



جمهوری اسلامی ایران

شورای عالی برنامه‌ریزی کشوری پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز و کنترل آن

گزارش جمهوری اسلامی ایران

درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی

سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز

دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دی ماه ۱۳۸۶

اعضای کار گروه تهیه گزارش (بر اساس حروف الفبا)

خانم زهرا اصفهانی، کارشناس کمیته کنترل ایدز سازمان بهزیستی کشور

دکتر سید رامین رادفر، مدیر اجرایی یکی از تشکل های مردم نهاد (NGO) که در زمینه اچ آی وی و ایدز فعالیت می کنند

دکتر مریم سرگلزایی مقدم، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر عباس صداقت، رئیس اداره کنترل ایدز - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر رامین علاسوند، کارشناس اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان ها و اقدامات تامینی و تربیتی کشور

دکتر بهنام فرهودی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی ایران (هماهنگ کننده کار گروه)

دکتر علی فیض زاده، کارشناس پایش و ارزشیابی برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران

آقای علیرضا کاووسی، مدیر عامل یکی از تشکل های مردم نهاد (NGO) که در زمینه اچ آی وی و ایدز فعالیت می کنند

آقای امیر مرادی، مدیر عامل یکی از تشکل های مردم نهاد (NGO) که در زمینه اچ آی وی و ایدز فعالیت می کنند

دکتر سودابه نمازی، کارشناس مسئول اداره پیشگیری از سوء مصرف مواد - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر علی یونس پور عیسی لو، پزشک عمومی

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه افراد حقیقی و حقوقی که در تدوین این گزارش مشارکت داشته‌اند، تشکر می‌گردد. افرادی که در تهیه این گزارش هر یک به طریقی مشارکت داشته‌اند (در زمینه‌های جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات، کمک‌های فنی و تکنیکی، بازبینی متن نهایی و/ یا شرکت در جلسه اجماع نهایی نمودن این گزارش) به ترتیب حروف الفبا عبارتند از:

دکتر آرمن اسکندری، پزشک عمومی

خانم زهرا اصفهانی، کارشناس کمیته کنترل ایدز سازمان بهزیستی کشور (عضو کارگروه تهیه کننده گزارش)

دکتر مجید اکبری، کارشناس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

خانم ندا جامه‌گرمی، مسوؤل امور اداری دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران

دکتر سید رامین رادفر، مدیر اجرایی موسسه سلامت و فرهنگ (عضو کارگروه تهیه کننده گزارش)

دکتر مجید رضازاده، رئیس کمیته کنترل ایدز سازمان بهزیستی کشور

دکتر امید زمانی، کارشناس صندوق کودکان ملل متحد (یونیسف) در ایران

دکتر حمیدرضا ستایش، هماهنگ کننده کشوری برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران

دکتر مریم سرگلزایی مقدم، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (عضو کارگروه تهیه کننده

گزارش)

دکتر محمد باقر صابری زفرقندی، مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر مجتبی صحت، دستیار همه گیرشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران

دکتر عباس صداقت، رئیس اداره کنترل ایدز- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (عضو کارگروه تهیه کننده گزارش)

دکتر سعید صفاتیان، مدیرکل امور درمان و بازتوانی ستاد مبارزه با مواد مخدر

دکتر حسن صفاریه، معاون بهداشت اداره کل بهداشت و درمان جمعیت هلال احمر

دکتر علی طالبیان، معاون فنی کنترل کیفی سازمان انتقال خون

دکتر رامین علاسوند، کارشناس اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور (عضو کارگروه تهیه کننده گزارش)

دکتر مرضیه فرنیاء، مدیر کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور

دکتر بهنام فرهودی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی ایران (هماهنگ کننده کارگروه تهیه کننده گزارش)

دکتر علی فیض زاده، مدیر پایش و ارزشیابی برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران (عضو کارگروه تهیه کننده گزارش)

دکتر جواد کاکوئی، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آقای علیرضا کاووسی، مدیر عامل انجمن همدلان خاموش شیراز (عضو کارگروه تهیه کننده گزارش)

دکتر کیانوش کمالی، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر محمد مهدی گویا، رئیس مرکز مدیریت بیماریها - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

دکتر نرگس محمد رضایی، کارشناس دفتر صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (گلوبال فاونڈ)

امیر رضا مرادی، مدیرعامل سازمان غیردولتی زندگی مثبت ایرانیان (عضو کارگروه تهیه کننده گزارش)

خانم خیرالسادات مستخدمین حسینی، کارشناس پیش‌گیری از ایدز وزارت آموزش و پرورش

دکتر میترا معتمدی، کارشناس دفتر سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران

دکتر مهشید ناصحی، رئیس اداره کنترل سل و جذام - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر هنگامه نامداری تبار، عضو کمیته کشوری پایش و ارزشیابی ایدز

دکتر محمد نفریه، معاون امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

دکتر علیرضا نوروزی، کارشناس اداره پیش‌گیری و درمان سوء مصرف مواد - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر علیرضا وثیق، مدیر برنامه صندوق جمعیت ملل متحد در جمهوری اسلامی ایران

دکتر علی یونس پور، پزشک عمومی

و کارشناسان ایدز دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور که در این امر دخیل بوده‌اند.

دستگاهها، سازمانها و نهادهایی که در این گزارش از اطلاعات و نظرات آنها سود جسته شده به ترتیب حروف

الفبا عبارتند از:

جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران
دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور
دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران
دفتر صندوق جمعیت ملل متحد در جمهوری اسلامی ایران
سازمان انتقال خون
سازمان بهزیستی کشور
سازمان زندانها و اقدامات تامینی و تربیتی کشور
سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
سازمان ملی جوانان
سازمانهای غیر دولتی فعال در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز
ستاد مبارزه با مواد مخدر
مرکز تحقیقات ایدز ایران
مرکز ملی تحقیقات اعتیاد
وزارت آموزش و پرورش - دفتر سلامت و تندرستی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره پیش‌گیری و درمان سوءمصرف مواد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره کنترل ایدز

صفحه	عنوان
۳	اعضای کارگروه تهیه گزارش
۴	تقدیر و تشکر
۷	فهرست
۹	اختصارات
۱۱	مقدمه
۱۳	روش شناسی تهیه گزارش
۱۵	وضعیت در یک نگاه
۱۹	نگاه کلی به همه گیری اچ‌آی‌وی وایدز در ایران
۲۳	پاسخ ملی به همه گیری اچ‌آی‌وی وایدز
۲۳	الف) شاخص‌های مربوط به تعهد و اقدام ملی
۲۴	۱. اعتبارات ملی و بین‌المللی هزینه شده
۲۸	۲. شاخص ترکیبی سیاست ملی
۳۴	ب) شاخص‌های مربوط به برنامه‌های ملی
۳۵	۳. سلامت خون
۳۸	۴. درمان اچ‌آی‌وی
۴۲	۵. پیشگیری انتقال از مادر به کودک
۴۵	۶. درمان هم‌زمان سل و اچ‌آی‌وی
۴۸	۷. آزمایش اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی
۵۰	۸. آزمایش اچ‌آی‌وی در در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر
۵۴	۹. برنامه‌های پیش‌گیری در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر
۵۹	۱۰. آموزش مهارت محور اچ‌آی‌وی در مدارس
۶۲	ج) شاخص‌های مربوط به رفتار و آگاهی
۶۳	۱۱. آگاهی جوانان در خصوص پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی
۶۶	۱۲. آگاهی در خصوص پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر
۷۲	۱۳. ارتباط جنسی جوانان قبل از ۱۵ سالگی
۷۵	۱۴. ارتباط جنسی پرخطر در جوانان

۷۷	۱۵. استفاده از کاندوم در ارتباط‌های جنسی پرخطر در جوانان
۸۰	۱۶. مصرف کاندوم در تن‌فروشان
۸۲	۱۷. استفاده از کاندوم در مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند
۸۴	۱۸. استفاده از کاندوم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
۸۷	۱۹. استفاده از روش‌های تزریق ایمن در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
۹۱	(د) شاخص‌های مربوط به پیامد
۹۲	۲۰. کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی
۹۴	۲۱. کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خط
۹۷	۲۲. بقا با درمان اچ‌آی‌وی
۱۰۰	بهترین تجربه
۱۰۱	چالش‌ها و راه‌کارها
۱۰۴	حمایت مورد نیاز از طرف‌های توسعه کشور
۱۰۵	وضعیت پایش و ارزشیابی
۱۰۶	منابع

اختصارات و واژه شناسی

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	ایدز (نشانگان نقص ایمنی اکتسابی)
ART	Antiretroviral Therapy	درمان ضد رترو ویروسی
CCM	Country Coordinating Mechanism	سازوکار هماهنگی کشوری
CSW	Sex Worker	تن فروش
DIC	Drop in Center	مرکز گذری
HIV	Human Immunodeficiency Virus	اچ‌آی‌وی - ویروس نقص ایمنی انسانی
IDU	Injecting Drug User	مصرف کننده تزریقی مواد مخدر
MSM	Men who have Sex with Men	مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند
NGO	Non- governmental Organization	سازمان‌های غیر دولتی (مردم نهاد)
PEP	Post-exposure prophylaxis	پیشگیری پس از مواجهه
PLHIV	People living with HIV	افرادى که با اچ‌آی‌وی زندگی می کنند
RDS	Respondent Driven Sampling	نمونه گیری مبتنی بر پاسخ دهنده
STI	Sexually Transmitted Infection	بیماری های آمیزشی
VCT	Voluntary Counselling and Testing	مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and 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 امروزه با مرحله حساسی از همه گیری اچ‌آی‌وی مواجه است. زیرا طی دهه گذشته شیوع روز افزون اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، کشور را از مرحله با شیوع اندک به مرحله متمرکز رسانده و نگرانی‌های جدی در خصوص افزایش شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و همچنین در سایر گروه‌های جمعیتی دارای رفتارهای پرخطر ایجاد کرده است. هر چند با جلب حمایت سیاست‌گذاران و اتخاذ تصمیمات کلیدی در امر کاهش آسیب، فعالیت‌های بسیار مفیدی در زمینه ارائه و گسترش خدمات اچ‌آی‌وی و ایدز در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و زندانیان صورت گرفته است، ولی به نظر می‌رسد علیرغم اقدامات فوق‌ارتقاء کیفی و کمی این خدمات و گسترش آنها به سایر گروه‌های در معرض بیشترین خطر و افرادی که ممکن است با آنها رابطه جنسی داشته باشند، اهمیتی حیاتی در این برهه از زمان دارد. همچنین در جامعه ایران زمینه‌های قوی مذهبی وجود دارد و آحاد مردم برای خانواده ارزش بسیاری قائل هستند، که اگر از آنها بدرستی استفاده شود می‌تواند در پیشگیری از گسترش همه‌گیری بسیار ارزشمند باشد. این گزارش که مهمترین گزارش کشوری در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز محسوب می‌شود، ضمن ارائه شاخص‌های مرتبط با اعلانیه تعهد، نمایی کلی از همه‌گیری اچ‌آی‌وی را در ایران ارائه می‌دهد. اعلانیه تعهد بیانیه‌ای است که بر اساس آن جمهوری اسلامی ایران به همراه ۱۸۸ کشور دیگر عضو سازمان ملل متحد در خرداد سال ۱۳۸۰ (ژوئن ۲۰۰۱) متعهد به کنترل و پیشگیری اچ‌آی‌وی و ایدز گشتند. در سال ۱۳۸۵ این کشورها در نشست دیگری ضمن تاکید مجدد بر تعهد قبلی، بر دامنه این تعهد افزودند. شاخص‌های مرتبط با این اعلانیه به چهار علت اهمیت دارند: اول آنکه شاخص‌های این گزارش اهمیتی حیاتی در ارزیابی کارایی پاسخ کشوری به همه‌گیری دارند و ما را در ارزیابی کارایی آن یاری می‌کند، دوم آنکه مبنایی برای مقایسه روند همه‌گیری، خدمات مرتبط با آن و آثار این خدمات است، سوم آنکه میزان پایبندی کشورها را به تعهداتشان در قبال این اعلانیه نشان می‌دهد و چهارم آنکه جایگاه کشورها را در پاسخ جهانی به اچ‌آی‌وی و ایدز در میان سایر اعضا مشخص می‌نماید. این دومین بار است که شاخص‌های مرتبط با پیش اعلانیه تعهد در جمهوری اسلامی ایران در قالب دستورالعمل UNAIDS تهیه و ارائه می‌شود. اولین گزارش در سال ۱۳۸۴ منتشر شد و علیرغم کاستی‌های بسیار، به طور مکرر در هنگام تدوین دومین برنامه استراتژیک بکار گرفته شد. گزارش دوم علیرغم کاستی‌هایی که دارد، حاوی اطلاعات بیشتر و بسیار ارزشمندی است که با تلاش صدها تن از همکاران ما در همه نقاط کشور تولید و سپس جمع‌آوری و تحلیل شده است. امید می‌رود که این گزارش، گامی در جهت بهبود برنامه‌ریزی برای کنترل اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران باشد. با این وجود قطعاً این گزارش کاستی‌هایی دارد و تهیه‌کنندگان آن از هر گونه نظر پیشنهادی یا انتقادی، صمیمانه استقبال می‌کنند.

روش شناسی تهیه گزارش

ساختار تهیه‌کننده گزارش: برای تهیه دومین گزارش کشوری پایش اعلانیه تعهد در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز" از تابستان ۱۳۸۶ توسط کمیته کشوری پایش و ارزشیابی اچ‌آی‌وی و ایدز مقدمات تشکیل یک تیم مرکزی شامل اعضای از شرکای برنامه کنترل اچ‌آی‌وی، فراهم گردید. این تیم شامل اعضای از بخشهای دولتی مانند وزارت بهداشت، سازمان زندان‌ها و اقدامات تامینی و تربیتی کشور، و سازمان بهزیستی کشور، دانشگاه‌ها، دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران و افرادی از مبتلایان به اچ‌آی‌وی و سازمان‌های غیر دولتی بود که فعالیت خود را از مهر ماه سال جاری آغاز نمود.

۱. نحوه جمع‌آوری داده‌ها: این تیم شاخص‌های گزارش را بر اساس نحوه محاسبه به پنج گروه تقسیم نمود:

- گروهی که داده‌های مورد نیاز برای محاسبه آنها از طریق پایش برنامه‌های کشوری بدست می‌آیند،
- گروهی که از طریق دیده‌وری‌های رفتاری دردست انجام بدست می‌آیند،
- گروهی که از طریق دیده‌وری‌های بیولوژیک دردست انجام بدست می‌آیند،
- گروهی که از طریق مصاحبه با افراد کلیدی بدست می‌آیند و
- گروهی که باید از طریق دیده‌وری‌های رفتاری و/یا بیولوژیک بدست آیند، اما با توجه به عدم وجود دیده‌وری‌های ملی برای محاسبه آنها، به ناچار باید از مطالعات پراکنده‌ای که در زمینه آنها انجام شده برای ایجاد تصویری کلی استفاده شود.

برای دستیابی به داده‌های مرتبط با پایش فعالیت‌های برنامه‌های کشوری، مکاتبات وسیعی با دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های دولتی (ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان زندان‌ها و اقدامات تامینی و تربیتی کشور، سازمان بهزیستی، سازمان هلال احمر، سازمان انتقال خون، وزارت آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیما، نهادهای نظامی و برخی ادارات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل اداره پیش‌گیری و درمان سوء‌مصرف) صورت گرفت. داده‌های موجود در مرکز مدیریت بیماری‌ها نیز استخراج شد. همچنین برای تکمیل و کنترل برخی از داده‌ها، مصاحبه‌های لازم با کارشناسان امر انجام گرفت و داده‌های بدست آمده از منابع مختلف با یکدیگر مقایسه و نهایی شد.

برای دستیابی به داده‌های دیده‌وری رفتاری و/یا بیولوژیک - که اغلب پروژه آنها یا مستقیماً به سفارش مرکز مدیریت بیماری‌ها یا در ارتباط نزدیک با این مرکز تهیه شده- با محققین اصلی آنها هماهنگی‌های لازم برای دستیابی به داده‌ها یا تسریع در پیشبرد پروژه و اعلام نتایج صورت گرفت.

مطالعات موجود، براساس جستجو در بانک‌های اطلاعاتی خارجی و داخلی، تماس با دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و سازمان‌های مرتبط با برنامه اچ‌آی‌وی و ایدز و افراد کلیدی بدست آمد. مطالعاتی که یافته‌های آنها برای تهیه گزارش مفید به نظر می‌آمد، مشخص گردید و تلاش شد تا با تماس مستقیم با محقق اصلی آنها، داده‌های این مطالعات به نحو بهتری برای محاسبه شاخص‌ها بکار روند.

برای تدوین شاخص دوم (ضریب ترکیبی سیاست ملی)، پس از انتخاب افراد کلیدی از دستگاه‌های دولتی، غیردولتی و بیماران، با آنها بر پایه پرسشنامه مندرج در دستورالعمل UNAIDS مصاحبه شد.

۲. طبقه بندی، تخلیص و تحلیل داده‌ها: کلیه مطالعات یافت شده، بررسی و داده‌های مرتبط با شاخص‌های اعلانیه تعهد از آنها استخراج، تخلیص و طبقه‌بندی شد و پس از مقایسه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای ارائه شاخص‌های مرتبط بصورت توصیفی بکار گرفته شد.

۳. نحوه نهایی کردن گزارش: با توجه به ارتباط بسیاری از شاخص‌های مرتبط با همه‌گیری اچ‌آی‌وی با برخی از رفتارهای پنهان در گروهی از آحاد جامعه و بعضی از گروه‌های جمعیتی پنهان از دید سیستم‌های رسمی، مطالعات در زمینه آنها دشواری‌های فراوانی دارد و مطالعات مختلف، حتی با متدولوژی‌های یکسان الزاما به نتایج یکسان نمی‌انجامد. از سوی دیگر ما برای برنامه‌ریزی‌های خود قطعا به محاسبه این شاخص‌ها بگونه‌ای که اکثریت ذی نفعان برنامه آن را بپذیرند، نیاز داریم. لذا پس از تهیه گزارش اولیه نسخه‌ای از آن برای تعدادی از اشخاص حقوقی و حقیقی کلیدی مرتبط با همه‌گیری اچ‌آی‌وی و ایدز در ایران ارسال شد. نسخه نهائی پس از بحث و گفتگو درباره گزارش اولیه و اعمال اصلاحات لازم در جلسه‌ای که به همین منظور برگزار گردید، تهیه شد.

وضعیت در یک نگاه

شاخص‌های مربوط به تعهد و عمل ملی		
عنوان شاخص	تعریف شاخص	مقدار شاخص
۱. هزینه ایدز	مقدار اعتبارات ملی و بین‌المللی که در سطح کشور هزینه گردیده‌است	جمع کل اعتبارات ملی : ۲۷۵,۶۳۶,۶۷۶ هزار ریال در سال ۱۳۸۵ جمع کل اعتبارات بین‌المللی ۲۸,۰۵۱,۲۳۳ هزار ریال در سال ۱۳۸۵
۲. سیاست‌های دولت در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز	ضریب ترکیبی سیاست ملی	به متن رجوع شود
شاخص‌های مربوط به برنامه‌های ملی		
۳. شاخص سلامت خون	درصدی از واحدهای خون اهدایی که با روشی که تضمین کیفیت مشخصی دارد و دارای نظارت خارج از آزمایشگاه از نظر اچ‌آی‌وی غربال‌گری شده‌است	۱۰۰٪ در سال ۱۳۸۵ (از ۱,۶۹۱,۳۱۹ مورد خون دهی) منبع: آمارهای سازمان انتقال خون
۴. شاخص درمان اچ‌آی‌وی	درصدی از بالغین و کودکان با عفونت پیش‌رفته‌ی اچ‌آی‌وی که درمان ضد‌رتروویروسی می‌گیرند	۹/۵٪ در شهریور ۱۳۸۶، براساس موارد زیر: - تعداد افراد تحت درمان ضد‌رتروویروسی، ۸۲۹ نفر - تخمین تعداد مبتلایان به عفونت پیش‌رفته HIV، ۸۷۳۰ نفر منبع: سازمان‌های ارایه دهنده درمان ترکیبی ضد‌رتروویروسی و تخمین تعداد مبتلایان
۵. شاخص پیشگیری انتقال از مادر به کودک	درصدی از زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی که برای کاهش خطر انتقال مادر به کودک داروهای ضد‌رتروویروسی دریافت می‌کنند	۱۰/۰٪ در سال ۱۳۸۵، براساس موارد زیر: - تعداد مادران بارداری که برای پیش‌گیری از انتقال از مادر به فرزند تحت درمان ضد رتروویروسی بوده‌اند، ۲۲ نفر - تخمین مادران باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی ۲۲۰ نفر در همان سال منبع: آمار اداره ثبت احوال و اداره

سلامت مادر و کودک، دیده‌وری‌های مرکز مدیریت بیماری‌ها		
۲۰٪ از شهریور ۱۳۸۵ تا شهریور ۱۳۸۶ براساس موارد زیر: - تعداد ۵۲ نفر تحت درمان هم‌زمان سل و اچ‌آی‌وی قرار گرفته‌اند تخمین مبتلایان به اچ‌آی‌وی که سل هم داشته‌اند ۲۶۰ نفر	درصدی از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی که دچار بیماری سل شده‌اند و برای سل و اچ‌آی‌وی تحت درمان قرار می‌گیرند	۶. شاخص درمان هم‌زمان سل و اچ‌آی‌وی
با توجه به عدم وجود هیچ گونه مطالعه‌ای که سوالات فوق در آن بررسی شده باشد، محاسبه این شاخص امکان پذیر نیست.	درصدی از زنان و مردان ۱۵ تا ۴۹ ساله که طی دوازده ماه اخیر آزمایش اچ‌آی‌وی داده‌اند و نتیجه‌ی آن را می‌دانند	۷. آزمایش اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی
۱. مصرف‌کنندگان تزریقی در سال ۱۳۸۶: ۲۲/۹٪ (۷۰۲ نفر از ۳۰۶۰ نفر) ۲. زنان تن فروش در تهران در سال ۱۳۸۶: ۲۰/۴٪ (۵۷ نفر از ۲۸۰ نفر) ۳. در مورد MSM اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود)	درصدی از افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر که طی دوازده ماه اخیر آزمایش اچ‌آی‌وی داده‌اند و نتیجه‌ی آن را می‌دانند	۸. آزمایش اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر
اطلاعات موجود برای محاسبه کامل شاخص موجود نیست (به متن رجوع شود)	درصدی از افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر که با برنامه‌های پیش‌گیری در ارتباط هستند	۹. برنامه‌های پیش‌گیری در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر
صفر در صد در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۶ (برخی از انواع آموزشها ارائه می‌شود که شرح آنها در متن آمده)	درصد مدرسی که در سال تحصیلی گذشته آموزش مهارت محور اچ‌آی‌وی ارائه داده‌اند	۱۰. آموزش مهارت محور اچ‌آی‌وی در مدارس
شاخص‌های مربوط به رفتار و آگاهی		
برای هر پنج سوال اطلاعات موجود نیست، ولی برای هریک از سوالات اطلاعاتی وجود دارد که شرح آنها در متن آمده‌است.	درصدی از زنان و مردان ۱۵ تا ۲۴ ساله که هم روش‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص می‌دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد می‌کنند	۱۱. آگاهی جوانان در خصوص پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی
مصرف‌کنندگان تزریقی در سال ۱۳۸۶:	درصدی از افراد متعلق به جمعیت‌های	۱۲. آگاهی در خصوص پیش‌گیری از

<p>۲۳/۷٪ آگاهی کامل داشته‌اند (۷۲۸ نفر از ۳۰۶۰ نفر) ۲. زنان تن فروش در تهران در سال ۱۳۸۶ ۷/۹٪ آگاهی کامل داشته‌اند (۲۲ نفر از ۲۸۰ نفر) ۳. در مورد MSM اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود)</p>	<p>در معرض بیش‌ترین خطر که هم روش‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی را به‌درستی تشخیص می‌دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ‌آی‌وی را رد می‌کنند</p>	<p>اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر</p>
<p>بر اساس یک مطالعه در سطح ۷ استان کشور در نیمه دوم سال ۱۳۸۴: ۱۵/۹٪ مردان مجرد (۱۷۷ نفر از ۱۱۱۴ نفر) و ۴/۵٪ زنان مجرد (۵۳ نفر از ۱۱۸۸ نفر) پیش از ۱۹ سالگی آمیزش جنسی داشته‌اند</p>	<p>درصدی از زنان و مردان ۱۵ تا ۲۴ ساله که قبل از ۱۵ سالگی آمیزش جنسی داشته‌اند</p>	<p>۱۳. ارتباط جنسی جوانان قبل از ۱۵ سالگی</p>
<p>اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود)</p>	<p>درصدی از زنان و مردان ۱۵ تا ۴۹ ساله که طی ۱۲ ماه اخیر با بیش از یک شریک آمیزش جنسی داشته‌اند</p>	<p>۱۴. ارتباط جنسی پرخطر در جوانان</p>
<p>اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود)</p>	<p>درصدی از زنان و مردان ۱۵ تا ۴۹ ساله که طی ۱۲ ماه گذشته بیش از یک شریک جنسی داشته‌اند و در آخرین آمیزش جنسی از کاندوم استفاده کرده‌اند</p>	<p>۱۵. استفاده از کاندوم در ارتباط‌های جنسی پرخطر در جوانان</p>
<p>در یک مطالعه در سطح شهر تهران در سال ۱۳۸۶: ۱۰/۵۵٪ (۱۵۴ نفر از ۲۸۰ نفر)</p>	<p>درصدی از زنان و مردان تن‌فروش که در آمیزش جنسی با آخرین مشتری خود از کاندوم استفاده کرده‌اند</p>	<p>۱۶. مصرف کاندوم در تن‌فروشان</p>
<p>اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود)</p>	<p>درصدی از مردان که در آخرین آمیزش جنسی با شریک جنسی مرد از کاندوم استفاده کرده‌اند</p>	<p>۱۷. استفاده از کاندوم در مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند</p>
<p>در سطح کشور در سال ۱۳۸۶: ۳۲/۸٪ (۵۱۹ نفر از ۱۵۸۲ نفر)</p>	<p>درصدی از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که در آخرین آمیزش جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند</p>	<p>۱۸. استفاده از کاندوم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد</p>
<p>در سطح کشور در سال ۱۳۸۶: ۷۴/۵٪ (۱۵۱۶ نفر از ۲۰۳۶ نفر)</p>	<p>درصدی از مصرف‌کنندگان تزریقی که در آخرین</p>	<p>۱۹. استفاده از روش‌های تزریق</p>

	نوبت تزریق از لوازم تزریق ایمن استفاده کرده‌اند	ایمن در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
شاخص‌های مربوط به پی‌آمد		
براساس دیده‌وری‌ها در کلینیک‌های مراقبت زنان باردار تا سال ۱۳۸۵ صفر در صد	درصدی از جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند	۲۰. کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی:
<p>۱. مصرف‌کنندگان تزریقی در سال ۱۳۸۶: در سطح کشور ۱۸/۸٪ (۳۱۸ نفر از ۱۶۹۳ نفر) و در شهر تهران ۱۲/۳٪ (۱۸ نفر از ۱۴۹ نفر)</p> <p>۲. زنان تن فروش اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود)</p> <p>۳. در مورد MSM اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود)</p>	درصدی از افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند	۲۱. کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر
۷۷/۸٪ (در شهریور ۱۳۸۶، ۲۷۷ نفر از ۳۵۶ نفر که در فاصله شهریور ۱۳۸۴ تا شهریور ۱۳۸۵ برای آنها درمان ضد رتروویروسی شروع شده، زنده و تحت درمان بوده‌اند)	درصدی از افراد بالغ و کودکان با اچ‌آی‌وی که ۱۲ ماه پس از شروع درمان ضد رتروویروسی به درمان ادامه می‌دهند	۲۲. شاخص بقا با درمان اچ‌آی‌وی

نگاهی کلی به همه‌گیری اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران

ر این قسمت وضعیت کلی همه‌گیری اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران در دوره زمانی ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ براساس داده‌های حاصل از سیستم ثبت موارد شناخته شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، داده‌های پایگاه‌های دیده‌وری و سایر بررسی‌های انجام شده، ارائه می‌گردد.

