کل مبتلایان و 20/1٪ نیازمندان درمان ضد رتروویروسی تحت درمان بوده‌اند.

**بحث:** در سال گذشته مطالعه ارزیابی آبخار خدمات مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی صورت گرفت. بر طبق یافته های این مطالعه بزرگترین شکاف شناسایی شده در این خدمات مربوط به بیماریابی بود.<sup>(40)</sup> در حال حاضر برنامه عملیاتی تقویت خدمات مراقبت و درمان در حال تدوین است. برنامه های بیماریابی از سال گذشته شدت گرفته و تعداد موارد آزمایش شده نسبت به سال گذشته به بیش از 2 برابر افزایش یافته است. امید است ادامه این روند بر پوشش درمان تاثیر گذارد.

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

**تعریف شاخص:** درصد کودکان و بزرگسالان با اچ‌آی‌وی شناخته شده که 12 ماه پس از شروع درمان ضد رتروویروسی هنوز تحت درمان هستند و به حیات خود ادامه می‌دهند.

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

**مقدار شاخص:** بقای به درمان 12 ماهه در کسانی که درمان رتروویروسی را از شهریور 1391 تا شهریور 1392 شروع کرده اند، 84/8٪ بود. این نسبت برای زنان 88/4٪ و برای مردان 83/4٪ بوده است.<sup>(17)</sup> شرح کامل بقای بر درمان 12 ماهه، 24 ماهه، 60 ماهه در سال های 1387 تا 1392 به تفکیک سن، جنس و سابقه مصرف مواد در پیوست ها آمده است<sup>(17)</sup>

## فعالیت ها در زمینه درمان ضد رتروویروسی

در مطالعه ای در سال 1393 در زمینه آبخار آزمایش، ماندگاری و درمان در زمینه مراقبت و درمان اچ آی وی انجام شد، که خلاصه ای از نتایج روزآمد شده آن در قسمت های بعدی آمده است.<sup>(40)</sup>

### پله 1: آزمایش اچ‌آی‌وی

آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی یکی از استراتژی های برنامه استراتژیک کشوری برای کنترل اچ‌آی‌وی است. در برنامه و دستورالعمل ها بر لزوم ارائه آزمایش با در نظر گرفتن محرمانگی، رضایت، مشاوره، تضمین نتایج آزمایش درست و خدمات صحیح تاکید شده است. گروههای اصلی هدف در آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی عبارتند از : مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی آنها، تن فروشان و و شرکای جنسی آنها، افرادی که معرض رفتارهای پرخطر جنسی هستند(افراد ترانس سکسوال، و مردانیکه با مردان دیگر رابطه جنسی دارند) و شرکای جنسی آنها، افراد دارای رابطه جنسی با مبتلایان به اچ‌آی‌وی، همسران مبتلایان به اچ‌آی‌وی، زنان باردار پرخطر یا ساکن نواحی حاشیه نشین، زندانیان و مبتلایان به بیمارهای آمیزشی. علاوه بر این امکان دسترسی این خدمت برای کلیه افراد بالای 15 سال متقاضی نیز در نظر گرفته شده است. رویکرد توصیه شده در این گروه ها، پیشنهاد آزمایش توسط کارکنان سلامت است. میزان پوشش این خدمت برای هر یک از این گروهها در برنامه کشوری پیش بینی شده است. اخیرا پیشنهاد انجام آزمایش در بیماران مبتلا به سل صرف نظر از وجود عوامل خطر نیز پیش بینی شده است. همچنین امکان انجام مشاوره و آزمایش داوطلبانه برای همه افرادی که درخواست انجام آنرا دارند، در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری فراهم است. الگوریتم تشخیصی اچ‌آی‌وی بر اساس سه آزمایش پشت سر هم گذاشته شده است.<sup>(40)</sup>

در حال حاضر 1017 مرکز مسئول ارائه آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی با استفاده از الیزا و آزمایش سریع اچ‌آی‌وی هستند. انواع این مراکز شامل مراکز و پایگاه های مشاوره (310 مرکز)، کلینیک های مراقبت پیش از بارداری (132 مرکز)، مراکزی که به طور ویژه برای تقویت پیشگیری انتقال مادر به کودک پیش بینی شده اند (166 مرکز)، مراکز گذری مردان (75 مرکز)، مراکز گذری زنان (7 مرکز)، گرمخانه های مردان (3 مرکز)، گرمخانه های زنان (1 مرکز)، مراکز ویژه زنان آسیب پذیر (28 مرکز)، زندان ها (85 مرکز)، کلینیک های درمان نگهدارنده متادون (74 مرکز)، برخی بیمارستان های انتخابی

(86 مرکز) و برخی مطب های خصوصی (50 مرکز).<sup>(12)</sup> آزمایش و مشاوره اچ آی وی در بخش دولتی (مانند کلینیک های مثلثی، کلینیک های دولتی متادون، مراکز گذری و مراکز ویژه زنان آسیب پذیر، درمانگاه های سل و درمانگاه های مراقبت پیش از بارداری) رایگان است.<sup>(40)</sup>

پوشش آزمایش و مشاوره اچ آی وی در همه جمعیت: در دوره یکساله منتهی به مهر 1393، 113413 نفر آزمایش و مشاوره اچ آی وی شدند، که تقریباً همه در مراکز دولتی انجام شده است.<sup>(12)</sup> اگر چه در بخش خصوصی، آزمایش اچ آی وی وسیعاً توسط پزشکان برای بیماران انجام می شود، ولی در حال حاضر آماری برای ارائه وجود ندارد.<sup>(40)</sup>

پوشش آزمایش و مشاوره اچ آی وی در جوانان: مطالعه ای که در جوانان 15 تا 29 ساله در سطح کشور در سال 1393 انجام شد، نشان داد 14٪ جمعیت مورد مطالعه در طی سال گذشته آزمایش اچ آی وی داده اند.<sup>(10)</sup>

پوشش آزمایش و مشاوره اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد: مطالعه زیستی رفتاری 1393 در مصرف کنندگان تزریقی 56/2٪ جمعیت مورد مطالعه در صورت تمایل برای انجام آزمایش اچ آی وی می دانسته اند به کجا مراجعه کنند. 55/9٪ از جمعیت مورد مطالعه سابقه انجام آزمایش اچ آی وی داشته اند و 27/2٪ در سال گذشته آزمایش اچ آی وی داده و از نتیجه آن آگاه بودند.<sup>(3)</sup> با توجه به اینکه درصد قابل توجهی از مصرف کنندگان مواد به زندان وارد می شوند و گروه قابل توجهی نیز به کلینیک های مختلف مراجعه می کنند،<sup>(3)</sup> بنابر این به نظر می آید این مراکز گلوگاه های بسیار مناسبی برای ارائه آزمایش داوطلبانه اچ آی وی باشد.<sup>(40)</sup>

پوشش آزمایش و مشاوره اچ آی وی در شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد: در مطالعه ای که در سال 1390 در سه استان کشور بر روی مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی آنان انجام شد، 56/0٪ جمعیت مورد مطالعه در صورت تمایل برای انجام آزمایش اچ آی وی می دانسته اند به کجا مراجعه کنند. 28/4٪ سابقه انجام آزمایش اچ آی وی داشته اند و 81٪ آنان از نتیجه آزمایش آگاه بودند. در 77٪ موارد، انجام آزمایش در یکسال اخیر بوده است.<sup>(26)</sup>

پوشش آزمایش و مشاوره اچ آی وی در تن فروشان زن: مطالعه زیستی رفتاری سال 1389 نشان می دهد که 48/3٪ تن فروشان زن، سابقه آزمایش اچ آی وی داشته اند. مطالعه حاکی از آنست که مراجعه به کلینیک های دولتی و خصوصی شایع و مراکز درمان اعتیاد شایع است و فرصت مناسبی فراهم می آورد که باید در نظر گرفته شود.<sup>(9)</sup>

پوشش آزمایش و مشاوره اچ آی وی در ترانس سکسوال ها: در مطالعه مقطعی که در تهران در سال 1393، در میان 104 ترانس سکسوال زن (مرد به زن) انجام شد، 49 نفر (47/1٪) حداقل یکبار آزمایش اچ آی وی داده بودند و 24 نفر (23/1٪) در یک سال گذشته سابقه آزمایش اچ آی وی و اطلاع از نتیجه آن داشتند.<sup>(38)</sup>

پوشش آزمایش و مشاوره اچ آی وی در زندانیان: در مطالعه زیستی رفتاری سال 1391 در زندان های کشور، از میان 5429 نفر زندانی که به سوال سابقه انجام آزمایش اچ آی وی پاسخ داده اند، 2054 نفر (37/7٪) سابقه آنرا داشته اند. میانگین زمان آخرین آزمایش 1/9 سال بوده است و 61/3٪ از نتیجه آخرین آزمایش خود با خبر بوده اند.<sup>(27)</sup>

مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: درباره مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند، مطالعات بسیار محدود است، نمایانگر این گروه نیست و نمی تواند به نتیجه گیری قابل تعمیم منجر شود.

پوشش آزمایش و مشاوره اچ آی وی در مبتلایان به سل: در سال گذشته در میان 11073 بیمار مبتلا به سل، 1633 نفر (17/7٪) از نظر اچ آی وی آزمایش شده اند.<sup>(18)</sup>

پوشش آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی در کلینیک مراقبت پیش از بارداری: از مهر 1392 تا مهر 1393، 26676 زن باردار در بخش دولتی از نظر اچ‌آی‌وی آزمایش شده‌اند. از آنان 26643 نفر (99/9٪) از نتیجه آزمایش خود آگاه شدند و 69 نفر (0/26٪) مثبت بوده‌اند. در همین دوره زمانی، 8650 زن باردار آزمایش خود را در زمان زایمان انجام داده‌اند و 6 نفر (0/07٪) مثبت بودند.<sup>(12)</sup> بخش خصوصی و بخش آکادمیک نسبت بالایی از زنان باردار را نظر اچ‌آی‌وی، چک می‌کنند و آنهایی که مثبت هستند برای دریافت خدمات از جمله آزمون‌های تاییدی و درمان ضد رتروویروسی به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع می‌شوند. ولی در حال آماری برای ارائه در این باره وجود ندارد.<sup>(40)</sup>

پوشش آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی در نوزادان: در سال 2014 تخمین تعداد نوزادانی که از مادران مبتلا به اچ‌آی‌وی به دنیا آمده‌اند، 845 نفر تخمین زده شده است. از مهر 1392 تا مهر 1393، از 181 زن باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی، 125 نوزاد به دنیا آمده، که برای 71 نفر (56/8٪) آزمایش پی‌سی‌آر در ماه اول پس از تولد انجام شده است.<sup>(12)</sup> با این وجود استفاده از آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های پرخطر به طور عمومی پایین است. مهمترین عوامل در این زمینه آگاهی ضعیف در باره نحوه آزمایش اچ‌آی‌وی و درمان آن، نگرانی از انگ و تبعیض، ترس کارکنان و عدم تمایل آنان برای کار با مبتلایان به اچ‌آی‌وی یا گروه‌های پرخطر، آگاهی اندک گروه‌های کلیدی در باره اچ‌آی‌وی و خدمات در دسترس و انگیزه ضعیف آنها به علت الویت‌های متناقض ذکر شده است.<sup>(40)</sup> با توجه به ضرورت بهبود پوشش آزمایش اچ‌آی‌وی، برنامه‌های کشوری موارد زیر را در برنامه استراتژیک خود در نظر گرفته<sup>(54)</sup> و اعمال آنها را آغاز نموده است:

#### 1. تقویت برنامه‌های شناسایی موارد مبتلا به اچ‌آی‌وی :

##### a. تغییر سیاست شناسایی از VCT به PITC در گروه‌های زیر :

- i. گروه‌هایی با احتمال شیوع بالاتر اچ‌آی‌وی شامل مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و شرکا جنسی آنها، زنان تن‌فروش و شرکا جنسی آنها، مردان در معرض بیشترین آسیب و شرکا جنسی آنها، مبتلایان به بیماری‌های مقاربتی و شرکا جنسی آنها، زندانیان، کودکان خیابانی، شرکا جنسی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی؛
- ii. گروه‌هایی که تشخیص زود هنگام در آنها حایز اهمیت است شامل زنان باردار، مبتلایان به سل؛

