



گزارش پایش کنترل ایدز در جمهوری اسلامی ایران

در باره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی
سازمان ملل متحد در زمینه اچ ای وی و ایدز (تا پایان آذر 6931)

دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
اسفند ماه 1396



فهرست

صفحه	عنوان
4	تقدیر و تشکر
6	اختصارات
7	مقدمه
8	وضعیت همه گیری
18	تعهد یکم: دسترسی به درمان
26	تعهد دوم: حذف انتقال از مادر به کودک
28	تعهد سوم: دسترسی به خدمات پیشگیری
34	تعهد چهارم: حذف تبعیض
36	تعهد پنجم: دسترسی جوانان به آگاهی، مهارت و توانایی لازم
38	تعهد ششم: بهره مندی از خدمات اجتماعی
39	تعهد هفتم: ارائه خدمات توسط نهادهای جامعه محور
40	تعهد هشتم: سرمایه گذاری لازم
40	تعهد نهم: توانمندسازی برای آگاهی و دسترسی به خدمات حقوقی
40	تعهد دهم: دسترسی به خدمات بیماری های همراه
43	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 عزیزی 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:

□□ مشاور و هماهنگ کننده تیم فنی تهیه گزارش

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

□□ آزمایشگاه رفرانس کشور

- دکتر سیامک سمیعی، رییس آزمایشگاه رفرانس کشور

□□ 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، معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد

- دکتر فاطمه عباسی رییس مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد
- دکتر فرید براتی، معاون پیشگیری و درمان 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 محمد نظری پویا، کارشناس مسئول اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور

□□ ستاد مبارزه با مواد مخدر

- دکتر پرویز افشار، معاون کاهش تقاضا و توسعه مشارکت های مردمی
- آقای محمد عباسی، مدیر کل درمان و حمایت های اجتماعی
- دکتر منا اسلامی، کارشناس اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی دبیرخانه 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
- دکتر سید احمد علینقی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران

□□ مرکز تحقیقات مراقبت اچ آی وی و بیماری های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، دانشگاه

علوم پزشکی کرمان

- دکتر علی اکبر حق دوست، رییس مرکز تحقیقات مراقبت اچ آی وی و بیماری های آمیزشی
 - دکتر حمید شریفی، مدیر و قائم مقام مرکز تحقیقات مراقبت اچ آی وی و بیماری های آمیزشی
 - دکتر راضیه خواجه کاظمی، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات مراقبت اچ آی وی و بیماری های آمیزشی
- ### □□ مسئولین مبارزه با بیماری ها و کارشناسان ایدز دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور

□□ نماینده بیماران مبتلا به اچ آی وی

□□ 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 ابراهیم قدوسی، کارشناس مسئول اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

- دکتر اعظم واعظی، کارشناس اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
- آقای علی بذر افشان، کارشناس اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
- خانم تکتّم خجسته، کارشناس 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 پروین افسر کازرونی، رئیس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر سمانه اکبریپور، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر هنگامه نامداری تبار، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر کتایون طایری، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر مریم سرگلزایی مقدم، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر حمیرا فلاحی، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم زهرا رجب پور، کارشناس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم سارا شریعتمدار، کارشناس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم نازنین حیدری، کارشناس گلوبال فاند
- خانم اعظم ولی پور، کارشناس گلوبال فاند
- خانم پروین نخجیری، کارشناس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم سعیده زاهد انارکی، کارشناس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- آقای حامد صفری، کارشناس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر مهشید ناصحی، رئیس اداره سل و جذام
- دکتر سعید شرفی، کارشناس مسئول اداره سل و جذام

□ □ سایرین:

- خانم نسیرین کردی، کارشناس باشگاه مثبت 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
DHS	Demographic Health Survey	دیده وری سلامت جامعه
DIC	Drop in Center	مرکز گذری
DoC	Declaration of commitment	اعلانیه تعهد
HIV	Human Immunodeficiency Virus	اچ ای وی – 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 اچ ای وی شروع شده توسط کارکنان بخش سلامت
PLHIV	People living with HIV	افراد ای که با اچ ای وی 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 اچ ای وی
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)

جمهوری اسلامی ایران در هر چهار نشست ویژه ملل متحد در باره اچ ای وی در سال های 1382، 1387، 1390 و 1395 خود را متعهد به کنترل اچ ای وی نموده و اعلانیه های این نشست ها را امضاء کرده است. در نشست ژوئن 2016 (1395) کشورهای عضو ملل متحد، بر پایه اعلانیه های قبلی متعهد شدند که در مسیرهایی سریع تر و گسترده تر (Fast-tracks)، به نبرد با ایدز پایان دادن به همه گیری تا سال 2030 میلادی شتاب دهند. این مسیرها در ده بخش تقسیم شده اند و کشورها متعهد شده اند که اقدامات موثری برای کنترل همه گیری در زمینه ی اچ ای وی بین سال های 1995 تا 1399 (2016 تا 2020 میلادی) انجام دهند تا بتوان به اهداف سال 1409 (2030 میلادی) دست یافت. اهداف سال 1409 عبارتند از میزان بروز صفر، انتقال از مادر به کودک صفر و مرگ و میر صفر. تعهدات این مسیرهای ده گانه عبارتند از:

1. اطمینان از دسترسی مبتلایان به اچ ای وی به درمان، با دست یابی به هدف 90، 90، 90 تا سال 1399
2. حذف موارد جدید ابتلا در کودکان تا سال 1399
3. اطمینان از دسترسی به گزینه های مختلف خدمات پیشگیری شامل پیشگیری پیش از تماس، ختنه در مردان، کاندوم و خدمات کاهش آسیب در 90٪ نیازمندان به آن تا سال 1399 به خصوص در زنان جوان و دختران در کشورهای با شیوع بالا و در گروه های جمعیتی کلیدی (MSM ها، تراجنسیتی ها، تن فروشان و مشتریان آنها، مصرف کنندگان تزریقی مواد و زندانیان) در همه کشورها
4. حذف همه اشکال خشونت و تبعیض نسبت به زنان، مبتلایان به اچ ای وی و گروه های کلیدی تا سال 1399
5. اطمینان از دسترسی 90٪ جوانان به آگاهی، مهارت و توانایی لازم برای حفظ خود از اچ ای وی و خدمات سلامت جنسی و تولید مثل تا سال 1399
6. اطمینان از بهره مندی 75٪ مبتلایان به اچ ای وی، افراد در خطر و تحت تاثیر آن به خدمات اجتماعی مربوط به اچ ای وی
7. اطمینان از ارائه حداقل 30٪ خدمات توسط نهادهای جامعه محور
8. اطمینان در زمینه افزایش هزینه کرد بودجه در زمینه اچ ای وی
9. توانمندسازی مبتلایان به اچ ای وی و افراد در خطر و تحت تاثیر آن برای آگاهی از حقوق خویش و دسترسی به خدمات حقوقی و دادگاهی به پیشگری از نقض حقوق انسانی آنها
10. تعهد به ادغام دسترسی همه گانی به خدمات سلامت در مبتلایان به اچ ای وی شامل درمان سل، سرطان سرویکس، هیپاتیت های بی و سی

امسال بنابر توصیه رهنمودهای تیم پایش جهانی ایدز، باید شاخص های مرتبط با تعهدهای شماره 1 تا 5، 8 و 10 گزارش شود. با این وجود در مورد همه تعهدها مطالبی ارائه شده است. در تهیه این گزارش از چارچوب توصیه شده در دستورعمل تیم پایش جهانی ایدز پیروی شده است. این گزارش که مهم ترین گزارش کشوری در زمینه اچ ای وی محسوب می شود، وضعیت کشور را در باره تعهدهای فوق ارائه می دهد. این دومین گزارشی است که در قالب توصیه های جدید و در نظر گرفتن تعهدات اعلانیه 2016 منتشر می شود و هشتمین گزارش کشور در زمینه پایش اعلانیه های تعهد است. این گزارش با وجود کاستی های احتمالی، دارای اطلاعات 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 اچ

ای وی در جمهوری اسلامی ایران باشد. با این وجود قطعاً این گزارش کاستی‌هایی دارد و از هر گونه نظر، پیشنهادی یا انتقادی، صمیمانه استقبال می‌شود.

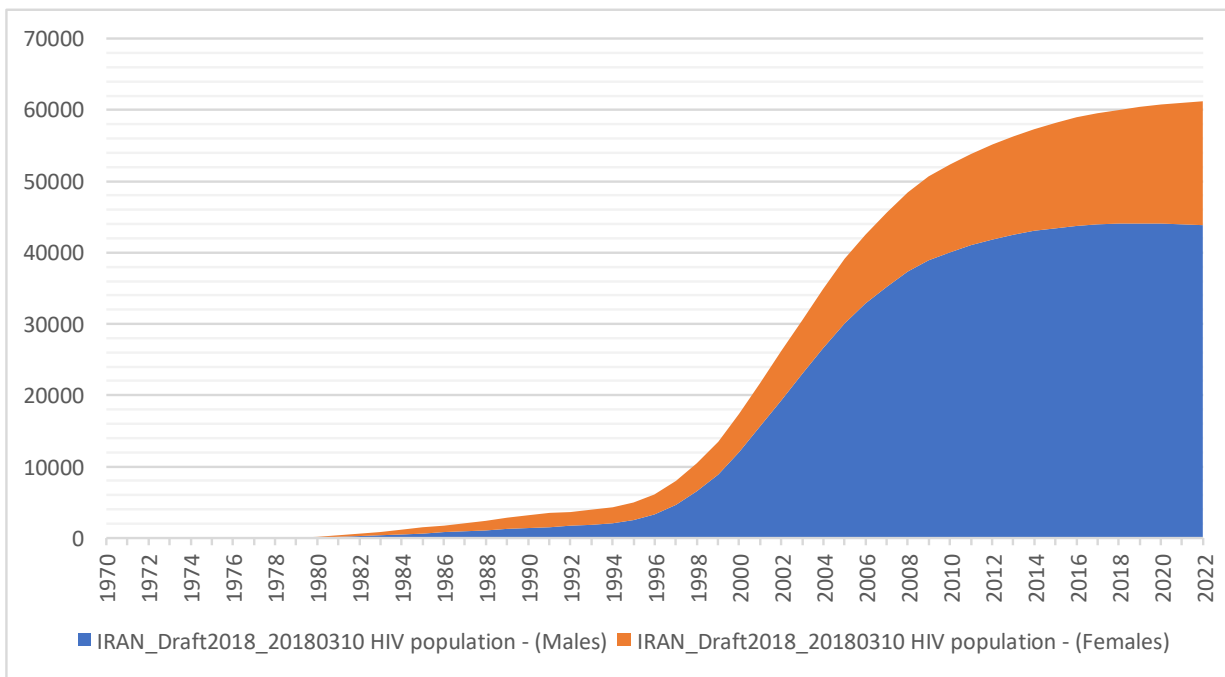
نمای کلی همه‌گیری اچ ای وی در ایران

در این قسمت وضعیت کلی همه‌گیری اچ ای وی 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 دیده ور، داده‌های مطالعات پیمایش‌های زیستی رفتاری و برخی مطالعات دیگر ارایه می‌شود.

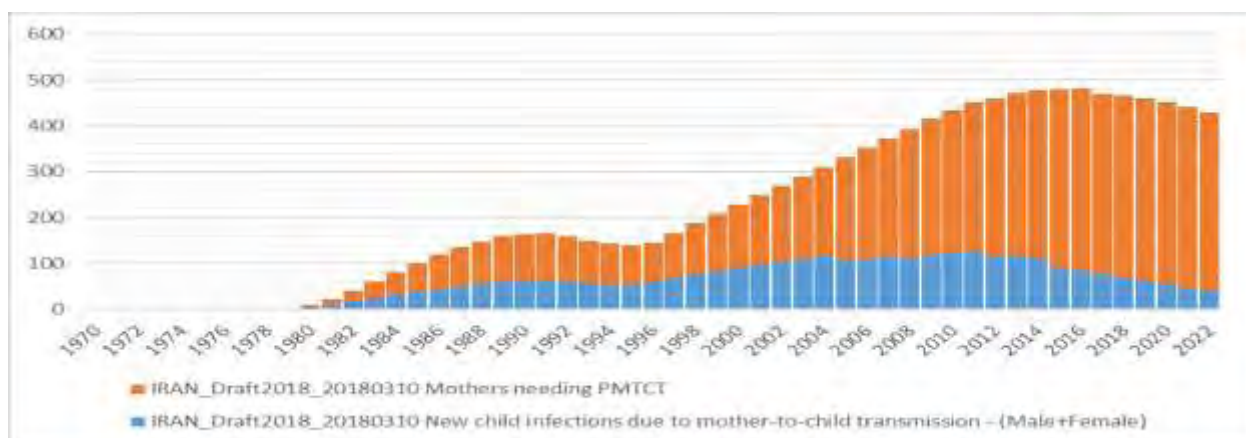
برآورد تعداد مبتلایان به اچ ای وی:

میانگین تعداد کل مبتلایان در سال ۲۰۱۷، حدود ۵۹۵۳۱ نفر برآورد شده است. میانگین تخمین تعداد مردان مبتلا، ۴۳۹۶۴ نفر و زنان مبتلا، ۱۵۵۶۸ نفر بوده است. تخمین‌ها بیانگر روند فزاینده‌ی تعداد مبتلایان به اچ ای وی در کل جمعیت تا سال ۲۰۱۸ و سپس کند شدن شیب رشد آنست. (شکل ۱)^(۱)

برآورد تعداد موارد جدید مبتلا به اچ ای وی در ایران برای سال ۲۰۱۷، برابر ۴۶۶۱ نفر در سال بوده است (۳۴۵۰ مرد و ۱۲۱۱ زن).^(۱) این برآورد حاکی از آنست که اگر سطح پوشش خدمات در حد کنونی باقی بماند، تعداد موارد جدید در هر سال تا سال ۲۰۲۲ میلادی در مردان کاهش و در زنان تثبیت می‌یابد. (شکل ۱)



شکل ۱: برآورد تعداد مبتلایان به اچ ای وی در کل جمعیت در ایران



شکل 2: برآورد تعداد مادران نیازمند خدمات PMTCT و موارد جدید نوزادان ناشی از آن در ایران

برای سال ۲۰۱۷، تعداد موارد جدید ناشی از انتقال مادر به فرزند، ۷۶ نفر برای کل (۳۹ پسر و ۳۷ دختر) برآورد شده است. روند در کل و برای هر دو جنس افزایشی است، هر چند تعداد مادران نیازمند خدمات PMTCT در سال ۲۰۱۷ حدود ۴۷۰ نفر بوده است. (شکل 2).^(۱) برآورد تعداد مبتلایان جدید به اچ ای وی در سال ۲۰۱۷ در مصرف کنندگان تزریقی مواد برابر ۲۰۷۳ نفر، در تن فروشان برابر ۷۱۱ نفر و در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند برابر ۱۰۴۶ نفر بوده است.^(۱)

شیوع اچ ای وی در گروه‌های مختلف جمعیتی:

مصرف کنندگان تزریقی مواد: شیوع اچ ای وی در این گروه جمعیتی در آخرین مطالعه رفتاری-زیستی در سال ۱۳۹۳ حدود ۱۳/۸٪ گزارش شده است.^(۲) این مطالعه در بازه زمانی فروردین تا آذر ۱۳۹۳ در ده شهر کشور و در مراکز ارائه خدمات به مصرف کنندگان تزریقی مواد انجام شد و روش نمونه گیری به طریق آسان بود. بخشی از نمونه ها از طریق تیم های بسیار این مراکز دعوت به مشارکت در مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه سن بالای ۱۸ سال، تابعیت ایرانی، سابقه حداقل یک بار تزریق در ۱۲ ماه گذشته و رضایت به شرکت در مطالعه بود. شیوع اچ ای وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در این مطالعه نسبت به مطالعه مشابه در سال ۱۳۹۰ از نظر آماری تغییر معنی داری نداشت.^(۲) درصد ابتلا، در استانهای مختلف، متفاوت بود^(۲) و در برخی از استان ها در حد نگران کننده ای بالاتر بوده است. پیش از این در یک مطالعه مرور سیستماتیک، شیوع یک کاسه (pooled) عفونت اچ ای وی برای مطالعاتی که پس از سال ۱۳۸۴ انجام شده، برابر ۱۸/۴٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۶/۷ تا ۲۰/۲٪) و برای مطالعات پیش از سال ۱۳۸۴ برابر ۷/۸٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۷/۵ تا ۱۰٪) بوده است.^(۳) از آنجا که بیش از نیمی از جمعیت مورد بررسی از شهر تهران بوده اند، اعداد به دست آمده از این مطالعه، ممکن است نمایانگر کل کشور نباشد.

شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد: در مطالعه رفتاری - زیستی شرکای جنسی تزریقی کنندگان مواد در سه شهر مختلف در سال ۱۳۸۹، شیوع اچ ای وی در شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد ۱٪ به دست آمد.^(۴) البته در آن مطالعه شیوع اچ ای وی در خود مصرف کنندگان تزریقی ۴/۲٪ بوده است. منظور از شریک جنسی در این مطالعه، کسی است که مصرف کننده تزریقی شرکت کننده در مطالعه، حداقل یک بار در یک ماه گذشته با وی رابطه جنسی داشته

است. همچنین، شیوع ابتلا به اچ ای وی در مجموع هر دو گروه در شهرهای مورد بررسی متفاوت و صفر، 4/6٪ و 10/8٪ بود.⁽⁴⁾

زنان تن فروش: آخرین پیمایش زیستی - رفتاری در زنان تن فروش در فاصله دی تا شهریور سال 1394 انجام شد.⁽⁵⁾ معیارهای ورود به این مطالعه داشتن تماس جنسی به ازای دریافت پول با بیش از یک مشتری مرد در یک سال گذشته، سن 18 سال و بالاتر، تابعیت ایرانی و زندگی کردن و/ یا کار کردن در یکی از سایت های مورد مطالعه بود. طریق نمونه گیری مبتنی بر مراکز و نیز تیم های سیار بود. نمونه ها به روش نمونه گیری آسان از 21 سایت در 13 شهر انجام شد. در نهایت، داده های مربوط به 1337 فرد واجد شرایط آنالیز شدند. میانگین سن 35/0 با بازه 29/0 تا 41/0 سال بود. حدود 10/3٪ کمتر از 25 سال سن داشتند. 63/4٪ جمعیت مورد مطالعه در ماه گذشته 2 یا بیش از 2 مشتری داشته اند. 22/5٪ در ماه گذشته مشتری نداشتند. شیوع کلی HIV 2/1٪ (95٪ فاصله اطمینان 1/4 تا 3/0٪) بود. شیوع HIV در افرادی که توسط تیم سیار وارد مطالعه شده بودند، به طور معنی داری بیشتر بود (3/3٪ در مقابل 1/9٪). البته درصد ابتلا در شهرهای مختلف از 0٪ تا 9/4٪ متفاوت بود. در پیمایش زیستی - رفتاری در زنان تن فروش در سال 1389، شیوع اچ ای وی در این گروه بطور متوسط در کل کشور حدود 4/5٪ (دامنه اطمینان 95٪: 2/4 تا 8/3) بود.⁽⁶⁾

زندانیان: شیوع اچ ای وی در زندانیان در پیمایش زیستی - رفتاری که در سال 1395 بر روی نمونه ای تصادفی از زندانیان کشور انجام شد، 0/82 درصد (با دامنه اطمینان 1/29 - 0/46 درصد) به دست آمد.⁽⁷⁾ این مطالعه بر نمونه ای 5800 نفری از زندانیان 33 زندان بزرگ و کوچک در 25 استان کشور انجام شد. شیوع اچ ای وی در زندان های مورد مطالعه، متغیر و بین صفر تا 4/6٪ بود. درصد مبتلایان به اچ ای وی در کسانی که سابقه تزریق مواد داشتند 3/97٪ در مقابل 0/30٪ در کسانی که سابقه تزریق نداشتند، بود. این تحقیق حاکی از کاهش اندک اما غیر معنی دار شیوع عفونت اچ ای وی در بین زندانیان نسبت به مطالعه مشابه در سال 1391-1392 بود.⁽⁷⁾ شیوع اچ ای وی در زندانیان در پیمایش زیستی - رفتاری که در سالهای 1391-1392، برابر با 1/4٪ (محدوده اطمینان 95٪: 2/22-0/6) بود.⁽⁸⁾ در پیمایش سال 1388 شیوع اچ ای وی 2/1٪ (دامنه اطمینان 95٪: 3/6 - 1/2) به دست آمد. در مطالعه سال 1388، در زندانیانی که سابقه تزریق مواد داشتند، شیوع اچ ای وی 5/42٪ (دامنه اطمینان 95٪: 8/76-2/09) بود.⁽⁹⁾ در بررسی دیده وری های سرولوژیکی که بین سال های 1370 تا 1386 در زندان های کشور انجام شده بود، شیوع اچ ای وی تا سال 1376 روندی فزاینده داشته و به 4/5٪ رسیده ولی پس از آن با آغاز فعالیت های پیشگیری از اچ ای وی در زندان ها تثبیت شده و از سال 1384 روندی کاهنده داشته به 2/8٪ رسیده است.^(10, 11)

مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: درباره شیوع اچ ای وی در 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. با این وجود، در برخی مطالعات این نوع رفتار را به صورت فرعی مورد مطالعه قرار داده اند. اغلب این مطالعات در محیط های بسته ای همچون زندان ها یا در گروه های جمعیتی خاص مثل مصرف کنندگان تزریقی مواد انجام شده است. (2، 7-9، 12-14) در پیمایش زیستی - رفتاری زندانیان کشور در سال 1395، 16/4٪ سابقه رابطه جنسی با مردان دیگر را گزارش کرده بودند که شیوع اچ ای وی در این زیر گروه برابر 1/15٪ (دامنه اطمینان 95٪: 3/2 - 0/42) بود.⁽⁷⁾ در مطالعه ای مشابه در سال 1388، 15.6٪ سابقه رابطه جنسی با مردان دیگر را گزارش کرده بودند که شیوع اچ ای وی در این زیر گروه برابر 3.7٪ (0.6٪ تا 18.8٪) بود.⁽⁹⁾

شیوع اچ ای وی در مصرف کنندگان غیر تزریقی: در یک مطالعه مرور سیستماتیک در سال 1391، که شامل 10 مطالعه بر روی مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد، شیوع یک کاسه (pooled prevalence) عفونت اچ ای وی (با حجم نمونه کلی 2275 نفر)، برابر 2.6٪ (2 تا 3.4٪) به دست آمد.⁽¹⁵⁾ 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.⁽¹⁵⁾ این نگرانی وجود دارد که مصرف مواد تمامتامینی در انتقال جنسی اچ ای وی در این گروه نقش داشته باشد.