داده‌های سیستم ثبت موارد شناخته شده: بر اساس سیستم ثبت موارد شناخته شده در اداره کنترل ایدز (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، اولین مورد ابتلا به اچ‌آی‌وی در ایران در سال ۱۳۶۵ گزارش شد. از آن پس تا سال ۱۳۷۴ در گزارش‌های سالیانه، موارد شناخته شده افزایشی اندک و تدریجی داشت. در سال ۱۳۷۴ با شناسایی همه‌گیری در برخی از زندان‌های کشور، موارد شناخته شده به یکباره افزایش چشمگیر یافت و این سیر صعودی تا سال ۱۳۸۳ ادامه یافت و در آن سال کل موارد شناخته شده در طی یک سال به حداکثر رسید و سپس طی دو سال بعدی تعداد کل موارد شناخته شده روندی کاهش یابنده داشته‌است^(۱). باید در نظر داشت که سیستم ثبت موارد شناسایی شده، در سال ۱۳۸۳ بازبینی شده، فرمهای گزارش‌گیری در این سال تغییر کرده و تعدادی از مواردی که قبلاً شناسایی ولی گزارش نشده بودند، در این سال گزارش گردیده‌اند^(۲). لذا در تفسیر تغییرات منحنی موارد سالیانه شناسایی شده بر اساس داده‌های سیستم ثبت، باید بسیار محتاط بود.

اولین مورد انتقال اچ‌آی‌وی از راه مصرف تزریقی مواد در سال ۱۳۷۱ شناسایی شد و تا سال ۱۳۷۴، هر ساله تنها حدود ۵ مورد جدید انتقال اچ‌آی‌وی از این راه شناسایی گردید. ولی با وقوع همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، انتقال از راه مصرف تزریقی مواد طی سال ۱۳۷۴ به میزان ۳۰ برابر نسبت به سال قبل از آن افزایش یافت و برای اولین بار بعنوان شایع ترین راه انتقال مطرح گردید و پس از آن تعداد موارد ثبت شده‌ی انتقال از راه تزریق تاکنون بطور مداوم افزایش یافته و در سالهای بعد نیز بعنوان شایع ترین راه انتقال باقی مانده‌است^(۱). طبق آخرین آمار منتشره تا تاریخ ۸۶/۷/۱ مجموعاً ۱۶,۰۹۰ نفر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در کشور شناسایی شده‌اند^(۳) که از این تعداد ۶۶/۷٪ از موارد ابتلا به علت مصرف تزریقی مواد، ۷/۵٪ به علت رابطه جنسی، ۰/۵٪ از راه مادر به کودک و ۱/۵٪ به علت دریافت فرآورده‌های خونی بوده و راه انتقال در ۲۳/۷٪ از مبتلایان نامشخص بوده‌است^(۳). هر چند سهم راه انتقال جنسی در موارد شناسایی شده طی چند سال گذشته بطور نسبی ثابت مانده و در کل موارد گزارش شده در هر سال در حدود ۵ الی ۸ درصد بوده ولی عدد مطلق آن بطور مداوم افزایش یافته‌است و از ۵۰ نفر در سال ۱۳۷۹ به حدود سه برابر سال در ۱۳۸۵ رسیده‌است^(۱). همچنین سهم راه انتقال ناشناخته نیز در موارد شناسایی شده در چند سال گذشته افزایش یافته و از ۸/۲٪ در سال ۱۳۷۷ به ۲۳/۷٪ در سال ۱۳۸۵ رسیده‌است^(۱). در این زمینه فرضیه ذیل مطرح است که حداقل بخشی از افزایش موارد با راه انتقال ناشناخته به علت افزایش موارد انتقال جنسی بوده که به علت انگ ناشی از آن عملاً ناشناخته مانده‌است^(۴) و بخشی دیگر ناشی از افزودن

موارد شناسایی شده در دیده‌وری‌ها به سیستم ثبت موارد شناخته شده‌است که در این موارد نیز به علت روش انجام دیده‌وری، راه انتقال ناشناس می‌ماند. از کل موارد شناسایی شده، ۱۱۲۲ نفر در مرحله ایدز بسر می‌برند و ۲۱۲۱ نفر نیز فوت کرده‌اند. همچنین تا تاریخ ۸۶/۷/۱ از کل مبتلایان شناسایی شده، ۰/۳٪ در سن ۴ سال و کمتر و ۰/۵٪ بین ۵ تا ۱۴ سال بوده‌اند. سن بیشتر مبتلایان شناسایی شده بین ۲۵ تا ۳۴ سال (۰/۳٪) و سپس ۳۵ تا ۴۴ سال (۰/۳۲٪) بوده‌است^(۳). فقط ۵/۸٪ مبتلایان شناسایی شده زن بوده‌اند^(۳) که می‌تواند ناشی از نقش عمده مصرف تزریقی مواد در همه‌گیری کشور ما و اندک بودن تعداد زنان مصرف‌کننده تزریقی مواد باشد. اما نگرانی‌هایی درباره حساسیت کمتر سیستم شناسایی مثبت موارد اچ‌آی‌وی و ایدز در زنان وجود دارد. از طرفی بروز همه‌گیری در استان‌های مختلف کشور یکسان نبوده و تا تاریخ ۸۴/۷/۱ میانگین میزان بروز سالانه آن برای کل جمعیت برحسب موارد شناسایی شده از ۲/۳ نفر در صد هزار نفر تا ۱۰۳/۶ نفر در صد هزار نفر در استان‌های مختلف متغیر بوده‌است^(۵). بنظر می‌آید این ناهمگونی بعلافت تفاوت در شیوع رفتارهای پرخطر در مناطق مختلف و همچنین تفاوت در میزان ارائه خدمات منجر به شناسایی موارد باشد. حتی در مورد شایع‌ترین راه انتقال در کشور همگونی وجود ندارد یعنی اگر چه در اکثریت مطلق استان‌ها شایع‌ترین راه انتقال تزریقی بوده ولی در یک استان سهم راه انتقال جنسی با راه انتقال تزریقی برابری داشته‌است^(۶).

شیوع اچ‌آی‌وی در گروه‌های مختلف: در مجموع بررسی داده‌های سیستم ثبت موارد، دیده‌وری‌ها و مطالعات منفرد حاکی از آن است که:

۱. شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی پایین است. چنانکه در دیده‌وری‌های زنان باردار در طی این سالها موردی شناسایی نشده‌است^(۶)؛
۲. شیوع عفونت در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در اواخر دهه هفتاد و اوائل دهه هشتاد شمسی رشدی سریع را تجربه نمود و از حد بحرانی ۵٪ گذشت^(۷). اما به نظر می‌آید با گسترش نسبی فعالیت‌های کاهش آسیب در زندان‌ها و در جامعه در اواسط دهه شمسی جاری، از سرعت رشد پرشتاب آن کاسته شد و به اعداد بسیار بالای مشاهده شده در برخی از مناطق دنیای فاقد هر گونه برنامه کاهش آسیب، نرسید؛
۳. شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان نیز الگویی شبیه به آنچه در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ذکر شد، تجربه کرده‌است؛
۴. داده‌های برخی مطالعات پراکنده حاکی از آن است که شیوع اچ‌آی‌وی در زنان تن‌فروشی که مصرف‌کننده تزریقی مواد نیستند، هنوز پایین است و بطور قطع به حد بحرانی ۵٪ نرسیده‌است. برخی گزارشات پراکنده در زنان تن‌فروشی که مصرف‌کننده تزریقی مواد هستند، حاکی از آن است که شیوع اچ‌آی‌وی در این گروه همچون سایر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است^(۸)؛
۵. با وجود آنکه هنوز راه انتقال در اکثریت موارد شناخته شده، راه انتقال تزریقی است ولی در چند سال اخیر سهم نسبی راه انتقال جنسی و تعداد موارد شناسایی شده‌ای که از راه جنسی مبتلا شده‌اند، افزایش یافته^(۶) و این حاکی از آن است که باید توجه ویژه‌ای به برنامه‌های پیشگیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی داشت. درصد بالایی از مردان مصرف‌کننده تزریقی مواد و مردان زندانی، متاهل هستند (۳۰ تا ۵۰٪)^(۹). اگر چه مطالعات شیوع در همسران این دو گروه انجام نشده، ولی اکثر قریب به اتفاق زنانی که تاکنون از راه جنسی به اچ‌آی‌وی مبتلا و شناسایی شده‌اند، همسران این دو گروه بوده‌اند. موارد شناسایی شده در زنان همسر مبتلایان مرد از حدود ۶ مورد در سال ۱۳۸۰ (۰/۵٪ کل مبتلایان شناسایی شده در آن سال) به ۸۱ مورد (۰/۲٪ کل مبتلایان شناسایی شده) در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته‌است^(۶)؛
۶. درباره شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند، مطالعات بسیار محدودند و نمی‌توانند به نتیجه‌گیری قابل‌تعمیم منجر شوند.

تخمین تعداد مبتلایان: همچون سایر کشورها، در ایران نیز موارد شناسایی شده تنها بخشی از کل موارد ابتلاست. اگرچه تخمین تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی و گروه‌های در معرض آن در اکثر کشورهای دنیا با دشواری‌هایی همراه است، ولی این تخمین و همچنین تخمین تعداد مبتلایان در هر یک از گروه‌های جمعیتی که در معرض اچ‌آی‌وی هستند، یکی از شاخص‌هایی است که می‌تواند میزان موفقیت نسبی برنامه‌های پیش‌گیری را نشان دهد و در مشخص نمودن جهت‌گیری سیاست‌های پیش‌گیری با توجه به وسعت هر یک از گروه‌های در معرض خطر، شدت مشکل در هر یک از این گروه‌ها، تغییر وضعیت همه‌گیری در بین آن‌ها و شناسایی نقاط کور برنامه تعیین‌کننده باشد. از سال ۱۳۸۲ تلاش‌هایی برای محاسبه تعداد مبتلایان در کشور صورت گرفته‌است. در این سال با استفاده از نرم‌افزار تخمین تعداد موارد اچ‌آی‌وی، کارشناسان و مدیران برنامه‌ی کشوری ایدز، تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی در کشور را حدود ۳۰ تا ۴۰ هزار نفر برآورد کردند. در سال ۱۳۸۴ بر همین اساس تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی در کشور حدود ۶۰ تا ۷۰ هزار نفر برآورد گردید^(۱۰). پیش‌بینی می‌شود این تعداد در سال جاری بیش از ۸۰,۰۰۰ نفر برآورد گردد که اگر چه نسبت به برآورد قبلی فزونی یافته ولی شیب افزایش بطور قابل توجهی کمتر شده که می‌تواند با موفقیت نسبی برنامه‌های کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد توجیه گردد. با این وجود اگرچه این یافته‌ها امید بخش است ولی در نتیجه‌گیری قطعی باید محتاط بود و ضمن ادامه و گسترش این برنامه‌ها منتظر ارزشیابی‌های بعدی بود. علت این امر آن است که کیفیت و دقت تخمین به دست آمده، وابسته به کیفیت و دقت اطلاعاتی است که از تعداد افراد متعلق به هر گروه و شیوع اچ‌آی‌وی در آن گروه‌ها وجود دارد. لذا طی سال‌ها و با تقویت برنامه‌های نظام مراقبت در بین گروه‌های در معرض خطر، اطلاعات به دست آمده بهبود می‌یابد و در برخی موارد ممکن است با اطلاعات قبلی که در دوره‌های قبلی مورد استفاده قرار گرفته یا تولید شده تفاوت داشته باشد و چنین تفاوت‌هایی لزوماً به معنی تغییر در تعداد افراد گروه‌های در معرض خطر نیست و ممکن است تنها ناشی از کیفیت بهتر اطلاعات جدید باشد.



پاسخ ملی به همه‌گیری اچ‌آی‌وی

الف- شاخص‌های مربوط به تعهد و اقدام ملی

عنوان شاخص اول: اعتبار هزینه شده دولت جمهوری اسلامی ایران و سازمان‌ها و دفاتر بین‌المللی جهت کنترل و پیشگیری از اچ‌آی‌وی و ایدز

هدف شاخص:

- ❖ ترسیم بودجه ملی هزینه شده در جهت کنترل و پیشگیری از اچ‌آی‌وی و ایدز و تجزیه و تحلیل بودجه اچ‌آی‌وی و ایدز
- ❖ ترسیم بودجه بین‌المللی هزینه شده در جهت کنترل و پیشگیری از اچ‌آی‌وی و ایدز و مقایسه آن با بودجه ملی اچ‌آی‌وی و ایدز

تعریف شاخص:

مقدار اعتبارات ملی و بین‌المللی که توسط سازمان‌های مختلف دولتی و دفاتر سازمان ملل و پروژه‌های بین‌المللی در سطح کشور هزینه شده‌است.

ابزار اندازه‌گیری شاخص:

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

ستاد مبارزه با مواد مخدر بعنوان یکی از مهمترین نهادهای کشور در تهیه و تدوین استراتژی کلان دولت در خصوص کنترل مصرف مواد مخدر نسبت به تأمین اعتبار در امر اجرای برنامه‌های کاهش آسیب و توزیع آن بین حوزه‌ها و سازمان‌های مرتبط نقش فعال و کلیدی دارد. ولی به جهت محاسبه دقیق هزینه‌های انجام شده در امر کنترل اچ‌آی‌وی و ممانعت از محاسبه مضاعف اعتبارات تنها از حوزه‌های عملیاتی و هزینه کننده استعلام گردیده، و مراتب با ستاد مذکور مجدداً چک شده‌است.

مقدار شاخص:

بودجه عمومی هزینه شده از سوی دولت جمهوری اسلامی ایران جهت کنترل، پیشگیری، مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی و ایدز از اول فروردین سال ۱۳۸۵ تا ۲۹ اسفند همان سال در سرتاسر کشور مجموعاً ۲۷۵,۶۳۶,۶۷۶ هزارریال و بودجه هزینه شده توسط سازمان‌های بین‌المللی در همین زمینه مجموعاً ۲۸,۰۵۱,۲۳۳ هزارریال بوده که به تفکیک در جدول ۱ ارائه شده‌است.

جدول ۱: هزینه‌های انجام شده در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز در سال ۱۳۸۵ به تفکیک سرفصل ومنشاء هزینه

با منشاء بین المللی (هزار ریال)			با منشاء دولتی (هزار ریال)			هزینه کننده سرفصل هزینه
مجموع	به تفکیک		مجموع	به تفکیک		
	سایر سازمان‌های بین المللی	صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا		سایر سازمان‌ها و ارگان‌های دولتی ^Ω	دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی	
۱۴,۲۹۱,۳۵۸	۳,۴۳۳,۳۴۰	۱۰,۸۵۸,۰۱۸	۱۷۵,۴۸۰,۴۰۵	۱۱۱,۰۲۴,۳۱۰	۶۴,۴۵۶,۰۹۵	پیشگیری ^α
۱۴,۲۹۱,۳۵۸	-----	۳,۰۱۹,۸۳۴	۲۴,۲۵۷,۶۹۵	۱۲,۵۸۶,۲۲۹	۱۱,۶۷۱,۴۶۵	مراقبت و درمان ^β
۶۵۲۱	۶۵۲۱	-----	۶,۳۳۸,۷۰۸	۵,۷۸۷,۶۹۰	۵۵۱,۰۱۸	حمایت اجتماعی ^μ
۶,۵۳۶,۰۸۱	۲,۸۷۷,۹۷۴	۳,۶۵۸,۱۰۷	۳۵,۲۳۶,۰۳۷	۲۰,۶۲۸,۴۵۷	۱۴,۶۰۷,۵۸۰	تقویت مدیریت برنامه ^π
۱,۵۰۰,۰۶۳	۱,۵۰۰,۰۶۳	-----	۳۱,۸۰۹,۰۵۷	۱۵,۸۲۲,۲۲۰	۱۵,۹۸۶,۸۳۷	حقوق کارکنان*
۱,۶۲۱,۳۰۶	۱,۲۳۳,۳۶۰	۳۸۷,۹۴۶	۹۶۱,۸۵۶	۱۶۰,۰۰۰	۸۰۱,۸۵۶	بهبود شرایط جامعه [◇]
۱,۰۷۶,۰۷۰	۱,۰۷۶,۰۷۰	-----	۱,۵۵۲,۹۱۹	۷۲۷,۱۸۶	۸۲۵,۷۳۳	تحقیقات [°]
¥۲۸,۰۵۱,۲۳۳	۱۰,۱۲۷,۳۲۸	۱۷,۹۲۳,۹۰۵	Δ۲۷۵,۶۳۶,۶۷۶	۱۶۶,۷۳۶,۰۹۲	۱۰۸,۹۰۰,۵۸۴	جمع

توضیحات جدول صفحه قبل:

2: شامل سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، سازمان بهزیستی کشور، سازمان انتقال خون، سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، جمعیت هلال احمر و وزارت آموزش و پرورش.

α: اعتبار هزینه شده جهت فعالیتهای مرتبط با پیشگیری شامل آموزش و اطلاع‌رسانی - تولید و پخش فیلم، تیزر، زیرنویس و... چاپ پوستر و پمفلت - برگزاری مراسم روز جهانی، کارگاه، سمینار، همایش، بیلبورد - آموزش به گروه‌های در معرض خطر و پرخطر، جوانان، کلیه برنامه‌های مرتبط با کاهش آسیب شامل توزیع متادون، سرنگ و سوزن، کاندوم - احتیاطات استاندارد و درمان بیماری‌های آمیزشی بوده‌است. حداقل ۱۰۰ میلیارد ریال از این مبالغ در راستای برنامه‌های کاهش آسیب ناشی از مواد بوده که بخش اعظم آن از طریق ستاد مبارزه با مواد مخدر توزیع شده‌است. هزینه‌های مرتبط با پیشگیری و کنترل و درمان بیماری‌های آمیزشی بر اساس تشخیص اتیولوژیک ثبت شده در نظام مراقبت کشور، ۲۶,۷۲۵,۱۶۰ هزار ریال بوده و از مبلغ مذکور معادل ۱۴,۲۸۲,۲۲۰ هزار ریال سهم بیمار (Out of Pocket) و معادل ۱۲,۸۲۹,۲۴۰ هزار ریال سهم بخش دولتی برآورد می‌گردد که فقط بخش دولتی در محاسبه گنجانده شده‌است.

β: هزینه مراقبت از بیماران - پیشگیری و درمان عفونت‌های فرصت طلب - هزینه انجام آزمایشات تخصصی و غیرتخصصی - هزینه‌های مرتبط با بیماران در زمینه بهبود کیفیت زندگی - خدمات دندانپزشکی - حمایت روانی - هزینه‌های مرتبط با پروفیلاکسی پس از مواجهه و پیشگیری انتقال از مادر به کودک، هزینه‌های مربوط به بستری بیماران، ناشی از ایدز در سرویس‌های درمانی (مجموعاً ۱۹,۲۵۷,۶۹۵ هزار ریال) و اعتبار هزینه شده جهت خرید داروهای ضدترتروویروسی معادل ۵,۰۰۰,۰۰۰ هزار ریال.

π: راه‌اندازی پایگاه‌های دیده‌ور - در صورت وجود هزینه مکانیزاسیون ارائه خدمات در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز - هزینه ارتقاء تجهیزات آزمایشگاهی، هزینه راه‌اندازی تمام مراکز از جمله مراکز مشاوره، DIC، آزمایشگاه‌های مرتبط با ایدز - هزینه راه‌اندازی و تجهیز تیم‌های سیار - وسایط نقلیه.

* اعتبار هزینه شده جهت هزینه‌های پرسنلی که در رابطه با ایدز فعالیت می‌کنند، شامل کارمندان ستادی و، پرستاران، پزشکان، مشاورین و سایر قراردادهای پرسنلی در زیر شاخه‌های رسمی - پیمانی - طرحی - قراردادی

μ: اعتبار هزینه شده جهت حمایت از افراد مبتلا و خانواده آنها، شامل هزینه فعالیتهای حمایتی از قبیل پرداخت‌های نقدی و غیرنقدی به بیماران و خانواده‌هایشان و گروه‌های جمعیتی در معرض آسیب و خطر اچ‌آی‌وی

ν: اعتبار هزینه شده جهت جلب نظر سیاستگذاران و تصمیم‌سازان از قبیل نشست، سمینار، بازدید و غیره، راه‌اندازی انجمن‌ها و تشکلهای فعال در امر ایدز

°: اعتبار هزینه شده جهت انجام طرحهای تحقیقاتی در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و احتساب منابع معاونت‌های پژوهشی شامل هزینه اجرای طرح‌های تحقیقاتی مرتبط با اچ‌آی‌وی و ایدز

Δ: مجموع هزینه‌های انجام شده با منشاء دولتی برحسب هزارریال

Σ: مجموع هزینه‌های انجام شده با منشاء بین المللی برحسب هزارریال

تفسیر شاخص:

در سال ۱۳۸۵ تأمین‌کننده اصلی اعتبار جهت اجرای فعالیتهای کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز بودجه عمومی دولت بوده‌است. پروژه صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل، و مالاریا (گلوبال فاند) و دفاتر سازمان ملل اعتباری معادل ۹/۲٪ اعتبارات هزینه شده جهت اجرای فعالیتهای پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در سطح کشور را هزینه نموده‌اند. ۶۳/۷٪ هزینه‌های انجام شده توسط دولت در زمینه پیشگیری بوده‌است. در اعتبار تخصیص یافته برای اجرای فعالیتهای کنترلی اچ‌آی‌وی و ایدز، تمامی گروه‌های جمعیتی، بالخصوص گروه‌های پرخطر و زندانیان مورد توجه قرار گرفته‌اند و در اعتبارات تخصیص یافته محدودیتی از نظر جنس، نژاد، مذهب، شغل و سن مورد نظر قرار نگرفته‌است.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

کل بودجه هزینه شده توسط دولت در سال ۱۳۸۵ نسبت به سال ۱۳۸۳، حدود ۲/۳ برابر شده‌است. بودجه‌های بین المللی بدون احتساب پروژه صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل، و مالاریا (گلوبال فاند) در همین دوره زمانی حدود ۲/۵ برابر گردیده‌است.

چالشها و پیشنهادهای بهبود شاخص:

الف) چالشها:

۱. فقدان ردیفهای بودجهای ویژه برای کنترل اچ‌آی‌وی در برخی از سازمانها مثل سازمان بهزیستی کشور و سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور که برنامه‌ریزی بلند مدت را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

عنوان شاخص دوم: شاخص ترکیبی سیاست ملی (National Composit Policy Index)

این شاخص بر اساس پرسشنامه‌ای که توسط UNAIDS ارائه شده، تنظیم گردیده و در تکمیل فرمهای پرسشنامه از افراد کلیدی در امر کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز مطابق آنچه که در بخش روش کار این گزارش ارائه شده، استفاده گردیده است.

- برنامه استراتژیک کشوری کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی/ایدز:

دومین برنامه استراتژیک کشوری در زمینه کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز با مشارکت بین بخشی در سطح ملی پیش‌بینی و طراحی شده است. این برنامه دوره زمانی ۱۳۸۶-۱۳۸۸ را پوشش می‌دهد^(۱۱). از شش سال قبل یعنی زمان تدوین اولین برنامه استراتژیک کشوری برای کنترل ایدز، به مشارکت چند بخشی توجه شده است^(۱۰). در تدوین این برنامه از مشارکت وزارت آموزش و پرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، سازمان هلال احمر، سازمان انتقال خون، سازمان بهزیستی، صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران، برخی از نهادهای نظامی، سازمان ترمینالها و دفاتر سازمان ملل متحد در جمهوری اسلامی ایران استفاده شده و دبیری تدوین برنامه به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است^(۱۱). برای فعالیت‌های آنها یا در چارچوب برنامه استراتژیک کشوری و یا در چارچوب سازمانی آنها بودجه در نظر گرفته شده است. این برنامه به گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر، مردان و زنان جوان، زنان و دختران و کودکان بی‌سرپرست و آسیب‌پذیر؛ به محیط‌هایی مانند مدارس، محل کار و زندان‌ها؛ موضوعاتی مرتبط با اچ‌آی‌وی مانند فقر، حقوق بشر، درگیر ساختن مبتلایان به اچ‌آی‌وی، انگ و تبعیض ناشی از اچ‌آی‌وی و توانمندسازی زنان توجه کرده است^(۱۱). البته تعیین گروه‌های هدف از طریق نیازسنجی یا آنالیز نیاز صورت نگرفته و از طریق مرور شواهد موجود و اجماع کارشناسان بر اساس این شواهد و تجربه همه‌گیری‌های مشابه صورت گرفته است. گروه‌های جمعیتی هدف در این برنامه عبارتند از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، زندانیان و همسرانشان، مردان و زنان تن‌فروش، کودکان خیابانی، مبتلایان به اچ‌آی‌وی و همسرانشان، مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند، جمعیت‌های متحرک (ملوانان، مسافران به خارج کشور و رانندگان)، مصرف‌کنندگان غیرتزریقی مواد، کارکنان حوزه سلامت، مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی و همسرانشان، دریافت‌کنندگان خون و جوانان^(۱۱). برنامه استراتژیک دارای برنامه عمل با اهداف مشخص، بودجه‌بندی تفصیلی برای کلیه اهداف و منبع مالی معین برای این بودجه بندی بوده است^(۱۱). اما به هنگام تدوین، چارچوب پایش و ارزشیابی نداشته، اگر چه متعاقباً نسبت به تدوین آن اقدام شده است. مداخله و مشارکت کامل جامعه مدنی در مرحله تدوین برنامه استراتژیک در حد کاملی نبوده، چرا که مشارکت‌کنندگان از طرف جامعه مدنی الزام‌نماینده همه آنها و همه بخشهای جامعه مدنی نبوده‌اند. این برنامه مورد تأیید سازمان‌های بین‌المللی بوده است و آنها تلاش کرده‌اند برنامه‌هایشان را با آن هماهنگ کنند. کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب شده است^(۱۲). اگرچه در برنامه چهارم توسعه ذکر از حوزه‌های درمان عفونت‌های فرصت طلب، درمان ضد‌رتروویروسی، مراقبت و حمایت از مبتلایان، مراقبت و حمایت از بیماران و خانواده‌هایشان، کاهش اثرات ایدز، کاهش انگ و تبعیض، کاهش نابرابری درآمد و نابرابری جنسیتی در ارتباط با اچ‌آی‌وی نشده است، و با توجه به میزان شیوع اچ‌آی‌وی در کشور لزومی به اینکار دیده نشده ولی در برنامه استراتژیک به این موضوعات توجه خاص شده است^(۱۱). لزومی به انجام مطالعاتی برای سنجش اثرات اقتصادی اچ‌آی‌وی برای برنامه‌ریزی‌های اقتصادی با توجه به میزان شیوع اچ‌آی‌وی در کشور وجود نداشته ولی دو مطالعه با هدف محاسبه هزینه‌های اقتصادی مستقیم و غیرمستقیم اچ‌آی‌وی و ایدز انجام شده و رو به پایان است^(۱۳ و ۱۴). در برنامه استراتژیک به موضوع پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز در بین نیروهای مسلح پرداخته شده و محور آن برنامه‌های تغییر رفتار بوده است^(۱۱). کشور تلاش نموده به تعهدات اجلاس ویژه سازمان ملل در

زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز برای دسترسی عمومی عمل نماید و برنامه استراتژیک و برنامه عمل آن به این موضوع توجه کرده‌اند و بودجه‌های خود را با توجه به این موضوع تنظیم کرده‌اند. تلاش شده تا تخمین تعداد افراد گروه‌های جمعیتی هدف، روزآمد شود و این کار برای آخرین بار در سال ۱۳۸۴ انجام شده^(۱۰) و برای سال جاری نیز این موضوع در دست اقدام است. تلاش شده تا پوشش ارائه خدمات در زیر گروه‌های جمعیتی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و مبتلایان به اچ‌آی‌وی پایش گردد.