##### 2. فراهم آوردن امکان دسترسی به خدمات تشخیصی برای گروه‌های فوق شامل:

- i. استفاده از تست‌های سریع برای تشخیص اولیه؛
- ii. ادغام برنامه انجام آزمایش‌های اولیه تشخیصی در مراکزی که گروه‌های هدف برای دریافت خدمات دیگر مانند مراقبت و درمان و یا کاهش آسیب و حمایت به آنها مراجعه می‌کنند، شامل مراکز گذری، مراکز درمان نگره دارنده متادون، مراکز مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب، مراکز مراقبت مردان در معرض بیشترین آسیب، زندانها در بدو ورود و در مراکز مشاوره زندان‌ها، مراکز سیار برای کودکان خیابانی، مراکز مراقبت قبل از بارداری، واحد‌های مراقبت و درمان سل و قسمت‌هایی از بخش خصوصی که به گروه‌های پرخطر خدمات می‌دهند

## پله 2: وصل شدن به مراقبت

تا مهر 1393، از کل افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی که شناسایی شده اند، 22982 نفر در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری تشکیل پرونده داده اند. از میان آنان 19561 نفر (85/1٪) مرد و 3421 نفر (14/9٪) زن بوده اند. تاکنون از آنانی که تشکیل پرونده داده اند، 6716 نفر (29/2٪) مرده اند. مرگ و میر در زنان مبتلای دارای پرونده 11/3٪ و در مردان 32/3٪ بوده است. در دوره زمانی یکساله منتهی به مهر 1393، از آنانی که دارای پرونده و زنده بوده اند، 9568 نفر (58/8٪) حداقل یک بار در سال ویزیت شده اند. این درصد برای زنان 74/5٪ و برای مردان 55/2٪ بوده است.<sup>(12)</sup> این درصدها، حاکی از ریزش فراوان کسانی است که تشکیل پرونده داده اند.

یک مطالعه کیفی در میان کارشناسان ایدز دانشگاه های علوم پزشکی کشور، حاکی از آن بود که آموزش و ارتباط، مشاوره، ارائه خدمات حمایتی، استفاده از همسانان، به کارگیری کارکنان بانگیزه و باتجربه و پیگیری فعالانه مهمترین مکانیسم هایی هستند که در مراکز مشاوره برای نگه داشتن بیماران بر مراقبت استفاده می شود.<sup>(40)</sup> با توجه به ضرورت وصل شدن موارد شناسایی شده به خدمات مراقبت و درمان، برنامه کشوری موارد زیر را در برنامه استراتژیک خود در نظر گرفته<sup>(54)</sup> و اعمال آنها را آغاز نموده است:

1. برقراری ارتباط موارد شناسایی شده با مراکز مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی شامل:

- a. برقراری نظام ارجاع ساختارمند از مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبت و درمان و یا کاهش آسیب و حمایت به گروه های هدف و بالعکس
- b. امکان انجام تست های تأییدی تشخیص در مراکزی که به گروه های هدف با روش PIT آزمایش اچ‌آی‌وی پیشنهاد می کنند

## پله 3: مراقبت قبل از درمان ضدتروویروسی

در حال حاضر در 38 شهرستان دستگاه شمارش CD4 وجود دارد. این حاکی از یک افزایش 5 برابری از سال 1386 است. سایر مراکز مشاوره بیماری های رفتاری، که دستگاه شمارش CD4 در شهرشان وجود ندارد، برای انجام آن بیمار را به نزدیکترین شهر دارای دستگاه ارجاع می دهند.<sup>(40)</sup> بین مهر 1392 تا مهر 1393، 6745 بیمار مبتلا به اچ‌آی‌وی، CD4 خود را چک کرده اند (41/5٪ آنانی که پرونده داشته و زنده بوده اند) این درصد برای زنان و مردان به ترتیب 59/7٪ و 37/3٪ بوده است. در همین دوره زمانی از میان آنانی که به تازگی تشکیل پرونده داده اند (1600 نفر)، 1341 نفر (82/3٪) حداقل یکبار CD4 خود را چک کرده اند. از میان آنان 722 نفر (53/8٪) CD4 کمتر از 350 داشته اند. در همین دوره از میان آنانی که به تازگی به عنوان فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی شده و در مرحله 3 یا 4 از طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت بوده اند (467 نفر)، 435 نفر (93/1٪) CD4 خود را چک کرده اند.<sup>(12)</sup> در سال 1391، برای 217 نفر از 1177 نفر (18٪) از کسانی تحت درمان ضدتروویروسی قرار گرفتند، فقط از طبقه بندی بالینی استفاده شده بود (یعنی CD4 چک نشده بود). این عدد در سال 1388، 34٪ (148 از 434 نفر) بود. به طور کلی در دوره زمانی 1390 تا 1391 و بعد از بازبینی رهنمودهای بالینی مرتبط با اچ‌آی‌وی در سال 1389 که بر انجام



CD4 تاکید بیشتری می کرد، این عدد 22٪ (532 نفر از 2406 نفر) و در دروه زمانی 1386 تا 1389 (قبل از انتشار رهنمود فوق) 60٪ (1195 از 1989 نفر) بوده است.<sup>(40)</sup>

بین مهر 1392 تا مهر 1393، 1600 از 2014 بیمار مبتلا به اچ‌آی‌وی که به تازگی تشکیل پرونده داده اند (3/11٪)، درمان پیشگیرانه ایزونیازید دریافت کرده اند.<sup>(12)</sup>

در حال حاضر 48 باشگاه مثبت که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا سازمان بهزیستی حمایت می شوند، در حال ارائه خدمات حمایتی به مبتلایان به اچ‌آی‌وی هستند.<sup>(12 و 13)</sup>

با توجه به ضرورت بهبود ماندگاری بر مراقبت، برنامه کشوری موارد زیر را در برنامه استراتژیک خود در نظر گرفته<sup>(54,41)</sup> و اعمال آنها را آغاز نموده است:

1. ارتقا برنامه مراقبت و درمان موارد شناسائی شده شامل:

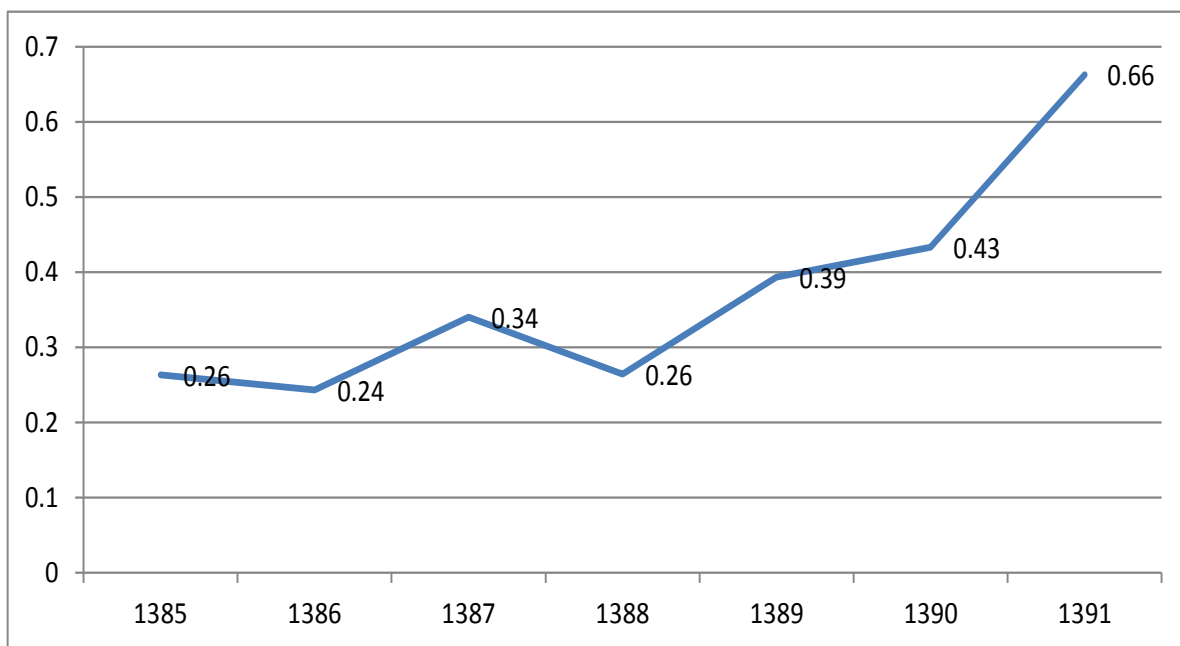
a. افزایش دسترسی و ارتقا کیفی خدمات آزمایشگاهی

b. فراهم کردن تجهیزات لازم برای انجام CD4 در کلیه مراکز

## پله 4: درمان ضدتروویروسی و بقای بر درمان

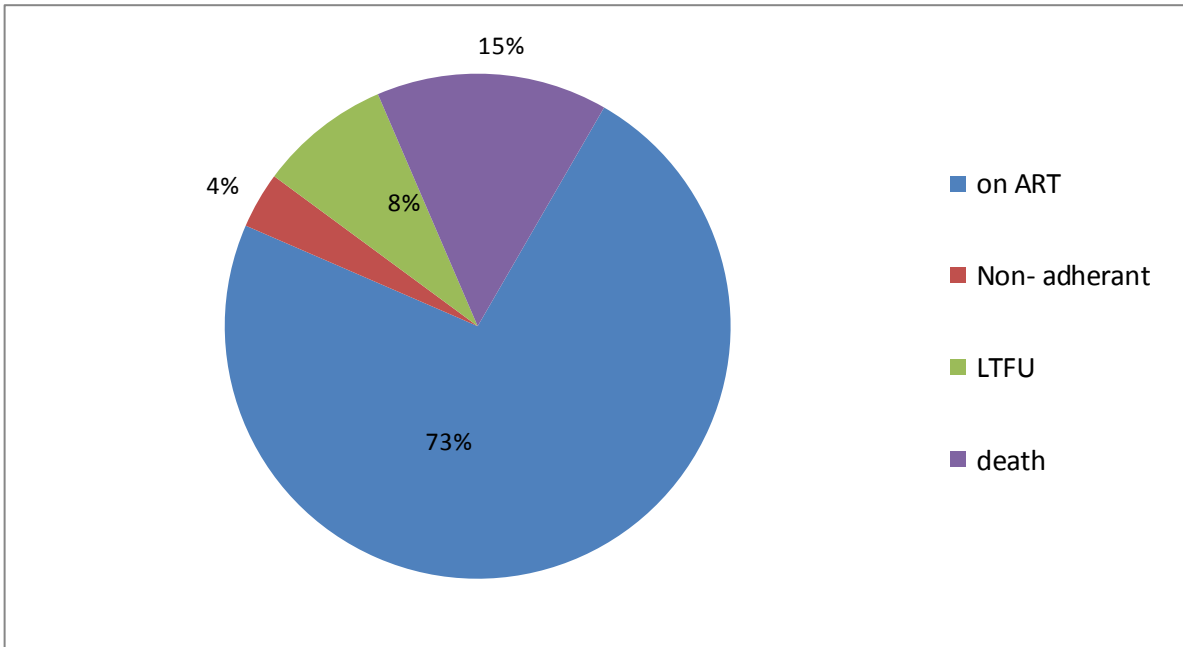
مراکز مشاوره، مراکز مسئول برای ارائه درمان ضدتروویروسی هستند.<sup>(40)</sup> در حال حاضر 162 مرکز مشاوره در سطح کشور (شامل 60 مرکز داخل زندان) درمان ضدتروویروسی ارائه می کنند.<sup>(12)</sup> علاوه بر این 36 مرکز داخل زندان نیز وجود دارند که قابلیت ارائه درمان ضدتروویروسی داشته اند، ولی بیمار تحت درمان نداشته اند. همچنین 160 پایگاه مشاوره نیز وجود دارند که اجازه شروع درمان ضدتروویروسی ندارند، ولی آنرا ادامه می دهند.<sup>(12)</sup> در هر مرکز که اجازه شروع درمان ضدتروویروسی را دارد، یک پزشک عمومی به طور تمام وقت و یک متخصص عفونی چند ساعت در هفته مشغول به کارند و بیماران را ویزیت می کنند. پزشک عمومی زیر نظر متخصص عفونی مراقبت معمول و ویزیت های پیگیری را انجام می دهد. بیماران پیش و پس از شروع درمان ضدتروویروسی، در باره آن مشاوره می شوند. محدودیتی برای شروع درمان ضدتروویروسی در کسانی که نیاز به آن دارند، وجود ندارد. مراکز مشاوره به گونه ای طراحی شده اند که نیاز های گروه های پرخطر به ویژه مطرف کنندگان تزریقی مواد را بر آورده سازند. سابقه مصرف تزریقی مواد/الکل مانعی برای شروع درمان ضدتروویروسی نیست.<sup>(40)</sup> از سال 1385 تا 1391 افزایشی مداوم در نسبت کسانی که در مرحله بالینی 1 یا 2 درمان ضدتروویروسی را شروع کرده اند به کسانی که این درمان را در مرحله بالینی 3 یا 4 شروع نموده اند، مشاهده می شود.<sup>(40)</sup> (نمودار 16)