کودکان خیابانی: در مطالعه زیستی-رفتاری کودکان خیابانی در شهر تهران در سال 1388، در میان 1000 کودک 10 تا 18 ساله، شیوع اچ ای وی در کل نمونه 4/5٪ بود. در کودکانی که مصرف مواد داشتند، این مقدار به 9٪ می رسید.⁽¹⁶⁾ 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 اچ ای وی برابر صفر بود.⁽¹⁷⁾ به نظر می آید به مطالعه ای جدید و فراگیر در این زمینه نیاز است.

شیوع اچ ای وی 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 اچ ای وی برابر 1٪ (فاصله اطمینان 0.7 تا 1.3٪) بود. میزان ابتلا در مردان (1.2٪) بیشتر از زنان (0.6٪) بود.⁽¹⁸⁾ در یک مطالعه دیگر که در سال 1389 بر روی 10672 فرد بی خانمان در شهر تهران صورت گرفت، شیوع اچ ای وی برابر 1.7٪ (دامنه اطمینان 1.4٪ - 1.9٪) بود.⁽¹⁹⁾ در یک مطالعه دیگر در زنان متکدی و بی خانمان در یکی از شهرهای کشور در سال 1395، شیوع اچ ای وی 1.8٪ بود، اما بخش قابل توجهی از آنان سابقه تزریق داشتند.⁽²⁰⁾

شیوع اچ ای وی در مبتلایان به سل: در فاصله سال های 1390 تا 1395، در حالی که درصد انجام آزمایش در مبتلایان به سل از 12/9٪ به 76/2٪ افزایش یافته، درصد مبتلایان به اچ ای وی در مبتلایان به سل که آزمایش اچ ای وی داده اند از 20/2٪ به 4/7٪ کاهش یافته است.⁽²¹⁾ به نظر نمی رسد چنین تغییری ناشی از تغییر در شیوع اچ ای وی در مبتلایان به سل باشد. بلکه ناشی از نحوه ارائه آزمایش اچ ای وی در این جمعیت است که پیش از سال 1393 فقط به بیماران مبتلا به سل توصیه می شد که عامل خطر اچ ای وی نیز داشته باشند.⁽²²⁾ در مطالعه ای دیگر میانگین 5 ساله عفونت همزمان سل و اچ ای وی در مبتلایان به سل 2.3٪ (2315 در 100 هزار نفر) بوده که 64 برابر نسبت اچ ای وی در جمعیت عمومی (35 در 100 هزار) است.⁽²³⁾ در مطالعه ای کشوری که در سال 1389 بر روی 3132 بیمار مسلول کشف شده انجام شد، شیوع اچ ای وی در مبتلایان به سل 3/8٪ (120 نفر) محاسبه شد.⁽²⁴⁾

شیوع اچ ای وی در تراجنستی های زن: در یک مطالعه مقطعی با روش نمونه گیری مبتنی بر زمان-مکان در سال 1393، در میان 104 تراجنستی زن (مرد به زن)، 2 نفر مبتلا به اچ ای وی بودند و فراوانی اچ ای وی 1/9٪ گزارش شد.⁽²⁵⁾ منظور از تراجنستی زن، فردی است که ظاهر مردانه ولی تمایلات زنانه دارد. در این زمینه به مطالعات فراگیر نیاز است.

شیوع اچ ای وی در جمعیت عمومی: شیوع عفونت اچ ای وی در جمعیت عمومی هنوز پایین است. چنان که در طی سال 2017، برای 308627 زن باردار آزمایش اچ ای وی انجام شد و فقط حدود 0/04٪ آنان مبتلا به اچ ای وی بوده اند.⁽²⁶⁾ 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 اچ ای وی شناسایی شد.⁽²⁷⁾ 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 اچ ای وی شناسایی شد. (28)

تعداد موارد شناسایی شده:

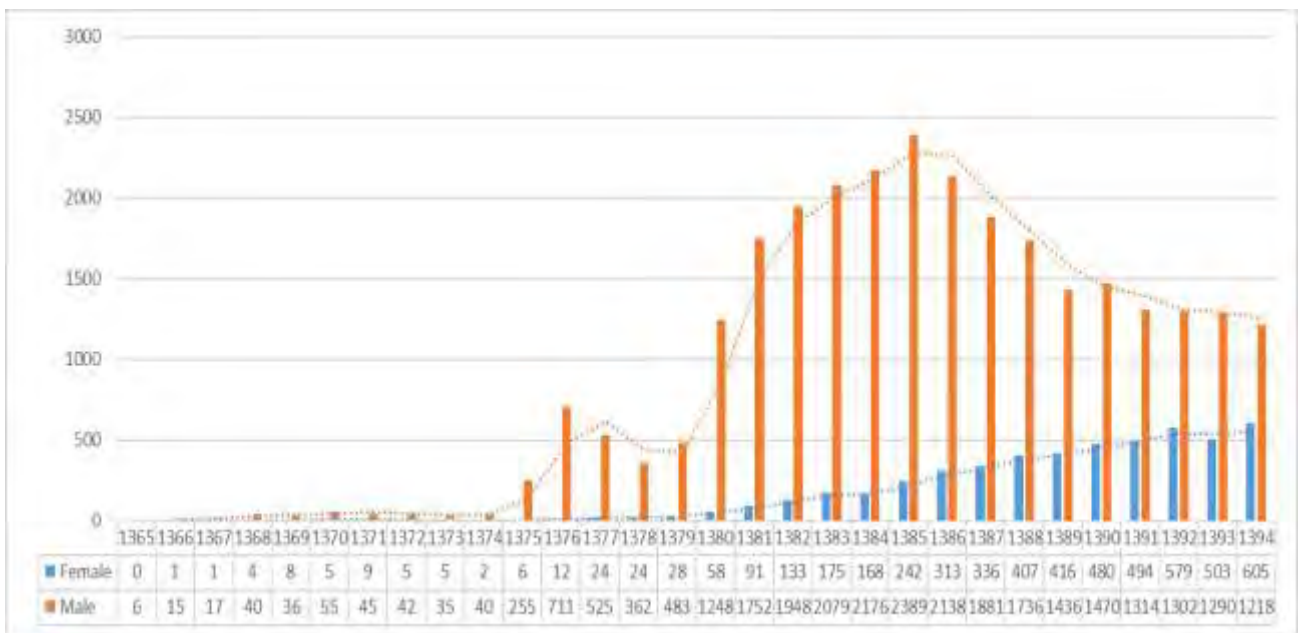
بر اساس نظام جامع مدیریت داده های الکترونیک اچ ای وی کشور، از شروع ثبت موارد در سال 1365 تا 30 آذر 1396 مجموعاً 36571 نفر مبتلا به اچ ای وی شناسایی، ثبت و گزارش شده است. (شکل 3) از میان آنان، 83٪ مرد و 17٪ زن و 50٪ موارد ثبت شده در گروه سنی 21 تا 35 سال بوده اند. (29) (شکل 4) از میان آنان 24664 نفر زنده اند) 598 نفر کودک زیر 15 سال، 5059 نفر زن بالای 15 سال و 19007 نفر مرد بالای 15 سال).

علل ابتلا به اچ ای وی در بین کل مواردیکه از سال 1365 تا کنون در کشور به ثبت رسیده اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد (61/9٪)، رابطه جنسی (20٪) و انتقال از مادر به کودک (1/5٪) بوده است. راه انتقال در 16/3٪ از این گروه نامشخص مانده است. لازم به ذکر است که راه انتقال 0/3٪ درصد از این موارد مربوط به خون و فرآورده های خونی در سال های پیش از اجرای سیاست پلازما صد در صدی خون سالم توسط سازمان انتقال خون می باشد.

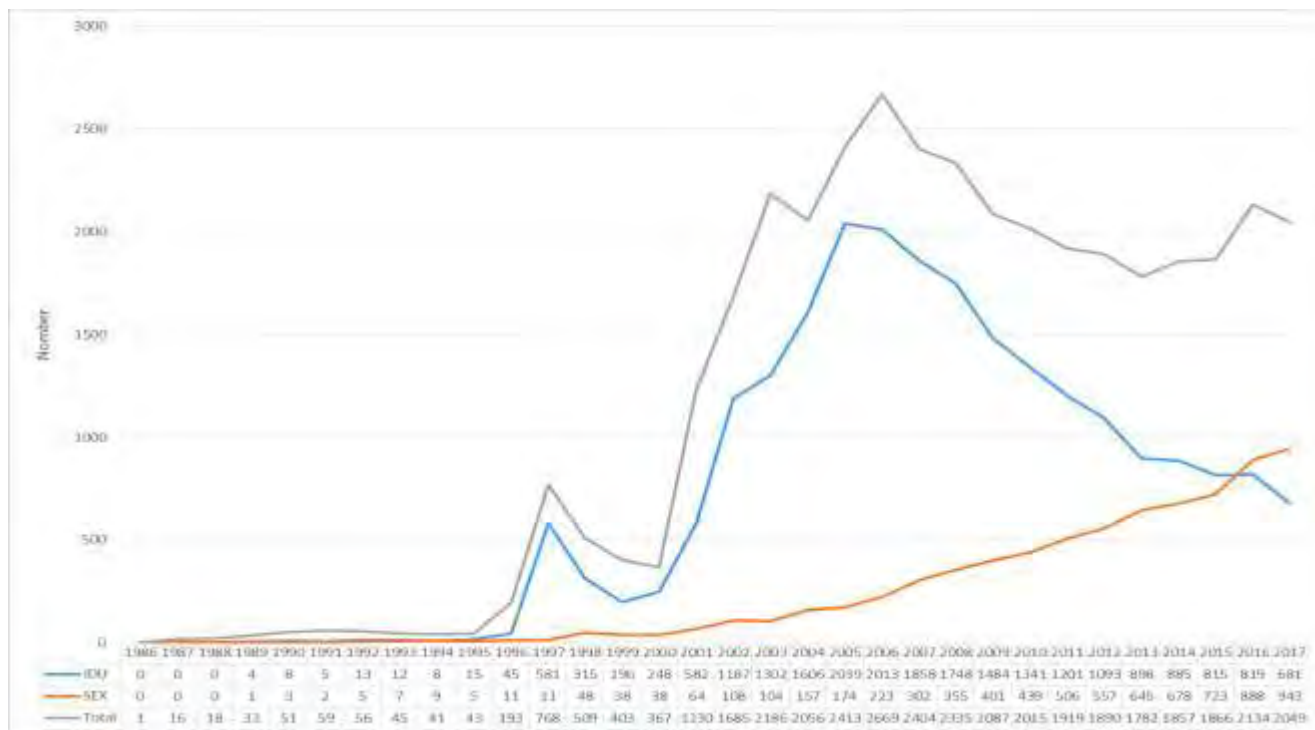
این در حالی است که الگوی راه انتقال و درصد ابتلای زنان و مردان در سال های اخیر تغییر کرده است به گونه ای که از کل موارد شناسایی و گزارش شده در نه ماه اول سال جاری، 33٪ موارد ثبت شده را زنان و 67٪ آنها را مردان تشکیل می دهند. راه احتمالی انتقال در 31/5٪ موارد مصرف تزریقی مواد، 47/1٪ روابط جنسی؛ 2/7٪ مادر به کودک و در 18/7٪ راه احتمالی ابتلا بیان نشده است. ضمناً هیچ مورد ابتلا جدیدی از طریق خون و فرآورده های خونی ثبت نشده است. بدین ترتیب بررسی آمار ثبت شده حاکی از تغییر راه های انتقال به نفع راه انتقال جنسی در بین موارد شناسایی شده در طی سال های اخیر می باشد (شکل 5). با افزایش تعداد زنان مبتلا و تعداد موارد انتقال از مادر به فرزند، تعداد کودکان زیر 5 سال نیز افزایشی مداوم داشته است (شکل 6). (29) با این وجود برآوردها حاکی از آن است که بزرگترین گروهی در همه گیری اچ ای وی در کشور نقش دارند، مصرف کنندگان تزریقی مواد هستند. بنابر این این نگرانی وجود دارد که کاهش سهم شناسایی کسانی که از راه تزریق به اچ ای وی مبتلا شده اند، ناشی از عدم گسترش کافی برنامه های ارائه خدمات به این گروه و شناسایی اچ ای وی در آنان است.



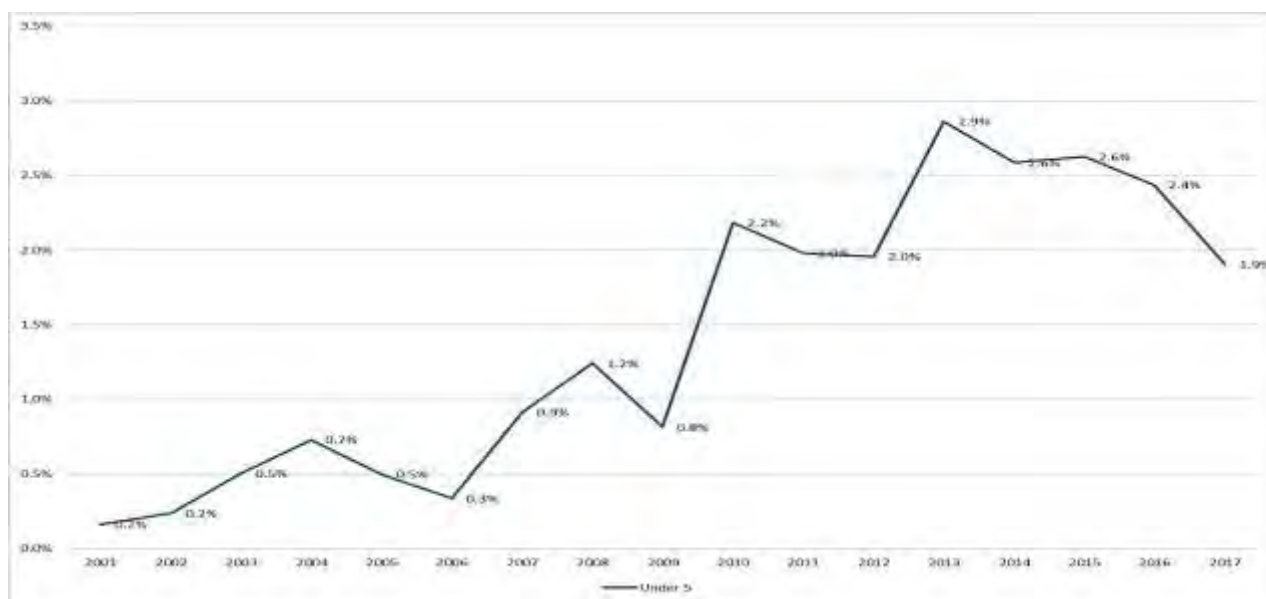
شکل 3: روند شناسایی موارد جدید اچ آی وی (29)



شکل 4: روند شناسایی مبتلایان به اچ آی وی از سال 1365 تا سال 1394 بر حسب جنس براساس داده های سیستم ثبت موارد (30)

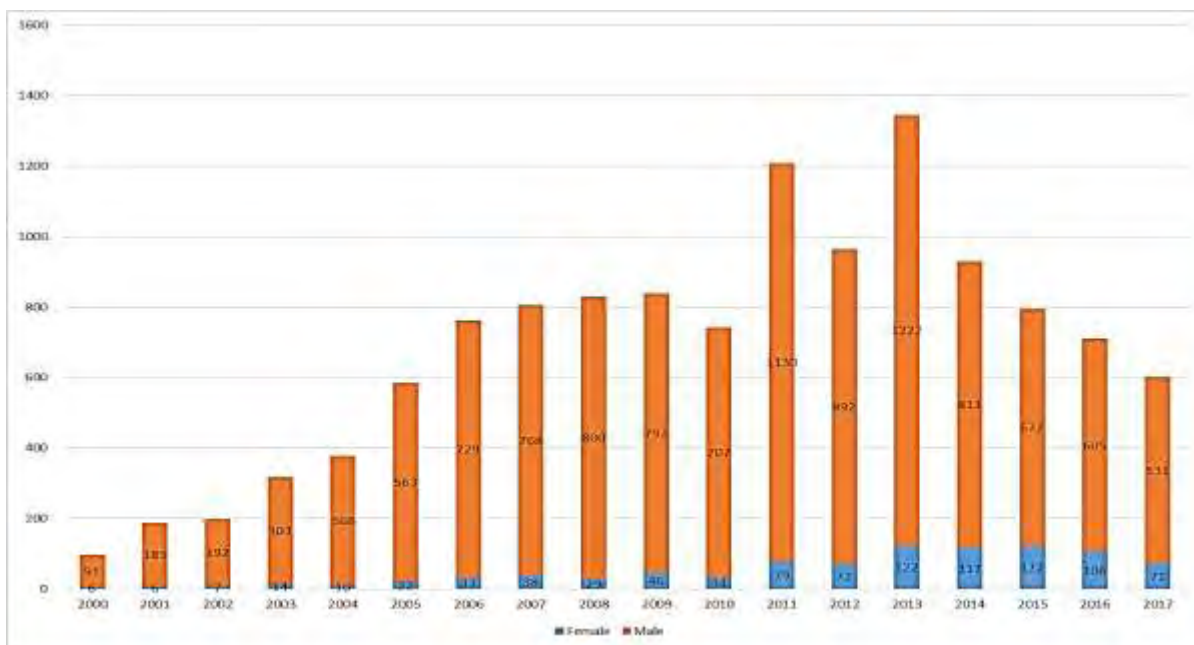


شکل 5: تغییرات سهم راه های انتقال از سال 1365 تا سال 1394 براساس داده های سیستم ثبت موارد⁽²⁹⁾



شکل 6: درصد ابتلا گروه سنی زیر 5 سال در موارد جدید شناسایی شده از سال 1380 تا سال 1394 براساس داده های سیستم ثبت موارد⁽³⁰⁾

تاکنون 12589 نفر از افراد شناسایی و ثبت شده ی مبتلا به اچ ای وی، در گذشته اند (954 زن و 11635 مرد) و 15346 نفر نیز ، وارد مرحله ایدز(اچ آی وی پیشرفته) شده اند. اگر چه در مجموع و در مردان تعداد مرگ روند کاهشی داشته، اما در زنان روند آن افزایشی بوده است.⁽²⁹⁾ (شکل 7) تعداد مرگ برآورده شده ناشی از اچ ای وی در سال 2017 برابر 3453 نفر بوده است.⁽¹⁾ این میزان برای مردان 2680 نفر و برای زنان 773 نفر است.