در پایان پیشرفت تلاش برای طراحی استراتژیک در برنامه‌های کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۶ خوب ارزیابی شده‌است. علل آن عبارتند از: ۱. تاکید بیشتر بر جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر، ۲. مشارکت شرکای بیشتر شامل سازمان‌های غیردولتی، ۳. استفاده از اطلاعات بهتر، ۴. تاکید بیشتر بر دسترسی به خدمات ۵. تاکید بیشتر به تولید اطلاعات استراتژیک، ۶. هماهنگی بیشتر بین دستگاه‌های همکار.

- حمایت سیاسی:

مقامات عالی‌رتبه حکومتی به صراحت و در حمایت از برنامه‌های ایدز صحبت می‌کنند. برای هماهنگی و مدیریت بین بخشی در سطح ملی شورای عالی ایدز پیش‌بینی و در سال ۱۳۶۷ تاسیس گردید^(۱۵). تشکیلات این شورا در سال ۱۳۸۱ مورد بازبینی قرار گرفت و با تصویب آئین‌نامه آن در هیات دولت در سال ۱۳۸۲ جایگاه قانونی یافت و "شورای عالی برنامه‌ریزی کشوری پیش‌گیری از عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز و کنترل آن" نامیده شد^(۱۶). برای این شورا ساختار تشکیلاتی شامل شرح وظایف، اعضای مشخص و دبیرخانه پیش‌بینی گردید. در راستای دریافت نظرات جامعه مدنی و نیز افراد مبتلا در تصمیم‌سازی‌ها و برنامه‌ریزی‌ها، امکان حضور نمایندگانی از ایشان بصورت اعضای ناظر در شورا در نظر گرفته شده بود^(۱۶). با این وجود، این شورا از زمان گزارش قبلی جلسات منظم نداشته‌است. متعاقباً در سال ۱۳۸۵ "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی" تشکیل گردید و شورای عالی برنامه‌ریزی ایدز هم‌زمانند کلیه شوراهای مشابه‌ای که در عرصه سلامت سیاست‌گذاری و تصمیم‌سازی می‌نمودند، در این شورا ادغام گردید^(۱۷). در حال حاضر کار گروه کشوری ایدز بعنوان زیرمجموعه شورای عالی سلامت در سطح کشور و کار گروه‌های استانی در مراکز استان‌ها بمنظور ساماندهی امور و اجرایی کردن مصوبات شورای عالی سلامت عمل می‌کنند^(۱۶). در سطح ملی زیرکمیته‌های فنی پنج‌گانه شامل مراقبت و درمان، پایش و ارزشیابی، کاهش آسیب، حمایت اجتماعی و آموزش و اطلاع‌رسانی با بهره‌گیری از کارشناسان فنی و مشاورین علمی مسئولیت بررسی جنبه‌های فنی و پیش‌بینی راه‌کارهایی مداخلاتی را به عهده دارد. از این زیرکمیته‌ها سه زیرکمیته اول فعال و دو مورد بعدی غیر فعال هستند. وظیفه ارتقاء تعامل بین سازمان‌ها و نهادهای مختلف از جمله دولت، افراد مبتلا، بخش خصوصی و جامعه مدنی بعهده کمیته کشوری و زیر کمیته‌های مربوطه و کمیته‌های استانی است. مهمترین موفقیت‌های این تعامل، اجرای برنامه‌ها و پروژه‌های بسیار در زمینه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و مبتلایان به اچ‌آی‌وی و تدوین برنامه‌های استانی با توجه به نیازها و ظرفیت‌ها توسط سازمان‌های غیردولتی بوده‌است. مهمترین چالش در زمینه مشارکت سازمان‌های مدنی در سطح ملی، عدم وجود ساختاری در سطح ملی برای هماهنگی آرایه خدمات اچ‌آی‌وی توسط سازمان‌های جامعه مدنی است. اما تعاملات در سطح استانی قوی‌تر بوده، هرچند در همه استان‌ها نیز فعال نبوده‌است. همچنین همواره مشارکت آنها در همه مراحل وجود ندارد. حدود ۷٪ بودجه‌های ملی ایدز در سال ۱۳۸۵ توسط سازمان‌های جامعه مدنی هزینه شده‌است. کمیته کشوری ایدز و زیرکمیته‌های آن با تعیین و ارائه خدمات و نیازهای دارای اولویت، راهنمایی فنی، کمک در تهیه و سفارش ملزومات مورد نیاز و تلاش برای ظرفیت‌سازی از سازمان‌های جامعه مدنی همکار برنامه حمایت کرده‌اند. در زمینه کاهش آسیب‌های ناشی از مواد، ستاد مبارزه با مواد مخدر بواسطه تلاش برای هماهنگی بین دستگاه‌های مختلف، جذب بودجه‌ها و توزیع آن بین سازمان‌های عمل‌کننده، جلب حمایت سیاست‌گذاران و بهبود قوانین مرتبط با مصرف‌کنندگان مواد نقش قابل توجهی داشته‌است. کشور تلاش نموده تا برخی سیاست‌ها و قوانین مرتبط

با همه‌گیری اچ‌آی‌وی را بازبینی کند. این بازبینی به برخی از تغییرات هم انجامیده که عبارتند از: صدور دو بخشنامه توسط ریاست قوه قضائیه که یکی در مورد عدم ممانعت از فعالیت‌های کاهش آسیب^(۱۸) و دیگری در مورد ممنوعیت فرستادن مصرف‌کنندگان مواد به زندان‌ها بوده^(۱۹)، صدور بخشنامه‌ای توسط معاون رئیس جمهور درباره ممنوعیت آزمایش قبل از استخدام و ممنوعیت اخراج کارکنان به علت ابتلا به اچ‌آی‌وی^(۲۰)، صدور بخشنامه‌ای توسط وزارت آموزش و پرورش درباره اجباری بودن ثبت نام مبتلایان به اچ‌آی‌وی در مدارس^(۲۱)، صدور بخشنامه به کلیه زندان‌های کشور مبنی بر عدم جداسازی زندانیان مبتلا به اچ‌آی‌وی از سایر زندانیان^(۲۲)، پذیرفتن کاهش آسیب به عنوان نوعی درمان و عدم دستگیری مصرف‌کنندگان مواد که تحت پوشش آن هستند^(۲۳)، ممنوعیت آزمایش اچ‌آی‌وی قبل از ازدواج و ممنوعیت انجام آزمایش قبل از صدور روادید^(۲۴).

شایان ذکر است که تصویب سیاست‌های کلان کشور در زمینه اعتیاد و ذکر راهبرد "کاهش آسیب" به عنوان یکی از این سیاست‌ها توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام که به تأیید مقام معظم رهبری رسیده‌است از دستاوردهای مهم و قابل ذکر در این حوزه است^(۲۵).

در پایان پیشرفت حمایت سیاسی از برنامه‌های کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۶ خوب ارزیابی شده‌است. علل آن عبارتند از:

۱. ادامه جلب حمایت (advocacy) در عالیترین سطوح سیاست‌گذاران؛
۲. تسهیل دسترسی به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از راه پیشنهاد و تغییر قوانین؛
۳. پذیرش اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در زندان‌ها و کاهش جمعیت زندان‌ها؛
۴. تسهیل ایفای نقش توسط سازمان‌های جامعه مدنی.

– پیش‌گیری:

در برنامه کشوری، یک استراتژی برای ارائه اطلاعات، آموزش و ارتباط با جمعیت عمومی در زمینه اچ‌آی‌وی وجود دارد^(۱۱) و در راستای آن پیام‌های کلیدی که مروج پرهیزگاری و وفاداری جنسی، پرهیز از تزریق، استفاده از وسایل تزریق تمیز، پذیرش بیشتر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی و تقویت نقش مردان در بهداشت باروری باشد، ارائه می‌شود. برنامه‌هایی برای ارتقای اطلاع‌رسانی و گزارش‌دهی صحیح از طریق رسانه‌ها اجرا شده‌است. و راهبردی نیز برای ارتقای آرایه آموزش‌های بهداشت باروری و سلامت جنسی مرتبط با اچ‌آی‌وی به جوانان وجود دارد. اما آموزش رسمی در زمینه اچ‌آی‌وی در برنامه درسی مدارس ابتدایی و مدارس راهنمایی وجود ندارد. اگرچه آموزش‌هایی در سطح دبیرستان‌ها و تا حدی در مدارس راهنمایی وجود دارد که این آموزش‌ها در سال گذشته نسبت به سال قبل از آن افزایش یافته‌است. این آموزش‌ها برای دختران و پسران یکسان است. مطالب آموزشی توسط وزارت آموزش و پرورش تهیه می‌شود. برای جوانان خارج از مدرسه برنامه‌ای وجود نداشته‌است. استراتژی برای ارتقای آرایه اطلاعات و آموزش و سایر مداخله‌های پیش‌گیرانه به جمعیت‌های پرخطر وجود دارد که برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد شامل آگاهی‌رسانی هدفمند برای کاهش خطرات اچ‌آی‌وی و آموزش آن، کاهش انگ و تبعیض، تبلیغ کاندوم، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی، بهداشت باروری، برنامه‌های سرنگ و سوزن، درمان جایگزین نگهدارنده بوده‌است^(۱۱). برای زندانیان، طی سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ ارائه خدمات پیش‌گیرانه توسط سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور گسترش قابل ملاحظه‌ای یافته و شامل آگاهی‌رسانی هدفمند برای کاهش خطرات اچ‌آی‌وی، کاهش انگ و تبعیض، تبلیغ کاندوم، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی، بهداشت باروری، کاهش آسیب‌پذیری و درمان جایگزین نگهدارنده، سم‌زدایی و روان‌درمانی، دسترسی به تیغ ریش تراشی یکبار مصرف است. برای همسران مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و همسران زندانیان برنامه‌هایی برای آگاهی‌رسانی هدفمند در جهت کاهش خطرات اچ‌آی‌وی و آموزش آن، کاهش انگ و تبعیض، تبلیغ کاندوم، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی، بهداشت باروری، کاهش آسیب‌پذیری وجود

دارد. همچنین برای رانندگان کامیون نیز برنامه‌هایی برای آگاهی‌رسانی هدفمند در جهت کاهش خطرات اچ‌آی‌وی و آموزش آن و تبلیغ کاندوم در نظر گرفته شده‌است. برای تن‌فروشان زن برنامه‌هایی در زمینه آگاهی‌رسانی هدفمند برای کاهش خطرات اچ‌آی‌وی و آموزش آن، تبلیغ کاندوم، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی، کاهش آسیب‌پذیری به صورت محدود اجرا شده‌است. در مجموع تلاش برای بهبود سیاست‌ها در زمینه پیشگیری از اچ‌آی‌وی در فاصله زمانی ۱۳۸۴ با ۱۳۸۶ خوب توصیف شده و دلایل آن گنجانیدن گروه‌های بیشتر در برنامه‌های پیشگیری شامل تن‌فروشان و همسران مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و همسران زندانیان و تهیه پیش‌نویس "سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در زمینه اچ‌آی‌وی"^(۲۶) ذکر شده‌است.

کشور تلاش نموده تا مناطقی که به خدمات پیشگیری نیاز دارند را شناسایی کند. در همه مناطقی که به‌این خدمات نیاز دارند، برنامه‌هایی از نظر خون سالم، احتیاطات همه‌جانبه، پیشگیری از انتقال مادر به کودک، آموزش، آگاهی‌رسانی و ارتباط در زمینه کاهش خطر، آگاهی‌رسانی و ارتباط در زمینه کاهش انگ و تبعیض، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی و برنامه‌های کاهش آسیب برای مصرف‌کنندگان مواد اجرا شده‌است. در مجموع تلاش برای اجرای برنامه‌های پیشگیری خوب توصیف شده و دلایل آن افزایش پوشش خدمات سرنگ و سوزن و درمان نگهدارنده متادون برای مصرف‌کنندگان مواد، گسترش خدمات پیشگیری در زندان‌ها و گسترش ارائه خدمات به برخی از گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر ذکر شده‌است.

- مراقبت و حمایت:

در برنامه‌های کشوری استراتژی برای ارتقای مراقبت، درمان و حمایت جامع برای مبتلایان به اچ‌آی‌وی و ایدز وجود دارد و به موانعی که در زمینه ارائه چنین خدماتی به برخی از گروه‌های در معرض بیشترین خطر مثل مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و زنان و کودکان وجود دارد، توجه شده‌است^(۱۱). کشور تلاش نموده تا مناطقی که به‌این خدمات نیاز دارند را شناسایی کند. در همه مناطقی که به‌این خدمات نیاز دارند، برنامه‌هایی از نظر درمان ضد رتروویروسی در کودکان و بزرگسالان، درمان عفونت‌های فرصت‌طلب، درمان و مراقبت تسکینی برای عفونت‌های شایع مرتبط با اچ‌آی‌وی، پروفیلاکسی با کوتریموکسازول و تشخیص و درمان سل، درمان پیشگیرانه برای سل، و درمان بیماری‌های آمیزشی اجرا شده‌است. آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی در مبتلایان به سل، مراقبت در منزل و مراقبت‌های روحی و روانی و پیش‌گیری پس از تماس با اچ‌آی‌وی فقط در برخی از مناطقی که به‌آن نیازمندند، ارائه شده‌است. فعالیتی در سطح ملی برای ارائه مراقبت غذایی (بجز چاپ یک کتابچه راهنمادراین زمینه) صورت نگرفته‌است. در مجموع تلاش برای اجرای برنامه‌های مراقبت و درمان خوب توصیف شده و دلایل آن افزایش پوشش درمان ضد رتروویروسی، افزایش رژیم‌های درمان ضد رتروویروسی، روزآمدسازی رهنمود درمان ضد رتروویروسی، افزایش دسترس به دستگاه شمارش CD4، و شروع ارائه مراقبت در منزل و مراقبت‌های روانی و اجتماعی ذکر شده‌است.

سیاست یا استراتژی برای پاسخ‌دهی به نیازهای مربوط به اچ‌آی‌وی ایدز در یتیمان و سایر کودکان آسیب‌پذیر وجود دارد ولی برنامه عملیاتی برای آن وجود نداشته‌است. اگرچه از چند سال پیش توجه به مساله کودکان خیابانی معطوف شده و آیین‌نامه‌اجرایی ارائه خدمات توسط سازمان بهداشتی نیز تصویب شده و برخی خدمات رسانی‌ها توسط بهداشتی و شهرداری‌ها، برخی فعالیت‌های محدود توسط سازمان‌های غیر دولتی برای کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست ارائه شده‌است. سازمان بهداشتی کشور تمامی زنان و کودکان بی‌سرپرست یا بدسرپرست را که به‌این سازمان ارجاع می‌شوند، صرف‌نظر از علت آن، بدون در نظر گرفتن تبعیض خاص، تحت پوشش برخی از خدمات معیشتی و حمایتی قرار می‌دهد. در مجموع برای برطرف کردن نیازهای ویژه یتیمان و سایر کودکان آسیب‌پذیر در زمینه اچ‌آی‌وی در فاصله سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۶ پیشرفت قابل ملاحظه‌ای وجود نداشته‌است.

– پایش و ارزشیابی:

در حال حاضر استراتژی پایش و ارزشیابی در برنامه استراتژیک کشوری لحاظ گردیده و برنامه عمل هم برای آن تدوین شده است^(۱۱). در تدوین این برنامه عمل از نظرات سازمان‌های جامعه مدنی استفاده نشده است ولی بسیاری از شرکای دیگر در تدوین آن مشارکت دارند. در هنگام تدوین این برنامه عمل به ضرورت وجود سیستم جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، دیده‌وری رفتاری – بیولوژیک، مجموعه‌ای از شاخص‌های استاندارد، رهنمودهای نحوه جمع‌آوری داده‌ها، استراتژی ارزشیابی کیفیت و دقت داده‌ها، استراتژی نحوه توزیع و استفاده از داده‌ها توجه شده است. برای هدایت و اجرای برنامه پایش و ارزشیابی در سطح ملی، یک کمیته از سال گذشته تشکیل شده که ۱۴ عضو دارد^(۱۲). دبیر این کمیته یکی از کارکنان اداره کنترل ایدز است. آخرین نشست این کمیته دی ۱۳۸۶ بوده است. این کمیته در حال حاضر عضوی از سازمان‌های جامعه مدنی^(۱۳) و database ندارد و بطور منظم گزارشات سالانه منتشر نمی‌کند ولی آخرین گزارش پایش و ارزشیابی درباره فعالیت‌های انجام شده در سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۴ منتشر شده است^(۱۴). با این وجود تلاش برای پایش و ارزشیابی برنامه‌های ایدز بسیار خوب ارزیابی شده است و علل آن تشکیل کمیته کشوری پایش و ارزشیابی با یک شرح وظایف مشخص، شروع دیده‌وری رفتاری – بیولوژیک در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سطح کشور، انجام یک دیده‌وری رفتاری در تن‌فروشان و یک مطالعه محدود در MSM، و تدوین نظام کشوری پایش و ارزشیابی ذکر می‌گردد.

– حقوق انسانی:

برخی قوانین و مقررات برای محافظت از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در مقابل تبعیض وجود دارد. بخشنامه‌ای توسط معاون اول رئیس‌جمهور درباره ممنوعیت آزمایش قبل از استخدام و ممنوعیت اخراج کارکنان به علت ابتلا به اچ‌آی‌وی صادر شده است^(۱۵). همچنین بخشنامه‌ای توسط وزارت آموزش و پرورش درباره اجباری بودن ثبت نام مبتلایان به اچ‌آی‌وی در مدارس صادر شده است^(۱۶). صدور بخشنامه به کلیه زندان‌های کشور مبنی بر عدم جداسازی زندانیان مبتلا به اچ‌آی‌وی از سایر زندانیان^(۱۷) و همچنین برخورداری از قوانین معافیت از تحمل کیفر برای زندانیان مبتلا به ایدز که بعنوان بیماران صعب‌العلاج به مقامات قضایی معرفی گردیده‌اند، وجود دارد. در اصولی از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بر برابری افراد در مقابل قانون، بر وظیفه دولت برای رفع تبعیض ناروا برای همه در تمام زمینه‌های مادی و معنوی، برابری همه ملت در برخورداری از حقوق انسانی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی و حق برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی تاکید شده است^(۱۸). در برنامه استراتژیک کشوری با تاکید بر ضرورت حفظ اسرار بیماران، حقوق انسانی آنان مورد توجه قرار گرفته است^(۱۹). تفاوتی در دسترسی به خدمات پیش‌گیری و مراقبت بین زنان و مردان وجود ندارد. کلیه پروتکل‌های پژوهش‌های اچ‌آی‌وی و ایدز بر روی نمونه‌های انسانی باید به رویت و تایید کمیته اخلاق محلی یا ملی برسد. اعضای این کمیته‌ها شامل نمایندگان جامعه مدنی نیز می‌شود. کشور قواعدی برای رفع تبعیض و حفظ حقوق مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و زندانیان دارد. این موارد شامل دستور رئیس قوه قضائیه برای عدم دستگیری مصرف‌کنندگان تزریقی مواد تحت پوشش برنامه‌های کاهش آسیب با وجود جرم بودن مصرف مواد طبق قانون^(۲۰)، دستورالعمل رئیس قوه قضائیه برای تشویق گسترش برنامه‌های کاهش آسیب در زندان‌ها^(۲۱) و عدم زندانی کردن افراد به علت مصرف مواد^(۲۲) می‌باشد. اما در زمینه سایر گروه‌های در معرض بیشترین خطر چنین تاکیدی وجود ندارد. همچنین در پیش‌نویس "سیاست‌های جمهوری اسلامی در زمینه ایدز" نیز بر عدم تبعیض در دریافت خدمات براساس رفتار فردی تاکید شده است^(۲۳). دولت تلاش‌هایی نموده تا افرادی از گروه‌های در معرض بیشترین آسیب را در برنامه‌ریزی‌ها و اجرای برنامه‌ها مشارکت دهد که نمونه آن


مشارکت آنها در CCM، تهیه گزارش UNGASS، تأیید انجمن‌های مبتلایان به اچ‌آی‌وی و حمایت از گروه‌های همسان در کاهش آسیب و بازتوانی مصرف‌کنندگان مواد است. خدمات کشور در زمینه پیشگیری و درمان ضد رتروویروسی رایگان است و خدمات کاهش آسیب در DIC ها و تیم‌های سیاری، درمان نگهدارنده متادون و کلیه خدمات کاهش آسیب در زندان‌ها، خدمات مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی رایگان صورت می‌گیرد. اگر چه مانع قانونی برای دسترسی گروه‌های در معرض بیشترین خطر به خدمات پیشگیری و درمانی و مراقبتی وجود ندارد ولی به نظر این دسترسی برای تن‌فروشان و MSM از مصرف‌کنندگان مواد و زندانیان کمتر است. برنامه‌هایی برای تبعیض‌زدایی و انگ‌زدایی از اچ‌آی‌وی و ایدز از طریق رسانه‌ها وجود داشته‌است.

پرسنل قضایی در زمینه موضوع‌های حقوق بشر و اچ‌آی‌وی و ایدز که ممکن است برایشان مطرح شود آموزش‌هایی دیده‌اند. برنامه‌هایی برای تغییر نگرش جامعه در خصوص تبعیض و انگ‌زدایی در ارتباط با اچ‌آی‌وی و ایدز و افزایش درک و قبول بیماران وجود دارد.

در نهایت، سیاست‌ها، قوانین و مقررات موجود برای ارتقا و حفظ حقوق انسانی در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز و تلاش برای اجرای سیاست‌های منطبق با حقوق انسانی در فاصله سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۶ نسبتاً بهبود یافته‌است. علت این پیشرفت حساس‌سازی سیاست‌گذاران درباره حقوق انسانی و بهبود قوانین در زمینه مصرف‌کنندگان مواد است.

– مشارکت جامعه مدنی:

برخی از نهادهای مدنی بخصوص در چند سال گذشته دامنه فعالیت‌های خود را در امر اجرای برنامه‌های کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز بطور قابل توجهی گسترش داده‌اند. جامعه مدنی در جلب حمایت رهبران سطح بالای جامعه به برنامه‌های اچ‌آی‌وی و ایدز نقش داشته‌است. نقش آنها در تدوین برنامه‌های کشوری بهبود یافته و بخصوص در زمینه اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در گروه‌های در معرض بیشترین آسیب، نقش آنها اساسی بوده‌است.



ب- شاخص‌های مربوط به برنامه‌های ملی

عنوان شاخص سوم: تامین سلامت خون

تعریف شاخص:

درصد واحدهای خون اهدا شده، که برای اچ‌آی‌وی توسط یک روش مطمئن و با کیفیت غربال میشود

هدف شاخص:

بررسی میزان پیشرفت در اطمینان از تامین خون سالم

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

پایش برنامه‌ها

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

پایش برنامه‌ها از طریق استعلام از سازمان انتقال خون ایران که تنها ارائه دهنده خدمات دریافت، فرآوری و انتقال خون در کشور است.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص: داده‌های زیر از طریق پایش برنامه‌ها بدست می‌آید:

۱. تعداد کل واحدهای اهدایی خون در کشور چقدر است؟ که به تفکیک مراکز انتقال خون در کشور وبا اطلاعات زیر ارائه می‌شود:
 ۲. چه تعداد خون در هر مرکز انتقال خون اهدا شده‌است؟
 ۳. چه تعداد خون در هر مرکز انتقال خون از نظر اچ‌آی‌وی غربال شده‌است؟
 ۴. آیا مراکز انتقال خون، روشهای استاندارد شده‌ای را برای غربالگری اچ‌آی‌وی اجرا میکند؟
 ۵. آیا مراکز انتقال خون ارزیابی کننده بیرونی جهت کنترل کیفیت غربالگری اچ‌آی‌وی دارند؟
- صورت کسر:** تعداد واحدهای خون اهدا شده که در مراکز انتقال خون، با روشی استاندارد غربالگری شده‌اند و روند غربالگری آنها توسط یک ناظر بیرونی ارزیابی شده‌است
- مخرج کسر:** تعداد کل واحدهای خون اهدا شده

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه شده، استفاده گردید.

مقدار شاخص:

- از خرداد ۱۳۸۵ تا خرداد ۱۳۸۶، ۱۰۰٪ خون های اهدایی (شامل ۱,۶۹۱,۳۱۹ مورد خون دهی) از نظر اچ‌آی‌وی توسط آزمایش الایزا غربالگری شده‌اند (جدول ۲).

- صد در صد خون های اهدایی توسط یک روش دارای کیفیت تضمین شده، غربالگری شده‌است.

- استاندارد مراحل کاری برای غربالگری از نظر اچ‌آی‌وی در ۱۰۰٪ خون های اهدایی وجود داشته‌است.

- نظارت خارجی بر آزمایش‌های انجام شده، در ۱۰۰٪ خون‌های اهدایی وجود داشته‌است. آزمایشگاه‌های استان‌ها توسط آزمایشگاه مرکزی و آزمایشگاه مرکزی توسط یک بخش کنترل کیفیت خارج از سازمان انتقال خون، نظارت شده‌اند.

بحث و تفسیر شاخص:

غربالگری اچ‌آی‌وی از سال ۱۳۶۸ در جمهوری اسلامی ایران شروع شده‌است. سیستم اجباری جایگزینی خون در برابر خون دریافتی حذف گردیده‌است و اهدا کنندگان خون براساس معیارهای دقیقی که رعایت کننده پیش‌گیری از انتقال بیماری‌های منتقله از طریق خون است، انتخاب می‌شوند. همچنین کلیه فرآورده‌های خونی بر اساس معیارهای بین‌المللی پالایش می‌شوند.

تغییرات شاخص از زمان گزارش قبلی: در گزارش قبلی نیز مقدار شاخص صد در صد اعلام شده‌است و تفاوتی با مقدار آن در حال حاضر نداشته‌است و توجه لازم برای حفظ کیفیت خون‌های اهدایی اعمال می‌شود.