نمودار 16: نسبت کسانی که شروع درمان ضد ترزوویروسی در مرحله بالینی 1 یا 2 نسبت به شروع در مرحله بالینی 3 یا 4

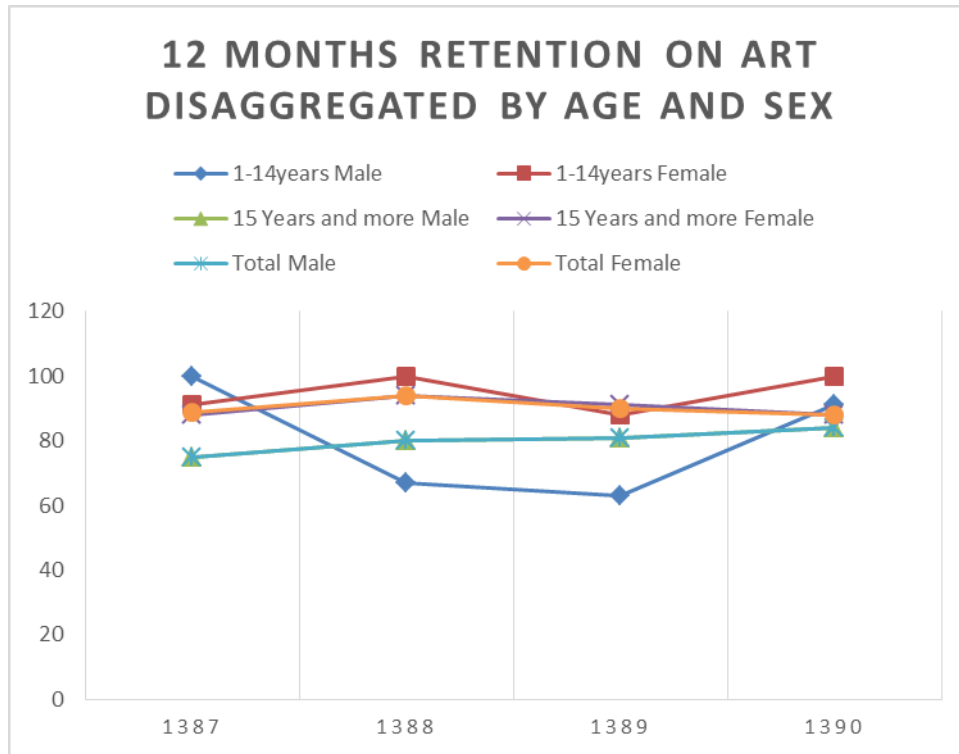


نمودار 17: پی آمد درمان ضد ترزوویروسی را نشان می دهد. بر اساس داده های سیستم ثبت درمان ضد ترزوویروسی، از مهر 1392 تا مهر 1393 برای 1445 نفر درمان ضد ترزوویروسی شروع شده که 1225 نفر (84/7٪) بقای بر درمان 12 ماهه داشته اند. علل خروج از درمان، مرگ در 134 مورد، عدم پایداری در 4 مورد و عدم امکان پیگیری در 81 بوده است.<sup>(17)</sup>

نمودار 17: پی آمد درمان ضد رتروویروسی کل کسانی که تاکنون این درمان را شروع کرده اند



برای فراهم نمودن امکان پیگیری، اطلاعات تماس (شماره تلفن و موبایل و آدرس) در صورت تمایل بیمار اخذ و در پرونده بیمار ثبت می شود و در دفتر ویژه ای برای پیگیری بیماران به کار می رود.<sup>(40)</sup> نمودار 18 ماندگاری بر درمان 12 ماهه را به تفکیک سن و جنس نشان می دهد.<sup>(17)</sup>



مطالعه ای در مورد پایداری به درمان در میان 174 بیمار مبتلا به اچ‌آی‌وی که تحت درمان ضد‌رتروویروسی بودند، حاکی از آن بود که بر پایه سیستم نمره بندی مورینسکی<sup>(56)</sup>، پایداری 26/4٪ بیماران به درمان بالا، در 41/4٪ موارد متوسط و 32/2٪ موارد اندک بوده است.<sup>(40)</sup>

با توجه به ضرورت بهبود ماندگاری بر مراقبت، برنامه کشوری موارد زیر را در برنامه استراتژیک خود در نظر گرفته<sup>(54)</sup> و اعمال آنها را آغاز نموده است:

1. افزایش دسترسی به خدمات مراقبت و درمان و ارتقاء خدمات آن شامل:

- a. در ازای هر 50 بیمار تحت مراقبت، یک پزشک عمومی دوره دیده تحت عنوان "پزشکان درمانگر ایدز" به کار گرفته شود. این افراد زیر نظر فوکل پوینت های ایدز که متخصصین عفونی در هر استان هستند، فعالیت می کنند.
- b. راه اندازی و تجهیز مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی
- c. تامین داروی مورد نیاز متناسب با بیماران تحت درمان
- d. راه اندازی مراکز تشخیصی منطقه ای با توان اندازه گیری بار ویروسی
- e. ارتقا کیفی مرکز تشخیصی کشوری بررسی مقاومت دارویی

2. ترغیب بیماران بر ماندگاری درمان ضد‌رتروویروسی شامل:

- a. ارائه خدمات حمایتی شامل ارائه بیمه درمانی، کمک مالی معیشتی، حرفه آموزی، اشتغالزایی، ارائه خدمات تسکینی، ارائه درمان نگهدارنده متادون به سو مصرف کنندگان مواد مبتلا به اچ‌آی‌وی، ارائه مشاوره های استاندارد تمکین به درمان

b. تقویت زیر ساخت ها و تربیت نیروی انسانی با هدف بهبود کیفیت مراقبت و درمان بیماران شامل تدوین رهنمودها و مواد آموزشی مورد نیاز

## ملاحظات ویژه درباره مصرف کنندگان تزریقی مواد

کشور تلاش نموده تا ساختاری را طراحی کند که نیازها و ملاحظات ویژه مصرف کنندگان تزریقی مواد را برآورد. به عنوان یک مثال سه ضلع کلینیک های مثلثی (مراکز مشاوره بیماری های رفتاری) شامل اچ آی وی، عفونت های آمیزشی و مصرف مواد بوده است.<sup>(57)</sup> وجود خدمات کاهش آسیب به دسترسی بهتر مصرف کنندگان مواد به خدمات آزمایش اچ آی وی می انجامد. رهنمودهای کشوری، ارائه خدمات جامع اچ آی وی به مصرف کنندگان تزریقی مواد را تشویق می کند.<sup>(49)</sup> علاوه بر آن توصیه هایی برای حل مشکلات ویژه مصرف کنندگان تزریقی مواد مانند تنظیم دوز متادون به هنگام مصرف همزمان با داروهای سل و یا ضد تروروپروسی در این دستورالعمل ها آمده است. در حال حاضر 68 مرکز از 269 مرکز ارائه دهنده درمان ضد تروروپروسی، در خود مرکز درمان نگهدارنده متادون هم ارائه می دهند. در 142 مرکز دیگر نیز بیماران نیازمند درمان نگهدارنده متادون را به مراکزی که خدمات رایگان می دهند، ارجاع می کنند. در دوره یکساله منتهی به مهر 1392، از مجموع 2404 مصرف کننده تزریقی مواد و مبتلا به اچ آی وی، 1997 نفر (83/1٪) در یک ماه اخیر حداقل یک بار به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری مراجعه کردند.<sup>(40)</sup>

به هر حال، برخی مشکلات در دسترسی به مصرف کنندگان تزریقی مواد مطرح است که انگیزش ضعیف برای جستجوی خدمات سلامت، مورد تبعیض بودن و ورود و خروج زیاد به زندان که منجر به قطع روند درمان می گردد، از جمله آنها ذکر شده است. اگر چه درمان ضد تروروپروسی در اغلب زندان ها در دسترس است، اما تغییر وضعیت بیمار به هنگام دستگیری یا آزادی حداقل به طور موقت می تواند به قطع درمان بیانجامد.<sup>(40)</sup>

## کاهش مرگ ناشی از سل همراه با اچ آی وی شاخص های اصلی مرتبط با سل در مبتلایان به اچ آی وی

### 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 گزارش سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. محاسبه شاخص: صورت کسر: از انتهای شهریور سال 1392 تا انتهای شهریور 1393، 106 نفر بیمار مبتلا به سل وجود داشته که مبتلا به اچ آی وی بوده و یا ابتلای آنها به اچ آی وی شناسایی شده و تحت درمان همزمان سل و اچ آی وی قرار گرفته اند.<sup>(18)</sup>

مخرج کسر: 260<sup>(19)</sup>

مقدار شاخص: مجموعاً 40/8٪ کسانی که در دوره زمانی فوق به بیماری سل مبتلا شده و عفونت اچ‌آی‌وی داشته‌اند، از درمان هم‌زمان اچ‌آی‌وی و سل از آن بهره‌مند شده‌اند.

**بحث:** اگر چه 86٪ کسانی که حداقل یک بار در دوره زمانی منتهی به مهر 1393 به کلینیک‌های مثلثی مراجعه کرده‌اند، در آخرین ویزیت خود از نظر سل غربالگری شده‌اند،<sup>(12)</sup> به نظر می‌رسد که دشواری تشخیص سل در مبتلایان به اچ‌آی‌وی و نیز پوشش ناکافی تشخیص مبتلایان به اچ‌آی‌وی بر مقدار شاخص تاثیر منفی گذاشته است. تقویت هر دو مورد می‌تواند منجر به بهبود شاخص شود. دسترسی به روش‌های جدیدتر تشخیصی می‌تواند به بهبود شناسایی مبتلایان به سل کمک کند. در سال‌های اخیر جمهوری اسلامی ایران تلاش نموده تا دسترسی به GenExert افزایش دهد، ولی متأسفانه، تحریم‌ها مانعی جدی در برابر آن بوده است.<sup>(53)</sup>

## فعالیت‌ها در زمینه سل همراه با اچ‌آی‌وی

در حال حاضر برای شناسایی موارد مبتلا به سل در هر مراجعه بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی، باید بیماریابی فعال برای سل فعال انجام گردد. در دوره یکساله منتهی به انتهای شهریور 1393، از میان 9568 نفری که حداقل یکبار مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری مراجعه کرده‌اند، 8233 نفر (86٪) از نظر سل فعال بررسی شده‌اند.<sup>(12)</sup> همچنین مبتلایان به اچ‌آی‌وی که سابقه درمان سل فعال یا نهفته ندارند، باید هر 6 تا 12 ماه با انجام آزمایش پوستی PPD، از نظر سل نهفته بررسی شوند. زمان توصیه شده برای شروع درمان ضدتروویروسی، بسته به مرحله عفونت اچ‌آی‌وی حداکثر قبل از اتمام دوره درمانی سل است.<sup>(49)</sup>

## هزینه کرد مالی

### شاخص اصلی 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:** NASA (National AIDS Spending Assessment) که آخرین بار در سال 2012 انجام شده است.<sup>(20)</sup>

**مقدار شاخص:** بر اساس روش محاسبه فوق، مجموعاً 1,676,898,000,000 ریال معادل 129,650,000 دلار در زمینه اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران در سال 2012 هزینه شده است.<sup>(20)</sup>

### وضعیت هزینه کرد مالی<sup>(20)</sup>

منابع مالی اجرای برنامه ی استراتژیک کنترل ایدز بر اساس جدول بودجه بندی این برنامه و از طریق سه منبع تأمین می شود که عبارتند از بخش عمومی (اعتبارات ملی)، بخش خصوصی و اعتبارات بین المللی. یک از شاخص های مهم ارزیابی برنامه کشوری کنترل اچ آی وی ، برآورد و اندازه گیری میزان اعتبارات هزینه شده به تفکیک برنامه ها و به تفکیک منابع تأمین کننده ی آن و نیز سهمی که این اعتبار در بودجه ی کل سلامت دارد ، می باشد. در گزارش های قبلی این شاخص صرفاً بر اساس اعتبارات تخصیص یافته به برنامه و از طریق استعلام از کلیه ی سازمان های شریک برنامه استخراج گردیده است، ولی با معرفی برنامه نرم افزاری بررسی هزینه کرد کشوری در زمینه ی ایدز که از سوی برنامه ی مشترک ایدز سازمان ملل (UNAIDS) ، و اجرای آن در کشور برای سال 1391، در این گزارش می توان به نتایج این بررسی استناد نمود.