شکل 7: فراوانی تعداد مرگ های ثبت شده برای گروههای جنسی مرد و زن براساس داده های سیستم ثبت موارد⁽³⁰⁾

تعهد یکم: دسترسی به درمان

پس از شناسایی همه گیری اچ آی وی در زندانیان مصرف کننده تزریقی مواد در سال 1374، ایران به دنبال پوشش مناسب خدمات برای کنترل آن بود. در ابتدا این خدمات انسجام کافی نداشت، به صورت متفرق ارائه می گردید و شامل فعالیت های بسیار پراکنده ای در زمینه درمان ضدترتروویروسی (مانند قرار دادن داروهای ضدترتروویروسی در فهرست فراماکوپه کشور و ارائه رایگان آنها) و برخی خدمات پیشگیری مانند ارائه برخی آموزش ها و توزیع محدود کاندوم و سرنگ و سوزن استریل و اجازه فروش سرنگ و سوزن نو و استریل به مصرف کنندگان مواد توسط داروخانه ها بود. اما با راه اندازی اولین مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری در کرمانشاه، تحول قابل توجهی در ارائه خدمات رخ داد. موفقیت های این مدل منجر به آن شد که راه اندازی مراکزی مشابه در سرتاسر کشور در دستور کار قرار گیرد.⁽³¹⁾ در اولین برنامه استراتژیک کشوری در زمینه کنترل و پیشگیری از اچ آی وی/ایدز برای دوره زمانی 1385-1381، درمان ضد رتروویروسی یکی استراتژی های اصلی برنامه بود که در قالب این مراکز مشاوره بیماری های رفتاری ارائه می گردید.⁽³²⁾ اولین دستورالعمل ملی مراقبت

و درمان HIV/AIDS نیز در سال 1383 تدوین شد.⁽³¹⁾ این اقدامات با موفقیت های نسبی همراه بود، به گونه ای که در انتهای سال 1384، در 72 شهر کشور حداقل یک مرکز مشاوره بیماری های رفتاری وجود داشت و تعداد مبتلایان به اچ آی وی که تحت درمان ضد رتروویروسی تا شهریور 1384 به 380 نفر رسید.⁽³³⁾ همچنین مدل مراکز مشاوره بیماری های رفتاری (کلینیک های مثلثی) در سال 2008 از جانب سازمان جهانی بهداشت به عنوان بهترین روش اقدام (Best Practice) برای خدمات پیشگیری و مراقبت از مبتلایان به اچ آی وی برای مصرف کنندگان تزریقی مواد معرفی شد.⁽³⁴⁾

اما نتایج مطالعه ای که در سال 1389 در باره روند اقدامات مراقبت و درمان مبتلایان به اچ آی وی در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری انجام شد⁽³⁵⁾، بر ضرورت تغییر در برنامه مراقبت و درمان برای ارتقاء آن دلالت داشت. این مطالعه حاکی از آن بود که فقط 23٪ موارد تخمینی، تشخیص داده شده، فقط 26٪ آنان به مراکز مشاوره متصل گردیده، فقط 13٪ افراد مذکور از نظر آزمایش شمارش سلولهای CD4 و 9/5٪ موارد از نظر ارزیابی بالینی، بطور منظم بررسی و ثبت شده بودند و فقط 29٪ بیماران با پرونده فعال، تحت درمان ضد رتروویروسی بودند. یعنی با توجه به تعداد افراد تحت درمان، بطور کلی 8٪ موارد شناسایی شده و 2٪ از تخمین موارد، تحت درمان ضد رتروویروسی قرار داشتند. همچنین این مطالعه حاکی از آن بود که به علت نبود برنامه پایش بالینی منظم و استاندارد در روند درمان، فقط 23٪ موارد آزمایش CD4 به هنگام داشته و در 18.5٪ معاینات دوره ای حین درمان ثبت شده بود، نتایج ثبت و گزارش دهی ناکافی بود و اگرچه گایدلاین های علمی در اختیار بود، اما پروتکل استاندارد اجرایی وجود نداشت که بتواند خدمات مراقبت و درمان استاندارد را برای مراقبین و پزشکان توصیف کند. این مطالعه در مورد منابع انسانی نیز حاکی از آن بود که اساسا ارائه خدمات مراقبت و درمان مبتلایان وابسته به متخصصین عفونی بعنوان فوکل پوینت بود. با توجه به دسترسی اندک به متخصصین، این کار مشکلات فراوانی را بهمراه داشت. آگاهی پزشکان عمومی شاغل در مراکز نیز بسیار ناکافی بود.⁽³⁵⁾ با توجه به یافته های مطالعه فوق و سایر منابع و بررسی های انجام شده، برنامه ی مداخله ای برای بهبود کیفیت و ارتقاء خدمات مراقبت و درمان طراحی شد که شامل سه فاز بود⁽³⁶⁾ (شکل 8):

• فاز اول : 2014-2011

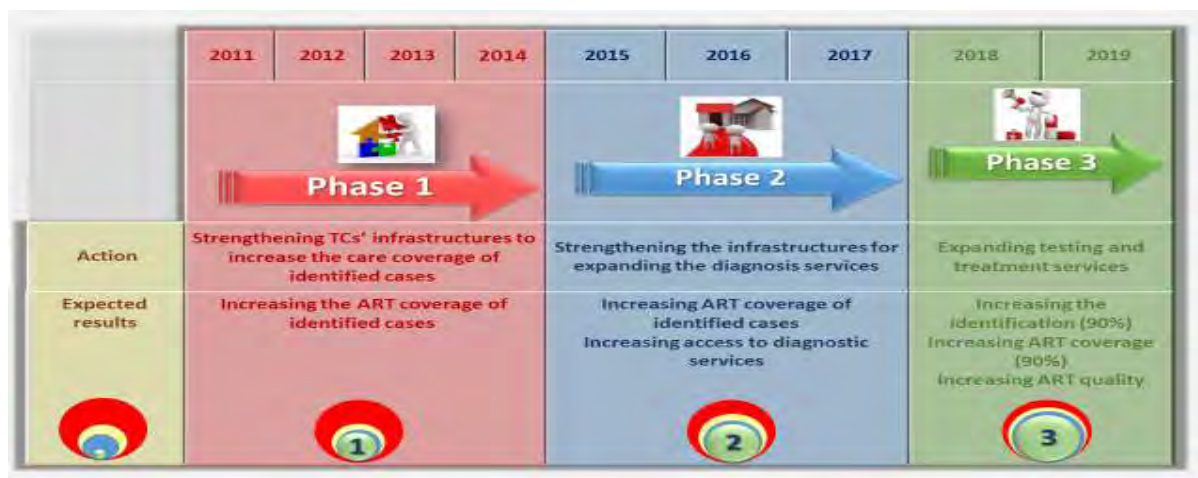
○ شامل تقویت زیرساخت های موجود و ارتقاء خدمات مراقبت و درمان به موارد شناسایی شده است.

• فاز دوم : 2017-2015

○ شامل تقویت زیر ساخت های افزایش شناسایی و اتصال به خدمات است.

• فاز سوم: 2019-2018

○ شامل بسط تست و تشخیص HIV و افزایش پوشش درمان است. نتایج مورد انتظار شامل افزایش موارد شناسایی (90٪) و افزایش پوشش درمان (90٪) و افزایش کیفیت خدمات ارائه شده خواهد بود.



شکل 8: فازهای ارتقاء مراقبت و درمان⁽³⁶⁾

ارزیابی وضعیت آبشار ارائه خدمات آزمایش، مراقبت و درمان

آزمایش اچ ای وی: آزمایش و مشاوره اچ ای وی یکی از استراتژی های برنامه استراتژیک کشوری برای کنترل اچ ای وی است.⁽³⁷⁾ در برنامه و دستورالعمل ها بر لزوم ارائه آزمایش با در نظر گرفتن محرمانگی، رضایت، مشاوره، تضمین نتایج درست آزمایش و خدمات صحیح تاکید شده است.⁽³⁷⁾ آخرین بار در سال 1396، رهنمود آزمایش HIV مورد بازبینی قرار گرفت. در آخرین ویرایش دستورالعمل انجام آزمایش اچ ای وی، رویکرد PITC¹ با روش opt-out مورد تاکید قرار گرفته و به گروههای ذیل توصیه شده است: مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی آنها، مصرف کنندگان مواد محرک و شرکای جنسی آنان، تن فروشان و و شرکای جنسی آنها، افرادی که معرض رفتارهای پرخطر جنسی هستند (افراد تراجنسی، و مردانیکه با مردان دیگر رابطه جنسی دارند و افرادی که بیش از یک شریک جنسی دارند) و شرکای جنسی آنها، افراد دارای رابطه جنسی با مبتلایان به اچ ای وی، همسران مبتلایان به اچ ای وی، زنان باردار، زندانیان و مبتلایان به بیماریهای آمیزشی و هپاتیت های منتقله از طریق خون، مبتلایان به سل، افرادی که از نظر بالینی علائم و نشانه های حاکی از HIV دارند، کودکان متولد شده از مادران مبتلا، و افرادی که تماسهای تصادفی داشته اند. علاوه بر این امکان دسترسی به این خدمت برای کلیه افراد متقاضی نیز در نظر گرفته شده است.⁽³⁸⁾

آلگوریتم تشخیصی اچ ای وی بر اساس سه آزمایش الیزای پشت سر هم گذاشته شده است.⁽³⁸⁾ ورود آزمایش تشخیص سریع اچ ای وی در سال 1390 منجر به افزایش سریع مراکز ارائه دهنده خدمات تشخیصی شد.⁽³⁷⁾ در تاریخ 30 آذر 1396، بیش از 700 مرکز مسئول ارائه آزمایش و مشاوره اچ ای وی با استفاده از الیزا و آزمایش سریع اچ ای وی بوده اند. انواع این مراکز شامل مراکز مشاوره رفتاری، مراکز مراقبت از مادران بارداری، مراکز گذری مردان، مراکز گذری زنان، گرمخانه های مردان، گرمخانه های زنان، مراکز ویژه زنان آسیب پذیر، زندان ها، کلینیک های درمان نگهدارنده متادون، برخی بیمارستان های انتخابی و برخی مطب های خصوصی بوده اند.⁽²⁶⁾ آزمایش و مشاوره اچ ای وی در همه بخش های دولتی (مانند کلینیک های مثلثی، کلینیک های دولتی متادون، مراکز گذری و مراکز ویژه

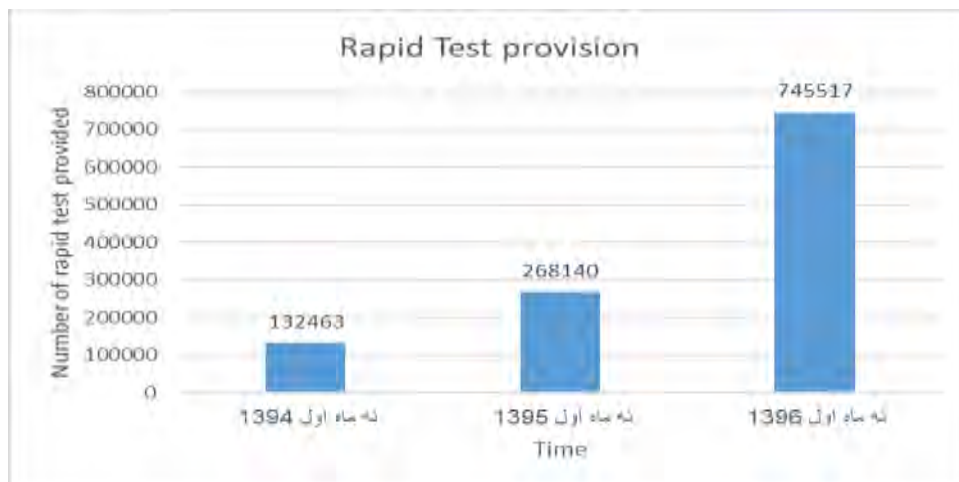
¹PITC: Provider Initiated Testing and Counselling

زنان آسیب پذیر، درمانگاه های سل و درمانگاه های مراقبت پیش از بارداری) رایگان است. در بسیاری از مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در بخش خصوصی شامل کلینیک ها، مطب ها و بیمارستان ها نیز آزمایش اچ ای وی ارائه می شود. همچنین آزمایشگاههای تشخیص پزشکی در بخش خصوصی نیز امکانات و صلاحیت انجام آزمایش الیزای HIV را دارند. در حال حاضر در ایران بیش از 6000 آزمایشگاه تشخیص پزشکی وجود دارد که بیش از 2400 مورد آنها در بخش خصوصی فعالیت می کنند. و همه صلاحیت پذیرش و انجام آزمایش های تشخیصی سرولوژی اچ ای وی را دارند. آزمایش اچ ای وی در بخش خصوصی رایگان نیست. اگرچه از تعداد آزمایش های انجام شده توسط بخش خصوصی اطلاعات دقیقی در دست نیست، ولی در سال 1395، تنها توسط سازمان تامین اجتماعی هزینه حدود 1400000 آزمایش الیزا اچ ای وی به بخش خصوصی پرداخت شده است.⁽³⁹⁾

در طی چند سال گذشته ارائه آزمایش اچ ای وی افزایش چشمگیری داشته است به گونه ای که در نه ماه اول سال 1396، حدود 2/8 برابر در نه ماه اول سال 1395 بوده است.⁽²⁶⁾ (شکل 9 و 10) مجموعاً در سال 2017 میلادی برای 887951 نفر آزمایش سریع اچ ای وی انجام شده است. از میان آنان 2306 نفر مثبت بوده اند،⁽²⁶⁾ یعنی در مجموع 2/6 نفر در هر هزار نفر آزمایش مثبت داشته اند. جدول 1 تعداد آزمایش سریع ارائه شده در محیط های مختلف در سال 2017 میلادی را نشان می دهد.⁽²⁶⁾ همانطور که در جدول 1 دیده می شود کمترین درصد مبتلایان در زنان باردار (0/39) بوده است. مطالعات حاکی از آنست که اگر در یک جمعیت شیوع اچ ای وی بیش از 0/1٪ باشد، پیشنهاد روتین اچ ای وی به افراد آن جمعیت هزینه اثربخش است.^(40 و 41) بنابراین به نظر می رسد در ایران در همه جمعیت های ارائه شده در جدول 1، از جمله زنان باردار ارائه روتین آزمایش اچ ای وی هزینه اثربخش باشد.

جدول 1: وضعیت آزمایش سریع اچ ای وی در محیط های مختلف در سال 2017⁽²⁶⁾

نوع مرکز	تعداد آزمایش انجام شده	تعداد موارد مثبت اولیه	نسبت مثبت در هزار نفر	موارد
مراکز ارائه خدمات به زنان باردار	308626	120	0/39	
مراکز گذری زنان	2583	2	0/77	
مراکز گذری مردان	25231	130	5/2	
مراکز سل	2468	12	4/9	
مراکز درمان نگهدارنده متادن	14641	60	1/4	
بیمارستان ها	44814	61	1/4	
مطب ها	4201	9	1/2	
زندانی ها	97408	229	2/6	
تیم های سیار	7582	10	1/3	
کمپ های ترک اعتیاد	7068	34	4/8	



شکل 9: کل آزمایش سریع اچ آی وی انجام شده در سال های مختلف در کشور



شکل 10: آزمایش سریع اچ آی وی انجام شده در سال های مختلف در برخی محیط های خارج از مراکز مشاوره

با وجود این پیشرفت ها، تمام مطالعاتی که تاکنون در باره پوشش آزمایش HIV در گروه های جمعیتی مختلف شده حاکی از آنست این پوشش با حد مطلوب فاصله دارد. (جدول 2) در گروه های کلیدی و سایر جمعیت های هدف، حد مطلوب پوشش آزمایش اچ آی وی آنست که منجر به شناسایی 90٪ تعداد تخمینی مبتلایان در آن گروه یا جمعیت شده باشد. در حال حاضر 24644 نفر از کل افرادی که با اچ آی زندگی می کنند، شناسایی شده اند⁽³⁰⁾ (4/41٪ از کل تعداد تخمینی مبتلایان یعنی 59500 نفر⁽¹⁾). اما رشد سریع ارائه خدمات تشخیصی اچ آی وی با گسترش آزمایش سریع اچ آی وی، این امید را ایجاد می کند در مطالعات بعدی این شاخص بهبود یابد. به طور مثال در مطالعه زیستی رفتاری زنان تن فروش در سال 1389، فقط حدود 16٪ در یکسال گذشته، آزمایش اچ آی وی شده بودند⁽⁶⁾ ولی در مطالعه مشابه در سال

1394 این میزان به بیش از 70٪ افزایش یافته است⁽⁵⁾. همین تغییر وسیع در مطالعات مرتبط با بیماران مبتلا به سل در سال 1395 نسبت به سال 1390 دیده می شود. (21)

توجه به عللی که ممکن است مانع دسترسی گروه های کلیدی به آزمایش اچ آی وی شود، نیز مهم است. در مطالعه زیستی رفتاری در زنان تن فروش سال 1394، بخشی از شرکت کنندگان در مطالعه که از طریق تیم های سیار به مطالعه دعوت شده بودند، به طور معنی داری کمتر از نظر اچ آی وی آزمایش شده بودند.⁽⁵⁾ به همین علت محققین توصیه کردند که استفاده از تیم های سیار باید برای بهبود پوشش آزمایش در نظر گرفته شود.⁽⁴²⁾ در مطالعه ای دیگر با توجه نقش منفی انگ ناشی از اچ آی وی در بهره مندی از آزمایش اچ آی وی، بر ضرورت برنامه های کاهش انگ و تبعیض تاکید شده است.⁽⁴³⁾

جدول 2: پوشش آزمایش HIV در گروههای مختلف جمعیتی

گروه مورد مطالعه	منبع	سال گزارش	پوشش آزمایش HIV
جوانان	مطالعه زیستی-رفتاری	1393	14٪ در سال گذشته آزمایش HIV انجام داده و از نتیجه آن آگاهند ⁽⁴⁴⁾
زنان باردار	پایش برنامه ها	1396	20/2٪ زنان باردار در سال 2017 توسط آزمایش سریع اچ آی وی ⁽²⁶⁾
مصرف کنندگان تزریقی مواد	نظام مراقبت زیستی - رفتاری	1393	27/2٪ در سال گذشته آزمایش HIV انجام داده و از نتیجه آن آگاهند ⁽²⁾
شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد	مطالعه زیستی-رفتاری	1390	28.4٪ تا کنون آزمایش داده اند و از میان آنان 81٪ از نتیجه آن آگاهند ⁽⁴⁾
زنان تن فروش	نظام مراقبت زیستی - رفتاری	1394	80/9٪ سابقه آزمایش HIV داشته اند، 70/7٪ در سال گذشته آزمایش HIV انجام داده اند و 99/8٪ از نتیجه آخرین آزمایش خود آگاه بوده اند ⁽⁵⁾
زندانیان	نظام مراقبت زیستی - رفتاری	1395	56/9٪ سابقه آزمایش HIV داشته اند، میانگین زمان آخرین آزمایش 1/2 سال بوده و 90/2٪ از نتیجه آخرین آزمایش خود آگاه بوده اند ⁽⁷⁾
افراد تراجنسیتی (مرد به زن) ²	مطالعه زیستی-رفتاری	1393	23٪ در سال گذشته آزمایش HIV انجام داده و از نتیجه آن آگاهند ⁽²⁵⁾
مردانی که با مردان دیگر رابطه دارند	-	-	مطالعه قابل اتکایی در دست نیست
بیماران مسلول	نظام ثبت سل	1392	در سال 1395، 76/2٪ مبتلایان به سل آزمایش اچ آی وی را در دوره بیماری انجام داده اند. ⁽²¹⁾

² منظور کسانی است که هویت جنسی آناتومیکی در آنها مردانه است ولی خود تمایل به زن بودن دارند

وصل شدن به مراقبت: همانطور که در جدول 3 دیده می شود، وضعیت وصل شدن به مراقبت طی سال های 2013 تا 2015 بهبود یافته است. با این وجود همانطور که در جدول دیده می شود، اتصال به خدمات هنوز نیاز به بهبود دارد. در حال حاضر نرم افزار ثبت موارد در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری به گونه ای ارتقاء یافته که به هنگام عدم مراجعه بیمار در زمینه های مختلف مراقبت و درمان (شامل مراقبت های بالینی، آزمایشگاهی، دریافت داروهای پیشگیرانه، درمان ضد رتروویروسی، ارزیابی سل و ...)، آنرا اعلام می نماید تا پیگیری بیماران را سرعت بخشد.⁽⁴⁵⁾

جدول 3: وضعیت وصل شدن به خدمات بعد از تشخیص اچ ای وی در محل های مختلف ارائه خدمات⁽³⁶⁾

سال 2015	سال 2013	وصل شدن به خدمات بعد از تشخیص اچ ای وی	نوع مرکز
940	917	کل موارد شناسایی شده	مراکز مشاوره بیماری های رفتاری
850	700	وصل شده به خدمات	
٪90/4	٪76/3	نسبت وصل شدن	
239	163	کل موارد شناسایی شده	مراکز کاهش آسیب
190	65	وصل شده به خدمات	
٪79/5	٪39/9	نسبت وصل شدن	
35	11	کل موارد شناسایی شده	مراکز مراقبت زنان باردار
32	8	وصل شده به خدمات	
٪91/4	٪72/7	نسبت وصل شدن	
46	34	کل موارد شناسایی شده	بیمارستان ها
43	21	وصل شده به خدمات	
٪93/5	٪61/8	نسبت وصل شدن	
19	3	کل موارد شناسایی شده	مطب ها
19	0	وصل شده به خدمات	
٪100	٪0	نسبت وصل شدن	
6	1	کل موارد شناسایی شده	مراکز سیار
5	0	وصل شده به خدمات	
٪83/3	٪0	نسبت وصل شدن	