جدول ۲. آمار اهدا خون و مشخصات غربالگری خون‌های اهدایی در استان‌های مختلف

استان	تعداد افراد اهداکننده خون	تعداد خون‌های غربالگری شده	تعداد خون‌های غربالگری شده به شیوه‌ای استاندارد	تعداد خون‌های غربالگری شده که ناظر بیرونی (خارج از سازمان انتقال خون) بر غربالگری نظارت کرده
آذربایجان شرقی	۵۷,۵۴۰	۵۷,۵۴۰	۵۷,۵۴۰	۵۷,۵۴۰
آذربایجان غربی	۳۸,۹۸۴	۳۸,۹۸۴	۳۸,۹۸۴	۳۸,۹۸۴
اردبیل	۲۰,۹۲۱	۲۰,۹۲۱	۲۰,۹۲۱	۲۰,۹۲۱
اصفهان	۱۰۲,۴۱۳	۱۰۲,۴۱۳	۱۰۲,۴۱۳	۱۰۲,۴۱۳
ایلام	۱۰,۳۹۵	۱۰,۳۹۵	۱۰,۳۹۵	۱۰,۳۹۵
بوشهر	۲۷,۲۱۷	۲۷,۲۱۷	۲۷,۲۱۷	۲۷,۲۱۷
تهران	۳۸۳۹۴۴	۳۸۳۹۴۴	۳۸۳۹۴۴	۳۸۳۹۴۴
چهارمحال و بختیاری	۱۹,۰۳۷	۱۹,۰۳۷	۱۹,۰۳۷	۱۹,۰۳۷
خراسان رضوی	۱۱۶,۲۶۶	۱۱۶,۲۶۶	۱۱۶,۲۶۶	۱۱۶,۲۶۶
خوزستان	۱۱۳,۱۶۱	۱۱۳,۱۶۱	۱۱۳,۱۶۱	۱۱۳,۱۶۱
زنجان	۱۵,۷۵۱	۱۵,۷۵۱	۱۵,۷۵۱	۱۵,۷۵۱
سمنان	۲۲,۳۰۰	۲۲,۳۰۰	۲۲,۳۰۰	۲۲,۳۰۰
سیستان و بلوچستان	۶۰,۱۰۷	۶۰,۱۰۷	۶۰,۱۰۷	۶۰,۱۰۷
فارس	۱۴۳,۸۸۲	۱۴۳,۸۸۲	۱۴۳,۸۸۲	۱۴۳,۸۸۲
قزوین	۲۳,۱۰۴	۲۳,۱۰۴	۲۳,۱۰۴	۲۳,۱۰۴
قم	۲۱,۸۳۸	۲۱,۸۳۸	۲۱,۸۳۸	۲۱,۸۳۸

استان	تعداد افراد اهداکننده خون	تعداد خون های غربالگری شده	تعداد خون های غربالگری شده به شیوه ای استاندارد	تعداد خون های غربالگری شده که ناظر بیرونی (خارج از سازمان انتقال خون) بر غربالگری نظارت کرده
کردستان	۲۳,۴۵۹	۲۳,۴۵۹	۲۳,۴۵۹	۲۳,۴۵۹
کرمان	۵۸,۴۶۹	۵۸,۴۶۹	۵۸,۴۶۹	۵۸,۴۶۹
کرمانشاه	۳۷,۸۸۲	۳۷,۸۸۲	۳۷,۸۸۲	۳۷,۸۸۲
کهگیلویه و بویراحمد	۲۰,۶۶۱	۲۰,۶۶۱	۲۰,۶۶۱	۲۰,۶۶۱
گلستان	۴۴,۱۲۹	۴۴,۱۲۹	۴۴,۱۲۹	۴۴,۱۲۹
گیلان	۶۳,۱۱۰	۶۳,۱۱۰	۶۳,۱۱۰	۶۳,۱۱۰
لرستان	۲۸,۵۸۶	۲۸,۵۸۶	۲۸,۵۸۶	۲۸,۵۸۶
مازندران	۹۷,۴۸۵	۹۷,۴۸۵	۹۷,۴۸۵	۹۷,۴۸۵
مرکزی	۲۹,۱۳۶	۲۹,۱۳۶	۲۹,۱۳۶	۲۹,۱۳۶
هرمزگان	۳۲,۰۴۰	۳۲,۰۴۰	۳۲,۰۴۰	۳۲,۰۴۰
همدان	۲۲,۳۱۴	۲۲,۳۱۴	۲۲,۳۱۴	۲۲,۳۱۴
یزد	۳۶,۷۳۴	۳۶,۷۳۴	۳۶,۷۳۴	۳۶,۷۳۴
خراسان شمالی	۹,۸۳۹	۹,۸۳۹	۹,۸۳۹	۹,۸۳۹
خراسان جنوبی	۱۰,۶۱۵	۱۰,۶۱۵	۱۰,۶۱۵	۱۰,۶۱۵
کل	۱,۶۹۱,۳۱۹	۱,۶۹۱,۳۱۹	۱,۶۹۱,۳۱۹	۱,۶۹۱,۳۱۹

عنوان شاخص چهارم: درمان ضد ترروویروسی در مبتلایان به ایدز

تعریف شاخص:

درصد بزرگسالان و کودکان مبتلا به عفونت پیشرفته اچ‌آی‌وی که درمان ترکیبی ضد ترروویروسی دریافت می‌کنند

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت ارائه درمان ترکیبی ضد ترروویروسی برای تمام افراد دارای عفونت پیشرفته اچ‌آی‌وی

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

صورت کسر: درمان ضد ترروویروسی ثبت شده و آنالیز هم گروهی فرم‌های گزارش درمان ضد ترروویروسی یا پایش برنامه. **مخرج کسر:** نظام مراقبت کلینیک‌های بارداری یا مدل‌های تخمین.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

برای صورت کسر از معاونت‌های بهداشتی ۴۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور بعنوان تنها ارائه دهندگان داروهای ضد ترروویروسی در نظام بهداشتی درمانی جمهوری اسلامی ایران استعلام کتبی شد. برای مخرج کسر از نرم افزار اسپکتروم برای تخمین استفاده شد.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

صورت کسر: تعداد بزرگسالان و کودکان مبتلا به عفونت پیشرفته اچ‌آی‌وی که تا پایان دوره گزارش‌دهی، درمان ضد ترروویروسی را بر اساس پروتکل‌های قابل قبول ملی دریافت می‌کنند **مخرج کسر:** تخمین تعداد افراد بزرگسال و کودک مبتلا به عفونت پیشرفته اچ‌آی‌وی

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه شده استفاده شد.

مقدار شاخص:

در انتهای شهریور ۱۳۸۶ پوشش درمان ضد ترروویروسی در کل مبتلایان شناسایی شده ونشده ۹/۵٪ (به تفکیک ۱۵ سال و بالاتر ۹/۴٪ و زیر ۱۵ سال ۱۶/۲٪) بوده است. (جدول ۳)

صورت کسر: تا پایان شهریور ۱۳۸۵ تعداد ۵۲۲ نفر تحت پوشش ART بوده‌اند. تا پایان شهریور ۱۳۸۵ تعداد ۸۲۹ نفر تحت پوشش ART بوده‌اند (جدول ۲).

مخرج کسر: - بر اساس تخمین با استفاده از نرم افزار اسپکتروم نیازمندان به درمان ضد ترروویروسی در انتهای شهریور ۱۳۸۶ در سطح کشور ۸۷۳۰ نفرند (۸۶۰۰ نفر بالای ۱۵ سال و ۱۳۰ نفر زیر ۱۵ سال) در این نرم افزار تخمین موارد به

تفکیک جنسی امکان پذیر نیست). بر همین اساس نیازمندان به درمان ضد رتروویروسی در انتهای شهریور ۱۳۸۵ در سطح کشور ۷۳۳۵ نفر بوده‌اند (۷۲۳۵ نفر بالای ۱۵ سال و ۱۰۰ نفر زیر ۱۵ سال)

جدول ۳: پوشش درمان ضد رتروویروسی

سن		زیر ۱۵ سال تحت درمان				۱۵ سال و بیشتر تحت درمان			
		N ₁		N ₂		N ₁		N ₂	
		هر دو جنس	پوشش*	هر دو جنس	پوشش*	هر دو جنس	پوشش*	هر دو جنس	پوشش*
زمان		N ₃		N ₃		N ₃		N ₃	
انتهای شهریور ۱۳۸۵		۱۲	۴	۱۶	٪۱۶/۰	۴۱۲	۹۴	۵۰۶	٪۷/۰
انتهای شهریور ۱۳۸۶		۱۴	۷	۲۱	٪۱۶/۲	۶۸۳	۱۲۵	۸۰۸	٪۹/۴

N₁ تعداد مردان تحت درمان برحسب نفر

N₂ تعداد زنان تحت درمان برحسب نفر

N₃ تعداد مردان و زنان تحت درمان برحسب نفر

* پوشش بر حسب تعداد نفرات تحت درمان تقسیم بر تخمین تعداد نیازمندان

بحث و تفسیر شاخص:

تهیه و توزیع داروهای ضد رتروویروسی از سال ۱۳۷۶ در قالب نظام بهداشتی درمانی کشور آغاز شد و داروهای ضد رتروویروسی لامیوودین، زایدوودین و ایندیناویر وارد لیست داروهای ایران گردید^(۱۰). متعاقباً ایندیناویر از لیست داروهای ژنریک ایران حذف و نلفیناویر و آباکاویر به این لیست اضافه گردید. از سال ۱۳۸۳ مجوز ورود سه داروی دیدانوزین، استاوودین و نویراپین به کشور اخذ گردید و داروهای استاوودین و نویراپین از سال ۱۳۸۴ و پس از مدت کوتاهی دیدانوزین نیز در دسترس بیماران قرار گرفت. از سال ۱۳۸۵ از طریق پروژه صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل، و مالاریا (گلوبال فاند)، افایرنز نیز خریداری و در سیستم دارویی کشور وارد شد. از همین سال برای خریداری کلتر، تنوفاویر و آتازاناویر از طریق صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل، و مالاریا (گلوبال فاند) تلاش شد که در حال حاضر این داروها نیز در دسترس است. بجز سه مورد اخیر، بقیه داروهای ضد رتروویروسی تاکنون از طریق اعتبارات دولتی خریداری شده‌اند. درمان ضد رتروویروسی بیماران بر اساس دستورعمل کشوری مراقبت بالینی از بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز صورت می‌گیرد. این دستورعمل اخیراً بازبینی شده و مجموعاً تجویز ۱۳ رژیم سه دارویی با ترکیبی از داروهای فوق امکان پذیر است^(۳۰). تجویز داروهای ضد رتروویروسی براساس دستورالعمل یاد شده بصورت رایگان از طریق مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی، در سراسر کشور انجام می‌گردد. محدودیتی در خصوص تعداد بیماران یا اولویت بندی بیماران جهت برخورداری از دارو براساس جنس و سن و گروه‌های اجتماعی وجود نداشته‌است. بخش اندکی از بیماران تشخیص داده شده نیازمند درمان، داروهای ضد رتروویروسی خود را به صورت شخصی تأمین می‌کنند که تعداد دقیق آنان مشخص نیست ولی طبق نظر افراد کلیدی بسیار کم است. ضمناً دولت در سال‌های گذشته در جهت افزایش دسترسی به مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی ضد رتروویروسی تلاش نموده‌است، بطوریکه تا کنون (شهریور ۱۳۸۶) در ۶۲ شهرستان موجود

در کشور در ۳۰ استان کشور حداقل یک مرکز با توانایی ارائه خدمات درمانی فوق راه اندازی شده است. بدین ترتیب کلیه موارد نیازمند درمان که شناسایی می شوند و شرایط شروع درمان (طبق دستورالعمل کشوری) و تمایل به درمان را دارند، به رایگان تحت پوشش درمان ضد تروویروسی قرار می گیرند.

تغییرات شاخص از زمان گزارش قبلی:

اگرچه تعداد مطلق افراد تحت پوشش درمان ضد تروویروسی بیش از دو برابر شده، ولی به علت افزایش چشمگیر افراد نیازمند در اثر قدیمی تر شدن همه گیری، میزان پوشش چنین افزایشی نداشته است. پوشش اندک خدمات کاهش آسیب در مصرف کنندگان تزریقی مواد که در گزارش قبلی به عنوان چالشی در بهبود پوشش درمان ذکر می شد، در حال حاضر بهبود یافته است و می تواند حلقه رابط آنها با برنامه های درمانی باشد. همچنین محدود بودن رژیم های در دسترس نیز که پیش از این یک چالش بود، برطرف شده است.

پیشنهاد برای بهبود محاسبه شاخص:

۱. تقویت نظام اطلاعات بالینی
۲. در مورد مخرج کسر یعنی تخمین تعداد نیازمندان به درمان ضد تروویروسی، در میان برخی از صاحب نظران کشور این نگرانی وجود دارد که تخمین های نرم افزار محاسبه گر، بیش از حد واقعی باشد. براه انداختن مطالعه ای که بتواند در این مورد نگرانی ها را برطرف کند، می تواند کمک کننده باشد.

چالشها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

چالشها:

۱. بخش قابل توجهی از افراد مبتلا به اچ آی وی در کشور شناخته نشده اند. سخت در دسترس بودن گروه های در معرض بیشترین خطر که بخش مهمی از مبتلایان به اچ آی وی را در کشور تشکیل می دهند، شناسایی آنها را دشوار می کند.
۲. مراکز ارائه دهنده خدمات از نظر کیفی و کمی جهت پوشش بیشتر گروه های در معرض بیشترین خطر و در معرض خطر با محدودیت مواجه می باشند.
۳. عدم اطمینان از تمکین بیماران در مصرف دارو در بخش بزرگی از بیماران یعنی مصرف کنندگان تزریقی مواد، منجر به کاهش تمایل پزشکان برای تجویز دارو می گردد، زیرا عدم تمکین به مصرف دارو می تواند منجر به بروز مقاومت دارویی می شود.
۴. عدم دسترسی به دستگاه شمارش CD4 در بخشی از مراکز ارائه داروهای ضد تروویروسی که منجر به کاهش شناسایی نیازمندان به درمان ضد تروویروسی می گردد. تلاش شده این نقصه بر طرف شود و اقدامات لازم هم از بودجه دولتی و هم صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا صورت گرفته است.

پیشنهادها:

۱. گسترش ارائه درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین در مصرف کنندگان تزریقی مواد جهت افزایش تمکین آنان به درمان، افزایش برنامه های پیشگیری مثبت، مراقبت در خانه، حمایت از برنامه های PLHIV.

۲. ایجاد زمینه‌های لازم جهت افزایش حمایت‌های قانونی و اجتماعی از گروه‌های در معرض بیشترین خطر در مراجعه برای درمان و هماهنگی هر چه بیشتر دو قوه قضائیه و مجریه.
۳. ادامه جلب حمایت همه جانبه سیاست‌گذاران و مقامات دولتی در اجرای کامل برنامه‌استراتژیک کشوری کنترل اچ‌آی‌وی وایدز و تحقق عملیات و اهداف منظور در برنامه. پیش از این ایران تجربه بسیار موفقی را در جلب حمایت سیاست‌گذاران در برنامه‌های کاهش آسیب داشته‌است.
۴. آموزش و تشویق بخش خصوصی سازمان‌های غیر دولتی و گروه‌های اجتماعی علاقمند جهت همکاری با مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری برای ارائه درمان ضد‌ترروویروسی.

عنوان شاخص پنجم: پیش‌گیری از انتقال مادر به کودک

تعریف شاخص:

درصد زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی که به منظور کاهش خطر انتقال مادر به کودک، داروی ضدترتروویروسی دریافت کرده‌اند

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت پیشگیری از انتقال عمودی اچ‌آی‌وی

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

صورت کسر: پایش برنامه

مخرج کسر: نظام مراقبت کلینیک‌های بارداری یا مدل‌های تخمین

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

برای صورت کسر از معاونت‌های بهداشتی ۴۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور بعنوان تنها ارائه‌دهندگان داروهای ضدترتروویروسی در نظام بهداشتی درمانی جمهوری اسلامی ایران اعلام شد. جهت محاسبه مخرج از روش تخمین استفاده شد.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

صورت کسر: تعداد زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی که به منظور کاهش انتقال مادر به کودک در طی ۱۲ ماه گذشته داروی ضدترتروویروسی دریافت کرده‌اند.

مخرج کسر: تخمین تعداد زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی در ۱۲ ماه گذشته.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه‌استفاده شد.

مقدار شاخص:

در سال ۱۳۸۶ برابر با ۱۰/۰٪.

صورت کسر - از شهریور ۱۳۸۴ تا پایان شهریور ۱۳۸۵ تعداد ۱۹ نفر تحت درمان پیش‌گیری از انتقال مادر به کودک قرار گرفته‌اند که از این تعداد ۲ مورد درمان دو دارویی، ۱۵ مورد درمان سه دارویی و ۲ مورد مادران در مرحله پیشرفته بیماری بوده که تحت درمان ART قرار گرفته‌اند.

- از شهریور ۱۳۸۵ تا پایان شهریور ۱۳۸۶ تعداد ۲۲ نفر تحت درمان پیش‌گیری از انتقال مادر به کودک قرار گرفته‌اند که از این تعداد ۴ مورد تحت درمان دو دارویی و ۱۲ نفر درمان سه دارویی و ۶ مورد مادران در مرحله پیشرفته بیماری بوده که تحت درمان ART قرار گرفته‌اند.

مخرج کسر - با توجه به عدم تغییر در تعداد زایمان‌ها در هر سال وعدم تغییر در شیوع اچ‌آی‌وی در دیده‌وری های زنان باردار نسبت به سال ۱۳۸۳، تعداد تخمین زده شده در آن سال (یعنی ۲۲۰ نفر) به عنوان تعداد تخمینی زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی در سال ۱۳۸۶ پذیرفته شد.

بحث و تفسیر شاخص:

با توجه به اینکه بطور متوسط ۲۵٪ فرزندان زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی، به‌این ویروس مبتلا می‌شوند، اتخاذ راه‌کارهای مناسب برای شناسایی و افزایش پوشش زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی ضروری است. با این وجود در مورد مخرج کسر یعنی تخمین تعداد زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی، در میان برخی از صاحب نظران کشور این نگرانی وجود دارد که تخمین های نرم افزار محاسبه گر آن بیش از حد واقعی باشد. کلیه موارد نیازمند درمان که شناسایی می‌شوند، به رایگان تحت پوشش درمان ضد رتروویروسی قرار می‌گیرند.

تغییرات شاخص از زمان گزارش قبلی:

تغییر قابل توجهی در میزان این شاخص رخ نداده‌است. اما با ادغام ارزیابی فاکتورهای خطر اچ‌آی‌وی در برنامه مراقبت مادران باردار از سال گذشته، امید می‌رود شناسایی زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی بهبود یابد.

پیشنهاد برای بهبود محاسبه شاخص:

۱. **در گروه جامعه عمومی:** ادامه دیده‌وری های سرولوژیک اچ‌آی‌وی در زنان باردار بخصوص همسران افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی و زنان دارای رفتارهای پرخطر.
۲. **در گروه پرخطر:** میزان شیوع اچ‌آی‌وی در زنان باردار گروه‌های پرخطر از طریق بررسی‌ها و راه‌اندازی پایگاه دیده‌ور مشخص گردد.
۳. اقدامات لازم بمنظور دستیابی به تخمین هر چه دقیقتر کل جامعه پرخطر زنان سنین باروری (از نظر تعداد) صورت پذیرد.

نقاط قوت، چالشها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. وجود زیرساخت های بهداشتی مناسب از جمله نیروی انسانی آموزش دیده و داروهای ضد رتروویروسی رایگان در ایران.
۲. گستردگی کلینیک های مراقبت مادران باردار در ایران.
۳. ادغام ارزیابی فاکتورهای خطر در برنامه مراقبت مادران باردار.

چالشها:

۱. بخش قابل توجهی از زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی شناخته نشده‌اند و از ابتلای خود بی‌خبر هستند. این موضوع بخصوص در مورد همسران مصرف‌کنندگان تزریقی مرد و زندانیان مرد موجب نگرانی است. این امر در مورد فرزندان آنها نیز صادق است.
۲. حساسیت ناکافی نظام مراقبت مادر و کودک در تشخیص اچ‌آی‌وی.

۳. انجام آزمایش اچ‌آی‌وی بصورت غربالگری و بدون رضایت و اطلاع بیمار و عدم اطلاع بیمار از نتیجه آزمایش توسط بخشی از مراکز بخش خصوصی.

پیشنهادها:

۱. مراکز ارائه خدمات آزمایش و اچ‌آی‌وی بگونه‌ای بهبود یابند که مراجعه زنان به این مراکز تسهیل گردد.
۲. آموزش و اطلاع رسانی در جهت ارتقاء آگاهی و ایجاد انگیزش لازم در زنان گروه‌های در معرض بیشترین خطر و در معرض خطر به طرق مختلف (بعد از نیازسنجی) صورت پذیرد.
۳. حساس سازی و تشویق بخش خصوصی بگونه‌ای ارزیابی فاکتورهای خطر در مادران باردار را در نظر داشته باشد و آن را اجرا کند و در صورت لزوم با توجه به نتیجه ارزیابی خطر، مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی را ارائه نماید.

عنوان شاخص ششم: مدیریت همزمان درمان سل و اچ‌آی‌وی

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت تشخیص و درمان سل در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی.

تعریف شاخص:

درصد تخمینی موارد بروز سل در بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی که درمان سل و ایدز را دریافت کرده‌اند.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

صورت کسر:

امکانات و تسهیلات ثبت و گزارش‌دهی درمان ضد رتروویروسی

ابزارهای پایش برنامه

مخرج کسر: ابزارهای تخمین

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

برای صورت از استعلام کتبی از معاونت‌های بهداشتی ۴۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور استفاده شد. برای مخرج از تخمین استفاده شد.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

صورت کسر: تعداد افراد بزرگسال با عفونت پیشرفته اچ‌آی‌وی که در حال حاضر بر اساس پروتکل‌های کشوری تحت درمان ضد رتروویروسی بوده و درمان سل را (بر اساس دستورالعمل برنامه کشوری سل) در سال گزارش دریافت کرده‌اند.
مخرج کسر: تخمین سالانه اختصاصی کشوری از میزان بروز سل در میان افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی به وسیله سازمان جهانی بهداشت محاسبه شده و در سایت این سازمان در دسترس است.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

عمل شد. برای مخرج کسر از تخمین میزان بروز موارد سل در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی براساس آنچه در محاسبه مقدار شاخص ارائه شده عمل گردید.

مقدار شاخص: ۲۰٪

صورت کسر: از شهریور ماه سال ۱۳۸۵ تا شهریور ۱۳۸۶ تعداد ۵۲ نفر تحت درمان همزمان سل و اچ‌آی‌وی قرار گرفته‌اند که همه بالای ۱۵ سال بوده و دو نفر زن و ۵۰ نفر مرد بوده‌اند.

مخرج کسر: در گزارش موجود در سایت سازمان جهانی بهداشت تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی که دچار سل شده‌اند، در ایران ۹۳ نفر گزارش شده‌است. این عدد تعداد موارد گزارش شده‌است. برای تخمین به ترتیب زیر عمل شد:

با در نظر گرفتن تعداد تخمینی مبتلایان نیازمند به درمان ضدترروویروسی (۸۷۳۰ نفر)، شیوع عفونت سل در جمعیت‌های مشابه (۰/۳۰)، و برآورد میزان بروز بیماری سل در مبتلایان نیازمند به درمان ضدترروویروسی (حدود ۱۰٪)، عدد ۲۶۰ نفر به دست می‌آید.

بحث و تفسیر شاخص:

به نظر می‌آید با توجه به آنکه، بیماری سل تظاهراتی شایع در مراحل پیشرفته اچ‌آی‌وی در ایران باشد، پوشش بالاتر درمان ضدترروویروسی در این گروه در مقایسه با سایر بیماران مبتلا به عفونت پیشرفته اچ‌آی‌وی (۲۰٪ در مقابل ۹/۵٪) قابل توجه باشد.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

تقویت نظام اطلاعات بالینی و گزارش‌دهی بین برنامه‌های سل و ایدز

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص

نقاط قوت:

۱. وجود برنامه ثبت سل بسیار توانا در نظام شبکه و ثبت موارد اچ‌آی‌وی شناخته شده در بیماران مسلول ثبت شده در این نظام.
۲. وجود ارتباط نسبتاً نزدیک مسئولین برنامه سل و ایدز در دانشگاه‌ها.
۳. انجام بیماری‌یابی فعال سل در بین افراد اچ‌آی‌وی مثبت شناسایی شده در مراکز مشاوره بیماری‌ها.
۴. بیماری‌یابی فعال سل در زندان‌ها.

چالش‌ها:

۱. دشواری تشخیص برخی از انواع سل فعال در مبتلایان به اچ‌آی‌وی، بخصوص در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
۲. بخش قابل توجهی از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در کشور شناخته نشده‌اند. سخت در دسترس بودن گروه‌های در معرض بیشترین خطر که بخش مهمی از مبتلایان به اچ‌آی‌وی را در کشور تشکیل می‌دهند، شناسایی آنها را دشوار می‌کند.
۳. مراکز ارائه دهنده خدمات از نظر کیفی و کمی جهت پوشش بیشتر گروه‌های در معرض بیشترین خطر و در معرض خطر در زمینه داروهای ضدترروویروسی با محدودیت مواجهند.
۴. عدم اطمینان از تمکین بیماران در مصرف داروهای ضدترروویروسی در بخش بزرگی از بیماران یعنی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، منجر به کاهش تمایل پزشکان برای تجویز دارو می‌گردد.

پیشنهادها:

۱. تقویت ارتباط برنامه کنترل سل و ایدز در سطح دانشگاه‌ها و شهرستان‌ها.
۲. تقویت نظام شناسایی سل و بیماری‌یابی فعال در مبتلایان به HIV.
۳. تقویت نظام شناسایی اچ‌آی‌وی گروه‌های در معرض بیشترین خطر بخصوص در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد.

۴. گسترش ارائه برنامه‌های کاهش آسیب بخصوص درمان نگهدارنده با متادون در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد جهت افزایش تمکین آنان به درمان.
۵. آموزش پزشکان هماهنگ‌کننده سل برای شناخت بیشتر اچ‌آی‌وی.
۶. تولید شواهد مورد نیاز برای روزآمد و محلی کردن رهنمود درمان سل و اچ‌آی‌وی.

شاخص هفتم: آزمایش اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی

تعریف شاخص:

در صد زنان و مردان ۱۵ تا ۴۹ ساله‌ای که در ۱۲ ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.

هدف:

ارزیابی پیشرفت در انجام آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مبتنی بر جمعیت

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

در مطالعه‌از گروه هدف پرسیده می‌شود:

۱. من نتیجه آزمایش شما را نمی‌خواهم بدانم، اما آیا شما طی ۱۲ ماه گذشته از نظر اچ‌آی‌وی بررسی شده‌اید؟
۲. اگر بله من نتیجه آن را نمی‌خواهم بدانم، اما آیا شما از نتیجه آن آگاهی‌دید؟

صورت کسر : تعداد پاسخگویانی که ۱۵ تا ۴۹ سال دارند و در طول ۱۲ ماه گذشته تست اچ‌آی‌وی داده‌اند و نتیجه آن را می‌دانند.

مخرج کسر: تعداد همه پاسخگویان ۱۵ تا ۴۹ سال.

مقدار شاخص:

با توجه به عدم وجود هیچ‌گونه مطالعه‌ای که سوالات فوق در آن بررسی شده باشد، محاسبه این شاخص امکان پذیر نیست.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به اینکه این شاخص در گزارش قبلی از شاخص‌های اصلی نبوده و محاسبه نشده، تغییرات آن قابل ارزیابی نیست.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

گنجاندن این سوالات در دیده‌وری‌هایی که در حال حاضر از طرف برخی از سازمان‌ها مثل سازمان ملی جوانان در حال انجام است. همچنین گنجاندن آن در DHS بعدی.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادهای بهبود شاخص:

چالش‌ها:

۱. کم بودن تعداد مراکزی که مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی ارائه می‌دهند.
۲. کم بودن دانش ارائه دهندگان خدمات سلامت درباره مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی.
۳. کمبود مراکز ارائه کننده خدمات سلامت به اقشار در معرض خطر و دارای رفتارهای پرخطر.
۴. کمبود برنامه‌های اطلاع‌رسانی برای عموم مردم و همچنین گروه‌های در معرض خطر مثل جوانان.
۵. انگ همراه با انجام آزمایش و نگرانی از محرمانه بودن نتایج آزمایش.
۶. اندک بودن درک خطر در جمعیت عمومی.

پیشنهادها:

۱. گنجاندن آموزش مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی در دوره‌های آموزشی ارائه دهندگان خدمات سلامت.
۲. تقویت درک خطر در جمعیت عمومی.
۳. انگ‌زدایی از انجام آزمایش و پایش حقوق بیمار.

عنوان شاخص هشتم: آزمایش اچ‌آی‌وی در گروه‌های در معرض بیشترین خطر

تعریف شاخص:

درصد جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر که در ۱۲ ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده و از نتیجه آن آگاهند.

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت راه‌اندازی آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مراقبت رفتاری یا سایر مطالعات ویژه.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

طبق دومین برنامه اسراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۶-۱۳۸۸) مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تن‌فروشان مهمترین گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر هستند^(۱). لذا تلاش شده شاخص برای این دو گروه مجزا محاسبه گردد. MSM نیز اصولاً یک گروه جمعیتی در معرض بیشترین خطر محسوب می‌گردد و به همین جهت تلاش شده تا تصویری از وضعیت آنان ارائه گردد. اگرچه اقامت در زندان بخودی خود یک رفتار پرخطر محسوب نمی‌شود ولی با توجه به نقش کلیدی زندان‌ها در شروع همه‌گیری در ایران و سپس نقش چشمگیر آن در برنامه‌های کنترل همه‌گیری، تلاش گردیده شاخص برای این گروه جمعیتی نیز محاسبه گردد. با این وجود باید توجه داشت که زندانیان گروه همگنی نیستند و به علل مختلفی به زندان می‌روند و نوع رفتارهای پرخطر و شیوع این رفتارها در آنان یکسان نیست لذا برنامه‌های کنترلی در این گروه نیازمند طراحی مداخلات مختلف مبتنی بر زیر گروه‌های جمعیتی متفاوت موجود در زندان می‌باشد. از همین رو اعداد محاسبه شده شاخص برای آنان با اعداد مشابه در سایر گروه‌های جمعیتی قابل مقایسه نیست.

برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از نتایج یک دیده‌وری بیولوژیک - رفتاری که در تابستان سال ۱۳۸۶ در سطح ملی با کمک مراکز تحقیقاتی انجام شد، استفاده گردید^(۳۱). این مطالعه، بخشی از یک مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. در اولین سال اجرای آن در حوزه تحت پوشش ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی واقع در ۱۱ استان کشور که نمایانگر کل کشور هستند، بر اساس روش نمونه‌گیری محل - زمان اجرا گردید. برای زنان تن‌فروش و برای MSM از دو مطالعه جداگانه که توسط مراکز تحقیقاتی و با همکاری مرکز مدیریت بیماری‌ها به ترتیب در تابستان سال ۱۳۸۶ و اسفند ۱۳۸۵ در شهر تهران انجام گردید، استفاده شد^(۳۲،۳۳). برای زندانیان نیز از نتایج یک مطالعه در زندان‌های استان تهران در تابستان ۱۳۸۶ برای محاسبه شاخص، استفاده شد^(۳۴).

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

در مطالعه در هر یک از گروه‌های هدف، از افراد آن پرسیده می‌شود:

۱. من نتیجه آزمایش شما را نمی‌خواهم بدانم، اما آیا شما طی ۱۲ ماه گذشته از نظر اچ‌آی‌وی بررسی شده‌اید؟
۲. اگر بله من نتیجه آن را نمی‌خواهم بدانم، اما آیا شما از نتیجه آن آگاهید؟

صورت کسر: تعداد پاسخگویانی از هر یک از گروه‌های هدف که در طول ۱۲ ماه گذشته تست اچ‌آی‌وی داده‌اند و نتیجه آن را می‌دانند.

مخرج کسر: تعداد افراد در هر یک از گروه‌های هدف.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه شده، استفاده گردیده‌است.

مقدار شاخص:

مقدار شاخص برای مصرف‌کنندگان تزریقی در سال ۱۳۸۶، ۲۲/۹٪ (۷۰۲ نفر از ۳۰۶۰ نفر) و زنان تن‌فروش در تهران در سال ۱۳۸۶، ۲۰/۴٪ (۵۷ نفر از ۲۸۰ نفر) بوده‌است. برای بقیه گروه‌های در معرض بیشترین خطر به جداول ۴ و ۵ و قسمت تفسیر مراجعه شود:

جدول ۴: پوشش سابقه آزمایش اچ‌آی‌وی و آگاهی از نتیجه آن در ۱۲ ماه گذشته در گروه‌های در معرض بیشترین خطر

کل سنین	۲۵ سال و بیشتر			کمتر از ۲۵ سال			گروه سنی	گروه جمعیتی
	میزان شاخص	N4 (نفر)	N3 (نفر)	میزان شاخص	N2 (نفر)	N1 (نفر)		
۲۰/۴	٪۱۸/۹	۱۷۵	۳۳	٪۲۲/۹	۱۰۵	۲۴	تن‌فروش زن (تهران)	
٪۸/۰	٪۸/۰	۶۵	۷	٪۹/۵	۱۸	۲	MSM*	
٪۱۶/۳	٪۱۶/۲	۷۴	۱۲	٪۱۶/۷	۱۸	۳	کل ایران	مصرف‌کننده تزریقی زن
٪۲۳/۱	٪۲۴/۲	۲۵۶۳	۶۲۱	٪۱۶/۳	۴۰۵	۶۶		مصرف‌کننده تزریقی مرد
٪۲۲/۹	٪۲۴/۰	۲۶۳۷	۶۳۳	٪۱۶/۳	۴۲۳	۶۹		کل مصرف‌کنندگان تزریقی
٪۲۵/۰	٪۳۰/۰	۱۰	۳	۰	۲	۰	تهران	مصرف‌کننده تزریقی زن
٪۲۰/۱	٪۲۱/۰	۶۰۰	۱۲۶	٪۱۳/۲	۷۶	۱۰		مصرف‌کننده تزریقی مرد
٪۲۰/۲	٪۲۱/۱	۶۱۰	۱۲۹		۷۸	۱۰		کل مصرف‌کنندگان تزریقی

N1 = تعداد کسانی که زیر ۲۵ سال بوده‌اند و در ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV داده‌اند و نتیجه آن را می‌دانند.

N2 = تعداد کل کسانی که زیر ۲۵ سال بوده‌اند و مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

N3 = تعداد کسانی که ۲۵ سال یا بیشتر بوده‌اند و در ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV داده‌اند و نتیجه آن را می‌دانند.

N4 = تعداد کل کسانی که ۲۵ سال یا بیشتر بوده‌اند و مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

* برای بدست آوردن نسبت در این گروه با توجه به روش نمونه‌گیری یعنی RDS، از اعداد وزن دار استفاده شده‌است.

جدول ۵: پوشش سابقه آزمایش اچ‌آی‌وی و آگاهی از نتیجه آن در ۱۲ ماه گذشته در زندانیان^Δ

کل سنین	۲۵ سال و بیشتر			کمتر از ۲۵ سال			گروه سنی / گروه جمعیتی
	میزان شاخص	N4 (نفر)	N3 (نفر)	میزان شاخص	N2 (نفر)	N1 (نفر)	
%۱۶/۶	%۱۹/۳	۳۹۹	۷۷	%۴/۵	۸۸	۴	زندانیان (مرد)

^Δ با توجه به آنکه زندانیان گروه همگنی نیستند و به علل مختلفی که در موارد زیادی ارتباطی با رفتارهای مرتبط با اچ‌آی‌وی ندارد به زندان رفته‌اند، داده‌های مربوط به آنها در یک جدول جداگانه آمده‌است.

N1 = تعداد کسانی که زیر ۲۵ سال بوده‌اند و در ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV داده‌اند و نتیجه آن را می‌دانند.

N2 = تعداد کل کسانی که زیر ۲۵ سال بوده‌اند و مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

N3 = تعداد کسانی که ۲۵ سال یا بیشتر بوده‌اند و در ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV داده‌اند و نتیجه آن را می‌دانند.

N4 = تعداد کل کسانی که ۲۵ سال یا بیشتر بوده‌اند و مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

قابل ذکر است که در سال ۱۳۸۵ مجموعاً ۱۲۱۰۰ نفر از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی شده‌اند^(۳۵). در سال ۱۳۸۳ در زمان تهیه گزارش قبلی، این عدد ۸۵۰۰ نفر بوده‌است^(۱۰). این اعداد برای زندانیان در سالهای ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵، به ترتیب ۳۳۶۰ نفر و ۷۷۵۰ نفر بوده‌است.

بحث و تفسیر شاخص:

با نگاهی به جدول ۴ مشاهده می‌گردد که بیشترین مقدار شاخص در جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر متعلق به مردان مصرف‌کننده تزریقی مواد و بالای ۲۵ سال می‌باشد که این مسئله می‌تواند ناشی از برنامه‌های کاهش آسیب در جامعه و در زندان‌ها در این گروه در جمهوری اسلامی ایران باشد. در مطالعه محدودی که در زنان تن‌فروش صورت گرفته‌است، ۲۸۷ نفر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که پاسخ ۲۸۰ نفر در رابطه با شاخص مورد قبول واقع شده‌است. در مورد این مطالعه، این نگرانی وجود دارد که این مطالعه فقط در مورد بخشی از زنان تن‌فروش شهر تهران بوده و الزاماً قابل تعمیم به سایر نقاط نیست. باید توجه داشت جمعیت مورد مطالعه MSM، گروه بسیار محدود و خاصی از آنان بوده‌اند که اکثریت ایشان سابقه‌ی مصرف مواد داشته و هم‌چنین بخش قابل توجهی از ایشان فاقد محل زندگی ثابت بوده‌اند و حجم نمونه نیز کم بوده‌است که این موارد قابلیت تعمیم نتایج به تمامی گروه مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند را با شک مواجهه می‌سازد. در مورد زندانیان هم داده‌های ارائه شده فقط مربوط به استان تهران بوده و ممکن است به سایر نقاط کشور قابل تعمیم نباشد.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

مقایسه میزان فعلی شاخص در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد یعنی ۲۲/۹٪ با میزان آن در گزارش قبلی یعنی ۹/۴٪ حکایت از بهبود قابل توجه دارد. اگرچه این تغییر امیدوار کننده‌است، اما با توجه به گسترش همه‌گیری در این گروه جمعیتی بر ضرورت تلاش بیشتر تاکید می‌کند. با توجه به اینکه در گزارش قبل، امکان محاسبه مقدار شاخص در زنان تن‌فروش، زندانیان و MSM نداشته، امکان مقایسه در مورد آنها وجود ندارد.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

استقرار کامل دیده‌وری بیولوژیک - رفتاری در گروه‌هایی که در معرض بیشترین خطر هستند، در سطحی که نمایانگر کشور باشد.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. شروع مطالعات منسجم در گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
۲. ایجاد شبکه‌ای نسبتاً گسترده برای تماس با مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
۳. رایگان بودن خدمات پیش‌گیری از جمله VCT در مراکز فوق‌الذکر.
۴. امکان دسترسی به سایر گروه‌های در معرض بیشترین خطر از طریق شبکه فوق.
۵. وجود شبکه گسترده آزمایشگاهی قادر به انجام الیزا.
۶. وجود شبکه گسترده مراقبت بهداشتی اولیه که امکان ادغام را فراهم می‌کند.

چالش‌ها:

۱. دسترسی اندک به گروه‌های در معرض خطر به دلیل محدودیت‌های قانونی، فرهنگی و اجتماعی و انگ.
۲. عدم مشارکت فراگیر بخش‌های خصوصی در ارائه خدمات VCT.
۳. نداشتن چارت تشکیلاتی برای مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری به عنوان یکی از مراکز مهم ارائه‌کننده VCT، در جامعه و زندان.

پیشنهادها:

۱. انجام مطالعه نیازسنجی بمنظور بازاریابی برای خدمات VCT.
۲. راه‌اندازی سیستم استفاده از تست‌های سریع برای گسترده کردن و سهولت دسترسی به VCT در مراکز ارائه‌دهنده خدمت.
۳. بکارگیری قابلیت‌های بخش خصوصی به منظور افزایش تعداد ساعات ارائه خدمات VCT در شبانه روز.
۴. ایجاد حساس‌سازی در ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی اعم از دولتی و خصوصی برای استفاده از هر فرصت ممکن جهت ارزیابی رفتارهای پرخطر و ارجاع فرد به مراکز VCT.
۵. ایجاد فضای مناسب برای ترغیب گروه‌های پرخطر در مراجعه به مراکز VCT.
۶. ایجاد مراکز کاهش آسیب ویژه زنان تا دسترسی به این گروه هموارتر شود.
۷. حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد که عمدتاً در رابطه با زنان و کودکان گروه‌های در معرض بیشترین آسیب فعالیت می‌کنند.
۸. ایجاد پوشش بیمه‌ای و دفترچه سلامت برای جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر.
۹. جلب مشارکت افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر در آگاهی‌سازی.
۱۰. ایجاد چارت تشکیلاتی برای مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در جامعه و زندان.

عنوان شاخص نهم: برنامه‌های پیشگیری در جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر

تعریف شاخص:

درصدی از افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر که تحت پوشش برنامه‌های پیشگیری هستند.

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت در اجرای برنامه‌های پیشگیری اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

پیمایش رفتاری و یا سایر پیمایش‌های ویژه.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

طبق دومین برنامه اسراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۶-۱۳۸۸) مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تن‌فروشان مهمترین گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر هستند. لذا تلاش شده شاخص برای این دو گروه مجزا محاسبه گردد. MSM نیز اصولاً یک گروه جمعیتی در معرض بیشترین خطر محسوب می‌گردد و به همین جهت تلاش شده تا تصویری از وضعیت آنان ارائه گردد.

برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از نتایج یک دیده‌وری بیولوژیک - رفتاری که در سال ۱۳۸۶ در سطح ملی با کمک مراکز تحقیقاتی انجام شد، استفاده گردید^(۳۱). این مطالعه، بخشی از یک مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. در اولین سال اجرای آن در حوزه تحت پوشش ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی واقع در ۱۱ استان کشور که نمایانگر کل کشور هستند، بر اساس روش نمونه‌گیری محل - زمان اجرا گردید. به هنگام تهیه این گزارش داده‌های مربوط به این شاخص، در این دیده‌وری، فقط در مورد شهر تهران در دسترس بوده و مورد استفاده قرار گرفته‌است. برای زنان تن‌فروش و برای MSM از دو مطالعه‌ی جداگانه که توسط مراکز تحقیقاتی و با همکاری مرکز مدیریت بیماری‌ها به ترتیب در بهار ۱۳۸۶ و اسفند ۱۳۸۵ در شهر تهران انجام گردید، استفاده شد^(۳۲،۳۳).

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

سوالات زیر از پاسخ دهنده‌ها در هر یک از گروه‌های در معرض بیشترین خطر پرسیده می‌شود:

۱. اگر بخواهید آزمایش اچ‌آی‌وی بدهید، آیا می‌دانید به کجا می‌توانید مراجعه کنید؟
 ۲. طی ۱۲ ماه اخیر آیا کسی به شما کاندوم داده‌است؟ (برای مثال از طریق برنامه‌های نیازمندیابی، مراکز گذری، یا درمانگاه‌های بهداشت جنسی)
 ۳. (فقط برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد) طی ۱۲ ماه اخیر، آیا کسی به شما سرنگ و سوزن نو داده‌است؟ (برای مثال از طریق برنامه‌های نیازمندیابی، آموزشگران همسان، مراکز گذری و برنامه‌های سرنگ و سوزن)
- صورت کسر: تعداد پاسخ دهندگانی که به دو سوال فوق (برای مصرف‌کنندگان تزریقی سه سوال) پاسخ آری داده‌اند.

مخرج کسر: کلیه پاسخ دهندگان.
شاخص برای تک تک خدمات نیز جداگانه محاسبه می‌شود.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

در مطالعات فوق، فقط بخشی از سوالات محاسبه شاخص پرسیده شده که در تعداد شاخص آورده شده‌است.

مقدار شاخص:

مقدار شاخص برای هر یک از گروه‌های در معرض بیشترین خطر در جداول ۶ و ۷ آورده شده‌است:

جدول ۶: آگاهی از محل ارائه خدمات آزمایش اچ‌آی‌وی* در گروه‌های در معرض بیشترین خطر

کل سنین	۲۵ سال و بیشتر			کمتر از ۲۵ سال			گروه سنی
	میزان شاخص	N4 (نفر)	N3 (نفر)	میزان شاخص	N2 (نفر)	N1 (نفر)	
%۵۷/۵	%۶۳/۹	۱۵۸	۱۰۱	%۴۱/۰	۱۲۲	۶۰	گروه در معرض بیشترین خطر تن‌فروش زن (تهران)
%۲۸/۹	%۳۱/۸	۶۵	۲۱	%۸/۷	۱۸	۳	MSM**

N1 = تعداد کسانی که زیر ۲۵ سال بوده‌اند و از محل انجام آزمایش اچ‌آی‌وی خبر دارند.

N2 = تعداد کل کسانی که زیر ۲۵ سال بوده‌اند و مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

N3 = تعداد کسانی که ۲۵ سال یا بیشتر بوده‌اند و از محل انجام آزمایش اچ‌آی‌وی خبر دارند.

N4 = تعداد کل کسانی که ۲۵ سال یا بیشتر بوده‌اند و مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

* اطلاعات فقط برای گروه‌های موجود در جدول وجود داشته‌است.

** برای بدست آوردن نسبت در این گروه با توجه به روش نمونه‌گیری یعنی RDS، از اعداد وزن دار استفاده شده‌است.

جدول ۷: دریافت کاندوم در ۱۲ ماه گذشته* در گروه‌های در معرض بیشترین خطر

کل سنین	۲۵ سال و بیشتر			کمتر از ۲۵ سال			گروه سنی	گروه در معرض بیشترین خطر
	میزان شاخص	N4	N3	میزان شاخص	N2	N1		
%۵۸/۳	%۷۰/۰	۱۰	۷	۰	۲	۰	مصرف‌کننده تزریقی زن	تهران
%۱۹/۲	%۲۰/۷	۶۰۰	۱۲۴	%۷/۹	۷۶	۶	مصرف‌کننده تزریقی مرد	
%۱۷/۶	%۱۸/۷	۷۰۰	۱۳۱	%۷/۷	۷۸	۶	کل مصرف‌کنندگان تزریقی (زن و مرد)	

*اطلاعات فقط برای گروه‌های موجود در جدول وجود داشته‌است.

N1 = تعداد کسانی که زیر ۲۵ سال بوده‌اند و در ۱۲ ماه گذشته کاندوم دریافت کرده‌اند.

N2 = تعداد کل کسانی که زیر ۲۵ سال بوده‌اند و مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

N3 = تعداد کسانی که ۲۵ سال و بیشتر بوده‌اند و در ۱۲ ماه گذشته کاندوم دریافت کرده‌اند.

N4 = تعداد کل کسانی که ۲۵ سال و بیشتر بوده‌اند و مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

همانطور که مشاهده می‌شود در هیچ یک از مطالعات همه سوالات فوق پرسیده نشده‌است.

در یک مطالعه دیگر که در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در شهر تهران انجام شده، سوالات مربوط به دسترسی به کاندوم و سرنگ و سوزن استریل پرسیده شده اما مجموع کسانی که به هر دو سوال پاسخ داده‌اند، موجود نیست. اما از مجموع ۳۸ زن مصرف‌کننده تزریقی مواد ۳۷ نفر و از مجموع ۸۶۴ معتاد مرد تزریقی ۸۲۰ نفر دسترسی به کاندوم داشته‌اند. همچنین از مجموع ۳۸ زن معتاد تزریقی ۱۷ نفر و از مجموع ۸۶۴ معتاد مرد تزریقی ۲۹۹ نفر دسترسی به سرنگ و سوزن استریل از طریق خدمات بهداشتی داشته‌اند^(۳۶).

برابر اطلاعات دریافتی از ستاد مبارزه با مواد مخدر در شش ماه اول سال ۱۳۸۶ مجموعاً ۲,۹۴۰,۰۰۰ سرنگ استریل در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد توزیع شده‌است.

لازم به ذکر است که یکی از محورهای اصلی برنامه‌های کاهش آسیب برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در جمهوری اسلامی ایران، ارائه درمان نگهدارنده متادون به آنان است. در انتهای شهریور ۱۳۸۶ مجموعاً حدود ۵۷,۰۰۰ نفر از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور و بخش خصوصی تحت درمان نگهدارنده متادون بوده‌اند. طبق گزارش قبلی در سال ۱۳۸۳، این عدد ۴۳۰۰ نفر بوده^(۱۰) و بدین ترتیب رشدی بیش از ۱۳ برابر را تجربه کرده‌است.

بحث و تفسیر شاخص:

در مطالعه محدودی که در زنان تن‌فروش صورت گرفته‌است^(۳۳)، ۲۸۷ نفر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که پاسخ ۲۸۰ نفر در رابطه با شاخص مورد قبول واقع شده‌است. در مورد این مطالعه، این نگرانی وجود دارد که این مطالعه فقط در مورد بخشی از زنان تن‌فروش شهر تهران بوده و الزاماً قابل تعمیم به سایر نقاط نیست.

باید توجه داشت جمعیت مورد مطالعه MSM^(۳۲)، گروه بسیار محدود و خاصی از آنان بوده‌اند که اکثریت ایشان سابقه‌ی مصرف مواد داشته و هم‌چنین بخش قابل توجهی از ایشان فاقد محل زندگی ثابت بوده‌اند و حجم نمونه نیز کم بوده‌است که این موارد قابلیت تعمیم نتایج به تمامی گروه مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند را با شک مواجهه می‌سازد.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به اینکه در گزارش ۲۰۰۴ مقدار شاخص در زنان تن‌فروش و MSM محاسبه نشده‌بود، در این زمینه نمی‌توان اظهار نظر کرد. در گزارش قبل میزان این شاخص در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ۱۱/۴٪ اعلام شده‌بود^(۱). در آن گزارش مبنای عدد فوق سابقه انجام آزمایش اچ‌آی‌وی بوده‌است. در حالی که در گزارش جاری این عدد برای یک سال قبل از مطالعه محاسبه شده‌است. لذا با توجه به مقدار مشابه در گزارش جاری یعنی ۱۷/۶٪ به نظر می‌آید این شاخص بهبودی نسبی یافته‌است.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

استقرار کامل دیده‌وری بیولوژیک – رفتاری در گروه‌هایی که در معرض بیشترین خطر هستند، در سطحی که نمایانگر کشور باشد.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. شروع مطالعات منسجم در گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
۲. ایجاد شبکه‌ای نسبتاً گسترده برای تماس با مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
۳. رایگان بودن خدمات پیش‌گیری از جمله VCT در مراکز فوق‌الذکر.
۴. امکان دسترسی به سایر گروه‌های در معرض بیشترین خطر از طریق شبکه فوق.
۵. وجود شبکه گسترده آزمایشگاهی قادر به انجام الیزا.
۶. وجود شبکه گسترده مراقبت بهداشتی اولیه که امکان ادغام را فراهم می‌کند.

چالش‌ها:

۱. دسترسی اندک بخصوص به برخی از گروه‌های در معرض بیشترین خطر به دلیل محدودیت‌های قانونی، فرهنگی و اجتماعی و انگ.
۲. عدم مشارکت فراگیر بخش‌های خصوصی در ارائه خدمات VCT.

پیشنهادها:

۱. انجام مطالعه نیازسنجی بمنظور بازاریابی برای خدمات VCT.
۲. بکارگیری قابلیت‌های بخش خصوصی و سازمان‌های غیر دولتی به منظور افزایش تعداد ساعات ارائه خدمات VCT در شبانه روز.

۳. حساس‌سازی در ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی اعم از دولتی و خصوصی برای استفاده از هر فرصت ممکن جهت ارزیابی رفتارهای پرخطر و ارجاع فرد به مراکز VCT.
۴. ایجاد فضای مناسب برای ترغیب گروه‌های پرخطر در مراجعه به مراکز VCT.
۵. حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه ارائه خدمات به گروه‌های در معرض بیشترین خطر بخصوص آنهایی که در رابطه با زنان و کودکان فعالیت می‌کنند.
۶. جلب مشارکت افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر در آگاهی‌سازی و استفاده از مشارکت هم‌سانان.
۷. روتین ساختن VCT و ارائه خدمات پیشگیری در مراکز بهداشتی درمانی به مراجعینی که از جمعیت در معرض بیشترین خطر می‌باشند.
۸. ارائه خدمات پیشگیری به مراجعین درمانگاه‌های ترک اعتیاد دولتی و خصوصی.
۹. گسترش مراکز گذری و تعداد تیم‌های سیار.

عنوان شاخص دهم: آموزش اچ‌آی‌وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی در مدارس

تعریف شاخص:

درصد مدرسی که آموزش اچ‌آی‌وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی را، در سال گذشته تحصیلی ارایه داده‌اند.

هدف شاخص: ارزیابی پیشرفت به سمت اجرای آموزش اچ‌آی‌وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی در کل مدارس.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

پایش مدارس و یا مرور برنامه آموزشی.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

پایش برنامه‌های آموزشی مدارس

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

به روساء و مدیران مدارس انتخاب شده (اعم از خصوصی و دولتی) توضیح کوتاهی در مورد معنای آموزش اچ‌آی‌وی داده می‌شود و سپس سوال زیر را از آنها می‌پرسند:

آیا این مدرسه در سال گذشته تحصیلی، حداقل ۳۰ ساعت آموزش مهارت زندگی برای هر مقطع داشته‌است؟
صورت کسر: تعداد مدرسی که آموزش اچ‌آی‌وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی در سال گذشته تحصیلی داشته‌اند.
مخرج کسر: تعداد مدارس مورد مطالعه.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

با توجه به متمرکز بودن برنامه‌های آموزشی در نظام آموزش و پرورش جمهوری اسلامی ایران و دسترسی به اطلاعات از طریق وزارت مسئول، پیمایشی انجام نشد و برای گزارش این شاخص از روش پایش برنامه‌های مهارت‌های زندگی اجرا شده در مدارس استفاده شد. بدین منظور با توجه به همکاری دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش و دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور در اجرای برنامه‌های مهارت‌های زندگی در مدارس، با این دفاتر مکاتبه شد و آمار کلیه دانش‌آموزان در مقاطع پیش دبستان، دبستان و راهنمایی و دبیرستان که دوره آموزش‌های مهارت‌های زندگی را در سال تحصیلی گذشته درخواست شد و متون آموزشی آنها مرور گردید.

مقدار شاخص:

با بررسی برنامه‌های آموزشی مشخص گردید که اگر چه در حال حاضر برنامه‌ی مشخصی تحت عنوان «آموزش اچ‌آی‌وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی» در هیچ مقطعی وجود ندارد، اما موارد زیر قابل ذکر است:
 *در سال گذشته تحصیلی (۱۳۸۵-۱۳۸۶) از تعداد ۳,۹۳۸,۶۶۱ دانش‌آموز دوره راهنمایی، ۳۰۰,۰۰۰ هزار نفر (۷/۶٪) دوره آموزش‌های مهارت‌های زندگی را گذرانده‌اند.

*در همین سال تعداد ۵۸,۰۰۰ نفر دانش‌آموز دوره پیش دبستانی، و از تعداد ۵,۸۲۷,۸۵۱ نفر دانش‌آموز دوره دبستانی ۴۷۶,۰۰۰ نفر (۸/۲٪) دوره فوق را گذرانده‌اند.

*در حال حاضر در دوره دبیرستان دوره آموزش‌های مهارت‌های زندگی ارائه نمی‌شود، ولی دوره درسی ۶ ساعته آموزشی بصورت ضمیمه برای سال اول دبیرستان وجود دارد که اجرای آن الزامی نیست. با این وجود در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۱۳۸۵ این دوره برای ۹۰٪ دانش‌آموزان اول دبیرستان ارائه شده‌است.

بحث و تفسیر شاخص:

مهارت‌های آموزش داده شده در مدارس شامل مهارت‌های ده گانه خود آگاهی همدلی، ارتباطات بین فردی، ارتباطات موثر، تفکر خلاق، تفکر انتقادی، حل مسئله، تصمیم‌گیری، مقابله با هیجانات و مقابله با استرس (تمرکز بر بحث بلوغ در دوره نوجوانی) می‌باشد. مهارت‌های آموزش داده شده با هدف پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی طراحی نشده‌است، اما از آنجا که پس از گذراندن مهارت‌های فوق اعتماد به نفس افراد افزایش یافته و مهارت‌های امتناعی از جمله مقابله با فشار هم‌سالان و نه گفتن در دانش‌آموزان تقویت می‌شود، چنین آموزش‌هایی احتمال دارد در پیش‌گیری از انتقال اچ‌آی‌وی نیز نقش داشته باشد.

تغییر در مقدار شاخص در مقایسه با گزارش قبلی:

برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی در دبستان‌ها و مدارس راهنمایی جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۷۷ شروع شده و تعداد مدارس تحت پوشش و مقاطع تحصیلی در حال افزایش است، اما سرعت گسترش پوشش این برنامه باید بیشتر شود و آموزش مهارت‌های زندگی در ارتباط با اچ‌آی‌وی در آنها گنجانده شود.

نقاط قوت، نقاط ضعف، چالش‌ها، و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. شروع برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی برای دانش‌آموزان در برخی از مقاطع تحصیلی.
۲. آموزش حدود ۶۰,۰۰۰ نفر از معلمان درباره اچ‌آی‌وی و آموزش‌های مهارت محور.

نقاط ضعف:


۱. عدم پوشش تمامی مقاطع و تمامی مدارس.
۲. عدم آموزش مستقیم پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی.