بر اساس گزارش ملی بررسی هزینه کرد کشوری در زمینه ی ایدز که در سال 2014 انجام پذیرفته است، در مجموع 1,676,898,000,000 ریال (129,650,000 دلار) صرف هزینه های مرتبط با خدمات اچ آی وی در سال 91 شده است. این مبلغ نزدیک به 37٪ از کل هزینه های بخش سلامت می باشد که سهم اعتبارات ملی در این هزینه کرد حدود 57 درصد برآورد شده است.

بر اساس همین گزارش سهم اعتبارات بین الملل حدود 8٪ و سهم بخش خصوصی حدود 35٪ برآورد شده است، که حاکی از این موضوع می باشد که تأمین کننده اصلی اعتبارات مورد نیاز اجرای برنامه کنترل ایدز در کشور، بودجه ی ملی می باشد. سهم اعتبارات ملی در هزینه کرد برنامه در این سال حدود 894,979,000,000 ریال که معادل 54/3٪ کل اعتبارات بوده می باشد معادل 53.4٪ از کل هزینه های مرتبط با خدمات اچ آی وی در سال 91 را تأمین نموده است. ارائه دهندگان بخش خصوصی خدمات مرتبط با اچ آی وی که انتفاعی یا غیر انتفاعی هستند، 728,402,000,000 ریال معادل 43.4٪ را از کل هزینه ها متقبل شده اند. نتایج یافته های ناسا تأیید روند کلی ارائه خدمات پیشگیری به گروه های در معرض بیش ترین آسیب اچ آی وی (MARPS) را ( 54.7٪ از کل هزینه ها) نشان می دهد که این هزینه ها از طریق بخش غیرانتفاعی (سازمان های غیر دولتی) و با تأمین مالی بخش عمومی و خصوصی صورت گرفته است. همچنین سازمان های بین المللی در ارائه خدمات مرتبط با اچ آی وی نقشی معادل 3.1٪ را شامل می شود.

از کل اعتبارات هزینه شده در برنامه کنترل اچ آی وی در سال 1391، حدود 81/1 درصد اعتبارات صرف اجرای برنامه های پیش گیری از اچ آی وی، 9/6 درصد در برنامه های مراقبت و درمان اچ آی وی، و 5/8 درصد برای مدیریت برنامه و تأمین زیرساخت های لازم هزینه شده است.

در برنامه های مراقبت و درمان اچ آی وی در سال 1391 هزینه ای معادل 160,147,000,000 ریال (12,381,900 دلار) که 9/6 درصد از کل هزینه ها را شامل می شده است، بیش از 72.8٪ در مراقبت سرپایی ، 25.2٪ در مراقبت های بستری و 2٪ مربوط به دیگر هزینه های مربوط به بستری بوده است.

این گزارش نشان داده است در سال 1391 بیش ترین گروهی که از اعتبارات هزینه شده در برنامه ی کنترل اچ آی وی کشور بهره مند بوده اند، گروه های در معرض بیش ترین آسیب اچ آی وی با سهم 45/7 درصد از کل اعتبارات بوده است. افرادی که با اچ آی وی زندگی می کنند از حدود 11/9 درصد و جمعیت عمومی نیز از حدود 15 درصد از اعتبارات کل هزینه شده در همین سال ذینفع بوده اند.

## رفع نابرابری جنسی و انگ و تبعیض

## شاخص اصلی مرتبط با 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 کرده اند.

ابزار اندازه گیری شاخص: مطالعات مبتنی بر جامعه

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

## شاخص اصلی مرتبط با رفع انگ و تبعیض

### 8.1. عنوان شاخص: دیدگاه تبعیض آمیز نسبت به مبتلایان به اچ آی وی

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

ابزار اندازه گیری 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 اچ آی وی مواد غذایی بخرند و 43/1٪ آنان با ادامه کار یک معلم مبتلا به اچ آی وی مخالف بودند.<sup>(48)</sup>

بحث: پاسخ صحیح در هر دوی این سوالات در روستاها کمتر از شهرها بود.<sup>(48)</sup>

## وضعیت انگ و تبعیض

انگ و تبعیض یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار در همه گیری اچ آی وی است و برای کاهش آن انجام مداخلات و راه کارهایی در حیطه های مختلف شامل حیطه های ملی، اجتماعی، خانوادگی، آموزشی و بهداشتی درمانی ضروری به نظر می رسد.

در ایران نیز هنوز انگ و تبعیض نسبت به مبتلایان به اچ آی وی مشاهده می شود، اگر چه به نظر می آید نسبت به برخی

مطالعاتی که پیش از این وجود داشته، نگرش مردم بهبود یافته است. یک مطالعه کشوری که در میان 4868 نفر از افراد

15-29 ساله در سطح کشور در سال 1392 در 13 استان کشور انجام شد، حاکی از آن بود که 87/6٪ جمعیت مورد

مطالعه با گویه "افراد مبتلا به ایدز باید حمایت شوند و مورد درمان قرار گیرند"، 66/3٪ با گویه "ایدز فقط مشکل

معتادان تزریقی و افراد بی بند و بار از نظر جنسی (مانند همجنس گراها و روسپی ها) نمی باشد." و 66/2٪ با این باور که

"نباید از افراد خانواده ای که یکی از آنها به ایدز مبتلا شده است، کناره گیری و دوری کرد" موافق بوده اند. در همین

مطالعه 61/4٪ پاسخگویان با گویه "بهترین راه پیشگیری از ایدز، قرنطینه کردن افراد مبتلا به آن است" و 60/2٪ با

گویه "بیمار مبتلا به ایدز موجب ننگ و سرافکنندگی خود و خانواده اش است" مخالف بوده اند. در رتبه های بعدی 45/8٪

موافقت خویش را با گویه "حاضرم بر روی یک میز یا سفره با یک نفر مبتلا به ایدز غذا بخورم." و 38/3٪ با "حاضرم با

یک فرد مبتلا به ایدز همکار یا همکلاس شوم" ابراز داشته اند. سرانجام بر اساس همین مطالعه در مجموع نگرش 5/3٪ از



افراد نمونه (260 نفر) نسبت به ایدز منفی بوده است. در مقابل 52/7٪ آنها (2567 نفر) نگرش مثبت نسبت به ایدز داشته اند. ضمن اینکه در سطح بندی نمرات نگرش به ایدز 41/9٪ افراد نمونه هم در سطح خنثی قرار گرفته اند.<sup>(10)</sup> تدوین و تصویب قوانین و حقوق اجتماعی برای افراد مبتلا و امتناع از محرومیت آنها از حقوق عمومی و نیز تامین امنیت شغلی و اجتماعی این افراد از مداخلات و راه کارهای کاهش انگ و تبعیض علیه افراد مبتلا است. همچنین آموزش، افزایش آگاهی و دانش افراد در خصوص ماهیت بیماری و راه های پیشگیری، مراقبت و درمان این افراد و از سوی دیگر ادغام برنامه های پیشگیری از انتقال اچ آی وی/ایدز از مادر به کودک و برنامه های کاهش آسیب در برنامه های بهداشتی از دیگر مداخلات موثر در کاهش انگ و تبعیض خواهد بود.

## شاخص اصلی مرتبط با رفع ممانعت سفر

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

## ارائه حمایت

### 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.<sup>(21)</sup> 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.<sup>(21)</sup>

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.

در حال حاضر، طرح هدفمند سازی یارانه ها در کشور اجر می شود و مطابق این طرح همه آحاد کشور و از جمله اقشار آسیب پذیر جامعه از حمایت مالی برخوردار می گردند. 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.

در طرح نظام سلامت نیز که از سال جاری شروع شده با پرداخت بخش قابل توجهی از هزینه های درمان توسط دولت، به خانواده کمک می شود.

## وضعیت حمایت

یکی از مهمترین قسمت های برنامه استراتژیک کنترل ایدز، فعالیت هایی در زمینه توانمند سازی و حمایت از افراد مبتلا به اچ آی وی از جمله ایجاد پوشش خدمات بیمه ای، تامین سرپناه، حرفه آموزی و اشتغال زائی، و کمک های مالی معیشتی برای افراد واجد شرایط است.<sup>(43 و 54)</sup> این فعالیت ها به منظور افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به اچ آی وی و کاهش خطر انتقال اچ آی وی از این افراد به سایر افراد جامعه بود. بر اساس این ایده، تاسیس باشگاه های مثبت در برنامه استراتژیک در نظر گرفته شد.<sup>(43)</sup> چشم انداز باشگاه های مثبت این است که تمامی کسانی که در کشور با اچ آی وی زندگی می کنند از حمایت های روانی اجتماعی برخوردار و شایسته ی منزلتشان برخوردار بوده و در این حیطه تفاوتی با دیگر آحاد جامعه نداشته باشند. باشگاه مثبت، محیطی ایمن هستند که در شهرستانهای واجد شرایط و در کنار مراکز مشاوره رفتاری توسط بخش غیردولتی دایر شده و به ارتقای خدمات مرتبط با پیشگیری مثبت و حمایت های روانی اجتماعی از کسانی که با و یا تحت تاثیر اچ آی وی زندگی می کنند، میپردازد.<sup>(54)</sup>

در حال حاضر نزدیک به 48 باشگاه مثبت در کشور تاسیس شده است. فعالیت های باشگاه های مثبت در محورهای مختلف و حیطه های گوناگونی تعریف میشود. در حال حاضر فعالیت هایی که در این باشگاهها انجام می شود شامل این موارد است:<sup>(54)</sup> خدمات مرتبط با ایجاد محیط دوستانه، خدمات مرتبط با تقویت پیشگیری مثبت، خدمات مرتبط با اصلاح شیوه زندگی و ارتقای پایبندی به درمان، خدمات مرتبط با حمایت های روانی اجتماعی.