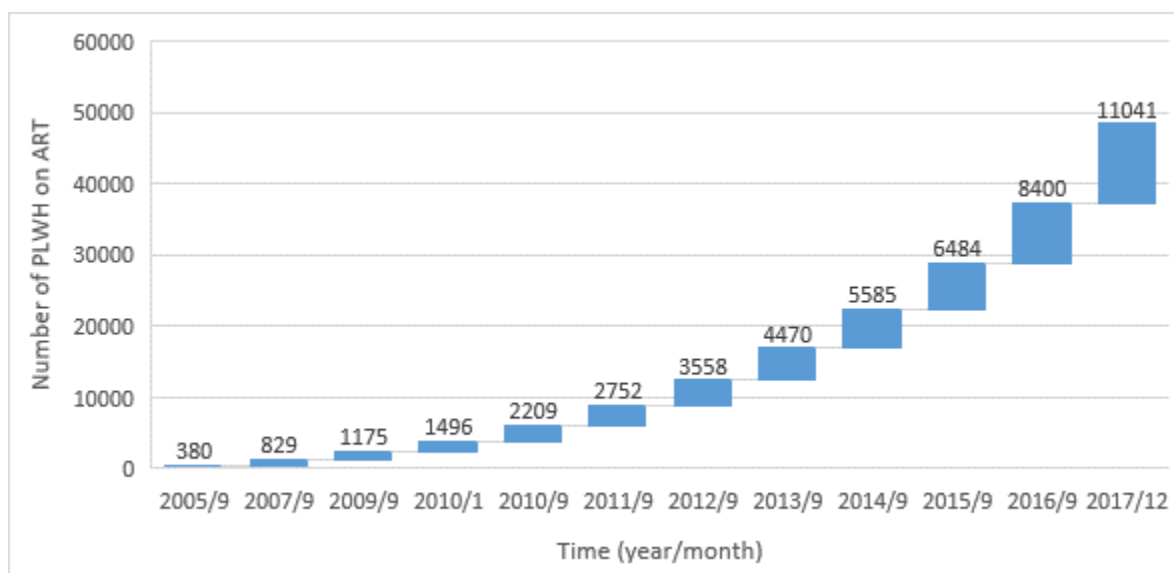
درمان ضد رتروویروسی و بقای بر درمان: مراکز مشاوره، مراکز مسئول برای ارائه درمان ضد رتروویروسی هستند.⁽³⁷⁾ ولی در چند سال گذشته، تلاش های برای تمرکز زدایی از این مراکز شروع شده است. همچنین شروع درمان از

انحصار پزشکان متخصص عفونی خارج شده و پزشکان عمومی دوره دیده نیز می توانند درمان را شروع کنند.⁽³⁷⁾ در این راستا، در طی این مدت برگزاری کارگاههای آموزشی پزشکان درمانگر ایدز ادامه یافته است. در طی این کارگاه ها، پزشکان عمومی شاغل در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری داخل و خارج زندان که یک دوره ی پنج روزه ی آموزشی فشرده، به طور کامل با اصول مراقبت و درمان مبتلایان آشنا می شوند و مهارت های مشاوره ای را می آموزند. تا پایان سال 2017، 12 دوره آموزشی برگزار شده و 230 پزشک عمومی آموزش کامل دیده اند.⁽⁴⁵⁾ در سال 1396، رهنمودهای بالینی اچ آی وی مربوط به مراقبت و درمان به روز رسانی شد و با استفاده از آخرین گایدلاین های موجود در دنیا تغییر یافت. از جمله مهم ترین این تغییرات، توصیه به "درمان برای همه" (test and treat) بود و دیگر محدودیتی برای انتخاب بیماران بعنوان واجد شرایط درمان وجود ندارد. همچنین بر انجام بار ویروسی برای پایش بیماران تاکید گردید و تلاش شد کیت های بار ویروسی برای هر نفر حداقل یکبار در سال تامین شود. دولوتگراویر بعنوان یکی از آلترناتیوهای خط اول در رژیم خط اول توصیه شد و در رژیم های درمانی در دسترس در ایران قرار گرفت.⁽³⁸⁾ همچنین برای ارتقاء خدمات تخصصی درمان به مبتلایان به اچ آی وی، نظیر شبکه پزشکان درمانگر بیش از 60 متخصص عفونی از سراسر کشور در کارگاه آموزشی HIV ویژه متخصصین عفونی شرکت کرده و شبکه فوکال پوینت های درمان HIV تشکیل شد که مباحث و تبادل نظرهای مطرح شده در این شبکه به حل مشکلات بیماران کمک می کند.⁽⁴⁵⁾

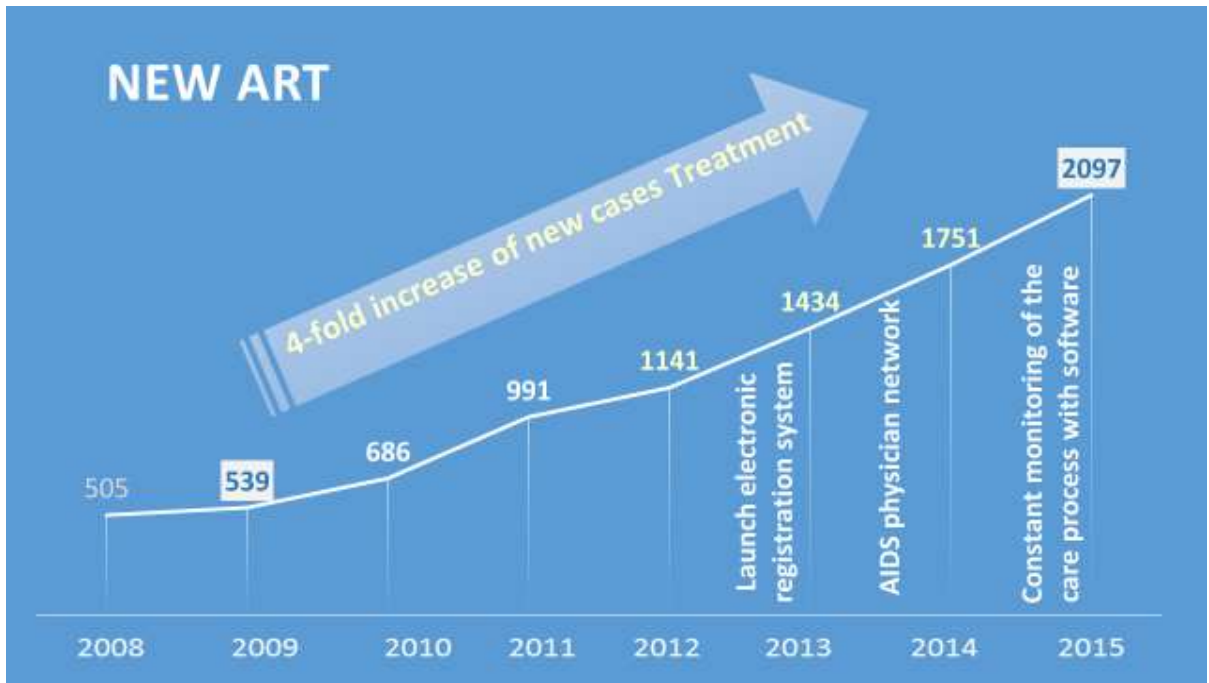
به منظور افزایش دسترسی به زنان در معرض آسیب وسخت در دسترس، و افزایش دسترسی آنان به خدمات شناسایی و درمان اچ آی وی، از اسفند 1395 در تهران، طرح کلینیک سیار زنان آسیب پذیر به اجرا گذاشته شده است. ابتدا پاتوق ها و اماکن حضور زنان آسیب پذیر (شاغلین جنسی و افراد مصرف کننده مواد مخدر) شناسایی شد. سپس کارکنان کلینیک سیار به این اماکن مراجعه کرده و ضمن اطلاع رسانی برای زنان مراجعه کننده به کلینیک، خدماتی از جمله آزمایش سریع اچ آی وی، پاپ اسمیر، بررسی و معاینه خانم ها از نظر ابتلا به عفونت های آمیزشی و درمان مبتلایان ارائه می نمایند و اقلام کاهش آسیب از جمله سرنگ و سوزن و کاندوم تحویل می دهند. کلیه افرادی که نتیجه آزمایش سریع در آنها مثبت شود، جهت تشخیص قطعی و دریافت خدمات مراقبت و درمان به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری متصل می گردند. کلیه خدمات رایگان بوده و با رعایت اصول محرمانگی ارائه شد. در طی یک سال گذشته در این طرح، 1276 خانم به موبایل کلینیک مراجعه کردند و مورد بررسی قرار گرفتند. همه آنها مشاوره شده اند و برای همه، آزمایش سریع از نظر اچ آی وی انجام شده است. نتیجه تست 52 نفر مثبت بود. همه موارد مثبت جهت تشخیص قطعی و دریافت خدمات مراقبت و درمان به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری معرفی شدند، ولی تعداد 21 نفر به این مراکز مراجعه نموده و با آزمایش الیزا تشخیص قطعی شد که همگی تحت درمان ضدرتروویروسی هستند. همچنین برای 150 نفر از شرکای جنسی این خانم ها، پس از اخذ رضایت آزمایش اچ آی وی انجام شد که نتیجه آزمایش سریع در 20 نفر مثبت بود که همگی به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری معرفی شدند ولی تعداد 6 نفر از آنها به این مراکز مراجعه نموده و با آزمایش

ایضا تشخیص آنها قطعی شد که همگی تحت درمان ART هستند. نظر به نتایج ارزشمند این طرح در دستیابی به گروه های سخت در دسترس ، برنامه موبایل کلینیک در سال 1397 به تدریج در کل کشور گسترش خواهد یافت.⁽⁴⁵⁾

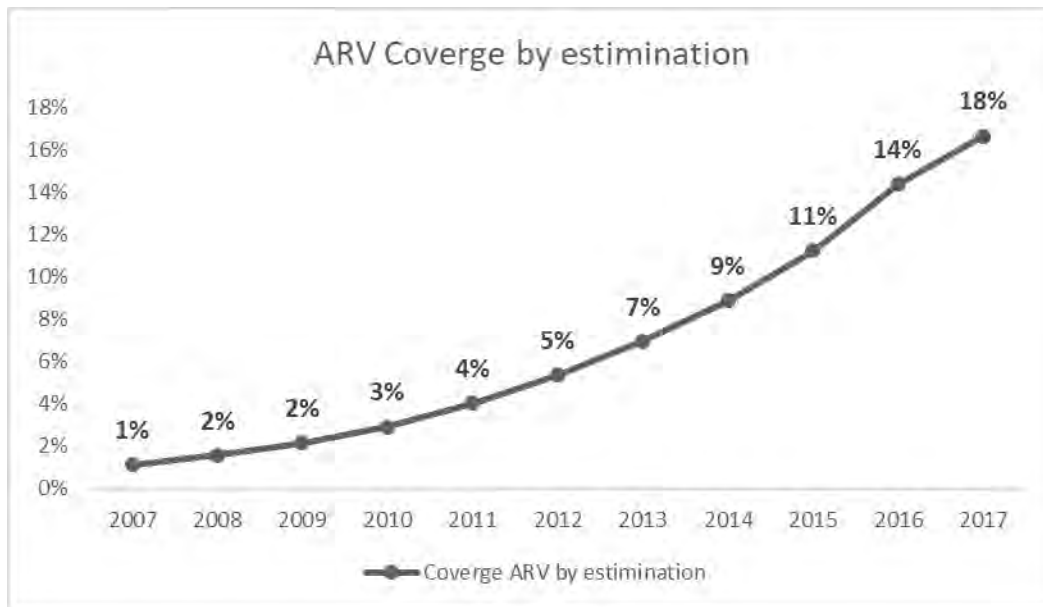
فعالیت های انجام شده در سال های اخیر منجر به بهبود پوشش درمان شده است⁽³⁰⁾ (شکل های 11 تا 13). به گونه ای که پوشش درمان ضد رتروویروسی بر اساس تخمین موارد مبتلا در کشور محاسبه شود، پوشش درمان از 2٪ موارد تخمینی در سال 2009 به 18٪ در سال 2017 رسید. (شکل 13)



شکل 11- روند افزایش موارد تحت درمان تجمعی از سال 2005-2017⁽³⁰⁾

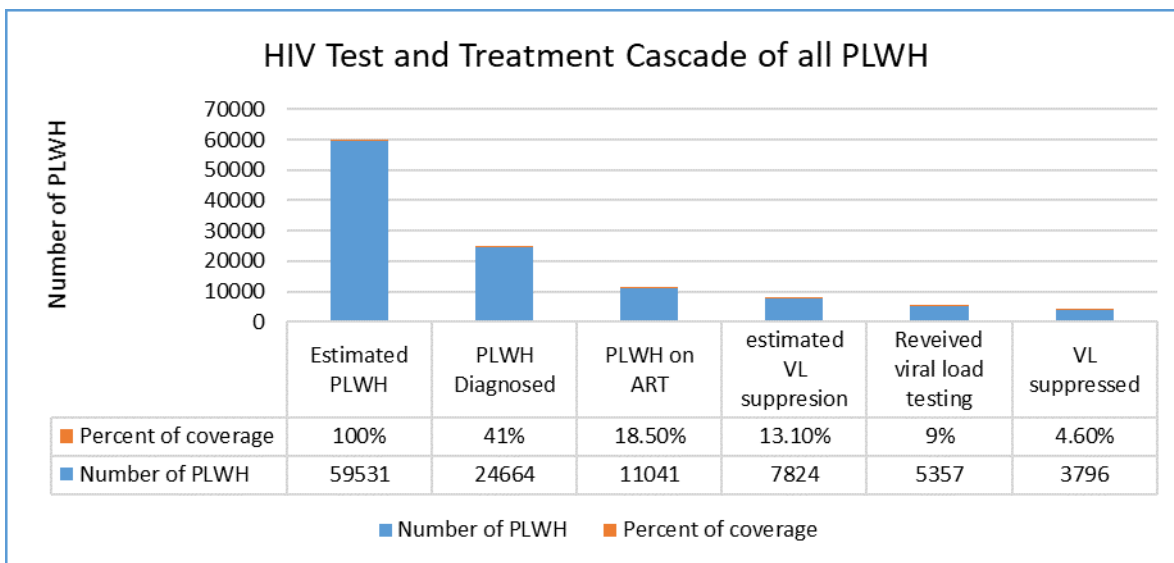


شکل 12- روند موارد تحت درمان ضد رتروویروسی جدید از 2008-2015⁽³⁰⁾

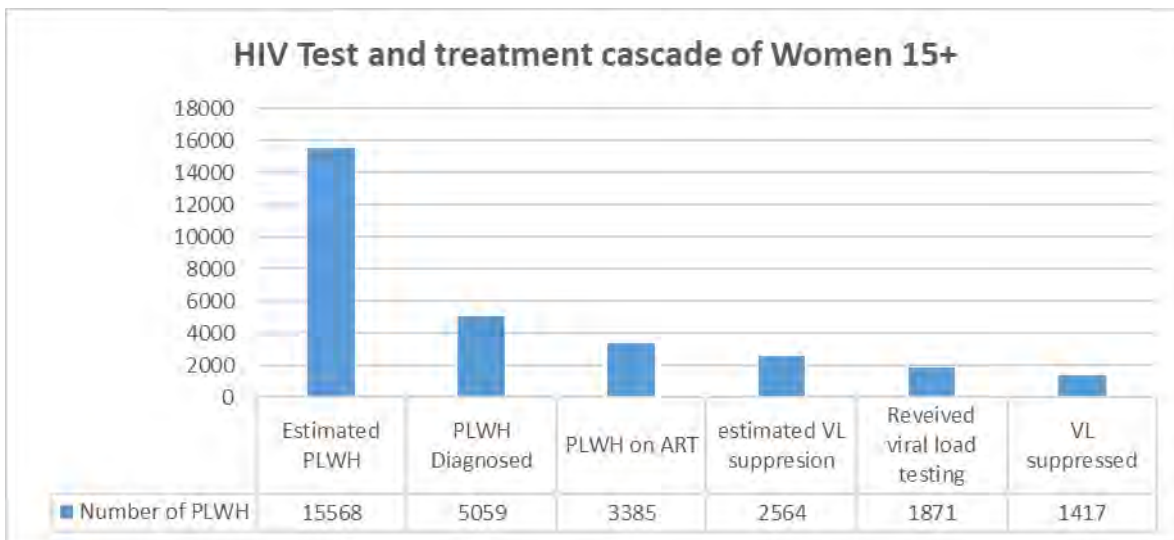


شکل 13- پوشش درمان ضد رتروویروسی بر اساس تعداد تحت درمان نسبت به تخمین تعداد موارد مبتلا⁽³⁰⁾

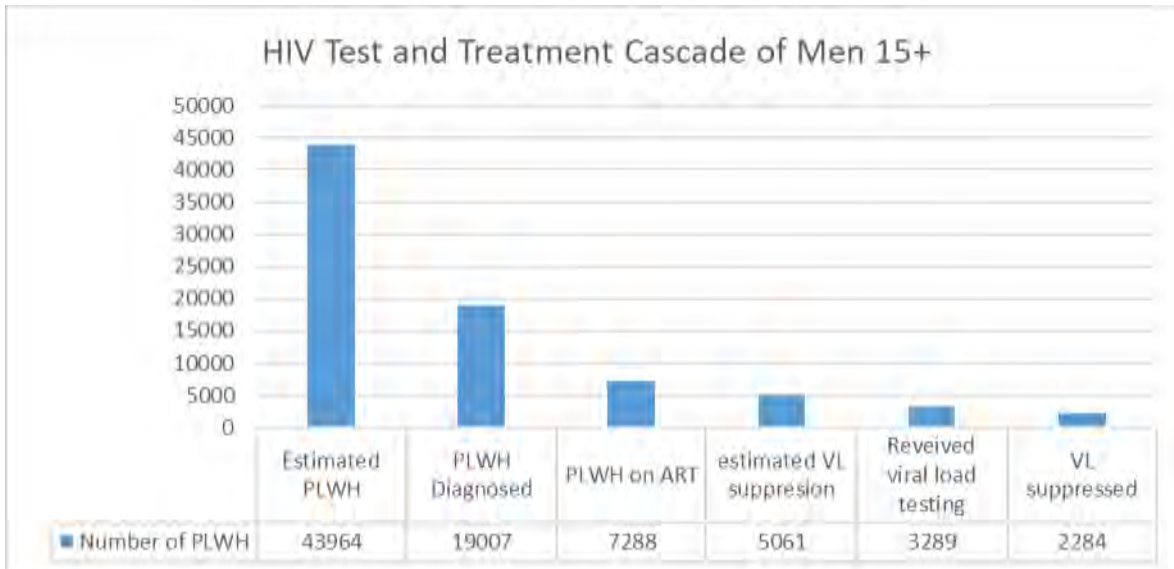
با وجود این تغییرات مثبت، آبخار خدمات در کل جمعیت مبتلایان و همچنین به تفکیک آن در کودکان و بزرگسالان در هر جنس و در کسانی که از راه جنسی یا از راه تزریقی مبتلا شده اند، هنوز با حد مطلوب فاصله دارد. (شکل های 11 تا 18) البته نقاط ضعف این آبخار در این گروه ها تفاوت هایی دارد. مثلا در کودکان زیر 15 سال وضعیت شناسایی موارد بهتر است. (شکل 17) یا در کسانی که از راه جنسی مبتلا شده اند، وضعیت شناسایی نسبت به کسانی که از راه تزریق مبتلا شده اند ضعیف تر است ولی کسانی که شناسایی شده اند، بیشتر به درمان وصل شده اند. (شکل 18)



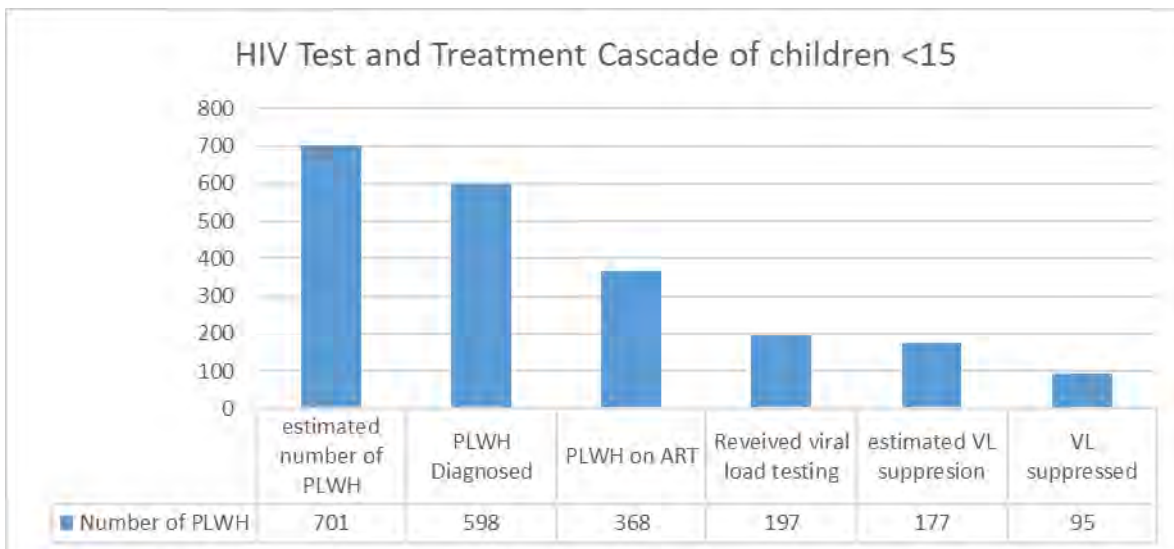
شکل 14- آبخار خدمات درمان و مراقبت در مبتلایان به اچ آی وی تا آذر 1396 (30)