چالش‌ها:

۱. نگرانی برخی از متولیان آموزش و پرورش درباره احتمال وجود اثرات ناخواسته آموزش‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی.
۲. اطلاعات ناکافی اولیاء درباره ضرورت آموزش‌های مهارت محور و نقش اندک اولیاء دانش‌آموزان در فراگیری آموزش‌های مهارت محور.

پیشنهادها:

۱. تلاش در جهت جلب حمایت همه جانبه سیاست‌گذاران و مقامات دولتی و اولیاء در اجرای کامل برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در مدارس و برای مقاطع مختلف.
۲. آموزش HIV در خانواده‌ها با متولی‌گری آموزش و پرورش.



ج- شاخص‌های مربوط به رفتار و آگاهی

عنوان شاخص یازدهم: آگاهی جوانان درباره پیشگیری از اچ‌آی‌وی

تعریف شاخص:

درصد مردان و زنان جوان سنین ۲۴-۱۵ سال که راه‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی را به درستی می‌دانند و باورهای غلط و مهم درباره انتقال اچ‌آی‌وی را نمی‌پذیرند.

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت آگاهی لازم و ضروری در مورد انتقال اچ‌آی‌وی.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مبتنی بر جمعیت

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای که در سطح کشور انجام شده و شاخص‌های مورد نظر را بدست دهد، از مرور مطالعات انجام شده در فاصله سالهای ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ استفاده شد^(۳۷). پس از مرور ۴۵ مقاله و گزارش، ۱۷ مورد در آنالیز وارد شد. اطلاعات مطالعات مختلف از طریق متاآنالیز ترکیب شد. بر اساس اطلاعات مطالعات سالهای مختلف، با ترکیب مطالعات جدیدتر با مطالعات قبلی، وزن مطالعات جدیدتر در تغییر میزان‌ها بررسی گردید.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

در مطالعه از گروه هدف پرسیده می‌شود:

۱. آیا خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی، در برقراری رابطه جنسی با فرد سالمی که فقط یک شریک جنسی دارد، و نه کس دیگری، کاهش پیدا می‌کند؟
۲. آیا خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی، با استفاده از کاندوم در هر بار رابطه جنسی، کاهش پیدا می‌کند؟
۳. آیا یک فردی که به نظر سالم می‌آید می‌تواند مبتلا به اچ‌آی‌وی باشد؟
۴. آیا اچ‌آی‌وی، توسط نیش پشه انتقال پیدا می‌کند؟
۵. آیا خوردن غذای مشترک با یک فرد مبتلا باعث ابتلا به اچ‌آی‌وی می‌شود؟

صورت کسر: تعداد پاسخ دهندگانی که در سنین ۲۴-۱۵ سال بوده و پاسخ صحیح به تمام ۵ سوال مذکور داده‌اند.

مخرج کسر: تمام پاسخ دهندگان در سنین ۲۴-۱۵ سال.

شاخص برای تک تک سوالات هم جداگانه محاسبه می‌شود.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از مطالعاتی استفاده شد که سوالات فوق در آن مطالعات وجود داشت اما با توجه به محدود بودن تعداد مطالعاتی که گستره سنی آنها ۱۵ تا ۲۴ سال باشد، کلیه مطالعاتی که گستره سنی آنها ۱۵ تا ۴۵ سال بود، در متاآنالیز گنجانده شد.

مقدار شاخص:

مقادیر شاخص در جدول ۸ آورده شده است:

جدول ۸: آگاهی جمعیت عمومی درباره پیشگیری از اچ‌آی‌وی (۱۵ تا ۴۵ ساله)

عنوان	تعداد افراد	تعداد جواب صحیح (نفر)	تعداد کل پرسش شوندهگان (نفر)	نسبت آگاهی صحیح (در متآنالیز) %	حدود اطمینان ۹۵ درصد (%)
آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک غیرمبتلا		NA ^o	NA ^o	NA ^o	NA ^o
آگاهی از اثر کاندوم در پیشگیری	زن	۱۱۵۹	۲۰۸۸	۵۵/۵	۴۵/۶ - ۶۵/۳
	مرد	۱۲۷۹	۲۴۷۹	۵۱/۶	۴۴/۳ - ۵۹/۹
	کل	۲۷۳۸	۴۵۶۷	۵۵/۱	۴۷/۳ - ۶۲/۹
آگاهی از امکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا	زن	۴۱۲۴	۵۱۲۹	۵۵/۵	۷۱/۴ - ۸۹/۴
	مرد	۴۴۶۳	۵۹۸۳	۷۴/۶	۶۲/۹ - ۸۶/۳
	کل	۸۵۸۷	۱۱۱۱۲	۷۶/۷	۶۷/۰ - ۸۶/۰
آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه	زن	۳۰۰۳	۴۷۲۱	۶۳/۶	۵۵/۲ - ۷۲/۰
	مرد	۲۸۴۹	۴۷۲۴	۶۰/۳	۵۱/۰ - ۶۹/۵
	کل	۵۸۵۲	۹۴۴۵	۶۱/۱	۵۲/۳ - ۶۹/۹
آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا با فرد مبتلا	زن	۴۰۳۲	۵۰۰۹	۷۸/۲	۷۱/۹ - ۸۴/۶
	مرد	۴۱۷۹	۵۳۵۱	۷۴/۱	۶۴/۷ - ۸۳/۴
	کل	۸۲۱۱	۱۰۳۶۰	۷۶/۴	۶۸/۸ - ۸۴/۰
پاسخ صحیح به هر ۵ سوال	NA ^o	NA ^o	NA ^o	NA ^o	NA ^o

o: Not available

با لحاظ نمودن سال انتشار و دادن وزن بیشتر و پایه به مطالعات اخیر میزان آگاهی جمعی در زمینه اثرکاندوم در پیشگیری از اچ‌آی‌وی در سالهای اخیر رو به افزایش؛ درباره امکان سالم بودن فرد مبتلا بدون تفاوتی چشمگیر؛ درباره عدم امکان انتقال اچ‌آی‌وی با نیش پشه رو به کاهش؛ درباره عدم امکان انتقال اچ‌آی‌وی با غذا خوردن با یک فرد مبتلا بدون تغییر قابل ملاحظه بوده است.

بحث و تفسیر شاخص:

این متاآنالیز شامل مطالعاتی از سراسر کشور بوده و روند بدست آمده از آن، می‌تواند نمایانگر وضعیت آگاهی‌های ضروری در باره اچ‌آی‌وی در کشور باشد.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

در گزارش قبلی این شاخص در سطح کشور قابل محاسبه نبوده و اعدادی که در آن ارائه شده، فقط مربوط به شهر تهران بوده‌است. اما متاآنالیز فوق حاکی از آن است که اگر چه آگاهی از تاثیر کاندوم در پیشگیری از اچ‌آی‌وی در سالهای اخیر بهبود یافته ولی با اعداد مطلوب فاصله دارد. سایر آگاهی‌های ضروری درباره اچ‌آی‌وی در سالهای اخیر تغییر مطلوبی نداشته و با اعداد مطلوب نیز فاصله دارد.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

راه‌اندازی دیده‌ووری‌های دوره‌ای برنامه‌ریزی شده در جمعیت هدف یا گنجاندن این سوالات در دیده‌ووری‌هایی که در حال حاضر از طرف برخی از سازمان‌ها مثل سازمان ملی جوانان در حال انجام است.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. باسواد بودن بیش از ۸۰٪ جمعیت کشور.^(۳۸)
۲. وجود سازمان‌های فراگیر در جوانان مثل بسیج و سازمان جوانان هلال احمر.
۳. صدور فتاوی از سوی تعداد زیادی از آیات عظام درباره مجاز بودن آموزش جوانان بگونه‌ای که بتوانند خود را از ابتلای به اچ‌آی‌وی حفظ کنند^(۳۹).

چالش‌ها:

۱. جوان بودن جمعیت کشور.
۲. دیدگاه منفی برخی از سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران در کشور درباره آموزش راه‌های پیشگیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی.
۳. طرح راه‌های پیشگیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی در رسانه‌های عمومی با انگ همراه است.

پیشنهادها:

۱. اجرای برنامه‌های جلب حمایت سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران در کشور درباره آموزش‌های پیشگیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی.
۲. ارایه آموزش‌های مهارت محور در مدارس مانند آنچه در شاخص دهم آورده شده‌است.
۳. استفاده از رسانه‌های جمعی.
۴. ارایه بسیج‌های اطلاع‌رسانی دوره‌ای برنامه‌ریزی شده.
۵. استفاده از آموزش‌های هم‌سانان.

عنوان شاخص دوازدهم: آگاهی جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر در مورد پیشگیری از اچ‌آی‌وی

تعریف شاخص:

درصد افراد جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر که راه‌های پیشگیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی را به خوبی می‌دانند و باورهای غلط و مهم درباره انتقال اچ‌آی‌وی را نمی‌پذیرند.

هدف شاخص:

ارزیابی سطح آگاهی لازم و ضروری درباره انتقال اچ‌آی‌وی در میان جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مراقبت رفتاری یا سایر مطالعات ویژه.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

طبق دومین برنامه اسراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۶-۱۳۸۸) مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تن‌فروشان مهمترین گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر هستند. لذا تلاش شده شاخص برای این دو گروه مجزا محاسبه گردد. MSM نیز اصولاً یک گروه جمعیتی در معرض بیشترین خطر محسوب می‌گردد و به همین جهت تلاش شده تا تصویری از وضعیت آنان ارائه گردد. اگرچه اقامت در زندان بخودی خود یک رفتار پرخطر محسوب نمی‌شود ولی با توجه به نقش کلیدی زندان‌ها در شروع همه‌گیری در ایران و سپس نقش چشمگیر آن در برنامه‌های کنترل همه‌گیری، تلاش گردیده شاخص برای این گروه جمعیتی نیز محاسبه گردد. با این وجود باید توجه داشت که زندانیان گروه همگنی نیستند و به علل مختلفی به زندان می‌روند و نوع رفتارهای پرخطر و شیوع این رفتارها در آنان یکسان نیست، لذا برنامه‌های کنترلی در این گروه نیازمند طراحی مداخلات مختلف مبتنی بر زیر گروه‌های جمعیتی متفاوت موجود در زندان می‌باشد. از همین رو اعداد محاسبه شده شاخص برای آنان با اعداد مشابه در سایر گروه‌های جمعیتی قابل مقایسه نیست. برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از نتایج یک دیده‌وری بیولوژیک - رفتاری که در تابستان سال ۱۳۸۶ در سطح ملی با کمک مراکز تحقیقاتی انجام شد^(۳۱)، استفاده گردید. این مطالعه، بخشی از یک مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. در اولین سال اجرای آن در حوزه تحت پوشش ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی واقع در ۱۱ استان کشور که نمایانگر کل کشور هستند، بر اساس روش نمونه‌گیری محل- زمان اجرا گردید. برای زنان تن‌فروش و برای MSM از دو مطالعه‌ی جداگانه که توسط مراکز تحقیقاتی و با همکاری مرکز مدیریت بیماری‌ها به ترتیب در بهار سال ۱۳۸۶ و اسفند ۱۳۸۵ در شهر تهران انجام گردید، استفاده شد^(۳۲،۳۳). برای زندانیان نیز از نتایج یک مطالعه در زندان‌های استان تهران در تابستان ۱۳۸۶ برای محاسبه شاخص، استفاده شد^(۳۴).

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

در مطالعه از گروه هدف پرسیده می‌شود:

۱. آیا خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی، در برقراری رابطه جنسی با فرد سالمی که فقط یک شریک جنسی دارد، و نه کس دیگری، کاهش پیدا می‌کند؟
۲. آیا خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی، با استفاده از کاندوم در هر بار رابطه جنسی، کاهش پیدا می‌کند؟
۳. آیا یک فردی که به نظر سالم می‌آید می‌تواند مبتلا به اچ‌آی‌وی باشد؟
۴. آیا اچ‌آی‌وی، توسط نیش پشه انتقال پیدا می‌کند؟
۵. آیا خوردن غذای مشترک با یک فرد مبتلا باعث ابتلا به اچ‌آی‌وی می‌شود؟

صورت کسر: تعداد پاسخ دهندگانی که در هر یک از گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر، پاسخ صحیح به تمام ۵ سوال مذکور داده‌اند.

مخرج کسر: تمام پاسخ دهندگان در هر یک از گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر. شاخص برای تک تک سوالات هم جداگانه محاسبه می‌شود.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه شده، استفاده گردیده‌است.

مقدار شاخص:

مقدار شاخص برای هر یک از گروه‌های در معرض بیشترین خطر در جداول ۹ تا ۱۳ آورده شده‌است:

جدول ۹: آگاهی زنان تن‌فروش درباره پیشگیری از اچ‌آی‌وی

نسبت پاسخ صحیح درکل سنین	۲۵ سال و بیشتر			کمتر از ۲۵ سال			عنوان
	نسبت پاسخ صحیح	تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)	تعداد پاسخ صحیح (نفر)	نسبت پاسخ صحیح	تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)	تعداد پاسخ صحیح (نفر)	
٪۳۱/۱	٪۳۲/۹	۱۵۸	۵۲	٪۳۶/۹	۱۲۲	۴۵	آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک جنسی غیر مبتلا
٪۶۶/۱	٪۶۷/۷	۱۵۸	۱۰۷	٪۶۳/۹	۱۲۲	۷۸	آگاهی از اثر کاندوم در پیشگیری
٪۵۶/۸	٪۴۸/۱	۱۵۸	۷۶	٪۶۸/۰	۱۲۲	۸۳	آگاهی از مکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا
٪۴۴/۶	٪۴۶/۸	۱۵۸	۷۴	٪۴۱/۸	۱۲۲	۵۱	آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه
٪۶۴/۶	٪۶۷/۱	۱۵۸	۱۰۶	٪۶۱/۵	۱۲۲	۷۵	آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا خوردن با فرد مبتلا
٪۷/۹	٪۶/۳	۱۵۸	۱۰	٪۹/۸	۱۲۲	۱۲	پاسخ به هر پنج سؤال

جدول ۱۰: آگاهی مصرف‌کننده تزریقی مواد در ایران درباره پیشگیری از اچ‌آی‌وی

نسبت پاسخ صحیح در کل سنین و هر دو جنس	۲۵ سال و بیشتر						کمتر از ۲۵ سال						گروه سنی	عنوان
	نسبت پاسخ صحیح		تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)		تعداد پاسخ صحیح (نفر)		نسبت پاسخ صحیح		تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)		تعداد پاسخ صحیح (نفر)			
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد		
٪۸۲/۸	٪۶۹/۰	٪۸۴/۷	۷۴	۲۵۶۳	۵۱	۲۱۷۲	٪۶۶/۷	٪۷۳/۸	۱۸	۴۰۵	۱۲	۲۹۹	آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک جنسی غیر مبتلا	
٪۸۳/۲	٪۷۳/۰	٪۸۴/۱	۷۴	۲۵۶۳	۵۴	۲۱۵۶	٪۶۶/۷	٪۸۰/۰	۱۸	۴۰۵	۱۲	۳۲۴	آگاهی از اثر کاندوم در پیشگیری	
٪۷۶/۵	٪۵۹/۵	٪۷۸/۹	۷۴	۲۵۶۳	۴۴	۲۰۰۰	٪۵۰/۰	٪۷۱/۴	۱۸	۴۰۵	۹	۲۸۹	آگاهی از امکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا	
٪۴۳/۵	٪۴۷/۳	٪۴۴/۷	۷۴	۲۵۶۳	۳۵	۱۱۴۵	٪۵۰/۰	٪۳۴/۸	۱۸	۴۰۵	۹	۱۴۱	آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه	
٪۶۶/۰	٪۵۵/۴	٪۶۷/۶	۷۴	۲۵۶۳	۴۱	۱۷۳۲	٪۷۲/۲	٪۵۸/۰	۱۸	۴۰۵	۱۳	۲۳۵	آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا خوردن با فرد مبتلا	
٪۲۳/۷	٪۱۷/۶	٪۲۵/۲	۷۴	۲۵۶۳	۱۳	۶۴۷	٪۵/۶	٪۱۶/۵	۱۸	۴۰۵	۱	۶۷	پاسخ به هر پنج سؤال	

جدول ۱۱: آگاهی زندانیان (مرد) درباره پیشگیری از اچ‌آی‌وی^Δ

نسبت پاسخ صحیح در کل سنین	۲۵ سال و بیشتر			کمتر از ۲۵ سال			گروه سنی	عنوان
	نسبت پاسخ صحیح	تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)	تعداد پاسخ صحیح (نفر)	نسبت پاسخ صحیح	تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)	تعداد پاسخ صحیح (نفر)		
٪۷۲/۰	٪۷۳/۲	۳۹۹	۲۹۲	٪۶۶/۳	۸۶	۵۷	آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک جنسی غیر مبتلا	
٪۷۹/۲	٪۷۸/۹	۳۹۹	۳۱۵	٪۸۰/۲	۸۶	۶۹	آگاهی از اثر کاندوم در پیشگیری	
٪۸۵/۲	٪۸۶/۵	۳۹۹	۳۴۵	٪۷۹/۱	۸۶	۶۸	آگاهی از امکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا	
٪۳۷/۳	٪۳۹/۳	۳۹۹	۱۵۷	٪۲۷/۹	۸۶	۲۴	آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه	
٪۵۹/۲	٪۶۴/۲	۳۹۹	۲۵۶	٪۳۰/۰	۸۶	۳۱	آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا خوردن با فرد مبتلا	
٪۲۲/۷	٪۲۵/۶	۳۹۹	۱۰۲	٪۹/۳	۸۶	۸	پاسخ به هر پنج سؤال	

Δ: با توجه به آنکه زندانیان گروه همگنی نیستند و به علل مختلفی که در موارد زیادی ارتباطی با رفتارهای مرتبط با اچ‌آی‌وی ندارد به زندان رفته‌اند، داده‌های مربوط به آنها در یک جدول جداگانه آمده‌است.

جدول ۱۲: آگاهی MSM درباره پیشگیری از اچ‌آی‌وی

نسبت پاسخ صحیح در کل سنین	۲۵ سال و بیشتر			کمتر از ۲۵ سال			گروه سنی	عنوان
	نسبت پاسخ صحیح	تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)	تعداد پاسخ صحیح (نفر)	نسبت پاسخ صحیح	تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)	تعداد پاسخ صحیح (نفر)		
٪۶۵/۹	٪۶۶/۰	۶۵	۴۷	٪۶۶/۸	۱۸	۱۳	آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک جنسی غیر مبتلا	
٪۷۱/۷	٪۸۰/۱	۶۵	۵۳	٪۵۳/۳	۱۸	۱۲	آگاهی از اثر کاندوم در پیشگیری	
٪۶۸/۶	٪۷۹/۲	۶۵	۴۷	٪۴۵/۱	۱۸	۱۰	آگاهی از امکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا	
٪۱۹/۰	٪۱۷/۷	۶۵	۱۳	٪۲۲/۱	۱۸	۵	آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه	
٪۵۳/۵	٪۵۸/۷	۶۵	۳۷	٪۴۲/۲	۱۸	۶	آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا خوردن با فرد مبتلا	
٪۵/۳	۱۱/۷	۶۵	۴	۴/۵	۱۸	۲	پاسخ به هر پنج سؤال	

* برای بدست آوردن نسبت ها در این گروه، با توجه به روش نمونه‌گیری یعنی RPS، از اعداد وزن دار استفاده شده‌است.

جدول ۱۳: آگاهی مصرف‌کننده تزریقی مواد در شهر تهران درباره پیشگیری از اچ‌آی‌وی

نسبت پاسخ صحیح در کل سنین و هر دو جنس	۲۵ سال و بیشتر						کمتر از ۲۵ سال						گروه سنی	عنوان
	نسبت پاسخ صحیح		تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)		تعداد پاسخ صحیح (نفر)		نسبت پاسخ صحیح		تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)		تعداد پاسخ صحیح (نفر)			
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد		
٪۸۵/۳	٪۹۰	٪۸۶/۰	۱۰	۶۰۰	۹	۵۱۶	٪۱۰۰	٪۸۰/۰	۲	۷۶	۲	۶۰	آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک جنسی غیر مبتلا	
٪۸۸/۱	٪۱۰۰	٪۸۸/۲	۱۰	۶۰۰	۱۰	۵۲۹	٪۵۰/۰	٪۸۶/۴	۲	۷۶	۱	۶۶	آگاهی از اثر کاندوم در پیشگیری	
٪۷۹/۵	٪۹۰٫۰	٪۷۹/۷	۱۰	۶۰۰	۹	۴۷۸	٪۵۰/۰	٪۷۷/۳	۲	۷۶	۱	۵۹	آگاهی از امکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا	
٪۶۲/۲	٪۶	٪۶۵/۷	۱۰	۶۰۰	۶	۳۹۴	۰	٪۴۴/۷	۲	۷۶	۰	۳۴	آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه	
٪۶۲/۳	٪۹۰	٪۶۵/۲	۱۰	۶۰۰	۹	۳۹۱	٪۱۰۰	٪۶۱/۸	۲	۷۶	۲	۴۷	آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا خوردن با فرد مبتلا	
٪۲۹/۳	٪۵۰	٪۳۱/۰	۱۰	۶۰۰	۵	۱۸۶	۰	٪۱۷/۱	۲	۷۶	۰	۱۳	پاسخ به هر پنج سؤال	

بحث و تفسیر شاخص:

در مطالعه محدودی که در زنان تن‌فروش صورت گرفته‌است، ۲۸۷ نفر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که پاسخ ۲۸۰ نفر در رابطه با شاخص مورد قبول واقع شده‌است. در مورد این مطالعه، این نگرانی وجود دارد که این مطالعه فقط در مورد بخشی از زنان تن‌فروش شهر تهران بوده و الزاما قابل تعمیم به سایر نقاط نیست.

باید توجه داشت جمعیت مورد مطالعه MSM، گروه بسیار محدود و خاصی از آنان بوده‌اند که اکثریت ایشان سابقه‌ی مصرف مواد داشته و همچنین بخش قابل توجهی از ایشان فاقد محل زندگی ثابت بوده‌اند و حجم نمونه نیز کم بوده‌است که این موارد قابلیت تعمیم نتایج به تمامی گروه مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند را با شک مواجهه می‌سازد. در مورد زندانیان هم داده‌های ارائه شده فقط مربوط به استان تهران بوده و ممکن است به سایر نقاط کشور قابل تعمیم نباشد.

با مقایسه میزان‌های آگاهی در گروه‌های مختلف در معرض بیشترین خطر، چنین به نظر می‌آید که بالاترین میزان‌ها مربوط به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و زندانیان است. این امر می‌تواند ناشی از برنامه‌هایی باشد که در زمینه پیشگیری از اچ‌آی‌وی در چند سال اخیر شروع شده‌است. همچنین به نظر می‌آید آگاهی‌ها در زمینه راه‌های انتقال نسبت به آگاهی از عدم انتقال در تماس‌های معمولی از وضعیت بهتری برخوردار است که این امر می‌تواند در تشدید انگ ناشی اچ‌آی‌وی موثر باشد.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

در گزارش قبلی این شاخص در گروه زنان تن‌فروش و افراد MSM به علت عدم وجود مطالعه، محاسبه نشده بود^(۱۰). همچنین در زمان گزارش فوق‌الذکر مطالعه جامعی در رابطه با اندازه‌گیری این شاخص در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سطح کشور در دست نبوده‌است. اما در مقایسه‌آگاهی‌های مصرف‌کنندگان شهر تهران در فاصله‌این دو گزارش بهبود قابل توجهی دیده می‌شود.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

انجام دیدهوری‌های دوره‌ای برنامه‌ریزی شده در گروه‌های هدف.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. شروع مطالعات منسجم در گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
۲. ایجاد شبکه‌ای نسبتاً گسترده برای تماس با مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
۳. امکان دسترسی به سایر گروه‌های در معرض بیشترین خطر از طریق شبکه فوق.
۴. وجود شبکه گسترده مراقبت بهداشتی اولیه که امکان ادغام را فراهم می‌کند.

چالش‌ها:

۱. دسترسی اندک به گروه‌های در معرض خطر به دلیل محدودیت‌های قانونی، فرهنگی و اجتماعی و انگ.

پیشنهادها:

۱. حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه ارائه خدمات به گروه‌های در معرض بیشترین خطر بخصوص آنهایی که در رابطه با زنان و کودکان فعالیت می‌کنند.
۲. جلب مشارکت افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر در آگاهی‌سازی و استفاده از مشارکت هم‌سانان.

۳. گسترش مراکز گذری و تعداد تیم‌های سیار.
۴. مشارکت گروه‌های همسان در دسترسی به جمعیت‌های هدف و آموزش توسط آنان.
۵. اجرای برنامه‌های تیم سیاری.

عنوان شاخص سیزدهم: تماس جنسی قبل از سن ۱۵ سال

تعریف شاخص:

در صد زنان و مردان جوان سنین ۲۴-۱۵ سال، که تماس جنسی قبل از سن ۱۵ سالگی داشته‌اند. (در این شاخص بسته به وضعیت محلی می‌توان تماس جنسی قبل از ۱۸ سال و گروه سنی ۱۸-۲۴ سال را در نظر گرفت).

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت در افزایش سن زنان و مردان جوان ۲۴-۱۵ سال که اولین بار در آن سن تماس جنسی داشته‌اند.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مبتنی بر جمعیت.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

مرور نتایج مطالعات در دسترس انجام شده.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از پاسخ دهندگان سوال می‌شود:

۱. آیا آنها هرگز ارتباط جنسی مقاربتی داشته‌اند؟
۲. اگر پاسخ مثبت بود، از آنها سوال می‌شود: در چند سالگی اولین ارتباط جنسی مقاربتی داشته‌اند؟

صورت کسر: عبارت است از تعداد پاسخ دهندگانی (در سنین ۲۴-۱۵ سال) که اولین رابطه‌ی مقاربتی در سن کم‌تر از ۱۵ سال بوده‌اند.

مخرج کسر: تمامی پاسخ دهندگان در سنین ۲۴-۱۵ سال.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

برای تهیه ارقام این شاخص مطالعاتی که در کشور با این موضوع صورت گرفته، شناسایی گردید. سپس با محقق اصلی تماس گرفته شد و سوالات شاخص از وی استعلام شد. از میان این مطالعات، مطالعه‌ای که دقیقاً سئوالات مورد نظر را پرسیده باشد، وجود نداشت. ولی از میان آنها، مطالعه‌ای که در در هفت استان کشور در جوانان دختر و پسر مجرد کشور در محدوده سنی ۱۵ تا ۲۹ سال با روش نمونه‌گیری تصادفی در سال ۱۳۸۵ صورت گرفته، بهترین داده‌ها را داشت و جهت محاسبه شاخص استفاده شد. در این مطالعه کشور بر اساس ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی به هفت منطقه تقسیم شده و از هر منطقه یک استان انتخاب گردیده و حجم نمونه بیش از ۷۰۰۰ نفر بود^(۴۰).

مقدار شاخص: بر اساس مطالعه فوق ۱۵/۹٪ مردان مجرد و ۴/۴٪ زنان مجرد پیش از ۱۹ سالگی آمیزش جنسی داشته‌اند (جدول ۱۴).