بر اساس گزارش های اداره ایدز وزارت بهداشت تا تاریخ آخر سال 1392، در مجموع 1446 نفر مبتلا به اچ آی وی در 20 باشگاه فعالیت داشته اند. همه فعالیت های برنامه ریزی شده در این باشگاهها، شامل آموزش مهارت های زندگی، حمایت های روانشناسی، آموزشهای حرفه ای توسط خود مبتلایان به اچ آی وی مدیریت و اجرا می شوند. سازمان بهزیستی و رفاه کشوری، حمایت های مالی این باشگاهها را برعهده دارد.<sup>(43)</sup>

یکی از برنامه های مهم دیگر در زمینه حمایت، تاسیس زیر کمیته حمایت اجتماعی با رهبری وزارت رفاه و امور اجتماعی است. این کمیته مسئولیت بیمه های سلامت برای همه مبتلایان به اچ آی وی و خانواده های آنها را برعهده دارد. همچنین برخی دیگر از قانون ها به منظور کاهش تبعیض اچ آی وی در کشور تنظیم شد، مثلا ممنوعیت عدم تحصیل بچه های اچ آی وی مثبت برای شرکت در مدارس و کلاس های درس، ممنوعیت محدودیت های کاری و استخدامی مبتلایان به اچ آی وی، و حذف محدودیت های مربوط به مسافرت مبتلایان به اچ آی وی.<sup>(54)</sup>

سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور سالیانه به آموزش و توانمندسازی حرفه ای و شغلی 30000 هزار نفر از معتادین بهبود یافته زن و مرد از طریق آموزش های مهارتی فنی و حرفه ای در زندانها، کمپ ها، مراکز درمان و نگهدارنده مبادرت نموده و علاوه بر آن بصورت متمرکز و غیر متمرکز نسبت به ارائه آموزش های فنی و حرفه ای و توانمندسازی زنان بویژه زنان سرپرست خانوار، کودکان خیابانی و اتباع خارجی اقدام نموده است.<sup>(54)</sup>

همچنین سازمان بهزیستی کشور از 100 کودک یتیم ایدز حمایت کرده و خدمات حمایتی و مراقبتی به آنها ارائه می کند، از این تعداد 22 کودک در مراکز نگهداری سازمان با دیگر کودکان و همراه با آنها نگهداری و مراقبت می شوند و 78 نفر نیز تحت حمایت در باشگاه های مثبت، تحت پوشش هستند.

## وضعیت برنامه استراتژیک

پس از شناسایی اولین مورد ابتلای به اچ آی وی در سال 1366، پاسخ به آن در کشور، با تشکیل شورای عالی ایدز در سال 1367 شروع شد.<sup>(5)</sup> دولت جمهوری اسلامی ایران که هم سو با دیگر کشور های جهان خود را متعهد به کنترل عفونت ایدز برای ارتقاء سلامت آحاد جامعه می داند، با حمایت از رویکردی مشارکت جویانه با تدوین برنامه ملی استراتژیک و جلب مشارکت همه شرکاء برنامه حول یک برنامه واحد در قالب یک کمیته هدایت کننده متحد و با یک برنامه پایش و ارزشیابی، تا کنون سه برنامه ی استراتژیک ملی را برای کنترل این بیماری در کشور تدوین و اجرا نموده است. اولین برنامه جامع استراتژیک کنترل اچ آی وی در سال 1380 طراحی شد.<sup>(5)</sup>

چهارمین برنامه ی راه بردی کشور برای کنترل اچ آی وی<sup>(55)</sup> نیز برای سال های 2015 لغایت 2019 با هم کاری نزدیک و همه جانبه ی تمامی شرکاء و ذینفعان این برنامه شامل ارگان های ملی، سازمان های بین الملل، بخش های غیر دولتی، سازمان های مردم نهاد، اعضای آکادمیک، نمایندگان گروه های پرخطر و نمایندگان افراد مبتلاء به اچ آی وی تدوین و نهائی شده است. به منظور برخورداری از حمایت سیاسی و ضمانت اجرایی، از برنامه دوم استراتژیک به بعد، برنامه های استراتژیک برای کنترل ایدز به تصویب هیأت دولت رسیده و عملیاتی شدن آن ها، رسماً توسط معاون اول رئیس جمهور به کلیه ی سازمان ها و ارگان های ملی ابلاغ گردیده است. در حال حاضر برنامه چهارم استراتژیک کشور برای کنترل ایدز نیز در دستور کار اخذ مصوبه هیأت دولت قرار گرفته است که پیش بینی می گردد تا شروع سال ملی برنامه (فرودین 1394)، ابلاغ اجراء آن از سوی ریاست جمهوری صادر گردد.

برنامه چهارم استراتژیک کشوری کنترل ایدز نیز هم چون سه برنامه ی پیشین، طی یک نظام ساختاریافته تدوین، عملیاتی، پایش و ارزش یابی می گردد.<sup>(55)</sup> برای کنترل عفونت اچ آی وی یک کمیته ی کشوری متشکل از مسؤولین بلندپایه سازمان ها و ارگان های شریک برنامه و نمایندگان ذینفعان وجود دارد که چگونگی روند اپیدمی این بیماری و پاسخ ملی به آن را رصد می کند. ذیل این کمیته ی کشوری، یک کارگروه فنی مسؤولیت تدوین برنامه چهارم استراتژیک کشوری کنترل ایدز را عهده دار شده است. این کارگروه فنی که متشکل از 54 نفر از کارشناسان و صاحب نظران کشوری بوده است، در قالب 7 زیر گروه تخصصی شامل آموزش و اطلاع رسانی، کاهش آسیب، پیشگیری انتقال جنسی، مراقبت کودکان خیابانی، مراقبت و درمان، حمایت، پایش و ارزشیابی، و بر اساس نتایج تحلیل وضعیت موجود و ارزیابی شاخص های دست یابی به اهداف و استراتژی های برنامه استراتژیک سوم، اقدام به تدوین چهارمین برنامه استراتژیک کشور برای کنترل این عفونت نموده است. مهم ترین اعضای این زیر گروه فنی، کارشناسان و صاحب نظران دفاتر مختلف وزارت بهداشت، وزارت کشور، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان زندان ها، سازمان بهزیستی و صدا و سیما بوده اند.

برنامه ی چهارم استراتژیک کشوری کنترل ایدز علاوه بر دارا بودن یک چشم انداز آرمانی، دارای پنج هدف کلی است که مبتنی بر نتایج تحلیل وضعیت اپیدمی اچ آی وی در کشور و با استفاده از نتایج شاخص ها و اهداف برنامه های استراتژیک

قبلی و نیز هم سو با اهداف و تجارب بین المللی تبیین شده اند. اهداف برنامه با توجه به این که کشور در مرحله اپیدمی متمرکز در مصرف کنندگان تزریقی مواد قرار دارد و با توجه به گسترش انتقال جنسی اچ‌آی‌وی در چند سال اخیر تدوین شده است و اهداف نهایی عمدتاً در حیطه کاهش بروز موارد جدید و کاهش مرگ و میر تدوین شده اند. اهداف کلی برنامه که کاملاً هدف مند شاخص گذاری شده اند، بر کنترل شیوع اچ‌آی‌وی در سه گروه جمعیت عمومی، مصرف کنندگان تزریقی مواد و افراد در معرض خطر انتقال جنسی و نیز کاهش میزان بروز عفونت در نوزادان و کاهش مرگ و میر ناشی از ایدز دارد. اهداف گذاری های کلی پنج گانه ی برنامه چهارم استراتژیک کشوری کنترل ایدز عبارتند از<sup>(55)</sup>

- حفظ شیوع ابتلاء به اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی کشور به میزان کمتر از 0.15٪ تا پایان برنامه.
  - حفظ شیوع ابتلاء به اچ‌آی‌وی در مصرف کنندگان تزریقی کشور به میزان کمتر از 15٪ تا پایان برنامه.
  - حفظ شیوع ابتلاء به اچ‌آی‌وی در افراد در معرض خطر انتقال جنسی به میزان کمتر از 5٪ تا پایان برنامه.
  - کاهش بروز عفونت اچ‌آی‌وی در نوزادان زنده متولد شده از زنان باردار مبتلاء به میزان 90٪ تا پایان برنامه.
  - کاهش مرگ ناشی از ایدز در مبتلایان به اچ‌آی‌وی به میزان 20٪ تا پایان برنامه.
- حفظ و نگه داشت میزان شیوع اچ‌آی‌وی در برنامه ی چهارم در سه گروه جمعیتی اشاره شده، بر اساس انتظار تحقق هدف کاهش میزان بروز ابتلاء به اچ‌آی‌وی در راستای نیل به هدف صفر مورد ابتلاء جدید از یک طرف، و انتظار تحقق هدف کاهش موارد مرگ در راستای نیل به هدف صفر مورد مرگ از نقاط قوت این برنامه ارزیابی شده است.

در برنامه ی چهارم استراتژیک کشوری کنترل ایدز، 168 هدف کوتاه مدت ( سالیانه ) نیز تبیین گردیده است که ذیل 14 هدف میان مدت و 11 راهبرد اساسی دسته بندی شده اند. مبنای اصلی در تبیین این اهداف ، زیر گروه های جمعیتی و نیاز های آن ها به بسته های خدمات برای نیل به اهداف میان مدت است. به این ترتیب اجزاء اصلی هر بسته خدمت در اهداف کوتاه مدت ، در راستای اهداف میان مدت و نهایی برنامه تعیین شده است. علاوه بر این در این بخش از برنامه ، مبتنی بر رسالت سازمانی شرکا برنامه ، متولی و یا متولیان هر هدف تعیین شده اند . در صورتی که برای یک هدف بیش از یک سازمان متولی وجود داشته باشد، سهم هر سازمان در پوشش مرتبط با هدف مذکور مشخص شده است. تأکید بر پیش نهاد آزمایش اچ‌آی‌وی توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت (Provider initiating HIV testing) در استراتژی سوم، ترویج استفاده از کاندوم به منظور پیش گیری از ابتلاء به اچ‌آی‌وی و بیماری های آمیزشی در استراتژی پنجم، تأکید بر برنامه های پی گیری از انتقال مادر به کودک به عنوان یک استراتژی مجزا و برنامه ریزی برای تقویت زیرساخت ها در استراتژی یازدهم از دیگر نقاط قوت برنامه ی چهارم است که این برنامه را از برنامه های پیشین متمایز می سازد. نکات اصلی و اساسی مداخله که علاوه بر اهداف و استراتژی های برنامه سوم، در برنامه ی چهارم استراتژیک کشوری کنترل ایدز مورد توجه ویژه قرار گرفته است عبارتند از:<sup>(55)</sup>

- توجه ویژه به سلامت جنسی در گروه های پرخطر و جوانان و ترویج رفتارهای سالم جنسی
- گسترش کمی و کیفی پوشش خدمات کاهش آسیب در مصرف کنندگان تزریقی مواد
- توجه ویژه به تغییر الگوی مصرف مواد و تأکید بر کاهش عوارض انتقال جنسی اچ‌آی‌وی مرتبط با مصرف مواد محرک و روان گردان
- ارتقاء برنامه های پیشگیری در زنان و دختران و شناسایی زنان باردار مبتلا به منظور ارائه خدمات پیشگیری انتقال

## مادر به کودک

- ارتقاء برنامه‌های شناسائی موارد مبتلا به اچ‌آی‌وی، پایش مبتلایان و افزایش پوشش درمان ضد رتروویروسی
- بهبود زنجیره‌ی تامین و توزیع داروهای ضد رتروویروسی و تقویت مراقبت و درمان موارد مقاوم به درمان
- ارتقاء شناسایی عفونت سل در مبتلایان به اچ‌آی‌وی و شناسایی اچ‌آی‌وی در مبتلایان به سل
- ارتقای کمی و کیفی برنامه‌های پیش‌گیری، مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی در میان زندانیان
- افزایش برنامه‌های انگ‌زدایی به منظور کاهش تبعیض و تسهیل دسترسی به خدمات
- تقویت تحقیقات کاربردی خصوصاً در زمینه پایش درمان و مقاومت‌های دارویی

# بهترین تجربه ها

جمهوری اسلامی ایران هم سو با دیگر کشورهای جهان عضو سازمان ملل، هم واره متعهد و ملزم به برنامه ریزی جامع، راه بردی و فراگیر برای نیل به اهداف جهانی، منطقه ای و ملی برای مهار گسترش عفونت اچ‌آی‌وی در کشور بوده است. در همین بستر اقدامات شایسته ی برنامه ی کشوری کنترل ایدز را که در طول دو دهه ی گذشته به هم کاری و هماهنگی نزدیک تمامی شرکای برنامه، طراحی و اجراء شده است را به جرأت می توان از آنها به عنوان بهترین تجربه ی نام برد.