شکل 15- آبخار خدمات درمان و مراقبت در زنان 15 سال و بالاتر مبتلا به اچ آی وی تا آذر 1396 (30)



شکل 16- آبخار خدمات درمان و مراقبت در مردان 15 سال و بالاتر مبتلا به اچ آی وی تا آذر 1396⁽³⁰⁾



شکل 17- آبخار خدمات درمان و مراقبت در کودکان زیر 15 سال مبتلا به اچ آی وی تا آذر 1396⁽³⁰⁾



شکل 18- مقایسه آبخار خدمات آزمایش، مراقبت و درمان در مبتلایان به اچ آی وی از راه جنسی و تزریقی⁽³⁰⁾

ماندگاری 12 ماهه بر درمان ضدترتروویروسی، در کسانی که درمان ضدترتروویروسی را در سال 2016 شروع کرده اند، 88٪/7 بوده است.⁽³⁰⁾ همانطور که انتظار می رود به علت سهم بیشتر مردان در کسانی که از راه مصرف تزریقی مواد مبتلا شده اند، این شاخص در مردان بالای 15 سال کمتر بوده است (87٪). در مقایسه با مقدار آن زنان بالای 15 سال و کودکان زیر 15 سال به ترتیب 92٪ و 95/5٪.⁽³⁰⁾ همانطور که گفته شد با توجه به اهمیت مراجعات منظم بیماران برای پایش بالینی و آزمایشگاهی و دریافت مراقبت و دارو، دستورالعملی برای پیگیری بیماران که به موقع مراجعه نکرده اند تدوین شده تا بتوان با استفاده از نرم افزار اقدامات مورد نیاز برای پیگیری بیماران را سرعت بخشید.⁽⁴⁵⁾

تعهد دوم: حذف انتقال مادر به کودکان

در اولین برنامه استراتژیک کنترل اچ آی وی و ایدز (1381-1385)، خدمات مرتبط با پیشگیری انتقال از مادر به کودک ذیل استراتژی مراقبت و درمان مبتلایان و به صورت بخشی از خدمات مرتبط به زنان مبتلا ارائه می گردید.⁽³²⁾ ارائه درمان ضدترتروویروسی به منظور پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد از سال 1385 در دستورالعمل کشوری مراقبت و درمان گنجانده شد.⁽³³⁾ با گسترش تعداد مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری، ارائه خدمات سلامت باروری، درمان ضدترتروویروسی 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.⁽³⁷⁾

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 در اولویت های اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی وزارت بهداشت قرار گرفت. راهنمای اصول کلی و سیاست های کشوری در زمینه پیوند برنامه های سلامت باروری و کنترل اچ آی وی با مشارکت اداره کنترل ایدز و دفتر سلامت مادران

وزارت بهداشت جهت مراکز پایلوت تهیه گردید. بر اساس رهنمودهای این مستند، امکان اجرای فعالیت های پیش بینی شده در برنامه در سطوح محیطی فراهم گردید. این راهنما جهت استفاده کلیه کارکنان بهداشتی درمانی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و مراکز ارائه دهنده خدمات HIV، کارشناسان ایدز و کارشناسان سلامت خانواده تهیه گردید. سپس راهنمای فوق در یک کارگاه آموزشی و توجیهی سه روزه برای مدیران گروه سلامت خانواده و واحد مبارزه با بیماری ها، کارشناسان سلامت مادران و کارشناسان ایدز 16 دانشگاه پایلوت معرفی و آموزش داده شد و مقرر گردید هماهنگی لازم برای اجرای برنامه به صورت پایلوت در 10 مرکز بهداشتی درمانی و چند بیمارستان نزدیک این مراکز در هر دانشگاه به اجرا درآید. برنامه از اوایل سال 1393 پس از ایجاد زیرساخت های لازم از جمله هماهنگی با معاونت درمان، آموزش های لازم به پرسنل محیطی، تامین کیت رپید تست مورد نیاز و سایر اقدامات مورد نیاز آغاز گردید. مجموعه مراکز تحت برنامه پایلوت 170 مرکز بهداشتی درمانی و 40 بیمارستان منتخب در 16 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بود. برای پایش برنامه پایلوت چک لیست های نظارتی برای سطوح مختلف شامل چک لیست پایش مرکز بهداشتی درمانی، چک لیست پایش مرکز مشاوره بیماری های رفتاری و چک لیست پایش بیمارستان / تسهیلات زایمانی تهیه و در طول مدت پایلوت تمامی 16 دانشگاه مورد پایش قرار گرفته و فیدبک لازم به دانشگاه ها ارسال شد. در اسفند ماه 1393 جلسه نشست مشورتی با 16 دانشگاه پایلوت تشکیل و ضمن ارائه گزارش اجرای برنامه در دانشگاه ها، نقاط قوت و ضعف، چالش ها و فرصت ها مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت. در مرحله پایلوت تعداد 258088 زن باردار تحت تست رپید اچ آی وی قرار گرفته که تعداد 134 مورد مثبت گزارش شده که از این تعداد 76 مورد مثبت قطعی تشخیص داده شد و مراقبت ها و درمان های لازم براساس پروتکل برای مادر باردار و نوزاد انجام گردید که از تعداد 73 نوزاد متولد (سه مورد سقط) شده تنها یک 1 مورد نوزاد مثبت گزارش گردیدند. با استفاده از نتایج فاز پایلوت و به دنبال هماهنگی با مرکز مدیریت شبکه، دفتر سلامت خانواده و مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، مقرر گردید برنامه در سراسر کشور با اولویت مناطق حاشیه نشین توسعه یابد. که در این راستا 7 کارگاه آموزشی اچ آی وی / ایدز سه روزه و 5 جلسه مشورتی یک روزه جهت معرفی و توجیه برنامه برای کلیه پرسنل ستادی مسئول اجرای برنامه در معاونت های بهداشتی دانشگاه های سراسر کشور برگزار گردید. ابلاغ اجرای برنامه به صورت رسمی در اردیبهشت سال 1396 به دانشگاه ها ارسال شد. قابل ذکر است که برای اجرای برنامه PMTCT در کشور، مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، مرکز مدیریت بیماری های واگیر و دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس و معاونت درمان در وزارت بهداشت همکاری و همراهی نزدیک برای اجرای برنامه همکاری نزدیک داشتند تا برنامه در بیمارستان ها و در سطح سایر واحد های محیطی اجرا شود.⁽⁴⁵⁾

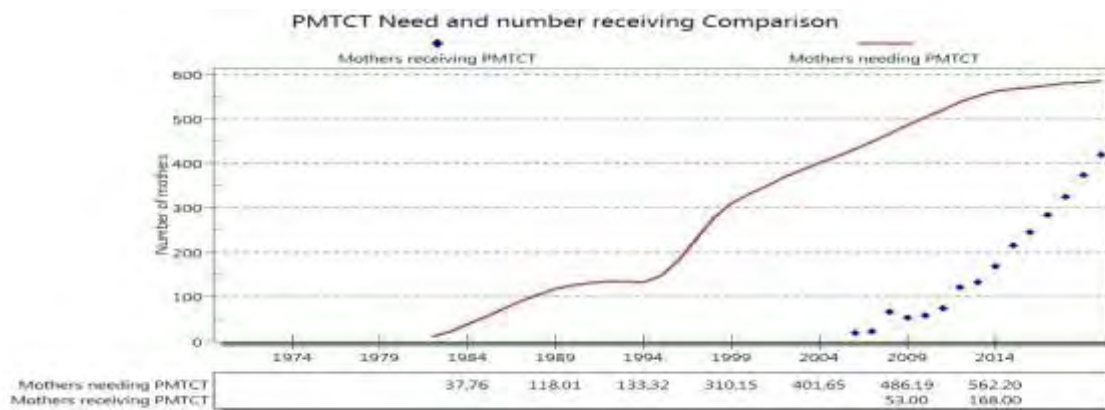
در مجموع در سال 2017 برای 318978 زن باردار، آزمایش سریع اچ آی وی انجام شده است.^(26, 46) در این سال، 266 مادر باردار مبتلا به اچ آی وی تحت مراقبت و درمان ضد رتروویروسی بوده اند که 99 نفر آنان مورد جدید بوده اند.⁽⁴⁶⁾ قابل توجه است که برای 122549 از زنان باردار این آزمایش در زمان ایمن انجام شده و 19 نفر از آنان مثبت بوده اند.⁽⁴⁶⁾ تخمین زده می شود که در سال 2017، مجموعاً 470 زن باردار مبتلا به اچ آی وی زایمان کرده اند.⁽¹⁾ لازم به ذکر است در سال 1395 مجموعاً 1528053 نفر مادر باردار زایمان کرده اند.⁽⁴⁷⁾ این بر ضرورت و درستی گسترش برنامه های پیشگیری انتقال اچ آی وی از مادر به فرزند که در پیش گرفته شده و در بالا توضیح داده شد، دلالت دارد. از میان 163 مادر بارداری که ابتلای آنها به اچ آی وی شناسایی شده و در سال 2017 زایمان کرده اند، برای 156 نوزاد

پروفیلاکسی با زیدوودین شروع شده، فقط 2 نوزاد شیر مادر می خورده اند. برای 145 نفر از این نوزادان، آزمایش مولکولی اچ آی وی انجام شده که از میان آنها فقط یک نوزاد به اچ آی وی مبتلا شده است. (46)

از سال 1396 مجددا برنامه غربالگری مادران باردار از نظر سیفلیس شروع شده است. در فاز اول آن در منطقه تحت پوشش 29 دانشگاه علوم پزشکی در فاصله 31 تیر 1396 تا 30 آذر 1396، از میان 117185 مادر باردار که پرونده مراقبت بارداری برایشان تشکیل شده، 81992 نفر از نظر سیفلیس بررسی شده اند که هیچ موردی از سیفلیس مشاهده نشده است. (45)

همچنین قابل ذکر است که بسیاری از خدمات مراقب و درمان و سلامت زنان در بخش خصوصی و سایر سازمان ها انجام می گیرد. لذا مشارکت بین بخشی و تعامل بین سازمان ها و بخش خصوصی برای دستیابی به اهداف سلامت و ارتقای دانش و مهارت زنان اهمیت فراوانی پیدا می کند. (45) به همین منظور در سال 1396، سه سمینار "پیشگیری از انتقال از اچ آی وی از مادر به نوزاد" برای 150 پزشک متخصص و جراح زنان و 630 ماما (در دو سمینار) با همکاری انجمن متخصصین زنان و انجمن جمعیت مامایی برگزار گردید و 3000 نسخه از کتابچه "پیشگیری از انتقال از اچ آی وی از مادر به نوزاد" و 250 نسخه CD آموزشی جهت پزشکان متخصص زنان و ماماهاى بخش خصوصی تکثیر شد. (45)

در نهایت، تخمین میزان انتقال اچ آی وی از مادر به کودک، حاکی از آنست که از سال 2011 تا سال 2017، به طور منظم و هر ساله این میزان کاهش یافته و از 27/8٪ به 16/2٪ رسیده است. (1) هر چند این موفقیتی نسبی است ولی برای دست یابی به حذف موارد انتقال از مادر به کودک نیاز به گسترش برنامه هاست که امید می رود با اجرای برنامه PMTCT که در بالا ذکر شد، بهبود قابل توجه یابد. شکل 19، روند پوشش درمان ضد تروروپروسی در مادران باردار را در فاصله سال های 1371 تا 1393 نشان می دهد. (46)



شکل 19- روند پوشش درمان ضد تروروپروسی در زنان باردار

تعهد سوم: دسترسی به خدمات پیشگیری در جمعیت های کلیدی

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 برنامه های مراقبت و درمان برای مبتلایان در نظر گرفته شده است.⁽³⁷⁾ در زیر توضیحاتی در این باره خواهد آمد.

فعالیت ها در زمینه کاهش انتقال جنسی اچ ای وی

کاندوم در در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری (کلینیک های مثلثی)، مراکز گذری و اتاق های ملاقات شرعی در زندان ها، به طور رایگان در اختیار مراجعه کنندگان قرار می گیرد. دسترسی به کاندوم از طریق داروخانه ها و برخی مراکز فروش کالا نیز از طریق خرید آن امکان پذیر است. هم اکنون انواع مختلفی از کاندوم در بازار وجود دارد.⁽⁴⁵⁾ کاندوم زنانه که پیش از به طور آزمایشی در بعضی مراکز خاص استفاده شده بود.⁽⁴⁵⁾ در حال حاضر در بعضی مراکز در بین زنان تن فروش به میزان محدود توزیع می شود. تلاش شده تا ترویج کاندوم در راستای پیشگیری از ایدز و بیماریهای آمیزشی تحت تاثیر تغییر در برنامه های کنترل جمعیت قرار نگیرد.⁽⁴⁵⁾ در برنامه چهارم استراتژیک کشوری ایدز نیز به این موضوع توجه شده و برنامه هایی برای پیشگیری از انتقال جنسی اچ ای وی پیش بینی شده است.⁽⁴⁸⁾

زنان تن فروش: در این گروه فعالیتهای آموزشی عمدتاً بر پایه آموزش همسانان و نیز آموزش توسط کارکنان خدمات سلامت بوده است. توزیع کاندوم نیز از برنامه های اجرا شده در میان آنها بوده است. ارائه خدمات در مراکز گذری ویژه زنان آسیب پذیر که تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی یا سازمان بهزیستی فعالیت می کنند، عمدتاً از طریق سازمان های غیر دولتی صورت میگیرد.⁽⁴⁵⁾ چنین به نظر می آید که مراجعه کنندگان به این مراکز گذری، جزو ضعیف ترین قشرهای زنان تن فروش هستند و عمدتاً به صورت خیابانی فعالیت می کنند.

در سال 2017، در 39 مرکز گذری ویژه زنان آسیب پذیر تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی در 29 شهر کشور، ماهانه به طور متوسط به 10300 نفر خدمات ارائه شده و مجموعاً 2155144 عدد کاندوم و 205909 سوزن و استریل توزیع شده و برای 15705 نفر آزمایش اچ ای وی انجام شده است.⁽⁴⁵⁾

در پیمایش زیستی - رفتاری زنان تن فروش در سال 1394⁽⁵⁾، تنها 26/3٪ از شرکت کنندگان به استفاده از کاندوم در تمام تماسهای جنسی خود با تمام انواع شرکای جنسی در 30 روز گذشته اشاره کردند، 26/8٪ معمولاً از کاندوم استفاده می کردند، 23/7٪ گاهی و 23/7٪ در 30 روز گذشته هرگز از کاندوم استفاده نکرده بودند. تقریباً تمام افراد (98/0٪)، در مورد کاندوم شنیده بودند و 89/3٪ تا به حال از کاندوم استفاده کرده بودند. حدود 74/4٪ از شرکت کنندگان، دریافت رایگان کاندوم در 12 ماه گذشته قبل از مصاحبه را گزارش کردند. این میزان در افرادی که توسط تیم های سیار وارد مطالعه شدند بسیار کمتر بود (53/3٪ در مقابل 77/2٪). استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی تنها توسط 55/2٪ از افراد گزارش شد.⁽⁵⁾ در مطالعه مشابهی که در سال 1389 انجام شد، دریافت رایگان کاندوم در یک سال قبل از مطالعه، بیش از 62٪ بود و حدود 22 درصد از شرکت کنندگان هرگز در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نکرده بودند.⁽⁶⁾ در روابط جنسی با شریک پولی در یکماه اخیر در مطالعه 1394، 59/1٪ در آخرین رابطه جنسی از کاندوم استفاده کرده بودند.⁽⁵⁾ این نسبت در مطالعه های سال های 1389⁽⁶⁾ و 1385⁽⁴⁹⁾ به ترتیب 60/9٪ و 55٪ بود که

حاکی از ضرورت تلاش بیشتر برای افزایش استفاده از کاندوم است. هم در مطالعه 1389 و هم در مطالعه سال 1394، بیشترین علت عدم استفاده از کاندوم ناشی از نگرش مشتری یا زنان تن فروش بوده و فقط حدود 1٪ به علت گرانی کاندوم و حدود 15٪ به علت عدم دسترسی کاندوم بوده است.⁽⁵⁾ 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 ای وی در هر کدام از این گروه‌ها کاسته خواهد شد.⁽⁵⁰⁾

در مطالعه سال 1394، در مورد دانش مرتبط با اچ ای وی، 96/9٪ از زنان تن فروش در مورد اچ ای وی تا کنون چیزی شنیده بودند. در حالی که 85/3٪ می دانستند که وفاداری جنسی به یک فرد غیر مبتلا به اچ ای وی خطر ابتلا به اچ ای وی را می کاهد و 95/1٪ می دانستند که استفاده از کاندوم خطر انتقال اچ ای وی را کاهش می دهد، تنها 77/8٪ می دانستند که رابطه جنسی مقعدی نیز یکی از راه های انتقال اچ ای وی به حساب می آید. باورهای غلط در مورد راه های انتقال اچ ای وی، از جمله نیش پشه، دست دادن، و یا خوردن غذا با فرد آلوده بسیار شایع بودند. به طور کلی، تنها 58/6٪ از شرکت کنندگان آگاهی کافی در مورد اچ ای وی داشتند یعنی به همه سوالات مربوط راه های انتقال جنسی و باورهای نادرست در باره راه های عدم انتقال، پاسخ درست دادند.⁽⁵⁾ دانش مرتبط با انتقال اچ ای وی از مادر به نوزاد، به طور کلی کمتر از سایر راه های انتقال بود. 24/7٪ نمی دانستند که اچ ای وی می تواند از طریق شیر دهی منتقل شود و نیز 56/0٪ از وجود داروهای برای کاهش شانس انتقال اچ ای وی از مادر به نوزاد بی اطلاع بودند.⁽⁵⁾ 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.⁽⁶⁾

مطالعه دیگری (1391-1392) 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 اچ ای وی پاسخ صحیح داده اند.⁽⁵¹⁾ در این مطالعه در پاسخ به این سوال که آیا با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک غیر آلوده و وفادار می توان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کم کرد، 66/5٪ از شرکت کنندگان پاسخ درست داده اند. 86/3٪ معتقد بودند که با استفاده از کاندوم در رابطه جنسی می توان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کاهش داد. در پاسخ به این سوال که آیا یک فرد به ظاهر سالم می تواند اچ ای وی داشته باشد 79/5٪ پاسخ صحیح داده اند. کمتر از نیمی از شرکت کنندگان (40/4٪) آگاهی درستی از عدم انتقال ویروس اچ ای وی از طریق نیش پشه داشتند. همچنین میزان آگاهی شرکت کنندگان از عدم امکان انتقال اچ ای وی از طریق غذا خوردن با فرد مبتلا 59/6٪ بوده است.⁽⁵¹⁾

تراجنسیتی 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.⁽²⁵⁾

منظور از ترانس سکشوال زن، فردی است که ظاهر مردانه ولی تمایلات زنانه دارد. هر چند مراکزی که برای سایر گروه ای کلیدی به راه افتاده بخشی از این جمعیت این گروه کلیدی را پوشش می دهد، ولی به نظر می آید راه اندازی برنامه های ویژه برای ترنس جندها ضرورت دارد.

مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: ولی در حال حاضر مطالعه ی مستند و قابل قبولی که به طور ویژه در این گروه انجام شده باشد در دست نیست. مقدمات مطالعاتی در این گروه جمعیتی شروع شده است.