جدول ۱۴: سابقه آمیزشی جنسی در رده‌های سنی مختلف

۲۰-۲۴ سال			۱۵-۱۹ سال			سن جنس
نسبت	کل پرسش‌شوندگان	وجود رابطه جنسی	نسبت	کل پرسش‌شوندگان	وجود رابطه جنسی	
۲۰/۷٪	۱۱۸۰	۲۴۵	۱۵/۹٪	۱۱۱۴	۱۷۷	مرد
۴/۴٪	۱۲۳۲	۵۴	۴/۴٪	۱۱۸۸	۵۳	زن

بحث و تفسیر شاخص:

با توجه به اینکه این مطالعه در جوانان مجرد انجام شده، الزاما به کل جامعه قابل تعمیم نیست. با این وجود، این اعداد نگران کننده‌اند. در چند مطالعه پراکنده دیگر در نقاط مختلف کشور نیز اعدادی مشابه بدست آمده‌است. در یک مطالعه دیگر، ۱/۴٪ از دختران دانشجوی ۲۰-۲۴ ساله در یکی از دانشگاه‌های تهران قبل از ۱۵ سالگی ارتباط جنسی داشته‌اند^(۴۱). این درصد در این گروه در زیر ۱۸ سالگی به ۶/۹٪ می‌رسد. در مطالعه دیگری که توسط همین محقق در بین پسران ۱۵-۱۸ ساله صورت گرفته‌است ۱/۱۵٪ از پسران در زیر ۱۵ سالگی سابقه ارتباط جنسی را داشته‌اند که این رقم برای زیر ۱۸ سال به ۲۷/۵٪ می‌رسد^(۴۲).

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی: با توجه به نبود اعداد دقیق برای شاخص فوق در دوره قبل، مقایسه امکان پذیر نیست.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

طراحی پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت توسط سازمان‌های ذیربط می‌تواند تصویری دقیق‌تر از این مسئله در سالهای آینده به دست بدهد. ولی تا زمان انجام این مطالعات بایستی ترتیبی اتخاذ گردد تا در مطالعات موردی و پراکنده‌ای که در کشور صورت می‌گیرد از سئوالهای مورد نظر و مناسب که بتواند جواب دقیقی در خصوص شاخص مورد بحث به ما بدهد استفاده گردد. همچنین در کنار این اقدام توصیه می‌شود سازوکاری جهت ایجاد بانک اطلاعاتی پژوهش‌های انجام شده در وزارت بهداشت به وجود آید تا از اتلاف وقت برای دستیابی به نتایج این پژوهش‌ها جلوگیری شود.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت: وجود باورهای مذهبی، سنت‌ها و روابط اجتماعی که می‌تواند به پرهیز مدار بودن آحاد جامعه کمک کند.

چالشها:

۱. مقاومت مسئولین در موضوع آموزش رفتارهای جنسی سالم.
۲. پوشش آموزش مهارت‌های زندگی هنوز پایین است.

۳. وجود روحیه انکار در برابر معضلاتی که جوانان را تهدید میکند.
۴. جوان بودن جمعیت و گستردگی سیستم‌های ارتباطی که می‌تواند بر رفتارهای جنسی جوانان تاثیر بگذارد.

پیشنهادها:

۱. ارایه آموزش‌های مهارت محور در مدارس.
۲. استفاده از رسانه‌های جمعی.
۳. برنامه‌های تشویق به پرهیزگاری پیش از ازدواج، تشویق به ازدواج پس از رسیدن به سن قانونی و وفاداری پس از ازدواج.

عنوان شاخص چهاردهم: رفتار جنسی پرخطر

تعریف شاخص:

درصد زنان و مردان سنین ۱۵ تا ۴۹ سال که در ۱۲ ماه گذشته، با بیش از یک شریک، ارتباط جنسی داشته‌اند.

هدف شاخص:

ارزیابی میزان کاهش درصد افرادی که رفتار جنسی پرخطر دارند.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مبتنی بر جمعیت.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

مرور نتایج مطالعات در دسترس انجام شده.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از پاسخ دهندگان سوال می‌شود:

۱. آیا تا به حال در طول زندگی آمیزش جنسی داشته‌اید؟
۲. اگر جواب بلی باشد: در ۱۲ ماه گذشته با چند نفر مختلف آمیزش جنسی داشته‌اید؟

صورت کسر: تعداد افراد ۱۵ تا ۴۹ ساله‌ای که در ۱۲ ماه گذشته با چند نفر مختلف آمیزش جنسی داشته‌اند.

مخرج کسر: تعداد کل پاسخ دهندگان ۱۵ تا ۴۹ ساله.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

برای تهیه ارقام این شاخص مطالعاتی که در کشور با این موضوع صورت گرفته‌است و سئوالات مورد نظر این شاخص را در خود داشته‌اند انتخاب شده و پس از تماس با محقق اصلی که دسترسی به بانک اصلی اطلاعات پژوهش داشته‌است ارقام مورد نظر پرسیده شده و سپس شاخص محاسبه گردیده‌است. به عبارت بهتر روش استفاده شده همان روش توصیه شده می‌باشد ولی ابزار استفاده شده، ابزار توصیه شده نبوده‌است.

مقدار شاخص:

اطلاعات برای محاسبه شاخص در دست نیست و فقط چند مطالعه پراکنده و کوچک در این زمینه موجود است. یکی از این مطالعات که در سال ۱۳۸۳ در بین جوانان یکی از مناطق تهران صورت گرفته‌است که از میان ۴۲۲ نفری که در یک سال گذشته سابقه رابطه جنسی داشته‌اند، ۱۱۰ نفر (۲۱/۱٪) تعداد شرکای جنسی‌شان بیش از یک نفر بوده‌است^(۴۳). در یک مطالعه دیگر که در سال ۱۳۸۵ در دانشجویان پسر یکی از دانشگاه‌های تهران صورت گرفته^(۴۴) ۱۲/۳٪ (۱۴ نفر از ۱۱۴ نفر)

از دانشجویان مرد کمتر از ۱۹ ساله، ۳۹٪ (۱۱۶ نفر از ۲۹۵ نفر) از دانشجویان مرد ۲۰-۲۴ ساله و ۲۸/۶٪ (۴ نفر از ۱۴ نفر) از دانشجویان بزرگتر از ۲۵ سال در طول عمر خود با بیش از یک شریک جنسی ارتباط داشته‌اند. **تفسیر شاخص:** آنچه مسلم است نتایج این مطالعه با توجه به اینکه تنها در یک منطقه از تهران صورت گرفته است الزاماً نمایانگر کل جامعه و حتی شهر تهران نیست. با این وجود این اعداد حتی در آن مناطق هم نگران کننده‌اند.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به نبود مقدار عددی شاخص در دوره قبل مقایسه امکان پذیر نمی‌باشد.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

طراحی پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت توسط سازمان‌های ذیربط می‌تواند تصویری دقیق‌تر از این مسئله در سالهای آینده به دست بدهد. ولی تا زمان انجام این مطالعات بایستی ترتیبی اتخاذ گردد تا در مطالعات موردی و پراکنده‌ای که در کشور صورت می‌گیرد از سئوالهای مورد نظر و مناسب که بتواند جواب دقیقی در خصوص شاخص مورد بحث به ما بدهد استفاده گردد. همچنین در کنار این اقدام توصیه می‌شود سازوکاری جهت ایجاد بانک اطلاعاتی پژوهشهای انجام شده در وزارت بهداشت به وجود آید تا از اتلاف وقت برای دستیابی به نتایج این پژوهشها جلوگیری شود.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. وجود باورهای مذهبی، سنت‌ها و روابط اجتماعی که می‌تواند به وفادار بودن آحاد جامعه کمک کند.

چالشها:

۱. مقاومت مسئولین در موضوع آموزش رفتارهای جنسی سالم.
۲. پوشش آموزش مهارت‌های زندگی هنوز پایین است.
۳. جوان بودن جمعیت و گستردگی سیستم‌های ارتباطی که می‌تواند بر رفتارهای جنسی جوانان تاثیر بگذارد.

پیشنهادها:

۱. ارایه آموزش‌های مهارت محور در مدارس.
۲. استفاده از رسانه‌های جمعی.
۳. برنامه‌های تشویق به پرهیزگاری پیش از ازدواج، تشویق به ازدواج پس از رسیدن به سن قانونی و وفاداری پس از ازدواج.

عنوان شاخص پانزدهم: استفاده از کاندوم در رفتار جنسی پر خطر

تعریف شاخص:

درصد زنان یا مردان ۱۵ تا ۴۹ ساله‌ای که در ۱۲ ماه گذشته رابطه جنسی با بیش از یک شریک جنسی داشته‌اند و در آخرین ارتباطشان از کاندوم استفاده کرده‌اند.

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت در پیشگیری از مواجهه با اچ‌آی‌وی در بین کسانی که تماس جنسی محافظت نشده با شرکای جنسی متعدد داشته‌اند.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مبتنی بر جمعیت.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

مرور مطالعات انجام شده در دسترس

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از پاسخ دهندگان پرسیده می‌شود:

۱. آیا تابحال در طول زندگی آمیزش جنسی داشته‌اند؟ و اگر جواب بلی باشد:
 ۲. در ۱۲ ماه گذشته با چند نفر مختلف آمیزش جنسی داشته‌اید؟ و اگر جواب بیش از یک باشد:
 ۳. آیا شما یا شریکتان در آخرین آمیزش جنسی با یکدیگر از کاندوم استفاده کرده‌اید؟
- صورت کسر:** تعداد افراد ۱۵ تا ۴۹ ساله‌ای که در ۱۲ ماه گذشته با چند نفر مختلف آمیزش جنسی داشته‌اند و همچنین از کاندوم در آخرین بار استفاده کرده‌اند.
- مخرج کسر:** تعداد کل پاسخ دهندگان ۱۵ تا ۴۹ ساله که در ۱۲ ماه گذشته با چند نفر مختلف آمیزش جنسی داشته‌اند.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

برای تهیه ارقام این شاخص مطالعاتی که در کشور با این موضوع صورت گرفته‌است و سئوالات مورد نظر این شاخص را در خود داشته‌اند انتخاب شده و پس از تماس با محقق اصلی که دسترسی به بانک اصلی اطلاعات پژوهش داشته‌است ارقام مورد نظر پرسیده شده و سپس شاخص محاسبه گردیده‌است. به عبارت بهتر روش استفاده شده همان روش توصیه شده می‌باشد ولی ابزار استفاده شده، ابزار توصیه شده نبوده‌است.

مقدار شاخص:

در این زمینه نیز متاسفانه پیمایش جامعی در دسترس نمی‌باشد و شاخص قابل محاسبه نیست. با این وجود در مطالعه مذکور در شاخص قبل از ۱۱۰ نفری که در سال ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفته و در یک سال گذشته با بیش از یک نفر رابطه جنسی داشته‌اند، ۴۳٪ در آخرین رابطه جنسی از کاندوم استفاده کرده‌اند^(۴۳).

تفسیر شاخص:

این اعداد الزاما نمایانگر کل جامعه حتی شهر تهران نیست.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به نبود مقدار عددی شاخص در دوره قبل مقایسه امکان‌پذیر نمی‌باشد.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

طراحی پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت توسط سازمان‌های ذیربط می‌تواند تصویری دقیق‌تر از این مسئله در سالهای آینده به دست بدهد. ولی تا زمان انجام این مطالعات بایستی ترتیبی اتخاذ گردد تا در مطالعات موردی و پراکنده‌ای که در کشور صورت می‌گیرد از سئوالهای مورد نظر و مناسب که بتواند جواب دقیقی در خصوص شاخص مورد بحث به ما بدهد استفاده گردد. همچنین در کنار این اقدام توصیه می‌شود سازوکاری جهت ایجاد بانک اطلاعاتی پژوهش‌های انجام شده در وزارت بهداشت به وجود آید تا از اتلاف وقت برای دستیابی به نتایج این پژوهش‌ها جلوگیری شود.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. وجود باورهای مذهبی، سنت‌ها و روابط اجتماعی که می‌تواند به وفادار بودن آحاد جامعه کمک کند.
۲. وجود امکانات بالقوه، نهادهای متعدد با پوشش فراگیر در کشور جهت آموزش به جمعیت کثیر جوانان ۱۵-۲۴ ساله به منظور اجرای برنامه‌های پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی.
۳. رایگان بودن ارائه کاندوم در مراکز دولتی خدمات سلامت.
۴. وجود برنامه‌های بهداشت باروری گسترده در سطح کشور که ارائه برنامه‌های پیشگیری به صورت ادغام شده را می‌دهد.

چالشها:

۱. مقاومت مسئولین در موضوع آموزش پیشگیری از رفتارهای جنسی پرخطر.
۲. پوشش آموزش مهارت‌های زندگی هنوز پایین است.
۳. جوان بودن جمعیت و گستردگی سیستم‌های ارتباطی که می‌تواند بر رفتارهای جنسی جوانان تاثیر بگذارد.
۴. دسترسی به کاندوم در برخی از گروه‌های سنی و جنسی می‌تواند با انگ و عار یا دشواری همراه باشد.
۵. نگرش منفی نسبت به استفاده از کاندوم در گروهی از مردم و شناخت ناکافی از کاندوم و مهارت ناکافی در استفاده از آن.

پیشنهادها:

۱. ارایه آموزش‌های مهارت محور در مدارس.
۲. استفاده از رسانه‌های جمعی.
۳. دسترسی مناسب و توأم با آموزش درباره کاندوم برای گروه هدف.
۴. ایجاد حساسیت و درگیر ساختن نهادهای مرتبط با جوانان در این زمینه.

عنوان شاخص شانزدهم: مصرف کاندوم در تن فروشان

تعریف شاخص:

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

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت در پیش‌گیری از مواجهه با اچ‌آی‌وی از راه ارتباط جنسی محافظت نشده با مشتریان در بین تن‌فروشان.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مراقبت رفتاری یا سایر مطالعات ویژه.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از مطالعه‌ای که در زنان تن‌فروش در بهار سال ۱۳۸۶ در شهر تهران انجام گردید، استفاده شد^(۳۳).

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از مصاحبه شونده‌گان باید پرسیده شود:

آیا طی ۱۲ ماه گذشته در آمیزش جنسی با آخرین مشتری خود، از کاندوم استفاده کرده‌اید؟

صورت کسر: تعداد پاسخ‌دهندگانی که استفاده از کاندوم را در آمیزش جنسی با آخرین مشتری خود گزارش کرده‌اند.

مخرج کسر: تعداد پاسخگویانی که تماس جنسی به صورت تن‌فروشی را ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده‌اند.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه شده، استفاده گردیده‌است.

مقدار شاخص:

تعداد افراد مورد بررسی ۲۸۰ نفر زن تن‌فروش بوده، که از این تعداد ۱۵۴ زن (۵۵/۰٪) در آخرین آمیزش جنسی خود از

کاندوم استفاده کرده‌اند^(۳۳) (جدول ۱۵).

جدول ۱۵: زنان تن‌فروشی که در آخرین آمیزش جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند

۲۵ سال و بیشتر			زیر ۲۵ سال			سن گروه
نسبت	کل	استفاده از کاندوم	نسبت	کل	استفاده از کاندوم	
۵۲/۰٪	۱۵۸	۸۲	۵۹/۰٪	۱۲۲	۷۲	زنان تن‌فروش

همانطور که قبلاً نیز ذکر گردید در رابطه با مردان تن‌فروشی که در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده نموده‌اند آماری نداشته و بنابراین قادر به ترسیم نمائی نمی‌باشیم.

بحث و تفسیر شاخص:

چون بررسی فوق در زنان تن‌فروشی شهر تهران انجام شده، به کل کشور قابل تعمیم نیست.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به نبود مقدار عددی شاخص در دوره قبل مقایسه امکان‌پذیر نمی‌باشد.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

انجام دیده‌ووری‌های دوره‌ای برنامه‌ریزی شده در گروه‌های هدف.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. دیدگاه مثبت برخی از صاحب‌منصبان سیاسی و مدیران سلامت و اجتماعی در خصوص برنامه‌های کاهش آسیب در تن‌فروشان.
۲. وجود کلینیک‌های مثلثی، متادون، DICها و...
۳. افزایش آگاهی عمومی.
۴. آگاهی نسبتاً خوب زنان تن‌فروش مورد مصاحبه قرار گرفته (اگرچه این عده محدود الزاماً نشان‌دهنده کل افراد این گروه نیستند).

چالش‌ها:

۱. امتناع مشتریان تن‌فروشان در استفاده از کاندوم.
۲. عدم دسترسی به تن‌فروشان.
۳. عدم وجود برنامه جامع برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی در زنان تن‌فروش.

پیشنهادها:

۱. تدارک یک برنامه جامع برای زنان تن‌فروش به گونه‌ای که خدمات ارائه شده ضمن پیشگیری از اچ‌آی‌وی در آنها به توانمندسازی و کاهش تعداد آنها بیانجامد.
۲. استفاده از تیم‌های سیاری.
۳. استفاده از آموزش هم‌سانان.
۴. ارائه خدمات ادغام شده.
۵. برنامه‌های تشویق به پرهیزگاری پیش از ازدواج، تشویق به ازدواج پس از رسیدن به سن قانونی و وفاداری پس از ازدواج به منظور کاهش تقاضا

عنوان شاخص هفدهم: استفاده از کاندوم در MSM

تعریف شاخص:

درصدی از مردان که در آخرین آمیزش جنسی با شریک جنسی مرد از کاندوم استفاده کرده‌اند.

هدف شاخص:

ارزیابی میزان پیشرفت در جلوگیری از گسترش اچ‌آی‌وی در مردانی که تماس جنسی بدون محافظت با یک مرد داشته‌اند.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مراقبت رفتاری یا سایر مطالعات ویژه.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

مطالعه با روش Respondent Driven Sampling در بین مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی داشته‌اند در مناطق جنوب تهران انجام شده‌است (۳۲).

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

در یک مطالعه رفتاری نمونه‌ای از MSM، پاسخگویان در رابطه با شرکای جنسی در ۶ ماه گذشته، آمیزش جنسی با شرکای هم‌جنس و نیز استفاده از کاندوم در آخرین آمیزش جنسی با آنان مورد سوال قرار می‌گیرند. صورت کسر: تعداد پاسخگویانی که استفاده از کاندوم را در آخرین آمیزش جنسی خود گزارش کرده‌اند. مخرج کسر: تعداد پاسخگویانی که آمیزش جنسی با یک مرد را در ۶ ماه گذشته گزارش کرده‌اند.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

در مطالعه‌ی انجام شده که توسط یک مرکز تحقیقاتی انجام شد، استفاده از کاندوم در آخرین تماس جنسی مقعدی به تفکیک با شریک جنسی مرد تن‌فروش و شریک جنسی مرد گذری پرسیده شده بود و به طور کلی آخرین شریک جنسی پرسیده نشده بود.

مقدار شاخص:

مقدار شاخص قابل محاسبه نیست. با این وجود در مطالعه فوق، در گروه زیر ۲۵ سال ۵ نفر از ۸ نفر در آخرین رابطه جنسی با مرد تن‌فروش از کاندوم استفاده کرده‌بودند که با توجه به روش نمونه‌گیری که RDS بوده‌است باید از عدد ۴/۹ بر روی ۶/۱ (۸۰/۳٪) استفاده شود. در گروه بالای ۲۵ سال ۱۸ نفر از ۴۹ نفر بوده‌است که باید از عدد ۱۵/۸ بر روی ۴۶/۸ (۳۳/۸٪) استفاده شود. برای شریک جنسی گذری مقدار شاخص در گروه زیر ۲۵ سال ۵ نفر از ۱۱ نفر بوده‌است که با توجه به روش نمونه‌گیری که RDS بوده‌است باید از عدد ۳/۴ بر روی ۸/۰ (۴۲/۵٪) استفاده شود. در گروه بالای ۲۵ سال ۲۴ نفر از ۶۸ نفر بوده‌است که باید از عدد ۲۶/۸ بر روی ۷۰/۱ (۳۸/۲٪) استفاده شود.

بحث و تفسیر شاخص:

باید توجه داشت جمعیت مورد مطالعه MSM، گروه بسیار محدود و خاصی از آنان بوده‌اند که اکثریت ایشان سابقه‌ی مصرف مواد داشته و هم‌چنین بخش قابل توجهی از ایشان فاقد محل زندگی ثابت بوده‌اند و حجم نمونه نیز کم بوده‌است که این موارد قابلیت تعمیم نتایج به تمامی گروه مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند را با شک مواجهه می‌سازد.

تغییر در مقدار شاخص در مقایسه با گزارش قبلی

در گزارش قبلی این شاخص برای این گروه از مردان محاسبه نشده بود.

تفسیر شاخص:

اطلاعات بسیار کمی از وضعیت پوشش خدمات پیش‌گیری و هم‌چنین وضعیت رفتاری و شیوع اچ‌آی‌وی در بین مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند وجود دارد. هم‌چنین برنامه‌های موجود برای خدمات‌رسانی به گروه‌هایی که دارای رفتاری هستند که ایشان را در معرض بیش‌ترین خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی قرار می‌دهد به‌طور مشخص این گروه از مردان را هدف قرار نداده و لذا نمی‌توان گفت که در حال حاضر برنامه‌ی مشخصی برای پیش‌گیری و هم‌چنین مشاوره و آزمایش داوطلبانه در این گروه وجود دارد.

نقاط قوت، چالش‌ها، و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. گسترش شبکه ارائه خدمات به مصرف‌کنندگان مواد که می‌توان از امکانات آن برای دسترسی به سایر گروه‌های در معرض بیشترین خطر استفاده کرد.

چالش‌ها:

۱. اطلاعات بسیار ناچیز از وضعیت MSM.
۲. تولید اطلاعات.

پیشنهادها:

۱. تلاش برای شروع حداقل دسترسی غیر مستقیم به این گروه، از طریق افزایش پوشش همه گروه‌های پرخطر.

عنوان شاخص هجدهم: استفاده از کاندوم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد

تعریف شاخص:

درصد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که استفاده از کاندوم را در طی آخرین تماس جنسی خود گزارش کرده‌اند.

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت در جلوگیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مراقبت رفتاری یا سایر مطالعات ویژه.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از نتایج یک دیده‌وری بیولوژیک - رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که در تابستان سال ۱۳۸۶ در سطح ملی انجام شد، استفاده گردید (۳۱). این مطالعه، بخشی از یک مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است که در اولین سال اجرای آن در حوزه تحت پوشش ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی واقع در ۱۱ استان ایران که نمایانگر کل کشور هستند، بر اساس روش نمونه‌گیری محل - زمان اجرا گردید.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از افراد گروه هدف موارد زیر پرسیده می‌شود:

۱. آیا در طی ماه گذشته تزریق مواد داشته‌اید؟
۲. اگر بله؛ آیا در طی ماه گذشته آمیزش جنسی داشته‌اید؟
۳. اگر جواب هر دو سؤال بالا بله؛ آیا در آخرین آمیزش جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اید؟

صورت کسر: تعداد پاسخگویانی که استفاده از کاندوم را طی آخرین آمیزش جنسی خود، گزارش کرده‌اند.
مخرج کسر: تعداد پاسخگویانی که آمیزش جنسی را در طی ماه گذشته، گزارش کرده‌اند.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

روش استفاده شده بسیار شبیه به روش توصیه شده است، بجز آنکه در مورد آخرین رابطه جنسی بجای یک ماه گذشته، یک سال گذشته سوال شده است.

مقدار شاخص:

در دیده‌وری انجام شده در سطح کشور، از میان ۲۰۶۳ مصرف‌کننده تزریقی مواد در یک ماه قبل از مطالعه تزریق داشته‌اند، ۱۵۸۳ نفر (۷۶/۷٪) در یک سال قبل از مطالعه رابطه جنسی داشته‌اند که میزان استفاده از کاندوم در آنها برای کل ایران و شهر تهران در جداول ۱۶ و ۱۷ آورده شده‌است:

جدول ۱۶: استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در ایران

سن / جنس	کمتر از ۲۵ سال			۲۵ سال و بیشتر		
	N_1^a	N_2^b	نسبت	N_1^a	N_2^b	نسبت
مرد	۲۰۳	۷۰	٪۳۴/۵	۱۳۴۶	۴۳۹	٪۳۲/۶
زن	۷	۲	٪۲۸/۶	۲۶	۸	٪۳۰/۸

N_1^a : تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق و در یک سال اخیر نزدیکی داشته‌اند.

N_2^b : تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق و در یک سال اخیر نزدیکی داشته‌اند و در آخرین نزدیکی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند.

جدول ۱۷: استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در شهر تهران

سن / جنس	کمتر از ۲۵ سال			۲۵ سال و بیشتر		
	N_1^a	N_2^b	نسبت	N_1^a	N_2^b	نسبت
مرد	۲۲	۱۰	٪۴۵/۵	۱۸۹	۷۲	٪۳۸/۱
زن	۰	۰	غیر قابل محاسبه	۱	۱	٪۱۰۰

N_1^a : تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق و در یک سال اخیر نزدیکی داشته‌اند.

N_2^b : تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق و در یک سال اخیر نزدیکی داشته‌اند و در آخرین نزدیکی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند.

بحث و تفسیر شاخص:

به طور کلی حدود ۳۳٪ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در ایران در آخرین رابطه جنسی‌شان از کاندوم استفاده کرده‌اند. در مردان در سنین زیر و بالای ۲۵ سال، نسبت‌های مشابهی بدست آمده‌است. در زنان نیز اگرچه نسبت‌های مشابهی مشاهده می‌شود، ولی به علت حجم اندک نمونه، نمی‌توان نتیجه‌گیری نمود. در تهران حدود ۳۹٪ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در آخرین رابطه جنسی‌شان از کاندوم استفاده کرده‌اند. در مردان بالای ۲۵ سال نتایج مشابه است، ولی در زنان و مردان زیر ۲۵ سال به علت حجم اندک نمونه، نمی‌توان چنین نتیجه‌ای گرفت.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

این شاخص در گزارش قبل برای کشور محاسبه نشده‌بود و در تهران نیز به مطالعه‌ای در سه محله فقیرنشین تهران در سال ۱۳۸۴ محدود بود. در آن مطالعه از میان ۱۵۶ نفر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که در یک ماه قبل از مطالعه تزریق و نزدیکی داشتند، ۴۰ نفر (۲۵/۶٪) در آخرین نزدیکی از کاندوم استفاده کرده‌بودند (۱۰٪). این شاخص در سال ۱۳۸۶ در تهران ۳۹٪ بوده‌است.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

۱. ادامه و تقویت استقرار دیده‌وری فوق‌الذکر.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. شروع مطالعات منسجم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
۲. ایجاد شبکه‌ای نسبتاً گسترده برای تماس با مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
۳. رایگان بودن خدمات پیش‌گیری از جمله ارائه کاندوم در مراکز فوق‌الذکر.
۴. وجود شبکه گسترده مراقبت بهداشتی اولیه که امکان ادغام را فراهم می‌کند.

چالش‌ها:

۱. نگرش منفی نسبت به استفاده از کاندوم در گروهی از جوانان و شناخت ناکافی از کاندوم و مهارت ناکافی در استفاده از آن.

پیشنهادها:

۱. حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه ارائه خدمات به گروه‌های در معرض بیشترین خطر بخصوص آنهایی که در رابطه با زنان و کودکان فعالیت می‌کنند.
۲. جلب مشارکت افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر در آگاهی‌سازی و استفاده از مشارکت هم‌سانان.
۳. روتین ساختن ارائه کاندوم همراه با آموزش در مراکز بهداشتی درمانی به مراجعینی که از جمعیت در معرض بیشترین خطر می‌باشند.
۴. دادن کاندوم همراه با آموزش به مراجعین درمانگاه‌های ترک اعتیاد دولتی و خصوصی.
۵. گسترش مراکز گذری و تعداد تیم‌های سیار.
۶. بهداشت جنسی به عنوان جزئی لاینفک از ارائه خدمات به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در نظر گرفته‌شود.

عنوان شاخص نوزدهم: تزریق سالم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد

تعریف شاخص:

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

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت در جلوگیری از گسترش اچ‌آی‌وی از راه تزریق مواد.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مراقبت رفتاری یا سایر مطالعات ویژه.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از نتایج یک دیده‌وری بیولوژیک - رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که در تابستان سال ۱۳۸۶ در سطح ملی انجام شد، استفاده گردید (۳۱). این مطالعه، بخشی از یک مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است که در اولین سال اجرای آن در حوزه تحت پوشش ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی واقع در ۱۱ استان ایران که نمایانگر کل کشور هستند، بر اساس روش نمونه‌گیری محل - زمان اجرا گردید.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

پاسخگویان مورد سؤالات ذیل می‌گیرند:

۱. آیا در طی ماه گذشته تزریق مواد داشته‌اید؟
 ۲. اگر بله؛ آخرین باری که تزریق داشته‌اید، آیا از سرنگ و سوزن استریل استفاده کرده‌اید؟
- صورت کسر:** تعداد پاسخگویانی که استفاده از وسایل استریل را طی آخرین تزریق خود، گزارش کرده‌اند.
- مخرج کسر:** تعداد پاسخگویانی که تزریق مواد را در طی ماه گذشته، گزارش کرده‌اند.
- روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش: همان روش توصیه شده، استفاده گردیده‌است.