به برخی از این برنامه ها و اقدامات موفق که به رغم مطالعات پیمایشی، و مستندات علمی توانسته است به طور قابل توجهی در کنترل بار عفونت اچ‌آی‌وی و رفتارهای پرخطر مرتبط با آن تأثیرات مثبت داشته باشد، در گزارش های قبلی اشاره شده است (22،24) که شامل: راه اندازی مراکز مشاوره بیماری های رفتاری و ارائه ی رایگان کلیه خدمات پیش گیری، مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی در آن، راه اندازی سه مرکز آموزشی بین المللی در سطح منطقه مدیترانه شرقی در حوزه های کاهش آسیب، درمان و نظام مراقبت اچ‌آی‌وی، راه اندازی مراکز ویژه زنان آسیب پذیر، راه اندازی باشگاه های مثبت، پوشش بیمه برای مبتلایان و خانواده آنها، تجربه موفق کاهش آسیب بویژه درمان نگهدارنده با متادون، استقرار نظام جامع مراقبت نسل دوم اچ‌آی‌وی، راه اندازی یازده آزمایشگاه قطب تشخیصی پیشرفته شامل روش های نوین مولکولی در کشور، اجرای برنامه پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی از مادران باردار مبتلاء به نوزادان، معرفی آزمایش تشخیص سریع اچ‌آی‌وی در نظام تشخیصی بخش های دولتی و خصوصی کشور، به روز رسانی سالیانه دستورعمل های کشوری درمان، تربیت و آموزش مستمر فوکل پوینت های درمان در سطوح استانی و درمان گران سطوح محیطی می باشد.

در فاصله ی این گزارش و گزارش قبلی، علاوه بر تلاش برای حفظ و ارتقاء کیفی تجربیات اشاره شده، اقدامات دیگری نیز به منظور پر نمودن شکاف های برنامه ی کشوری کنترل ایدز و بهبود پاسخ ملی به همه گیری این بیماری، با هم کاری ذی نفعان در سطوح ملی و استانی طراحی و اجراء گردیده است که می توان آن ها را نیز به عنوان بهترین تجربه ی ملی در کنترل این عفونت در این گزارش به شرح زیر اشاره نمود:

- در راستای اطلاع رسانی مؤثر در جمعیت عمومی و با تأکید بر جوانان و نوجوانان، و به منظور ایجاد نگرش مناسب نسبت به عفونت های آمیزشی و اچ‌آی‌وی و راه های انتقال این دو، دو سایت اطلاع رسانی و شبکه ی اجتماعی سراسری در کشور، یکی توسط بخش دولتی در کرمان و یکی از سازمان های غیر دولتی در مشهد راه اندازی شده است. این شبکه های اجتماعی که با هدف بهبود عملکرد و تاثیر بهینه در پیشگیری از این دسته از بیماری ها طراحی گردیده است همزمان با روز و هفته جهانی ایدز امسال رونمایی شد. هم چنین جهت افزایش دانش و آگاهی قشر دانشجویان که بخش مهمی از گروه جوانان کشور را تشکیل می دهند، از راه های انتقال و پیش گیری از اچ‌آی‌وی و بیماری های آمیزشی، چندین کمپین اطلاع رسانی در دانشگاه های کشور راه اندازی و اجراء گردیده است. در این کمپین ها علاوه بر ارائه ی مواد آموزشی، امکان ارائه ی مشاوره و نیز انجام آزمایش سریع اچ آ ی وی در دست رس بوده است.

- انگ و تبعیض و نیز هم کاری های درون و برون بخشی یکی از شکاف های مهم اجرای مداخلات پیش بینی شده در برنامه ی کشوری کنترل اچ‌آی‌وی می باشد. به منظور پر نمودن این شکاف و با هدف اجرای نمونه ای جامع برای برون رفت از این چالش، دانشگاه علوم پزشکی یکی از شهرهای کشور در حال آزمون تجربه ای تحت عنوان "شهر دوست دار برنامه های کنترل اچ آ ی وی" می باشد که با برنامه ریزی های صورت گرفته، می توان از آن به عنوان اولین و بهترین تجربه در این خصوص یاد نمود.

- هم‌واره جلب همکاری مشارکت خیرین (Donors) در برنامه‌های پیش‌گیری و کنترل اچ‌آی‌وی یکی از اهداف استراتژیک در حوزه سلامت کشور بوده است. گرچه خیرین بسیاری در بخش سلامت کشور برای رفع نیازهای این حوزه تلاش‌ها و مشارکت‌های چشم‌گیری را در طول سال‌های گذشته داشته‌اند، اما اغلب این روند مهم به دلایل مختلف، در برنامه‌های کنترل اچ‌آی‌وی نمود کم‌تری داشته است. در طول سال گذشته دو دانشگاه علوم پزشکی توانسته‌اند با جلب مشارکت خیرین محلی خود، بخش مهمی از خلأهای برنامه‌ی خود را مرتفع نمایند. در سطح ملی نیز مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر تجربه‌ی دیگری در جلب مشارکت خیرین در حمایت اجتماعی و شغلی از زنان در معرض آسیب اچ‌آی‌وی در ده‌ها نقاط کشور داشته است که با توجه به اثربخشی چشم‌گیر این مشارکت‌ها در برنامه‌ی ملی، در این گزارش بدان‌ها اشاره شده است.
- پوشش برنامه‌های مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی در کشور هم‌چون دیگر کشورهای منطقه‌ی شمال‌آفریقا و شرق مدیترانه از شاخص مطلوبی برخوردار نمی‌باشد. بخش عمده‌ای از مبتلایان به اچ‌آی‌وی و گروه‌های هدف برنامه‌ی مراقبت و درمان کشور را مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، زندانیان و همسران آنان تشکیل می‌دهد که این گروه تمکین لازم و کافی بر بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اولیه را نیز نداشته و وابستگی لازم را برای ورود به برنامه‌های درمان اچ‌آی‌وی و ماندگاری بر آن‌ها که در کشور کاملاً رایگان و با دست‌رسی بالا ارائه می‌گردد را دارا نمی‌باشند. گرچه پیش‌تر نیز تلاش‌هایی برای رفع این چالش صورت پذیرفته، ولی اقداماتی که در همین راستا در این گزارش به آن‌ها می‌توان به عنوان یک تجربه‌ی موفق اشاره نمود شامل این موارد می‌باشد: تقویت ایجاد تقاضا برای تشخیص تغییر سیاست شناسایی از VCT به PITC در گروه‌های در معرض آسیب، نظارت مستقیم بر تشخیص شکست درمان بیماران، راه‌اندازی نرم‌افزار پایش درمان، ارزشیابی منطقه‌ای شاخص‌های مراقبت و درمان با حضور مدیران و کارشناسان محلی، تشکیل شبکه پزشکان درمان‌گران اچ‌آی‌وی و برگزاری دوره‌های تخصصی درمان برای آن‌ها با حمایت فنی مرکز تحقیقات ایدز ایران.
- زندان از مکان‌هایی است در تمامی جوامع به عنوان یکی از کانون‌های خطر برای همه‌گیری اچ‌آی‌وی و اعتیاد مورد توجه برنامه‌ریزان قرار داشته است. گرچه تدوین و اجرای برنامه‌های کاهش آسیب و راه‌اندازی کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری در زندان‌های کشور توانسته است سرعت شیوع اچ‌آی‌وی را در جمعیت زندانیان کند نموده و به عنوان یک تجربه‌ی مؤثر معرفی گردد، آن‌چه در این گزارش نیز می‌توان تحت یک تجربه‌ی موفق از آن نام برد، تدوین و اجرای مدل **“Prison based Highly Structured Tuberculosis and AIDS Case Finding and Follow ups”** می‌باشد. این مدل توانسته است در طرح پایلوت خود، به طور فعال امکان بیماری‌یابی اچ‌آی‌وی و سل را فراهم آورده و شرایط پی‌گیری ارائه‌ی خدمات مراقبت و درمان را پس از خروج نیز ایجاد نماید. از دیگر نقاط قوت این مدل، ارتباط مستقیم بهداری زندان با مراکز بهداشتی درمانی سطح جامعه به منظور ارجاع گروه‌های هدف برای دریافت و یا پی‌گیری مؤثرتر خدمات پیش‌بینی شده پس از خروج از زندان می‌باشد. این مدل در حال حاضر در مرحله گسترش در زندان‌های با جمعیت بالای 3000 نفر در کشور می‌باشد.

# چالش های کلان و راه کار ها

## چالش ها

برنامه کشوری کنترل اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران هم چون بسیاری از جوامع و کشورهای جهان با چالش‌هایی روبرو است، چالش‌هایی که علی‌رغم تلاش‌های بسیار، راه‌کارهای لازم برای برون‌رفت از آن به سهولت در دست‌رس نمی‌باشد. با این‌که کشور دارای یک برنامه‌ی استراتژیک ملی، همه‌جانبه، هدف‌مند و هوشمند برای کنترل عفونت اچ‌آی‌وی می‌باشد، ولی بخشی از چالش‌های موجود برای مدیریت این عفونت یا به‌خوبی شناسایی نشده، و یا این‌که شناسایی شده و برنامه‌ریزی مؤثری برای رفع آن صورت‌نپذیرفته است.

بر اساس تحلیل وضعیت همه‌گیری اچ‌آی‌وی و پاسخ ملی به آن در تدوین برنامه‌ی چهارم استراتژیک کشوری کنترل ایدز، چالش‌های پیش‌روی این برنامه نیز مورد توجه واقع شده<sup>(55)</sup> که اجمالاً آن‌ها را می‌توان در محورهای زیر دسته‌بندی نمود:

- **تابو بودن رفتارهای پرخطر** هم چون مصرف مواد مخدر و روان‌گردان و نیز برقراری روابط جنسی پرخطر در جامعه، که از مهم‌ترین عوامل رفتاری انتقال اچ‌آی‌وی می‌باشد، دست‌رسی به گروه‌های در معرض خطر عفونت را دشوارتر نموده است که به‌عنوان بخش مهمی از چالش‌های برنامه‌ی کنترل اچ‌آی‌وی می‌توان به آن اشاره نمود. برنامه‌سوم کشوری کنترل ایدز توانسته است دسترسی به برخی از این گروه‌های در معرض خطر مرتبط با مصرف مواد و حتی تن‌فروشان را از طریق گسترش برنامه‌های درمان‌های جایگزین سوء مصرف مواد مخدر و نیز استقرار مراکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر را با جلب مشارکت بخش‌های غیردولتی ایجاد نماید، ولی برخی دیگر از گروه‌های در معرض خطر شامل کودکان کار و خیابان، افراد ترانس‌سکشوال، و مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند هم چنان سخت در دسترس باقی‌مانده‌اند. از طرفی دیگر کاهش توجه و حمایت لازم برای برنامه‌های کاهش آسیب چه در جامعه و چه در زندان‌ها نگرانی‌هایی را در این رابطه ایجاد نموده است، که به‌علت کمبود جدی منابع مالی و انسانی، گسترش کمی و کیفی برنامه‌های کاهش آسیب در زندان‌ها مورد تهدید جدی واقع شده است.

- **جوان بودن جمعیت کشور** یکی از دیگر چالش‌های پیش‌رو مداخلات پیش‌گیرانه برای گسترش عفونت اچ‌آی‌وی در جامعه است، جوانان و نوجوانان برای مدیریت بحران‌های موجود در زندگی خود، بسیار مستعد مواجه شدن با رفتارهای پرخطر مرتبط با انتقال اچ‌آی‌وی می‌باشند. این در حالی است که آگاهی جوانان و نوجوانان از راه‌های انتقال و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی هم چنان پائین بوده، و محدودیت‌های اجتماعی و حساسیت‌های فرهنگی برای اطلاع‌رسانی عمومی مؤثر به‌مانعی دیگر برای بهبود این وضعیت تبدیل گشته است.