زندانیان: سازمان زندان ها و اقدامات تامینی و تربیتی فعالیت هایی برای آموزش و اطلاع رسانی داشته است. آموزش ها به صورت کلاس، آموزش چهره به چهره، آموزش همسانان و راه اندازی خطوط مشاوره تلفنی ارائه شده است. از هنگام ورود به زندان، زندانیان اطلاعاتی در باره کاهش آسیب توسط روش های سمعی- بصری، آموزش های گروهی و توزیع پمفلت دریافت می کنند.⁽⁵³⁾ در مطالعه مراقبت سرولوژیک و رفتاری در زندانیان که در سال 1395 انجام شده است، نشان می دهد دسترسی به کاندوم در زندان در صورت نیاز در مطالعه فعلی 34/3 درصد بوده است که در مقایسه با مطالعه سال 91 افزایش قابل توجهی نشان می دهد. اما استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی 26/5 درصد گزارش شد که همچنان پایین است و در مقایسه با سال 91 افزایش قابل توجهی از خود نشان نمی دهد. در همین مطالعه در یک چهارم موارد، استفاده نکردن از کاندوم به علت در دسترس نبودن آن بوده است. هر چند در این گروه هم مهمترین علل آن ناشی از نگرش نادرست بوده است.⁽⁷⁾

در مطالعه مراقبت سرولوژیک و رفتاری در زندانیان در سال 1395، در تمام موارد اطلاعات مصاحبه شوندگان از راه های انتقال بیماری ایدز و نیز رد باورهای غلط بیشتر از مصاحبه شوندگان در مطالعات 91 و 88 بوده است به گونه ای که در مورد نقش محدود کردن تعداد شرکای جنسی و کاندوم در کاهش خطر انتقال و امکان سالم بودن ظاهر افراد مبتلا به اچ آی وی، به ترتیب حدود 94٪، 96٪ و 85٪ اطلاعات درست داشتند.⁽⁷⁾ با این وجود رد باورهای نادرست هنوز مناسب نیست و مثلا فقط 55٪ زندانیان می دانند که پشه باعث انتقال اچ آی وی نمی شود و مجموعا فقط 30٪ زندانیان هم به درستی راه های پیشگیری از انتقال جنسی عفونت اچ آی وی را می شناختند و هم باورهای غلط در مورد آن را رد کردند.⁽⁷⁾ این نسبت در مطالعات سال های 1391 و 1388 به ترتیب 24/3٪ و 15/7٪ بوده است.^(8,9) مطالعه سال 1391 نشان داد درصد زیادی از زندانیان با وجود داشتن آگاهی از نقش کاندوم در جلوگیری از انتقال اچ آی وی همچنان در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نمی کنند.⁽⁸⁾ هم چنین دارا بودن احساس خطر در خصوص ابتلا به اچ آی وی نیز تاثیری در استفاده از کاندوم نداشته است.⁽²⁷⁾ از سوی دیگر یافته های این مطالعه نشان می دهد که احساس فرد از خطر ابتلا به اچ آی وی بطور معنی داری سبب کاهش انجام تزریق مشترک می شود. در صورتی که چنین نقش بازدارنده ای برای آگاهی از نقش

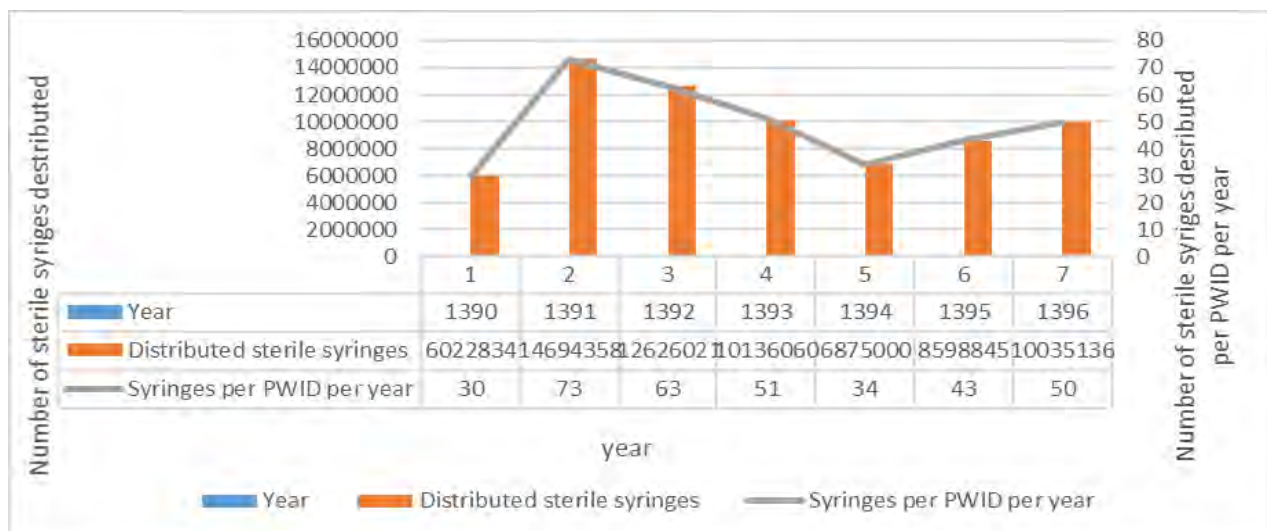
تزریق مشترک در انتقال اچ ای وی در انجام تزریق مشترک دیده نشده است.⁽⁸⁾ این یافته ها اهمیت تقویت اقدامات موثر در بالا بردن پوشش مداخلات کاهش آسیب در زندان ها را روشن می سازد.

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٪ آن ها با همسران خود زندگی می کنند.⁽²⁾ حدود 44/9٪ آنان در یک سال گذشته با همسر خود ارتباط جنسی داشته اند. در میان این افراد درصد استفاده همیشگی از کاندوم 20/3٪ بوده است.⁽²⁾ در این مطالعه، 47/4٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد رابطه جنسی پولی داشته اند 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 داشته اند. 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 داشته اند، به ترتیب در 62/4٪ و 76/4٪ موارد بیش از یک نفر بوده است.⁽²⁾ درصد استفاده از کاندوم در آخرین تماس جنسی شریک جنسی پولی و موقت غیر پولی به ترتیب 39/5٪ و 31/3٪ بوده است.⁽³⁾ به این ترتیب به نظر می آید باید تلاش های 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 اچ ای وی در شرکای جنسی آنان کاسته خواهد شد.⁽⁵⁰⁾

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.⁽⁴⁾ در برنامه چهارم استراتژیک برنامه های ویژه متعددی برای شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد پیش بینی شده است.⁽⁴⁸⁾

برنامه سرنگ و سوزن

تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر حدود 200000 نفر (230000-170000) برآورد شده است.^(14، 15 و 53) تا سال 1396، 475 مرکز گذری، شلتر یا مراکز ویژه زنان آسیب پذیر که تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی یا سازمان بهزیستی کشور بوده اند، به مصرف کنندگان تزریقی مواد، سرنگ و سوزن رایگان توزیع می کرده اند.^(45 و 54) علاوه بر این مراکز، در 157 مرکز مشاوره بیماری های رفتاری که وظیفه اصلی شان مراقبت و درمان مبتلایان به اچ ای وی است نیز سرنگ و سوزن استریل توزیع می شود.⁽⁴⁵⁾ شکل 20 تعداد سرنگ و سوزن توزیع شده در هر سال و تعداد سرنگ توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی مواد در هر سال را در طی سال های 1390 تا 1396 نشان می دهد.



شکل 20- سرنگ و سوزن رایگان توزیع شده در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال های مختلف (45، 54)

با توجه به اینکه برآورد تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد حدود 200000 نفر بوده است، به ازای هر مصرف کننده تزریقی مواد در سال های 1390 تا 1396 بین 30 تا 73 سرنگ استریل به ازای هر مصرف کننده تزریقی مواد در هر سال به طور رایگان توزیع شده است. این میزان با پوشش ارائه سرنگ و سوزن رایگان با میزان مطلوب تعریف شده (معادل 200 سرنگ در سال به ازاء هر مصرف کننده تزریقی) فاصله زیادی دارد. (55) با اینحال باید در نظر داشت که در اغلب مطالعات رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد در ایران، داروخانه ها را یکی از منابع مهم تامین سرنگ و سوزن استریل دانسته است. (2، 13) این منبع میتواند سهمی از میزان بالای استفاده از سرنگ و سوزن استریل در آخرین نوبت تزریق باشد. جدول 4 اطلاعاتی مبنی بر منابع تهیه ی سرنگ و سوزن را در طی یکسال قبل از مطالعه را در دو نوبت مطالعه رفتاری انجام شده در سال های 1389 و 1393 نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود دریافت سرنگ و سوزن رایگان در طی یکسال گذشته، از حدود 70٪ در سال 89 به 58٪ در سال 1393 رسیده است که تفاوت معنی داری از نظر آماری دارد (p-value<0.001). (2، 13) تفاوت در میزان تهیه ی سرنگ و سوزن از داروخانه با میزان معادل 25٪ در سال 89 و 51٪ در سال 92 نیز تفاوت معنی دار آماری نشان داده است (p-value<0.001). این در حالی است که نقش مراکز گذری، تیم های سیار و مراکز گذشته در طی این مدت کمرنگ شده است. توجه به این اطلاعات، نیاز به تقویت هر چه بیشتر برنامه های سرنگ و سوزن را نشان می دهد.

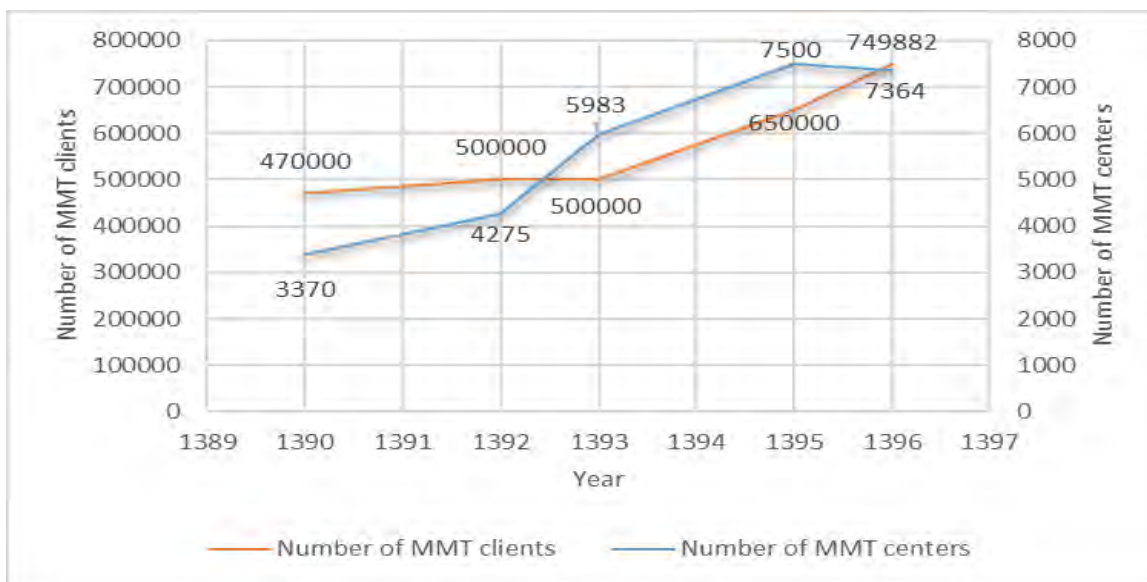
جدول 4: دریافت رایگان سرنگ و سوزن نو توسط مصرف کنندگان تزریقی مواد

مطالعات سرولوژیک رفتاری اچ آی وی در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد	(2) 1393	1389 (13)
دریافت سرنگ و سوزن رایگان* در یک سال گذشته		
بله	1331 (58/4)	1744 (69/7)
مکانی معمول تهیه سرنگ و سوزن نو در یک سال گذشته (چند گزینه ای)		
داروخانه	1205 (51/2)	392 (24/9)
مراکز گذری	1027 (43/6)	1404 (71/7)
گروه های سیار	229 (7/3)	262 (17/2)
مراکز مشاوره بیماری های رفتاری	147 (7/4)	231 (16/6)
دوستان/شریک جنسی	56 (2/6)	79 (5/0)
فروشنده های مواد	168 (5/5)	35 (1/7)
مراکز بهداشتی درمانی	57 (1/7)	42 (3/0)
* از طریق پرسنل، آموزش دهنده همسان، دوست و یا شریک جنسی که کاندوم یا سرنگ/سوزن را در قالب برنامه های ساماندهی معتادان مراکز گذری یا درمانگاه های بهداشتی توزیع می کنند.		

درمان نگهدارنده مواد

درمان جایگزین مواد: تا آذر 1396 بیش از 7260 مرکز که تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی یا بهزیستی بوده اند به مصرف کنندگان مواد، درمان نگهدارنده مواد ارائه می کرده اند. بیش از 98٪ این مراکز متعلق به بخش خصوصی بوده اند. (54، 56) همچنین در 162 زندان کشور نیز درمان نگهدارنده مواد را برای زندانیان ارائه می کنند. (52) در پایان آذر 1396، در این مراکز مجموعاً 749882 نفر تحت درمان نگهدارنده متادون بوده اند (94/4٪ مرد و 5/6٪ زن). همچنین 132026 نفر (94/6٪ مرد و 5/4٪ زن) تحت درمان نگهدارنده با بوپرنورفین و 94220 نفر (95٪ مرد و 5٪ زن) تحت درمان نگهدارنده با نتور تریاک بوده اند. (56) کل افراد تحت درمان نگهدارنده متادون، فقط 21789 نفر (3٪) مصرف کننده تزریقی مواد بوده اند. (56) این نسبت نشان دهنده سهم اندک مصرف کنندگان تزریقی مواد در برنامه درمان نگهدارنده متادون در سطح کشور است که نیاز به بهبود دارد. اگر چه گزارش های متعددی در باره اثربخشی برنامه های نگهدارنده متادون وجود دارد (57-59)، ولی ضرورت ارتقاء کیفیت این خدمات مورد تاکید قرار گرفته است.

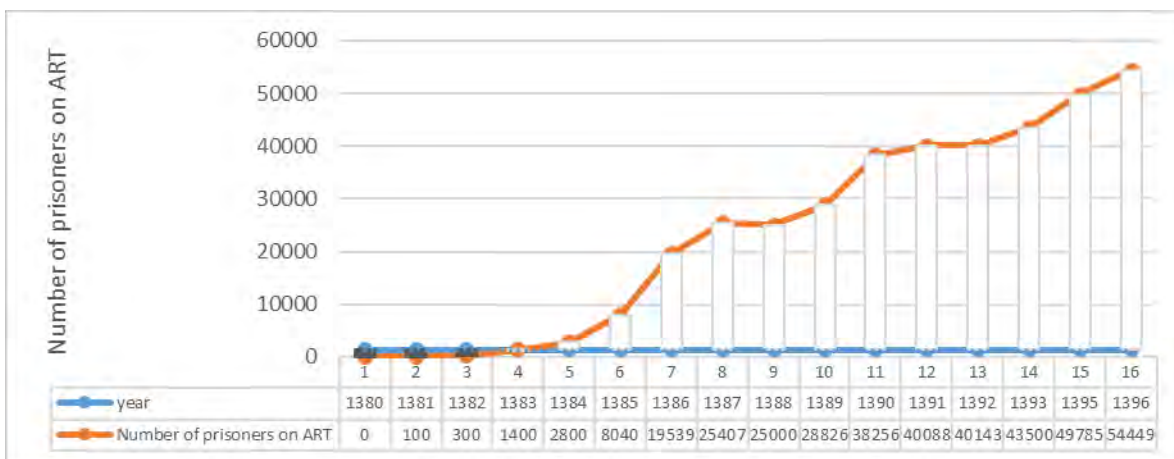
شکل 21 تعداد مراکز درمان نگهدارنده و تعداد افراد تحت درمان آن را در طی چند سال اخیر نشان می دهد.



شکل 20- تعداد افراد تحت درمان نگهدارنده متادون و تعداد مراکز ارائه دهنده آن در سطح کشور⁽⁵⁶⁾

مطالعه دیده‌وری زیستی- رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سال 1386 نشان می‌دهد از کسانی که در یک سال قبل از مطالعه تزریق کرده‌اند، 33٪ در زمان مطالعه تحت درمان نگهدارنده مواد بوده‌اند.⁽⁶⁰⁾ این عدد در مطالعه پیمایش زیستی - رفتاری در سال 1389، 42/6٪ بوده⁽¹³⁾ و در سال 1393 نیز معادل 42/1٪ بوده است⁽²⁾ که اگر چه حاکی از بهبود پوشش درمان نگهدارنده با متادون است، ولی بر ضرورت گسترش آن نیز دلالت می‌کند. به نظر می‌رسد علیرغم تعداد مراکز درمان نگهدارنده در طی چند سال اخیر، تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که از درمان نگهدارنده استفاده کرده‌اند تغییر چشمگیری نداشته است. با توجه به افزایش پوشش درمان نگهدارنده در بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که در مطالعات سرولوزیک رفتاری بین سال‌های 1386 تا 1393 نشان داده شده است، انتظار می‌رود که شاید یکی از دلایل توجیه‌کننده آن، افزایش طول درمان بوده و به عبارتی احتمالا تعداد بیشتری از افراد از درمان‌های طولانی مدت تر بهره گرفته‌اند.

به نظر می‌رسد روند گسترش برنامه درمان نگهدارنده با متادون در زندانهای ایران از زمان شروع آن در سال 1381 تاکنون روندی فزاینده بوده و در آذر 1396 به 54449 نفر (1/5٪ زن و 98/5٪ مرد) رسیده است (شکل 21).⁽⁵²⁾ با توجه به جمعیت حدود 200000 نفری زندانیان و سهم بیش از 50 درصدی مصرف‌کنندگان مواد در کسانی که به زندان محکوم می‌شوند، به نظر می‌آید که علیرغم همه پیشرفت‌های قابل توجهی که رخ داده، هنوز بخش بزرگی از زندانیان نیازمند مداخلات مناسبند، پوشش درمان نگهدارنده متادون در زندان باید ارتقاء یابد و اقدامات جدی در این زمینه باید صورت گیرد. وجود فهرست انتظار، دریافت مبلغی هرچند اندک در گروهی از افراد تحت درمان و مصرف همزمان آمفتامین‌ها برخی از مواردی است که نیاز به مداخله دارد. بنابر این حمایت از برنامه‌های درمان نگهدارنده متادون برای گسترش پوشش آن هم در جامعه و هم در زندان، ضمن ارتقاء کیفیت آن یک ضرورت است.



شکل 21- تعداد افراد تحت درمان نگهدارنده متادون در زندان های کشور از سال شروع برنامه

نکته مهم دیگر، نشانه هایی است که حاکی از افزایش مصرف ترکیبات متافتامینی در مصرف کنندگان مواد و کسانی است که تحت درمان نگهدارنده متادون هستند.^(61 و 62) به خصوص اگر تزریق این مواد معمول شود، می تواند برنامه های بسیار موفق که تاکنون در زمینه کاهش آسیب اجرا شده را به طور کامل به خطر اندازد. 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.⁽²⁾ همچنین مصرف همزمان شیشه با سایر مواد نیز شایع است. بر اساس مطالعه مراقبت سرولوژیک و رفتاری در زندانیان در سال 1395، 81/2٪ از افراد مصرف مواد را در یک ماه قبل از زندانی شدن گزارش کرده‌اند. شایع ترین مواد مصرفی در یک ماه قبل از زندانی شدن، به ترتیب متامفتامین (شیشه، کریستال) با درصد 50/6٪ و هرویین با درصد 41/2٪ بوده است. حدود 13٪ نیز سابقه تزریق مواد در گذشته را داشته اند، که از میان آنها حدود 19٪ در یک ماه اخیر تزریق کرده اند. از میان کسانی که در یک ماه اخیر تزریق کرده اند 15٪ ماده مصرفی متافتامین ها بوده است.⁽⁷⁾ هر چند درصد کل تزریق کنندگان متافتامین ها اندک است (حدود 0/4٪)⁽⁷⁾ اما رفتارهای مرتبط با تزریق در مصرف کنندگان مواد می تواند به سرعت تغییر یابد و باید به دقت آنرا پایید و نگران تغییرات آن بود. در این مطالعه 18/8 درصد از به مصرف مواد در طی یک ماه گذشته در زندان اشاره داشتند. نکته قابل توجه بالا بودن مصرف مواد متافتامینی در بین مواد مصرف شده در یک ماه گذشته در زندان است. به طوری که 61/1٪ از افرادی که در یک ماه گذشته در زندان مواد مصرف کرده اند، مصرف مواد متافتامینی در یک ماه گذشته را گزارش کرده‌اند.⁽⁷⁾ بر اساس مطالعه مراقبت سرولوژیک و رفتاری در زندانیان در سال 1391 در مقایسه با همین مطالعه در سال 1388 مصرف مواد محرک آفتامینی در یکماه گذشته (بدون مشخص کردن محل مصرف مواد در زندان یا بیرون آن) افزایش داشته است.^(8 و 9) بطوریکه مصرف این مواد در مطالعه سال 1388 در یک ماه گذشته 2/7٪ برآورد شده⁽⁹⁾ و این میزان در مطالعه سال 1391 به 11/6٪ رسیده است.⁽⁸⁾ نقش احتمالی مصرف متامفتامین ها بر رفتارهای پرخطر جنسی بر این نگرانی می افزاید.⁽⁶³⁾ به نظر می آید لازم است در این زمینه مطالعاتی برای ارزیابی وضعیت و در صورت نیاز طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد علمی، راه اندازی شود.