- **تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری** ناشی از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به مصرف روان گردان و نیز تغییر الگوی انتقال و الگوی جنسی اچ‌آی‌وی در طول برنامه ی استراتژیک سوم می تواند به عنوان دیگر چالش برنامه کنترل این عفونت محسوب گردد. این تغییر فعال الگوی مصرف مواد به همراه دیگر مشاهدات در خصوص مصرف این مواد در زندان و رفتارهای جنسی توام 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 می باشد.
- **محدودیت های اجرائی و زیرساختی** چالش مهم دیگر این برنامه محسوب میشود که عملیاتی نمودن مداخلات پیش بینی شده در برنامه ی چهارم کشوری کنترل اچ‌آی‌وی را با نگرانی هائی مواجه ساخته است. طولانی بودن فرایند اداری تصویب و ابلاغ برنامه به سازمان های ذیربط از یک سو و دشواری جلب مشارکت کامل همه شرکای برنامه در سطوح مختلف دولت و وزارتخانه های مختلف درگیر در برنامه از سوی دیگر ممکن است پاسخ مناسبی برای این نگرانی نباشد. مشارکت ناکافی بخش های غیر دولتی و بخش خصوصی و محدودیت منابع اجتماعی و انسانی برای اجرای مداخلات از دیگر نگرانی های این چالش بشمار می رود.
- **بائین بودن پوشش مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی** از چالش های تأثیرگذار در پاسخ کشوری به کنترل عفونت اچ‌آی‌وی می باشد. به استناد آخرین گزارش نظام ثبت موارد اچ‌آی‌وی در کشور، تا پایان تابستان سال جاری ... درصد مبتلایان به این عفونت را مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر تشکیل داده اند. مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر و همسران شان که گروه عمده مبتلایان به اچ‌آی‌وی را شامل می شوند، نگرش کافی برای بهرمندی از خدمات اولیه بهداشتی نیز ندارند، علی رغم این که وزارت بهداشت در طی برنامه سوم تلاش نموده است دسترسی لازم برای خدمات رایگان تشخیصی، مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی را در تمامی استان های کشور فراهم سازد، ولی این گروه بیماران فاقد تمکین لازم برای ورود و ماندگاری در برنامه های مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی می باشند.
- **عدم اطلاع کافی از بار ویروسی** که منجر به عدم اطمینان از اثر بخشی درمان می شود. متأسفانه در حال حاضر امکانات اندازه گیری بار ویروسی در کشور محدود است. در این مورد هم تحریم های بین المللی به مانعی جدی تبدیل شده است.

## راه کارهای اجرائی

راه کارهای اجرائی پیش بینی شده برای برون رفت از چالش های پیش گفت و تسهیل دست یابی به اهداف تعیین شده در برنامه ی کشوری کنترل ایدز که در برنامه ی چهارم استراتژیک هم به آن ها تأکید شده به شرح زیر خلاصه گردیده است:

- بهبود روند شناسائی موارد ابتلاء به اچ‌آی‌وی با تسهیل دست رسی به آزمایش و مشاوره با ترویج استفاده از کیت های تشخیص سریع و اجرای رویکرد Provider Initiating Testing & Counseling در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی
- تقویت برنامه های کاهش انگ و تبعیض برای ارائه ی خدمات پیش گیری و مراقبتی به گروه های در معرض آسیب اچ‌آی‌وی و نیز مبتلایان
- ارتقاء برنامه‌های مناسب در زمینه دسترسی به کودکان خیابانی، نوجوانان و دیگر گروه های در معرض خطر ابتلاء به اچ‌آی‌وی و ارائه خدمات سلامت به آنها
- تربیت و آموزش مستمر نیروهای علاقه مند برای اجرای مداخلات پیش بینی شده در برنامه ی استراتژیک در رده های سازمانی مختلف و در سازمان های گوناگون
- جلب مشارکت بیش تر سازمان‌های مردم نهاد و سازمان‌های غیردولتی توانمند و علاقه مند برای اجرای مداخلات جامعه محور کاهش آسیب اچ‌آی‌وی
- تقویت برنامه های جامع کاهش آسیب اچ‌آی‌وی در جامعه و در زندان و برنامه ریزی برای بهبود بستر مناسب مدیریت آسیب های ناشی از مصرف مواد محرک و روان گردان های صنعتی
- گسترش کمی و کیفی برنامه های جامع پیش گیری و کاهش آسیب اچ‌آی‌وی در زنان در معرض خطر
- گسترش کمی و کیفی برنامه های جامع پیش گیری و کاهش آسیب اچ‌آی‌وی در جوانان و نوجوانان
- توجه بیش تر به لزوم افزایش دانش و آگاهی جمعیت دانش آموزی و دانش جوئی در زمینه راه های انتقال اچ‌آی‌وی
- بهبود پوشش و کیفیت برنامه های مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی
- گسترش مرحله بندی شده برنامه های **PMTCT**
- برنامه ریزی برای ادغام کامل برنامه های پیش گیری، مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی در نظام تحول سلامت
- افزایش برنامه های جامع، فراگیر و مستمر اطلاع رسانی و آموزش های همگانی راه های پیش گیری از اچ‌آی‌وی از طریق کلیه ی رسانه ها به ویژه رسانه های مجازی و رسانه ی ملی
- جلب حمایت بیش تر سیاست گزاران و تصمیم سازان بلند پایه برای ایجاد تعهد سیاسی لازم از برنامه ملی کنترل ایدز

# حمایت مورد نیاز از سازمانهای بین المللی

برنامه ی کشوری کنترل اچ آی وی هم واره بر مشارکت کلیه ی ارگان های دولتی و غیردولتی شریک برنامه و نیز نمایندگی های دفاتر سازمان های بین الملل در کلیه ی مراحل تدوین، اجرا و پایش و ارزش یابی برنامه توجه داشته و در برنامه ی استراتژیک چهارم هم به این مهم تأکید شده است.

برای کنترل گسترش اچ آی وی در کشور، برنامه ی کشوری با سازمان جهانی بهداشت، دفتر برنامه ایدز سازمان ملل متحد، صندوق کودکان، صندوق جمعیت و صندوق توسعه و عمران ملل متحد و نیز صندوق جهانی مبارزه با سل، ایدز و مالاریا برنامه های مشترک سالیانه دارد. پایه و اساس محور ها و فعالیت های این برنامه های مشترک، برنامه ی استراتژیک کشوری کنترل ایدز می باشد که بر اساس نیاز و خلأ های موجود در مداخلات، در بازه های زمانی مشخص تدوین شده و پس از اخذ تأییدات لازم برای اجرا به توشیح مقامات بلندپایه ی طرفین می رسد.

هدف اصلی از مشارکت سازمان های بین الملل، ایجاد هم کاری های همه جانبه در برنامه، جلب حمایت های فنی و مالی، و هم سو سازی بیش تر برنامه با اهداف و تعهدات بین الملل بوده و رعایت چارچوب های اجتماعی و فرهنگی در تدوین و اجرای مفاد برنامه های مشترک هم واره مورد تأکید طرفین هم کار قرار داشته است.

گرچه کیفیت حمایت های فنی در بسیاری از برنامه های مشترک سازمان های بین الملل نسبت به گزارش قبلی ارتقاء یافته است، ولی دسته بندی جمهوری اسلامی ایران در زمره کشورهای **Upper middle income countries** محدودیت هائی را از نظر حمایت های مالی و تأمین اعتبارات مورد نیاز برنامه، به ویژه از سوی صندوق جهانی (Global Fund) ایجاد نموده، که نگرانی هائی را برای حفظ و ارتقای تجربیات موفق و ارزش مند محورهای مختلف برنامه ی کشوری کنترل ایدز، به ویژه برنامه های کاهش آسیب و تأمین اقلام مورد نیاز آن، برنامه های مراقبت و درمان اچ آی وی و تأمین داروهای اساسی بیماران به وجود آورده است.

بسیاری از برنامه های پیش گیری و کاهش آسیب اچ آی وی و ایجاد دست رسی به گروه های سخت در دست رس از طریق برون سپاری خدمات و توسط بخش های خصوصی و یا غیردولتی ارائه می شود که عمدتاً از اعتبارات بین الملل تأمین می گردد. به علت محدودیت هائی که در قوانین کشوری به این منظور وجود دارد، کاهش روند حمایت های مالی در این خصوص می تواند تداوم روند ارائه ی این خدمات را با چالش جدی روبرو سازد.

جمهوری اسلامی ایران تجربیات موفق را در برنامه های کنترل ایدز دارا می باشد و زیر ساخت های موجود، پتانسیل های لازم را برای ارتقای کمی و کیفی این برنامه ها و نیز ترمیم شکاف های برنامه را ایجاد نموده است، از این رو حمایت سازمان های بین المللی در تداوم و افزایش زمینه های حضور مدیران، کارشناسان و مجریان فعالیت های مرتبط در مجامع، جلسات و نشست های بین المللی به منظور تبادل بیش تر دانش و تجربیات جهانی، و نیز امکان برخورداری از دوره های آموزشی ویژه، می تواند نقش ارزنده ای در بهبود شاخص های کشوری این برنامه ها داشته باشد.

بدون تردید امکان حضور مشاورین و کارشناسان برجسته و صاحب نظر بین المللی در کشور برای تقویت برنامه های پیشین، توفیقات ارزش مندی را در ارتقای کمی و کیفی برنامه ی کنترل ایدز کشور داشته، که انتظار می رود تداوم این روند در برنامه استراتژیک چهارم نیز بتواند نیل به اهداف پیش بینی شده در برنامه های تسهیل نماید.

از دیگر نیازهای مهم برنامه ی کشوری کنترل اچ آی وی که سازمان های بین الملل قادر به پاسخ آن می باشند، جلب حمایت بنگاه های اقتصادی و کمپانی های تجاری در حوزه ی ملی، منطقه ای و جهانی می باشد که از طریق تخصیص

منابع، حمایت های مالی و یا اطلاع رسانی از طریق کالاهای تولیدی و تجاری خود، شرایط لازم برای پر نمودن خلأ های موجود در برنامه را ایجاد نمایند. جلب حمایت ورزشکاران، هنرمندان و افراد تأثیرگذار اجتماعی نیز کمک شایانی به افزایش حساسیت جامعه ی عمومی در مراقبت از خود در برابر این بیماری خواهد داشت.

در نهایت انتظار می رود سازمان های بین المللی از هر گونه تلاش جهت رفع تحریم های موجود که بسیاری از جنبه های مختلف فعالیت های مدیریت عفونت اچ آی وی در کشور را تحت تأثیر قرار داده دریغ ننمایند. این تحریم ها نگرانی های جدی را در حیطه های مهم برنامه های پیشگیری، مراقبت و درمان اچ آی وی به ویژه تدارک دستگاه ها و لوازم مورد نیاز نظام تشخیص اچ آی وی و تأمین داروهای اساسی ایجاد نموده است.

# وضعیت پایش و ارزشیابی

برنامه ی ملی پایش و ارزش یابی یکی از اجزای اصلی و اساسی برنامه ی استراتژیک کشوری کنترل ایدز است که به منظور اندازه گیری اهداف تعیین شده در هر یک از بخش های برنامه و حسب مأموریت هر سازمان مسؤول، هم زمان با تدوین و تصویب برنامه ی استراتژیک، تدوین و به عنوان یکی از پیوست های برنامه وارد مرحله ی اجرائی می شود. راهبری بخش پایش و ارزیابی برنامه ی استراتژیک کشوری کنترل ایدز به عهده ی کارگروه کشوری پایش و ارزش یابی است که اعضای آن شامل نمایندگان و کارشناسان فنی و تام الاختیار تمامی سازمان های شریک برنامه، نمایندگانی از بخش آکادمیک، نمایندگانی از صاحب نظران سازمان های بین الملل و نیز نمایندگانی از بخش های غیردولتی و مبتلایان است. دبیری این کارگروه، بر عهده مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت است. این کارگروه با همین ترکیب در سطوح استانی نیز فعال است که دبیری آن را در سطوح استانی، معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی مربوطه بر عهده دارند.

استقرار نظام مراقبت نسل دوم اچ آی وی در کشور طی برنامه ی سوم استراتژیک ملی کنترل ایدز یکی از دستاوردهای مهم و ارزش مند پاسخ ملی به اچ آی وی است که به عنوان یک پشتوانه ی فنی مهم، اجرای بخش پایش و ارزش یابی برنامه ی کشوری کنترل ایدز را حمایت می نماید. نظام مراقبت نسل دوم اچ آی وی کشور که بر اساس آخرین استاندارد ها و شاخص های بین المللی طراحی شده است و شامل بخش های مهمی است که امکان پایش سالیانه ی برنامه را در طول اجرای برنامه (Process Evaluation) و نیز ارزش یابی تمامی شاخص های برون داد (Output)، برآمد (Outcome) و پیامد (Impact) برنامه را فراهم می سازد. بخش های نظام مراقبت نسل دوم اچ آی وی شامل: نظام نرم افزاری گزارش دهی موارد اچ آی وی، مطالعات نقطه ای شیوع سنجی ( پایگاه های دیده ور ) در جمعیت های پرخطر، مطالعات بیولوژیک - رفتاری در گروه های پرخطر، مطالعات مدل سازی تخمین و برآورد موارد اچ آی وی، نظام مراقبت بیماری های آمیزشی، و مطالعات مولکولی به منظور بررسی وضعیت ژنوتایپ ویروس و مقاومت دارویی می باشد.

در برنامه ی چهارم کشوری استراتژیک کنترل ایدز نیز هم چون سه برنامه ی قبلی، بخش جامع پایش و ارزش یابی برنامه پیوست است که برنامه ریزی های لازم برای تلاش و پویایی بیش از پیش کارگروه کشوری پایش و ارزیابی صورت گرفته است، به طوری که با توجه به استقرار کامل نظام مراقبت نسل دوم اچ آی وی در حال حاضر، پایش بینی می گردد شرایط لازم برای تحلیل بهتر وضعیت همه گیری اچ آی وی و نیز ارزیابی مستمر پاسخ ملی به آن فراهم گردد.

برنامه پایش و ارزشیابی در طی چند سال اخیر ادامه داشته، ولی در سال گذشته گزارش جامع آن منتشر نشده است. اگر چه مستندات آن موجود است.

# پیوست ها

## پیوست 1: روند تهیه گزارش

با تشکیل کارگروه تهیه گزارش، تهیه آن از بهمن 1393 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. هم-چنین 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.

**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 و جلسات حضوری، متون تهیه شده به اشتراک گزارده 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: جداول بقای بر درمان<sup>(17)</sup>

میزان بقای 12 ماه پس از شروع درمان ضد تروروپروسی در مبتلایان به اچ آی وی به تفکیک سن و جنس

نسبت بقا بر درمان ضد تروروپروسی در دوره زمانی (%)	بقای بر درمان ضد تروروپروسی 12 ماه بعد از شروع بر حسب جنس وسن (نفر)			تعداد شروع درمان ضد تروروپروسی در دوره زمانی بر حسب جنس و سن (نفر)			گروه سنی	دوره زمانی		
	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن				
%92.16	%93.33	%90.48	47	28	19	51	30	21	15>	شهریور تا 1391
%84.51	%83.10	%88.30	1178	846	332	1394	1018	376	+15	شهریور 1392

میزان بقای 24 ماه پس از شروع درمان ضد تروروپروسی در مبتلایان به اچ آی وی به تفکیک سن و جنس

نسبت بقا بر درمان ضد تروروپروسی در دوره زمانی (%)	بقای بر درمان ضد تروروپروسی 24 ماه بعد از شروع بر حسب جنس و سن (نفر)			تعداد شروع درمان ضد تروروپروسی در دوره زمانی بر حسب جنس و سن (نفر)			گروه سنی	دوره زمانی شروع درمان		
	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن				
%76.92	%71.43	%86.96	50	30	20	65	42	23	15>	شهریور 1390
%72.67	%69.80	%82.27	944	698	246	1299	1000	299	+15	تا شهریور 1391

میزان بقای 60 ماه پس از شروع درمان ضد تروروپروسی در مبتلایان به اچ آی وی به تفکیک سن و جنس

نسبت بقا بر درمان ضد تروروپروسی در دوره زمانی (%)	بقای بر درمان ضد تروروپروسی 24 ماه بعد از شروع بر حسب جنس وسن (نفر)			تعداد شروع درمان ضد تروروپروسی در دوره زمانی بر حسب جنس و سن (نفر)			گروه سنی	دوره زمانی شروع درمان
	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن		

شهریور 1387 تا	15>	14	8	22	12	5	17	%85.71	%62.50	%77.27
شهریور 1388	+15	110	506	616	87	252	339	%79.09	%49.80	%55.03

جدول : علل عدم بقای در 12 ماه، 24 ماه و 60 ماه پس از شروع درمان ضد تروروپروسی در مبتلایان به اچ آی وی

کسانی که در دوره زمانی درمان ضد تروروپروسی آنها شروع شده و در شهریور 93 بر درمان باقی نبوده اند ( نفر ) ( به تفکیک کل موارد، مرده ، قطع درمان و موارد فقدان پیگیری )					دوره زمانی
کل	تعداد عدم امکان پیگیری (مراجعه نکرده اند)	تعداد قطع درمان	تعداد مرگ	تعداد باقی بر درمان	
1445	81	5	134	1225	شهریور 1391 تا شهریور 1392
1364	118	36	216	994	شهریور 1390 تا شهریور 1391
638	72	27	183	356	شهریور 1387 تا شهریور 1388



1. شغلی ع و فلاح نژاد م. (1391) بررسی اثربخشی ارزیابی رفتارهای پرخطر زنان باردار در شناسایی موارد HIV مثبت. گزارش طرح.
2. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار دیده‌وری‌های اچ‌آی‌وی. اسفند 1393. (منتشر نشده)
3. حقدوست ع ا، دانش ا و دیگران. (1393). مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان مواد به روش تزریقی در ایران (1393). مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح (منتشر نشده)
4. Wolfe D. Illicit drug policies and the global HIV epidemic. International Harm Reduction Development program. New York, 2004.
5. کارگروه کشوری کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز. تحلیل وضعیت اچ‌آی‌وی/ایدز کشور و پاسخ ملی به آن. مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران. 1388.
6. 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.
7. نصیریان م، حق دوست ع ا (1390). مدل‌سازی توزیع مورد انتظار عفونت‌های جدید اچ‌آی‌وی 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.
8. 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)
9. 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 اچ‌آی‌وی در زنان آسیب‌پذیر 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.
10. حقدوست ع ا، رفیعی راد ا و دیگران. (1393). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد درباره اچ‌آی‌وی و محرک‌های آمفتامینی (1392-1393). مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح (منتشر نشده)
11. 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)
12. استعلام در باره پایش خدمات ارائه شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی سرتاسر کشور، اسفند 1393 (منتشر نشده)
13. استعلام در باره پایش خدمات ارائه شده از سازمان بهزیستی کشور، اسفند 1393. (منتشر نشده)
14. نارنجی‌ها 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.

15. 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.

16. استعلام از مجریان طرح " تخمین موارد اچ آی وی در ایران، 1393.. 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 1393. (منتشر نشده)

17. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت موارد تحت درمان ضد تر ویروسی . اسفند 1393. (منتشر نشده)

18. استعلام از اداره کنترل سل، مرکز مدیریت بیماری های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار موارد سل . اسفند 1393. (منتشر نشده)

19. Accessed at: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

20. Abulhalaj M, Najafi B. National AIDS Spending Assessment, 2012. AIDS Control Office, MOHME Center for Communicable Disease Management, 2014.

21. شغلی ع، رخشانی ف، موسوی نسب ن، مهاجری م، صداقت ع، گویا 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)

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

23. حقدوست ع، اصولی م، سجادی ل، میرزاده 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 بیماری های واگیر ( وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح.

24. دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلامیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ آی وی و ایدز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی . اسفند 1392.

25. Rahimi-Movaghar A1, Amin-Esmaili M, Haghdoost AA, Sadeghirad B, Mohraz M. HIV prevalence amongst injecting drug users in Iran: a systematic review of studies conducted during the decade 1998-2007. Int J Drug Policy. 2012 Jul;23(4):271-8. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.09.002. Epub 2011 Oct 14.

26. حق دوست ع، سجادی ل، علیپور ع، ذوالعلی ف، نواده س، میرزاده 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 بیماری های واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی). مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح.

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

28. نواده س، میرزاده ع، حقدوست ع، عرب نژاد س، فهیم فر ن، کمالی ک، و سایرین. مراقبت سرولوژیک - رفتاری زندانیان در ایران در سال 1388. گزارش طرح.

29. Shokoochi M, Mohammad, Baneshi MR, Haghdoost AA. Size estimation of most at risk population for HIV infection in Iran using network scale up (Unpublished)

30. Zamani S, Ono-Kihara M, Ichikawa S, Kihara M. Potential for sexual transmission of HIV infection from male injecting-drug users who have sex with men in Tehran, Iran. Sex Transm Dis. 2010 Nov;37(11):7 .8-15 doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181e2c73f.

31. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Haghdoost AA, Mohraz M. Evidence of HIV epidemics among non-injecting drug users in Iran: a systematic review. *Addiction* 2012 .Nov;107(11):1929-38. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03926.x. Epub 2012 Jun 15.
32. 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.
33. Ataei B, Nokhodian Z, Babak A, Shoaie P, Mohammadzadeh M, Sadeghi R. Seroprevalence of Hepatitis C (HCV) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection among street children in Isfahan, Iran. *Tehran Univ Med J*. 2010; 67 (11.816-811): (
34. SeyedAhmad SeyedAlinaghi, Abbas OstadTaghi Zadeh, et al. Prevalence of HIV infection and the correlates among beggars in Tehran, Iran. *Asian Pac J Trop Dis* 2013; 3(1): 76-78.
35. Zadeh AO, SeyedAlinaghi S, Hassanzad FF, Hajizadeh M, Mohamadi S, Emamzadeh-Fard S, Paydary K, Hosseini M. Prevalence of HIV infection and the correlates among homeless in Tehran, Iran. *Asian Pac J Trop Biomed*. 2014 Jan;4(1):65-8. doi: 10.1016/S2221-1691(14)60210-0.
36. برنامه استراتژیک کنترل سل در جمهوری اسلامی ایران (1397 3139). اداره کنترل سل و جذام، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1393.
37. ناصحی م، آزاد منش ک و دیگران. بررسی شیوع سرمی عفونت اچ آی وی در بیماران مبتلا به سل در کشور در سال 2010. اداره کنترل سل و جذام، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
38. مویدی نیا س، محرز م و دیگران. بررسی شیوع اچ آی وی و رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ آی وی در میان ترانس سکسوال های زن (مرد به زن) در شهر تهران طی سال 1392-1393. (1393). گزارش طرح. (منتشر نشده)
40. HIV Test-Treat-Retain Cascade Analysis. National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education, I.R. Iran, December 2013.
41. سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ آی وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1389-1393). اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اسفند 1389.
42. 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. گزارش طرح. (منتشر نشده)
43. سعیده مویدی 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 RDS (Respondent-Driven Sampling). گزارش طرح. (منتشر نشده)
44. 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.
45. قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن، مصوب 1376/8/17.
46. Marlatt G.A. 1998. "Harm Reduction Pragmatic strategies for managing high risk behaviours". The Guilford Press, Loundon.
47. The Handbook on Alternatives to Imprisonment, Criminal Justice Handbook Series. UNODC, United Nations, New York, 2007.
48. 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.
49. دستورالعمل های کشوری مراقبت بیماران مبتلا به اچ ای وی (1393)

Accessedat:<http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&siteid=1&siteid=1&siteid=1&siteid=1&pageid=156&catid=64>

50. زمانی س و همکاران. مطالعهٔ مراقبت ادغام‌یافته بیولوژیک و رفتاری عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد. 1386 گزارش طرح.
51. نصیریان م، حق دوست ع ا (1390). مدل‌سازی توزیع مورد انتظار عفونت‌های جدید اچ‌آی‌وی 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.
52. استعلام از اداره پیشگیری سوء مصرف مواد، دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار درمان نگهدارنده جایگزین. اسفند 1393. (منتشر نشده)
53. استعلام در بارهٔ پیش خدمات ارائه شده از اداره کل بهداشت سازمان زندان‌ها، اسفند 1393. (منتشر نشده)
54. مصاحبه با کارشناسان اداره کنترل ایدز و مرور مستندات اداره کنترل ایدز، اسفند 1393. (منتشر نشده)
55. چهارمین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1393-1397). ادارهٔ کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1393.

56. Morinsky adherence tool.  
Accessedat:<http://www.measureuppressuredown.com/HCPProf/Find/Toolkit/Plank4Tool1.pdf>

57. Best practice in HIV/AIDS prevention and care for injecting drug abusers, the Triangular Clinic in Kermanshah, Islamic Republic of Iran. WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean Cairo, 2004.