تعهد چهارم: حذف خشونت و تبعیض نسبت به زنان، مبتلایان و گروه های کلیدی

وضعیت انگ و تبعیض

انگ و تبعیض یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار در همه گیری اچ ای 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 است. در ایران اگرچه برخی رفتارهای بعضی از گروه های در معرض خطر و آسیب پذیر منع قانونی دارد و از نظر عرفی نیز مخالفت های فراوانی با آن وجود دارد، ولی هیچ منع قانونی و رویه ای برای ارائه خدمات به مبتلایان به اچ ای وی و جمعیت های فوق وجود ندارد و کلیه مراکز ارائه خدمات سلامت موظف به پذیرفتن و ارائه خدمات به آنها هستند. با این وجود هنوز انگ و تبعیض نسبت به مبتلایان به اچ ای وی مشاهده می شود. در یک مطالعه کیفی که در سال 1389 بر روی 26 نفر از مبتلایان به اچ ای وی شامل 22 نفر مرد و 4 نفر زن، افراد مورد مصاحبه به پیامدهای اجتماعی (انگ و تبعیض نسبت به افراد اچ ای وی - ایدز و طرد آنان از جامعه، اطرافیان و خانواده، محدودیت در فعالیت های اجتماعی و اشتغال، محدودیت برای تشکیل خانواده و حفظ آن و عدم امکان داشتن فرزند، استیگما از جانب کادر درمانی نسبت به بیماران و محدودیت در بهره مندی)، پیامدهای روحی روانی (استرس و اضطراب شدید قبل از تشخیص قطعی بیماری، ایجاد افسردگی و گوشه گیری بعد از تشخیص قطعی بیماری، نگرانی دائمی در خصوص آینده و مدت زنده ماندن، آرزوی مرگ، افکار خودکشی و اقدام به آن، تاثیر فکر به بیماری بر زندگی روزمره و کابوس شبانه)، پیامد جسمی (کاهش وزن و تاثیر بیماری ایدز بر چهره، کم شدن قوای جسمانی و ناتوانی در انجام کار، پیامدهای ناشی از تداخلات و عوارض دارو های آنتی رتروویرال) و پیامد اقتصادی (صرف وقت برای کارهای تشخیصی و درمانی، صرف هزینه برای درمان، بی کاری ناشی از ابتلای به بیماری) اشاره داشتند.⁽⁶⁴⁾ همچنین دیده شده که انگ ناشی از اچ ای وی به صورت مانعی برای بهره مندی از آزمایش اچ ای وی در مصرف کنندگان تزئینی مواد عمل کرده است. مطالعات دیگری حاکی از نقش بازدارنده انگ در بهره مندی از خدمات معمول سلامت در مبتلایان به اچ ای وی⁽⁶⁵⁾ و ایزولاسیون بیمار، افشا نکردن به شرکای جنسی و نا پیگیری در مراقبت و درمان بوده است.⁽⁶⁶⁾

فعالیت هایی برای کاهش انگ و تبعیض اچ ای وی انجام شده است. در سال 1395 به منظور کاهش انگ و تبعیض در جامعه، برای کارکنان مراکز ارائه خدمات سلامت، دوره های آموزشی متعدد برگزار شده، در روز ایدز بر کاهش انگ و تبعیض تمرکز گردیده، فعالیت های تبلیغی متعدد از جمله برنامه های آموزشی در صدا و سیما، توزیع پمفلت و پوستر، همایش های دانشجویی، نصب چادر و کمپین های خیابانی، تهیه کلیپ کاهش انگ و تبعیض ویژه مراکز ارائه خدمت، مسابقه های ورزشی، مقاله نویسی، نصب بیلبورد و پایگاه های سیار اطلاع رسانی (اتوبوس ایدز) اجرا شده است. همچنین آموزش و اطلاع رسانی در مدارس، دانشگاه ها، سازمانهای مختلف، نماز جمعه و توزیع پمفلت، آموزش طلاب، کارگران،

سربازان و پرسنل نظامی، زندانیان، ورزشکاران، آرایشگران، رانندگان، کسبه و کودکان کار برگزار شده است. به نظر می آید در این زمینه به تاکید بیشتری در زمینه فعالیت هایی مانند کمپین های خیابانی و سریال های تلویزیونی که بخش وسیعی از جمعیت عمومی را پوشش می دهد، نیاز است.⁽⁴⁵⁾

در مطالعاتی که در سال های اخیر انجام شده به نظر می آید که 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 آن ها 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 سرافکندگی 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.⁽⁶⁷⁾ در مطالعه دیگری که در سال 1395 در جمعیت عمومی شهر کرمان انجام شد، 79/8 درصد جمعیت مورد مطالعه انگ و تبعیض نسبت به بیمار مبتلا به عفونت اچ ای وی/ایدز را کم و 9/3 درصد آنرا را متوسط و 10/9 درصد آنرا زیاد می دانستند. در همین مطالعه تنها 8/1 درصد پرسش شوندگان معتقد بودند که نباید از مغازه دار مبتلا به اچ آی وی میوه و سبزی خرید و 5/4 درصد بر این نظر بودند که مبتلایان را باید قرنطینه کرد.⁽⁶⁸⁾

در DHS سال 1394-1395، به ترتیب 76/9٪، 48/1٪، 58/8٪ و 41/1٪ زنان مورد مطالعه، حاضر بوده اند از یک عضو خانواده شان اگر مبتلا به اچ آی وی باشد مراقبت کنند، از مغازه دار مبتلا به اچ آی وی خرید کنند، معلم مدرسه کودکان مبتلا به اچ آی وی باشد و ابتلای یکی از اعضای خانواده خود به اچ آی وی را فاش کنند. این درصدها در مورد مردان مورد مطالعه به ترتیب 69/6٪، 35/3٪، 46/9٪ و 44/3٪ بوده است. در مجموع 92/7٪ زنان و 88/4٪ مردان مورد مطالعه، حداقل به یکی از سوالات فوق پاسخ آری داده اند.⁽⁶⁹⁾

تعهد پنجم: دسترسی جوانان به آگاهی، مهارت و توانایی لازم

آگاهی رسانی و آموزش درباره اچ ای وی

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 ای 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 همسالان بوده است. سایر فعالیت ها در این زمینه شامل راه اندازی خطوط مشاوره تلفنی، راه اندازی و به روز رسانی دو سایت اطلاع رسانی در زمینه ایدز، ارائه پیام های 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، استفاده از همکاری هنرمندان و ورزشکاران، برگزاری کمپین در زمینه ایدز و بیماری های آمیزشی در بعضی دانشگاه ها، برگزاری کارناوال های اطلاع رسانی در تهران و سایر شهرها، برپایی غرفه و چادرهای اطلاع رسانی در میادین و نقاط پر تردد در کشور و برگزاری تئاترهای خیابانی بوده است.⁽⁴⁵⁾

از ابتدای سال 1394 تعداد 5 باشگاه سلامت و مشاوره نوجوانان و جوانان در پایتخت و سه شهر دیگر راه اندازی شده است. هدف این برنامه و باشگاه توانمندسازی نوجوانان و جوانان، آموزش مهارت های زندگی، پیشگیری از اعتیاد و اچ ای وی، سلامت روان، مشاوره در خصوص رفتارهای مخاطره آمیز، تست اچ ای وی، آموزش و مشاوره والدین در خصوص فرزندپروری بود. گروه هدف برنامه نوجوانان و جوانان سن 10 تا 24 سال بوده که در سه گروه سنی 10 - 14 سال، 15 - 19 سال و 20 - 24 ساله ارائه خدمت انجام می شود. هدف اصلی این برنامه پیشگیری از ابتلا جدید اچ ای وی در نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر و در معرض خطر و کاهش موارد مرگ ناشی از اچ ای وی در این گروه سنی است. این باشگاه ها با واگذاری به بخش خصوصی و با نظارت مستقیم دانشگاه علوم پزشکی و وزارت بهداشت راه اندازی شده است. این برنامه، اولین موردی است که چنین برنامه ای در این زمینه در منطقه اجرا می شود و بسیار مورد استقبال و حمایت قرار گرفته است. یکی دیگر از مداخلات جامعه محور جهت افزایش دسترسی افراد واجد شرایط برای انجام آزمایش اچ ای وی، راه اندازی پایگاه های سیار (موبایل کلینیک)، با هدف ارائه خدمات آموزش و اطلاع رسانی، ارائه مشاوره و در صورت نیاز انجام آزمایش اچ ای وی در نقاط پرجمعیت شهرها است. در آذر تا دی ماه سال 1395، این برنامه جامعه محور توسط دو سازمان مردم نهاد در تهران و 38 دانشگاه (در محدوده تحت پوشش) انجام شد. تعداد مراجعین به اتوبوس ها 45670 نفر بود که به آنها در زمینه اچ ای وی/ ایدز، راه های انتقال و عدم انتقال، کاهش انگ و تبعیض اطلاع رسانی شد، تعداد مشاوره های انجام شده 31597 بود و برای 20352 نفر تست تشخیص سریع اچ ای وی انجام شد. این فعالیت در حال حاضر نیز ادامه دارد.⁽⁴⁵⁾

با این وجود به نظر می آید این فعالیت ها نیاز به ارتقاء کمی و کیفی دارد. در 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 "راه های انتقال بیماری ایدز"، آگاهی بالا و 32/8٪ نیز آگاهی متوسط داشته اند، ضمن اینکه سطح آگاهی ضعیف 18/4٪ و 7٪ نیز در سطح کاذب بوده است.⁽¹⁰⁾ در جدول 1 آگاهی نسبت به سئوالات استاندارد در مورد آگاهی مرتبط با اچ ای وی بر اساس این بررسی خلاصه شده است.⁽⁶⁷⁾

جدول 1: آگاهی نسبت به سئوالات استاندارد در مورد اچ ای وی در جوانان 15 تا 29 ساله (67)

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 اچ ای وی باشد
59%/4	61%/4	استفاده از کاندوم در هر رابطه جنسی میتواند خطر انتقال اچ ای وی را کاهش دهد
72%/9	77%/3	محدود بودن شریک جنسی به یک فرد غیر مبتلا میتواند خطر ابتلا به اچ ای وی را کاهش دهد
9%/0	19%/6	میزان آگاهی صحیح درباره اچ ای وی (جواب صحیح به کلیه سئوالهای بالا)

در همین مطالعه، از میان 633 نفر (5/19٪ کل جمعیت مورد مطالعه) که گفته بودند رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی داشته‌اند، 7/21٪ (134 نفر) "هر بار" از کاندوم استفاده کرده‌اند، 4/15٪ (95 نفر) "تقریباً هر بار"، 3/35٪ (218 نفر) "بعضی اوقات" از کاندوم استفاده کرده‌اند. در نهایت 6/27٪ (170 نفر) هم کسانی هستند که "هرگز" در روابط جنسی مورد بحث از کاندوم استفاده نکرده‌اند. به نظر می‌آید برنامه‌های ترویج رفتارهای سالم جنسی و حمایت از برنامه‌های ازدواج باید تقویت شود. شایعترین دلایل عدم استفاده از کاندوم به ترتیب "در دسترس نبودن" با 5/29٪، "نبود احساس نیاز" 9/24٪ و "دوست نداشتن کاندوم" 1/22٪ 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 6/35٪ 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 9/39٪ 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 اچ ای وی تاکید می‌کند. (67)

در DHS سال 1395 در میان زنان 15 تا 49 ساله تحت مطالعه به ترتیب 6/58٪، 9/56٪، 2/66٪، 2/37٪، 5/63٪ و 0/55٪ جمعیت تحت مطالعه در باره امکان پیشگیری از انتقال اچ ای وی با وفاداری به یک شریک جنسی که به اچ ای وی مبتلا نیست و استفاده از کاندوم در همه نزدیکی‌ها، امکان سالم بودن ظاهر افراد مبتلا و ناممکن بودن انتقال اچ ای وی از راه نیش پشه، تماس‌های معمولی و شراکت در غذا پاسخ درست داده بودند. در مردان در همین مطالعه پاسخ درست به این سئوالات به ترتیب 3/49٪، 1/52٪، 5/42٪، 0/26٪، 4/51٪ و 9/41٪ بود. (69)

تعهد ششم: بهره مندی از خدمات اجتماعی

ارائه 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.⁽⁴⁸⁾ 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. 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.⁽⁷⁰⁾ در حال حاضر نزدیک به 48 باشگاه مثبت در کشور تاسیس شده است.^(45، 54) 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: خدمات مرتبط با تقویت پیشگیری مثبت، خدمات مرتبط با اصلاح شیوه زندگی، ارتقای پایبندی به درمان، خدمات مرتبط با حمایت های روانی اجتماعی.⁽⁷⁰⁾ تا تاریخ تیر ماه سال 1396، بیش از 7700 نفر مبتلا به اچ آی وی و خانواده هایشان در 32 باشگاه تحت پوشش بهزیستی عضو بوده و خدمات دریافت می کرده اند.⁽⁵⁴⁾ 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.^(45، 54)

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.⁽⁵⁴⁾

سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور سالیانه به آموزش و توانمندسازی حرفه ای و شغلی 30 هزار نفر از کسانی که تحت مراقبت برای درمان اعتیاد و کاهش آسیب قرار گرفته اند، از طریق آموزش های مهارتی فنی و حرفه ای در زندانها، کمپ ها، مراکز ترک اعتیاد 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.⁽⁵⁴⁾

تعهد هفتم: ارائه خدمات توسط نهادهای جامعه محور

از ابتدای سال های دهه هشتاد شمسی، در اولین برنامه استراتژیک کشوری برای کنترل ایدز، استفاده از نهادهای جامعه محور برای ارائه خدمات به گروه های هدف پیش بینی شده بود.⁽³²⁾ در همه برنامه های استراتژیک کشوری که در سال های بعد تدوین شد نیز این روند ادامه یافته است.^(32،48،71،72) اجرای برنامه های کاهش آسیب در مصرف کنندگان تزریقی مواد در ایران با کمک سازمان های غیر دولتی شروع شد و برنامه ریزی برای گسترش و اجرای آن با کمک سازمان های غیردولتی بوده است.⁽³¹⁾ در حال حاضر همه 475 مرکز گذری (DIC) یا تیم های سیاری که در سطح کشور مشغول ارائه خدمات به مصرف کنندگان تزریقی مواد و همه 39 مرکز ویژه زنان آسیب پذیر که به زنان تن فروش ارائه خدمات می کنند، توسط سازمان های غیر دولتی اداره می شوند.^(54،45) این مراکز تحت حمایت و نظارت کیفی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات درمانی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) یا سازمان بهزیستی کشور هستند. همچنین برنامه درمان نگهدارنده مواد در ایران با مشارکت مستقیم و وسیع بخش خصوصی گسترش یافت. به گونه ای که در پایان آذر 1396، از مجموع حدود 7260 مرکز درمان نگهدارنده مواد که تحت نظارت دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات درمانی و سازمان بهزیستی فعالیت می کرده اند، بیش از 98٪ آنها توسط بخش خصوصی اداره می شده است.⁽⁵⁶⁾ باشگاه های مثبت هم به طور کامل توسط مبتلایان به اچ آی وی اداره می شوند و خدمات حمایتی ارائه می کنند. اغلب فعالیت های مرتبط با آگاهی رسانی به جوانان و جمعیت عمومی که در بخش های "تعهد چهارم" و "تعهد پنجم" در این متن آمده نیز با مشارکت نهادهای جامعه محور اجرا شده است.^(54،45)

با این وجود سازمان های مردم نهاد امکانات بالقوه فراوانی در عرصه های ارائه خدمات فراهم می کنند. از موارد تاثیر گذاری سازمان های مردم نهاد در کنترل همه گیری اچ آی وی در جامعه می توان به نقش فعال آنها در حیطه بیماریابی، وصل نمودن افراد مبتلا برای دریافت مراقبت و درمان، حمایت روانی اجتماعی از مبتلایان، توانمندسازی و پایبندی بیماران به درمان اشاره نمود. به همین منظور در سال 1396، شبکه ملی سازمان های مردم نهاد حوزه ایدز (شمسا) تشکیل شد. در این شبکه بیش از 60 سازمان مردم نهاد از سراسر کشور که در حوزه های مرتبط با ایدز از جمله زنان، آسیب دیدگان، کودکان کار، اعتیاد فعالیت دارند، عضو هستند. نظر به اهمیت آگاهی اعضای این شبکه، شرکت کنندگان در طی برنامه های سه روزه در زمینه اچ آی وی و توصیه به انجام آزمایش با رویکرد PIT آموزش دیده و به صورت عملی با نحوه انجام تست تشخیص سریع آموزش دیدند. سازمان های مردم نهاد هم اکنون در زمینه بیماریابی و انجام آزمایش داوطلبانه اچ آی وی فعالیت می نمایند.⁽⁴⁵⁾

با این وجود هنوز استفاده از نهادهای جامعه محور برای ارائه خدمات باید گسترش یابد و ظرفیت های استفاده نشده بسیاری وجود دارد. به طور مثال هنوز از ظرفیت بخش خصوصی در ارائه خدمات شناسایی و درمان مبتلایان به اچ آی وی استفاده کامل نشده است. هر چند در چند سال اخیر اندیشه ی استفاده از آن، به تدریج در حال عملی شدن است.⁽⁴⁵⁾

تعهد هشتم: هزینه کرد مورد نیاز

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. یکی از شاخص های مهم ارزیابی برنامه کشوری کنترل اچ ای 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. تا سال 1391 اعتبارات هزینه شده در برنامه از طریق استعلام از کلیه ی سازمان های شریک برنامه استخراج می گردید. با معرفی برنامه نرم افزاری بررسی هزینه کرد کشوری در زمینه ی ایدز که از سوی برنامه ی مشترک ایدز سازمان ملل (UNAIDS)، از آن برای محاسبه هزینه کرد در زمینه اچ ای وی استفاده شد. این کار برای محاسبه هزینه های برای سال 1391، انجام شد. این محاسبات در سال های بعد مبنای تخمین هزینه کرد قرار گرفت. امسال تخمینی برای گزارش وجود ندارد ولی برنامه کشوری در حال فراهم کردن مقدمات مبنایی است که به طور روتین امکان استخراج هزینه های انجام شده وجود داشته باشد.

تعهد نهم: توانمندسازی برای آگاهی و دسترسی به

خدمات حقوقی

در جریان اجرای برنامه های استراتژیک کشوری و به خصوص با شروع آخرین برنامه، شرکای برنامه به مواردی برخورد نمودند که آگاهی ناکافی از مسائل قانونی می تواند با دریافت خدمات توسط مبتلایان به اچ ای وی، افراد تحت تاثیر آن و جمعیت های کلیدی تداخل نماید. همچنین علیرغم آنکه هیچ قانونی وجود ندارد که مبتلایان به اچ ای وی را از دریافت حقوق شهروندی خویش بازدارد، همانطور که در قسمت "تعهد سوم" در این متن آمده، مبتلایان با برخی تبعیض ها روبرو بوده اند. این موارد منجر به آن شد که "کمیته فنی مراقبت و درمان مبتلایان به اچ ای وی" از زیر گروه های کمیته کشوری ایدز در آخرین نشست خود در اسفند 1395 ، تصویب نماید که راهنمایی در باره "اچ ای وی و قانون" تدوین شود. این راهنما با این هدف تدوین خواهد شد که هم مبتلایان و جمعیت های کلیدی و هم ارائه دهندگان خدمات را با حقوق قانونی مبتلایان به اچ ای وی آشنا سازد. این راهنما در مرحله تدوین قرار دارد و به زودی منتشر خواهد شد.

نکته بعدی وجود برخی موانع و خलाهای قانونی در زمینه برخی از موارد مثل جمعیت های کلیدی، کودکان زیر سن قانونی و آگاه سازی شرکاست که با توجه توصیه های اخیر سازمان جهانی بهداشت باید روندی داشته باشد که ارائه خدمات را ساده سازد. در جریان تدوین راهنمای "اچ ای وی و قانون" قوانین کشوری مرور شده و مواردی که نیاز به اصلاح دارد یا خلا قانونی وجود دارد، فهرست گردیده تا برنامه ای برای تغییر آنها تدوین شود. به طور مثال در باره مصرف کنندگان مواد، اگر چه قوانین مبارزه با مواد در دو دهه گذشته تغییراتی نموده که ارائه خدمات را تسهیل نماید، اما بسیاری از شرکای برنامه معتقدند هنوز مواردی وجود دارد که باید در نسخه بعدی اصلاح گردد.

تعهد دهم: دسترسی به خدمات بیماری های همراه

برخی بیماری های همراه در مبتلایان به اچ آی وی مانند سل با خطر مرگ زودرس همراهند. برخی دیگر مانند بیماریهای قلبی عروقی اگرچه در کوتاه مدت با خطر مرگ و میر همراه نیستند، ولی با افزایش طول عمر مبتلایان به اچ آی وی با درمان ضدترتروویروسی، با خطر افزایش موربیدیت و سپس مرگ و میر همراهند. به همین علت برنامه کشوری تلاش نموده آنها را مورد توجه قرار دهد.

فعالیت ها در زمینه سل همراه با اچ آی وی

از سال 1384 در رهنمود کشوری مراقبت از مبتلایان به اچ آی وی، بخش هایی به سل فعال و سل نهفته اختصاص داده شد.⁽³¹⁾ از سال 1387 رهنمود ویژه ای برای "سل و اچ آی وی" تدوین شد⁽²²⁾ که تاکنون چهار بار بازبینی شده است و آخرین ویرایش آن در سال 1396 منتشر شده است.⁽³⁸⁾ در این رهنمود توصیه شده که در هر ویزیت، مبتلایان به اچ آی وی از نظر علائم و نشانه های حاکی از سل فعال ارزیابی شوند. کسانی که در ارزیابی بالینی مشکوک به سل هستند باید طبق توصیه های رهنمود بررسی گردند. همچنین مبتلایان به اچ آی وی 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. از سال 1396، امکان استفاده از آزمایش ایگرا برای تشخیص سل نهفته نیز در صورت نیاز پیش بینی شده است. از سال 1393 از هم ارائه آزمایش اچ آی وی برای کلیه مبتلایان به سل و افراد مشکوک به آن توصیه شد. زمان توصیه شده برای شروع درمان ضدترتروویروسی در این رهنمود، حداکثر قبل از اتمام دوره درمانی دو ماه اول سل است.⁽³⁸⁾ در فاصله سال های 1390 تا 1395، درصد انجام آزمایش در مبتلایان به سل از 12/9٪ به 76/2٪ افزایش یافته است. در سال 1395، مجموعاً 9058 بیمار مبتلا به سل شناسایی شده که برای 6899 نفر از آنان (76/2٪) آزمایش اچ آی وی انجام شده و 328 نفر مبتلا به اچ آی وی بوده اند.⁽²¹⁾ در سال 2107، از میان 2049 نفر بیمار مبتلا به اچ آی وی که به تازگی وارد مراقبت شده بودند، برای 211 نفر درمان سل نهفته شروع شده بود. در همین دوره از میان 2049 بیمار فوق، ارزیابی های بالینی و آزمایشگاهی به تشخیص سل فعال در 125 بیمار منجر شد. همچنین 238 نفر از مبتلایان به اچ آی وی، درمان همزمان سل و اچ آی وی دریافت کرده بودند.⁽⁴⁶⁾

فعالیت ها در زمینه واکسیناسیون و آنفلوآنزا

در رهنمودهای کشوری ارائه خدمات بالینی به مبتلایان به اچ آی وی، بخشی در باره واکسیناسیون وجود دارد که انجام واکسیناسیون روتین توام بزرگسال، هیپاتیت بی، پرونار، پنووواکس، واکسن MMR (فقط در افراد با CD4 بالای 200) و آنفلوآنزا را توصیه کرده است.⁽³⁸⁾ در یک مطالعه که در سطح کشور در 49 کلینیک مثلثی در سال 1394 انجام شد، از 9554 فرد مبتلا به اچ آی وی، 5336 نفر (56٪) واکسن آنفلوآنزا به صورت رایگان زده بودند. در دوره زمانی 2 آذر 1394 تا یکم بهمن 1394، 12 فرد مبتلا به اچ آی وی دچار عفونت حاد شدید مجاری تنفسی شده و بستری شده بودند. هیچ موردی از بستری در ICU و مرگ رخ نداده بود. نه نفر از این تعداد، سابقه واکسیناسیون آنفلوآنزا داشتند. در همین دوره زمانی 28576 نفر از جمعیت عمومی به علت عفونت حاد شدید مجاری تنفسی بستری شدند که برای

20276 نفر آزمایش آنفلوآنزا انجام شد. مجموعاً 1047 نفر فوت کردند و از میان آنان 254 نفر دارای آزمایش آنفلوآنزای مثبت بودند.⁽⁷³⁾ نتایج این مطالعه به تاکید بر ارتقای واکسیناسیون آنفلوآنزا در مبتلایان به اچ ای وی و سایر گروه های در معرض خطر منجر گردید. برنامه واکسیناسیون آنفلوآنزا در سال های بعد نیز ادامه یافته است و نتایج ارزشمندی داشته است.⁽⁴⁵⁾

فعالیت ها در زمینه تشخیص و درمان هپاتیت های ویروسی

در رهنمودهای کشوری، بر انجام واکسیناسیون هپاتیت بی در مبتلایان به اچ ای وی تاکید شده است.⁽³⁸⁾ این واکسیناسیون به طور گسترده انجام می شود.⁽⁴⁵⁾ واکسیناسیون هپاتیت بی در برخی گروه های کلیدی نیز انجام شده است. به طور مثال در سال 1396 بیش از 100000 زندانی برای هپاتیت بی واکسیناسیون شده اند.⁽⁴⁵⁾ در رهنمودهای کشوری بر انجام آزمایش HBs Ag ، HBs Ab و HBc Ab در مبتلایان به اچ ای وی تاکید شده است.⁽³⁸⁾ در 2017، برای 2826 نفر درمان ضد رتروویروسی شروع شده که برای 1192 نفر آزمایش HBs Ag در همین دوره زمانی انجام شده بود.⁽³⁰⁾ با توجه به اینکه در دوره زمانی فوق تقریباً همه کسانی که درمان برایشان شروع شده، تنوفویر جزئی از رژیم درمانی بوده، چنین به نظر می آید که پوشش درمانی خوبی برای هپاتیت بی وجود داشته است. در رهنمودهای کشوری، بر انجام آزمایش HCV Ab در مبتلایان به اچ ای وی تاکید شده است.⁽³⁸⁾ در سال 2017، برای 2826 نفر درمان ضد رتروویروسی شروع شده که برای 1091 نفر آزمایش های سرولوژی برای تشخیص هپاتیت سی در همین دوره زمانی انجام شده بود.⁽³⁰⁾ در حال حاضر پوشش درمان هپاتیت سی بسیار پایین است. ولی از اواسط سال 1395، برنامه ریزی برای اجرای برنامه ای گسترده برای حذف هپاتیت سی در کشور شروع شده که در حال حاضر فاز پایلوت آن ادامه دارد. یکی از اهداف برنامه، درمان هپاتیت سی در زندانیان است. همچنین در مراحل مقدماتی این برنامه، رهنمودهای ملی در زمینه درمان هپاتیت سی تدوین شده، داروهای ژنریک direct acting agent با قیمت نسبتاً مناسب وارد بازار شده، و مذاکرات برای تامین منابع مالی مورد نیاز در فاز گسترش خدمات نیز انجام شده است.⁽⁴⁵⁾

فعالیت ها در زمینه غربالگری سرطان

در رهنمودهای کشوری، بر انجام غربالگری سرطان در مبتلایان به اچ ای وی با استفاده از ماموگرافی هر سه سال یکبار و پاپ اسمیر هر سال یکبار در زنان مبتلا و پاپ اسمیر مقعد هر 1 تا 3 سال تاکید شده است.⁽³⁸⁾ در دوره زمانی 31 شهریور 1394 تا 31 شهریور 1395، از میان 3254 زن 30 تا 49 ساله مبتلا به اچ ای وی که تحت مراقبت بوده اند، برای 458 نفر آزمایش پاپ اسمیر انجام شده است.⁽³⁰⁾ در سال 2017 از میان 2183 زن 30 تا 39 ساله که با اچ ای وی زندگی می کرده اند، برای 291 از آنان پاپ اسمیر انجام شده است.⁽³⁰⁾

فعالیت ها در زمینه پرفشاری خون، هیپرلیپیدمی، دیابت قندی و بیماری های قلبی عروقی

در رهنمودهای کشوری، بر ارزیابی خطر بیماری های قلبی عروقی و فشار خون و انجام آزمایش های قند خون ناشتا و پروفایل چربی در مبتلایان به اچ ای وی به طور سالانه تاکید شده است.⁽³⁸⁾ در حال حاضر آماری برای ارائه وجود ندارد.⁽⁴⁵⁾

فعالیت ها در زمینه در زمینه غربالگری بیماری های آمیزشی

در رهنمودهای کشوری، بر انجام ارزیابی بالینی بیماری های آمیزشی و غربالگری سیفلیس در شروع مراقبت و سپس بر اساس نیاز در مبتلایان به اچ ای وی تاکید شده است.⁽³⁸⁾ آزمایش سیفلیس در شروع مراقبت وسیعا به بیماران ارائه می شود. به گونه ای که در یک مطالعه در چهار کلینیک مثلثی در شهر تهران مشاهده شد که از میان 400 بیمار مبتلا به اچ ای وی که در فاصله سال های 1387 تا 1393 تحت مراقبت بوده اند، برای همه آزمایش VDRL انجام شده بود و فقط مورد مثبت وجود داشت که آنهم تایید نشده بود.

1. استعلام از مجریان طرح " تخمین موارد اچ آی وی در ایران، 2017، مرکز مدیریت بیماری های واگیر و دفتر یوان ایدز در ایران. اسفند 1396. (منتشر نشده)
2. حقدوست ع، دانش ا و دیگران . 1393 .مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد به روش تزریقی در ایران (1393) مرکز منطقیهای آموزش نظام مراقبت/ HIV ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران .گزارش طرح.
3. Rahimi-Movaghar A1, Amin-Esmaeili 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.
4. حق دوست ع، سجادی ل، علیپور ع، ذوالعلی ف، نواده س، میرزازاده ع، و سایرین . (1391) مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ آی وی، اچ سی وی و اچ بی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی ها آنها در شهرهای تهران، شیراز و مشهد در سال 1389 دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی). مرکز منطقیهای آموزش نظام مراقبت / HIV ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران . گزارش طرح.
5. حقدوست ع، و سایرین .مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ آی وی در زنان آسیب پذیر ایران. (1393-1394) مرکز منطقیهای آموزش نظام مراقبت/ HIV ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران . گزارش طرح
6. حقدوست ع، سجادی ل، اصولی م، مصطفوی ا، خواجه کاظمی ر، میرزازاده ع، نواده س، ذوالعلی ف و سایرین. (1391) مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ آی وی در زنان آسیب پذیر ایران . (1388-1389) مجموعه انتشارات مرکز مدیریت بیماری های واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، مرکز منطقیهای آموزش نظام مراقبت/ HIV ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران . گزارش طرح.
7. حقدوست ع ا و همکاران .مراقبت سرولوژیک رفتاری زندانیان در ایران در سال . 1395 – گزارش طرح.
8. حقدوست ع ا و همکاران .مراقبت سرولوژیک رفتاری زندانیان در ایران در سال های . 1391 - 1392 – گزارش طرح.
9. نواده س، میرزازاده ع، حقدوست ع، عرب نژاد س، فهیم فر ن، کمالی ک، و سایرین .مراقبت سرولوژیک رفتاری زندانیان در ایران در سال . 1388 – گزارش طرح.
10. Ali-Akbar Haghdoost1, Ali Mirzazadeh, Mostafa Shokoohi, Abbas Sedaghat and Mohammad Mahdi Gouya. HIV trend among Iranian prisoners in 1990s and 2000s; analysis of aggregated data from HIV sentinel sero-surveys. *Harm Reduction Journal* 2013, 10:32. Accessed at: <http://www.harmreductionjournal.com/content/10/1/32>
11. Bagheri Lankarani K, Zarei N, Joulaei H. Strategies to Reduce HIV Transmission amongst Prisoners; Lessons Learned From Iran. *J Res Health Sci. JRHS* 2017; 17(3); e00385.
12. 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):715 - 8 . doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181e2c73f.
13. حقدوست ع، اصولی م، سجادی ل، میرزازاده ع، نواده س، مصطفوی ا، خواجه کاظمی ر، ذوالعلی ف و سایرین. (1391) مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد به روش تزریقی در ایران (1388-1389) مجموعه انتشارات مرکز مدیریت بیماریهای واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، مرکز منطقیهای آموزش نظام مراقبت/ HIV ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران . گزارش طرح.
14. زمانی س و همکاران . مطالعه مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری عفونت اچ آی وی در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد . 1386 گزارش طرح.
15. 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.
16. 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.

17. 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 (11811 - 816 .)
18. 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.
19. 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.
20. محمد مهدی گويا، ناهید خادمی و همکاران. بررسی شیوع HIV/AIDS و رفتارهای پرخطر در زنان متکدی استان کرمانشاه سال 1395. گزارش طرح. منتشر نشده.
21. اداره سل و جذام، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت نرم افزاری اطلاعات بیماران مبتلا به سل، اسفند 1396.
22. دستورالعمل های کشوری مراقبت بیماران مبتلا به اچ ای، ویرایش سوم، 1393.
23. برنامه استراتژیک کنترل سل در جمهوری اسلامی ایران، (1393-1397) اداره کنترل سل و جذام، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1393.
24. ناصحی م، آزاد منش ک و دیگران. بررسی شیوع سرمی عفونت اچ ای 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.
25. مویدی نیا س، محرز م و دیگران. بررسی شیوع اچ ای وی و رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ ای وی در میان ترانس سکسوال های زن (مرد به زن) در شهر تهران طی سال 1392-1393، گزارش طرح 1393.
26. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت مراکز ارائه دهنده آزمایش اچ ای وی و تعداد آزمایش اچ ای وی، اسفند 1396.
27. شغلی ع و فلاح نژاد م. بررسی اثربخشی ارزیابی رفتاری پرخطر زنان باردار در شناسایی موارد HIV مثبت. گزارش طرح، 1391.
28. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دیده وری های اچ ای وی، اسفند 1396.
29. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آخرین آمار مربوط به عفونت اچ ای وی در جمهوری اسلامی ایران، نه ماه اول 1396، جهت استفاده عمومی، اسفند 1396.
30. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت نرم افزار اطلاعات بیماران تحت مراقبت مبتلا به اچ ای وی، اسفند 1396.
31. کارگروه کشوری کنترل اچ ای وی و ایدز. تحلیل وضعیت اچ ای وی/ایدز کشور و پاسخ ملی به آن. مرکز مدیریت بیماریها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران. 1388.
32. اولین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ ای وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران، 1381-1385، اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
33. دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ ای وی و ایدز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اسفند. 1385
34. 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.
35. کتابون طایری، هنگامه نامداری، کیانوش کمالی. نتایج ارزیابی سریع فرآیندهای ارائه خدمات در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری، 1389، گزارش طرح.
36. کتابون طایری و هنگامه نامداری. گزارش مراقبت و درمان در جمهوری اسلامی ایران، اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارش طرح، 1395.
37. Behnam Farhodi and Kianoosh Kamali. HIV Test-Treat-Retain Cascade Analysis. National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education, I.R.Iran, 2015. (Project report)
38. دستورالعمل های کشوری مراقبت بیماران مبتلا به اچ ای، ویرایش چهارم، 1396.
39. استعلام از آزمایشگاه رفرانس کشور، اسفند 1396.

40. Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, et al. Expanded screening for HIV in the United States---an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med* 2005;352:586--95.
41. Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2005;352:570--85.
42. Mostafa Shokoohi, Atefeh Noori, Mohammad Karamouzian, Hamid Sharifi, Razieh Khajehkazemi, Noushin Fahimfar, Samira Hosseini-Hooshyar, Parvin Afsar Kazerooni, Ali Mirzazadeh. Remaining Gap in HIV Testing Uptake Among Female Sex Workers in Iran. *AIDS and Behavior*, August 2017, Volume 21, Issue 8, pp 2401-2411.
43. MehranNakhaei,ZadehMScYunesJahaniPhDMoghaddamehMirzaeePhDHamidSharifiPhDM ohammadKaramouzian Factors associated with HIV testing among people who inject drugs Tehran Journal of Substance Use <https://doi.org/10.1016/j.jana.2018.02.005>
44. Mehdi Noroozi,Alireza Noroozi,Ali Farhoudian,Farahnaz Mohammadi,Peter Higgs,Azam Rahmani. Correlates of HIV Testing Among Young Adults in Iran: Findings from a Nationwide Population-Based Survey in 2013. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*
45. مصاحبه با کارشناسان اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی و مرور مستندات این اداره، مرکز مدیریت بیماری های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، اسفند 1396.
46. استعلام برنامه ها و خدمات مرتبط با اچ آی وی در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات درمانی سرارسر کشور، اسفند 1396.
47. آمار ثبت مولید در سازمان ثبت احوال کشور، دسترسی در 1397/01/10 در : <http://www.sabteahval.ir/Upload/Modules/Contents/asset99/95-1.pdf>
48. چهارمین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ آی وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران، 1394-1397، اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
49. 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.
50. Nasirian M, Haghdoost A.A, Feizzadeh A, Mostafavi A, et al; HIV Infection Frequency in Iran: Modeling for the years 2009- 2015 Project Report; Center for Communicable Disease Management, Regional Knowledge Hub for HIV/AIDS Surveillance at Kerman University of Medical Sciences, UNAIDSIran, 2009, project report.
51. Moayedi-Nia S, Bayat Jozani Z, Esmaeli Djavid G, Entekhabi F, Bayanolhagh S, Saatian M, Sedaghat A, Nikzad R, Jahanjoo Aminabad F, Mohraz M. HIV, HCV, HBV, HSV, and syphilis prevalence among female sex workers in Tehran, Iran, by using respondent-driven sampling. *AIDS Care*. 2016;28(4):487-90. doi: 10.1080/09540121.2015.1109582. Epub 2015 Nov 13
52. استعلام در باره پایش خدمات ارائه شده مرتبط با اچ آی وی از اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان ها و اقدامات تامینی و تربیتی، اسفند 1396.
53. استعلام تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد از ستاد مبارزه با مواد مخدر، اسفند 1396.
54. استعلام در باره پایش خدمات ارائه شده مرتبط با اچ آی وی از مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد، سازمان بهزیستی کشور، اسفند 1396.
55. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>).
56. استعلام در باره پایش خدمات ارائه شده مصرف کنندگان مواد، اداره پیشگیری از سوء مصرف مواد، دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش ، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اسفند 1396.
57. Noori R1, Narenjiha H, Aghabakhshi H, Habibi G, Khoshkrood Mansoori B. Methadone maintenance therapy outcomes in Iran. *Subst Use Misuse*. 2012 Jun;47(7):767-73. doi: 10.3109/10826084.2010.517726. Epub 2012 Mar 15.
58. Ghobad Moradi, Marzieh Farnia, Mostafa Shokoohi, Mohammad Shahbazi, Babak Moazen, and Khaled Rahmani. Methadone maintenance treatment program in prisons from the

- perspective of medical and non-medical prison staff: a qualitative study in Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2015 Sep; 4(9): 583–589.50
59. Mehdi Javanbakht, Alireza Mirahmadzadeh, and Atefeh Mashayekhi. The Long-Term Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment in Prevention of Hepatitis C Virus Among Illicit Drug Users: A Modeling Study. *Iran Red Crescent Med J.* 2014 Feb; 16(2): e13484.
60. Zamani S, et al. Integrated biobehavioral surveillance among injecting drug users in Iran in 2007, MOHME, Ministry of Health and Medical Education, Center of Diseases Management, Sexually Transmitted Disease and AIDS Office, study report.
61. ZahraAlammehrjerd, Nadine Ezard, KateDolan. Methamphetamine dependence in methadone treatment services in Iran: the first literature review of a new health concern. *Asian Journal of Psychiatry Volume 31, January 2018, Pages 49-55*
62. Seyed Ramin Radfar, Sarah J. Cousins, Schwann Shariatirad, Alireza Noroozi, and Richard A. Rawson. Methamphetamine Use Among Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment in Iran; a threat for Harm Reduction and Treatment Strategies: A Qualitative Study. *Int J High Risk Behav Addict.* In press(In press): e30327.
63. نقش امفتامین ها در روابط جنسی
64. حمیرا فلاحی، صدیقه السادات طوافیان، فریده یغمایی، ابراهیم حاجی زاده . بررسی پیامدهای ابتلای به ایدز در افراد اچ آی وی در ایران : پژوهش کیفی . فصلنامه پایش - سال دوازدهم شماره سوم خرداد تیر ۱۳۹۲ : ۳۴۲ - ۲۵۳.
65. Mohamad Tavakol (PhD)^{1*}, Diba Nikayin (MA)¹, Masoomeh Rezaei (MA)², The Effect of AIDS Stigmatization on Curing Patients and Physician- HIV/AIDS Patient Relationship *BHL* 2017; 1(1): 57-63
66. Oskouie¹, FarzanehKashefi², ForoughRafii¹, Mohammad Mehdi Gouya. Qualitative study of HIV related stigma and discrimination: What women say in Iran. *Electronic Physician* July2017, Volume:9, Issue:7, Pages:4718-4724, DOI:http://dx.doi.org/10.19082/4718
67. Haghdooost A.A., Rafieeyan Rad A, et.al, 2014. Study on Knowledge, attitude and practice about HIV and amphetamine like amphetanmine (2013-2014) Regional Knowledge Hub for HIV/AIDS Surveillance at Kerman University of Medical Sciences, UNAIDS- Iran, 2009, project report.
68. حمیرا فلاحی و دیگران . بررسی انگ و تبعیض نسبت به بیماران مبتلا به اچ ای وی/عفونت ایدز از دیدگاه افراد جامعه، . 1395 . منتشر نشده.
69. گزارش اولیه دیده بانی سلامت کشور، مطالعه شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت سیمای سلامت و جمعیت در ایران در سال - 1394 منتشر نشده) .
70. جایزه روبان قرمز دسترسی در سایت زیر:
- http://www.redribbonaward.org/index.php?option=com_content&view=article&id=481&Itemid=331#WMum6alZPdc
71. دومین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران . (1388-1386) اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی . اسفند. 1389
72. سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران . (1393-1389) اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی . اسفند. 1389
73. Mohammad Mehdi GOUYA 1 , *Katayoun TAYERI 2 , Hossein AKBARI 3 , Farshid REZAEI 3 , Peyman HEMMATI 3 , Mahmood SOROUSH. Influenza Vaccination in Identified People Living with HIV/AIDS and Health Care Providers of Triangular Clinics in Iran, 2015-2016 . *J Public Health*, Vol. 47, No.2, Feb 2018, pp.297-298.
74. مینا سعید نژاد . بررسی میزان شیوع سیفیلیس در بیماران HIV مثبت در مراکز مشاوره ای بیماری های رفتاری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران در شهر تهران سال . 92 - 87 گزارش تز دکترای حرفه ای .