مقدار شاخص:

مقدار شاخص به تفکیک برای کل ایران و شهر تهران در جداول ۱۸ و ۱۹ آورده شده است:

جدول ۱۸: استفاده از تزریق کم خطرتر در آخرین تزریق در مصرف کنندگان تزریقی ایران

سن		کمتر از ۲۵ سال					۲۵ سال و بیشتر				
جنس		N_1^a	N_2	N_3^o	نسبت تزریق سالمتر β	نسبت تزریق استریل	N_1^a	N_2	N_3^o	نسبت تزریق سالمتر β	نسبت تزریق استریل
		مرد		۲۱۸	۵۷	۲۸۳	٪۷۷/۰	٪۹۷/۰	۱۲۶۴	۳۳۶	۱۶۹۸
زن		۷	۴	۱۱	٪۶۳/۶	٪۱۰۰	۲۷	۱۳	۴۴	٪۶۱/۴	٪۸۵/۱

N_1^a : تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق کرده اند و در آخرین تزریق از سرنگ استریل استفاده کرده اند.

N_2 : تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق کرده اند و در آخرین تزریق از سرنگی که قبلاً فقط مورد استفاده خودشان بوده، استفاده کرده اند.

N_3^o : تعداد کل مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق کرده اند.

β : شامل تزریق با سرنگ استریل و تزریق با سرنگی که قبلاً فقط مورد استفاده خودشان بوده.

جدول ۱۹: استفاده از تزریق کم خطرتر در آخرین تزریق در مصرف کنندگان تزریقی شهر تهران

سن		کمتر از ۲۵ سال					۲۵ سال و بیشتر				
جنس		N_1^a	N_2	N_3^o	نسبت تزریق سالمتر β	نسبت تزریق استریل	N_1^a	N_2	N_3^o	نسبت تزریق سالمتر β	نسبت تزریق استریل
		مرد		۲۴	۸	۳۳	٪۷۲/۷	٪۹۶/۷	۲۳۶	۳۴	۲۸۳
زن		۰	۰	۰	غیر قابل محاسبه	غیر قابل محاسبه	۱	۰	۱	٪۱۰۰	٪۱۰۰

N_1^a : تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق کرده اند و در آخرین تزریق از سرنگ استریل استفاده کرده اند.

N_2 : تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق کرده اند و در آخرین تزریق از سرنگی که قبلاً فقط مورد استفاده خودشان بوده، استفاده کرده اند.

N_3^o : تعداد کل مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق کرده اند.

β : شامل تزریق با سرنگ استریل و تزریق با سرنگی که قبلاً فقط مورد استفاده خودشان بوده.

بحث و تفسیر شاخص:

به طور کلی حدود ۹۵٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در ایران در آخرین تزریق خود از سرنگ مشترک استفاده نکرده اند و حدود دو سوم آنان در آخرین تزریق خود از سرنگ استریل استفاده کرده اند. در مردان در سنین زیر و بالای ۲۵ سال، نسبت های مشابهی بدست آمده است. در زنان نیز اگر چه نسبت های مشابهی مشاهده می شود، ولی به علت حجم اندک نمونه، نمی توان نتیجه گیری نمود. در تهران بیش از ۹۵٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین تزریق خود از سرنگ مشترک استفاده نکرده اند. در مردان بالای ۲۵ سال نتایج مشابه است، ولی در زنان و مردان زیر ۲۵ سال به علت حجم اندک نمونه، نمی توان چنین نتیجه ای گرفت.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

این شاخص در گزارش قبل برای کشور محاسبه نشده بود و در تهران نیز به مطالعه‌ای در سه محله فقیرنشین تهران در سال ۱۳۸۴ محدود بود. در آن مطالعه از میان ۵۸۹ نفر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که در یک ماه قبل از مطالعه تزریق داشتند، ۷۷/۰٪ (۴۵۳ نفر) تزریق مشترک نداشته‌اند (۱۰٪). این شاخص در سال ۱۳۸۶ در تهران ۹۵/۶٪ بوده است. این موفقیتی بزرگ است که به نظر می‌آید که اثر آن با کند شدن شیب رشد شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد تظاهر یافته باشد.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

ادامه و تقویت استقرار دیده‌وری فوق‌الذکر.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. شروع مطالعات منسجم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
۲. ایجاد شبکه‌ای نسبتاً گسترده برای تماس با مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
۳. رایگان بودن خدمات پیش‌گیری از جمله ارائه سرنگ و سوزن در مراکز فوق‌الذکر.
۴. وجود شبکه گسترده مراقبت بهداشتی اولیه که امکان ادغام را فراهم می‌کند.

چالش‌ها:

۱. سخت در دسترس بودن مصرف‌کنندگان تزریقی مواد.

پیشنهادها:

۱. حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه ارائه خدمات به گروه‌های در معرض بیشترین خطر بخصوص آنهایی که در رابطه با زنان و کودکان فعالیت می‌کنند.
۲. جلب مشارکت افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر در آگاهی‌سازی و استفاده از مشارکت هم‌سانان.
۳. گسترش مراکز گذری و تعداد تیم‌های سیار.
۴. برنامه آموزش "هر تزریق، یک سرنگ نو" در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که هنوز تحت پوشش برنامه‌های درمان مواد قرار نگرفته‌اند و به مصرف تزریقی مواد ادامه می‌دهند.



د- شاخص‌های مربوط به پیامد

عنوان شاخص بیستم: کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی

تعریف شاخص:

در صد جوانان سنین ۲۴-۱۵ سال مبتلا به اچ‌آی‌وی.

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت به سمت کاهش عفونت اچ‌آی‌وی.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مراقبت دیده‌وری اچ‌آی‌وی.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

همان روش توصیه شده، استفاده گردیده‌است.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

این شاخص با استفاده از اطلاعات زنان باردار تحت مراقبت کلینیک‌های بارداری در نواحی مراقبت دیده‌وری اچ‌آی‌وی محاسبه می‌شود.

صورت کسر: تعداد افراد تحت مراقبت‌های کلینیک‌های بارداری (سن ۲۴-۱۵ ساله) که نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی آنها مثبت بوده‌است.

مخرج کسر: تعداد افراد تحت مراقبت کلینیک‌های بارداری (۲۴-۱۵ ساله) که آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده‌اند.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

همان روش توصیه شده، استفاده گردیده‌است.

مقدار شاخص:

در ۲۴ دیده‌وری در زنان باردار در ۸ استان کشور در طی سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۵ که در آنها مجموعاً ۸۲۵۳ نفر شرکت داشته‌اند، هیچ موردی از عفونت اچ‌آی‌وی مشاهده نشده‌است (۷).

بحث و تفسیر شاخص:

در مجموع بررسی داده‌های دیده‌وری‌ها و مطالعات منفرد حاکی از آن است که شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی بسیار پایین است. چنانکه در دیده‌وری‌های زنان باردار در طی این سالها موردی شناسایی نشده‌است.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

اگر چه این شاخص در گزارش قبلی از شاخص‌های اصلی نبوده و محاسبه نشده، ولی با توجه به روند دیده‌وری‌ها در طی این سالها به نظر نمی‌آید تغییر قابل توجهی در آن رخ داده باشد.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

ادامه و تقویت استقرار دیده‌وری فوق‌الذکر.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. شیوع پایین عفونت اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی یک فرصت است که نباید آن را از دست داد.

چالش‌ها:

۱. شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بالاست (۱۸/۴٪). بسیاری از آنها از نظر جنسی فعالند (۷/۷۶٪) و تنها یک سوم آنها در آخرین نزدیکی از کاندوم استفاده کرده‌اند. ۱۸/۴٪ جوانان مرد سابقه آمیزشی جنسی پیش از ازدواج داشته‌اند. این مجموعه می‌تواند برای گسترش شیوع اچ‌آی‌وی در ایران بسیار خطرناک باشد.

پیشنهادها:

۱. در حال حاضر مهم‌ترین عامل نگرانی در مورد از کنترل خارج شدن همه‌گیری اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی، رفتارهای پر خطر جنسی در بخش‌هایی از جوانان و جمعیت عمومی و برخی از گروه‌های جمعیتی مثل تن‌فروشان و مردان دارای روابط جنسی با سایر مردان و حلقه‌های واسط ارتباط جنسی آنها با مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. بنابراین باید سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان، روحانیون و سایر گروه‌های کلیدی و جمعیت عمومی را در این مورد حساس کرد و حمایت آنان را بخصوص در اجرای آموزش مهارت‌های زندگی به جوانان و جمعیت عمومی و آموزش رفتار جنسی سالم به همه گروه‌های جمعیتی پرخطر و در معرض خطر جلب نمود.

عنوان شاخص بیست و یکم: کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر

تعریف شاخص:

درصد جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند.

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت در کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

دستورالعمل‌های نظام مراقبت بر پایه نمونه‌گیری در گروه‌های جمعیتی.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

طبق دومین برنامه اسراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۶-۱۳۸۸) مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تن‌فروشان مهم‌ترین گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر هستند. لذا تلاش شده شاخص برای این دو گروه مجزا محاسبه گردد. MSM نیز اصولاً یک گروه جمعیتی در معرض بیشترین خطر محسوب می‌گردد و به همین جهت تلاش شده تا تصویری از وضعیت آنان ارائه گردد. اگرچه اقامت در زندان بخودی خود یک رفتار پرخطر محسوب نمی‌شود ولی با توجه به نقش کلیدی زندان‌ها در شروع همه‌گیری در ایران و سپس نقش چشمگیر آن در برنامه‌های کنترل همه‌گیری، تلاش گردیده شاخص برای این گروه جمعیتی نیز محاسبه گردد. با این وجود باید توجه داشت که زندانیان گروه همگنی نیستند و به علل مختلفی به زندان می‌روند و نوع رفتارهای پرخطر و شیوع این رفتارها در آنان یکسان نیست، لذا برنامه‌های کنترلی در این گروه نیازمند طراحی مداخلات مختلف مبتنی بر زیر گروه‌های جمعیتی متفاوت موجود در زندان می‌باشد. از همین رو اعداد محاسبه شده شاخص برای آنان با اعداد مشابه در سایر گروه‌های جمعیتی قابل مقایسه نیست. برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از نتایج یک دیده‌وری بیولوژیک - رفتاری که در سال ۱۳۸۶ در سطح ملی انجام شد، استفاده گردید^(۳۱). این مطالعه، بخشی از یک مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است که در اولین سال اجرای آن در حوزه تحت پوشش ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی واقع در ۱۱ استان ایران که نمایانگر کل کشور هستند، بر اساس روش نمونه‌گیری محل-زمان اجرا گردید. برای زندانیان از دیده‌وری‌های بیولوژیکی که در سالهای ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵ در بندهای عمومی و معتادین زندان‌های برخی از استان کشور که این دیده‌وری‌ها در این استان‌ها در سالهای مذکور تکرار شده‌بود، استفاده شد^(۷). برای ارائه تصویری از شیوع اچ‌آی‌وی در تن‌فروشان زن از برخی مطالعات پراکنده^(۴۵) و چند دیده‌وری بسیار کوچک که در تهران و چند شهر دیگر انجام شده‌بود، استفاده شد^(۷).

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

این شاخص با استفاده از اطلاعات به دست آمد از آزمایشات اچ‌آی‌وی اعضای گروه‌های دارای رفتارهای پرخطر در پایتخت محاسبه می‌شود.

صورت کسر: تعداد اعضای جمعیت دارای رفتارهای پرخطر که آزمایش اچ‌آی‌وی مثبت داشته‌اند.
مخرج کسر: تعداد اعضای جمعیت دارای رفتارهای پرخطر که آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده‌اند.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

همان روش توصیه شده، استفاده گردیده‌است.

مقدار شاخص:

۱. در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد: در دیده‌وری فوق‌الذکر شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در کل کشور ۱۸/۸٪ (۳۱۸ نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی از میان ۱۶۹۳ نفری که بررسی شده‌اند) و در شهر تهران ۱۲/۳٪ (۱۸ نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی از میان ۱۴۹ نفری که بررسی شده‌اند) بوده‌است.
۲. در زندانیان: شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان، در دیده‌وری‌های انجام شده در بندهای عمومی زندان‌های ۲۵ استان در سالهای ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵ به ترتیب ۳/۳٪ (۴۳۳ نفر اچ‌آی‌وی مثبت از ۱۳۲۶۶ نفر) و ۳/۰٪ (۴۳۵ نفر اچ‌آی‌وی مثبت از ۱۴۵۴۰ نفر) بوده‌است.
۳. در زنان تن‌فروش: داده‌های برخی مطالعات پراکنده حاکی از آن است که شیوع اچ‌آی‌وی در زنان تن‌فروشی که مصرف‌کننده تزریقی مواد نیستند، هنوز پایین است و بطور قطع به حد بحرانی ۵٪ نرسیده‌است. برخی مطالعات پراکنده در زنان تن‌فروشی که مصرف‌کننده تزریقی مواد هستند، حاکی از آنند که شیوع اچ‌آی‌وی در این گروه همچون سایر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است.
۴. در MSM: درباره شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند، مطالعات بسیار محدودند و نمی‌توانند به نتیجه‌گیری قابل‌تعمیم منجر شوند.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

۱. مصرف‌کنندگان تزریقی مواد: شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در اواخر دهه هفتاد و اوائل دهه هشتاد شمسی رشدی سریع را تجربه نمود و از حد بحرانی ۵٪ گذشت^(۹). اما به نظر می‌آید با گسترش نسبی فعالیت‌های کاهش آسیب در زندان‌ها و در جامعه در اواسط دهه جاری، از سرعت رشد انفجاری آن کاسته شد و به اعداد بسیار بالای مشاهده شده در برخی از مناطق دنیای فاقد هر گونه برنامه کاهش آسیب^(۴۶)، نرسید.
۲. زندانیان: شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان نیز الگویی شبیه به آنچه در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ذکر شد، تجربه کرده‌است.
۳. زنان تن‌فروش: داده‌های اندک موجود حاکی از آن است که شیوع اچ‌آی‌وی در طی این سالها افزایش نیافته‌است.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

۱. استقرار کامل دیده‌وری بیولوژیک - رفتاری در گروه‌هایی که در معرض بیشترین خطر هستند، در سطحی که نمایانگر کشور باشد.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادهای برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

۱. حمایت بخش مهمی از رهبران مذهبی در ارائه خدمات به گروه‌های در معرض بیشترین خطر.
۲. شروع مطالعات منسجم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در فاصله گزارش قبلی تاکنون.

چالش‌ها:

۱. دسترسی اندک به گروه‌های در معرض خطر به دلیل محدودیت‌های قانونی، فرهنگی و اجتماعی و انگ.

پیشنهادهای:

۱. تلاش برای جلب حمایت در تصویب کامل دومین برنامه استراتژیک کشوری کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز.

عنوان شاخص بیست و دوم: بقاء پس از ۱۲ ماه درمان ضد رتروویروسی

هدف شاخص:

ارزیابی میزان موفقیت در افزایش طول عمر کودکان و بزرگسالان مبتلا به اچ‌آی‌وی پس از شروع درمان‌های ضد رتروویروسی

تعریف شاخص:

درصد کودکان و بزرگسالان با اچ‌آی‌وی شناخته شده که ۱۲ ماه پس از شروع درمان ضد رتروویروسی هنوز تحت درمان هستند و به حیات خود ادامه می‌دهند.

ابزار اندازه‌گیری شاخص:

ابزارهای پایش برنامه.

ابزار اندازه‌گیری شاخص:

استعلام کتبی از معاونت‌های بهداشتی ۴۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور بعنوان تنها ارائه‌دهندگان داروهای ضد رتروویروسی در نظام بهداشتی درمانی جمهوری اسلامی ایران.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از سیستم ثبت درمان ضد رتروویروسی صورت و مخرج کسر به طریق زیر محاسبه می‌شود:
صورت کسر: تعداد کودکان و بزرگسالانی که ۱۲ ماه پس از شروع درمان ضد رتروویروسی، هنوز بر روی درمان و زنده هستند.

مخرج کسر: تعداد کودکان و بزرگسالانی که در دوره زمانی یکساله منتهی به زمان گزارش صورت، برای آنها درمان ضد رتروویروسی شروع شده‌است. صرف نظر از این که درمان ادامه پیدا کرده یا به عللی مانند مرگ یا انصراف از درمان قطع شده باشد.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

همان روش توصیه شده، استفاده گردیده‌است.

مقدار شاخص:

مقدار شاخص در کسانی که در فاصله شهریور ۸۴ تا شهریور ۸۵، برای آنها درمان ضد رتروویروسی شروع شده، معادل ۷۷/۸٪ می‌باشد (جدول ۲۰).

جدول ۲۰: بقاء پس از ۱۲ ماه درمان ضد ترئوویروسی

نسبت	۱۵ سال و بیشتر		نسبت	کمتر از ۱۵ سال		سن / جنس
	N ₂ ^o	N ₁ ^a		N ₂ ^o	N ₁ ^a	
٪۷۷/۹	۲۹۸	۲۳۲	٪۵۰/۰	۲	۱	مرد
٪۷۷/۸	۵۴	۴۲	٪۱۰۰	۲	۲	زن

N₁^a: تعداد کسانی که از شهریور ۱۳۸۴ تا شهریور ۱۳۸۵ برای آنها درمان ضد ترئوویروسی شروع شده است. صرف نظر از این که درمان ادامه پیدا کرده یا نه.

N₂^o: تعداد کسانی که در دوره زمانی فوق برای آنها درمان ضد ترئوویروسی شروع شده و پس از ۱۲ ماه هنوز زنده بوده و درمان ضد ترئوویروسی می گیرند

بحث و تفسیر شاخص:

علت ۲۵٪ ریزش در کسانی که بر روی درمان ضد ترئوویروسی معلوم نیست. اگر چه خروج از درمان و مرگ و میر بالاتر هر دو در اثر مصرف تزریقی مواد به عنوان علل این ریزش مطرح هستند. در دو سال اخیر تعداد رژیم های دارویی در دسترس افزایش داشته است و این مسئله می تواند بر روی خروج از درمان بیماران بدلیل عوارض دارویی و یا عدم تحمل رژیم های محدود، تاثیر مثبت داشته باشد.

تغییرات شاخص از زمان گزارش قبلی:

شاخص فوق در سال ۱۳۸۳ میزان ۹۳٪ بوده^(۱۰) و در سال ۱۳۸۵ به ۷۷/۸٪ رسیده است. در گزارش ۱۳۸۳ اعلام ها از ۲ مرکز شناخته شده پایتخت بوده اند که در زمینه ارائه خدمات اچ آی وی و ایدز دارای بیشترین سابقه و تجربه بودند. شاخص فوق در گزارش اخیر از کلیه دانشگاه های علوم پزشکی استعمال شده است و به نظر می رسد به واقعیت نزدیک تر است و کاهش مقدار آن بیش از آن که ناشی از افت کیفیت خدمات باشد ناشی از بهبود محاسبه شاخص است.

پیشنهاد برای بهبود محاسبه شاخص:

تقویت نظام اطلاعات بالینی.

چالشها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

چالشها:

- سخت در دسترس بودن گروه های در معرض بیشترین خطر که بخش مهمی از مبتلایان به اچ آی وی را در کشور تشکیل می دهند، شناسایی آنها را دشوار می کند.
- تمکین کمتر بیماران در مصرف دارو در بخش بزرگی از بیماران یعنی مصرف کنندگان تزریقی مواد، می تواند منجر به کاهش بقای بیماران در درمان شود.
- قرار گرفتن قسمت اعظم بیماران در دسته مصرف کنندگان تزریقی مواد در کشور ایران که با توجه به میزان مرگ و میر بالاتر این افراد نسبت به جمعیت عمومی باعث کاهش میزان بقا می گردد.

پیشنهادها:

۱. گسترش ارائه درمان نگهدارنده با متادون در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد جهت افزایش تمکین آنان به درمان.
۲. بهبود حساسیت سیستم ارائه خدمات سلامت در درمان عفونت‌های فرصت طلب.
۳. ارائه حمایت روانی اجتماعی برای افزایش پایبندی به درمان.
۴. راه‌اندازی مطالعاتی برای تعیین علل ریزش از درمان.

بهترین تجربه

در این قسمت خلاصه‌ای از تجربیات کشور که به عنوان بهترین تجربه شناخته شده‌اند و این موضوع توسط ناظری خارج از دست‌اندرکاران آن تجربه تایید شده، ارائه می‌شود.

تاکنون دو تجربه در ایران در زمینه اچ‌آی‌وی به عنوان نمونه‌هایی موفق مورد تایید ناظرین خارجی قرار گرفته‌است:

۱. تجربه مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری،

۲. تجربه زندان‌ها.

خلاصه این تجربه‌ها بر اساس آنچه توسط ناظرین خارجی بیان شده، در زیر آورده شده‌است:

مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری^(۴۷): درهم تنیدگی همه‌گیری‌های سه‌گانه بیماری‌های آمیزشی، مصرف تزریقی مواد و اچ‌آی‌وی منجر به ایده ایجاد مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری یا کلینیک‌های مثلثی شد. این اندیشه مبتکرانه نخستین بار در کرمانشاه شکل گرفت و اجرا شد و سپس با توجه به موفقیت‌های آن در سرتاسر کشور گسترش یافت. در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری به مصرف تزریقی مواد با رویکرد کاهش آسیب نگرینده می‌شود، خدمات درمان، مشاوره و پیشگیری بیماری‌های آمیزشی ارائه می‌شود و خدمات درمان، مراقبت، پیشگیری و حمایت از مبتلایان به اچ‌آی‌وی نیز ارائه می‌گردد. بدین ترتیب پیشگیری و درمان در هم ادغام شده و این مراکز بسیاری از اجزای کلیدی یک برنامه موفق کنترل اچ‌آی‌وی را در خود دارد.

زندان‌ها^(۴۸): اواخر دهه گذشته شمسی با تغییری تدریجی در دیدگاه‌های مسئولان و کارکنان زندان‌ها نسبت به مقوله سلامت در زندان‌ها و تلاش برای بهبود استانداردهای مراقبت و درمان همراه بود. این جریان به آن منجر شد که سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور تلاش نمود تا همان خدماتی که در زمینه کاهش آسیب در جامعه ارائه می‌گردد را در زندان‌ها ارائه دهد. در برخی از زمینه‌ها ارائه این خدمات در زندان‌ها حتی از جامعه پیشی گرفته‌است. این خدمات با راه‌اندازی کلینیک‌های مثلثی در زندان‌ها شروع شد و متعاقباً با ارائه کلر، ارائه تیغ ریش تراشی یکبار مصرف، آگاهی‌رسانی آموزش و مشاوره، گسترش اطاق‌های ملاقات شرعی برای ملاقات زندانی با همسرش، تسهیل دسترسی به کاندوم، ارائه آموزش‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی و درمان نگهدارنده متادون ادامه یافت. پوشش درمان نگهدارنده متادون آنچنان با سرعت گسترش یافت که ظرف چهار سال از یک پروژه آزمایشی ۱۰۰ نفره به بیش از ۱۰۰۰۰ نفر رسید و حدود ۷۵٪ نیازمندان آن را پوشش داد. هم‌اکنون ارائه سرنگ و سوزن استریل نیز بصورت آزمایشی و محدود در حال اجراست.

چالشها و راهکارها

بخشی از چالش‌ها که ویژه یک شاخص خاص بوده‌اند در ذیل همان شاخص هم مطرح شده‌اند. چالش‌های اصلی و فعالیت‌های مرتبط با مرتفع ساختن آن عبارتند از:

در ارتباط با اجرای دومین برنامه استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز

چالشها:

- تاخیر در تصویب برنامه استراتژیک دوم کشوری.
- عدم جلب حمایت کامل بین بخشی.
- تاخیر در تدوین برنامه ملی پایش و ارزیابی بمنظور نظارت و ارزشیابی فعالیت‌های انجام شده در تمامی دستگاه‌ها.
- تابو بودن رفتارهای پرخطر و سخت در دسترس بودن گروه‌های پرخطر.
- دغدغه برخی از سیاست‌گذاران و افراد کلیدی در باره اثرات بالقوه پیش بینی نشده و نامطلوب برخی از برنامه‌های مرتبط با رفتارهای پرخطر در جمعیت عمومی.
- مشارکت ناکافی جامعه مدنی در تدوین و اجرای سیاست‌ها.
- کمبود نیروی انسانی کافی برای گسترش برخی از برنامه‌ها.

راهکارها:

- شفاف ساختن اثرات سوء همه‌گیری ایدز بر ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی کشور برای سیاست‌گذاران و جلب حمایت آنان در ارتباط با (۱) تأمین منابع مکفی اعم از اعتباری، نیروی انسانی و تجهیزات برای اجرای کامل فعالیت‌ها (۲) وضع قوانین حمایتی برای افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی (۳) وضع قوانین لازم برای فراهم نمودن تسهیلات بیشتر در جهت دسترسی به گروه‌های پرخطر.
- فعال نمودن کمیته کشوری موجود بمنظور نیل به یک مدیریت واحد در سطح کلان برای اجرای فعالیت‌های پیش‌بینی شده در برنامه استراتژیک کشوری.
- تسریع در تدوین و اجرای برنامه ملی پایش و ارزیابی در سطح کشور بمنظور ارزشیابی فعالیت‌ها و میزان دستیابی به اهداف برنامه در طول زمان.
- فراهم ساختن زمینه لازم برای مشارکت فعال جامعه مدنی در تدوین سیاست‌ها و اجرای آن.

در ارتباط با ارائه خدمات به گروه‌های پرخطر

چالشها:

- سخت در دسترس بودن گروه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد (علیرغم دستاوردهای بسیار مثبت در این راستا با توجه به سیاست‌های اتخاذ شده در سنوات اخیر).
- ارائه خدمات بسیار محدود به سایر گروه‌های پرخطر شامل تن‌فروشان و MSM بعلت عدم امکان دسترسی به این گروه‌ها و انگ بسیار زیاد.

راه کارها:

- افزایش پوشش خدمات کاهش آسیب بخصوص با بکارگیری افراد همسان از گروه‌های پرخطر.
- جلب حمایت سیاست‌گذاران در راستای اصلاح قوانین، تا در حد امکان، شرایط دسترسی و ارائه خدمات به این گروه‌های تسهیل گردد.

در ارتباط با جمعیت جوان کشور بالاخص با توجه به جوان بودن جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران و اهمیت کلیدی این گروه در کنترل همه گیری اچ‌آی‌وی و ایدز

چالشها:

- کمبود برنامه‌های مدون آموزشی مهارت‌های زندگی با تاکید بر پیشگیری از رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ‌آی‌وی در مدارس.
- شناخت ناکافی از میزان آگاهی و رفتارهای جوانان.
- محدودیت‌های اجتماعی- فرهنگی موجود در ارائه آموزش‌های جنسی و امکان اطلاع‌رسانی عمومی در این خصوص.
- خروج از تحصیل گروهی از جوانان و نوجوانان در سطح راهنمایی و دبیرستان.

راه کارها:

- راه‌اندازی دیده‌وری‌های منظم، دوره‌ای و کارشناسانه بمنظور شناخت کافی از میزان آگاهی و رفتارهای جوانان و همچنین آسیب‌هایی که این گروه را مورد هدف قرار می‌دهند.
- اجرای طرح‌های پایلوت برای تعیین و تدوین مناسبترین شیوه آموزش و اطلاع‌رسانی بمنظور نیل به انجام اقدامات فراگیر مداخله‌ای در سطح ملی در کوتاه‌ترین زمان ممکن.
- جلب حمایت سیاست‌گذاران در خصوص اجرای آموزش مهارت‌های زندگی با تاکید بر پیشگیری از رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ‌آی‌وی (بخصوص با توجه به تجربه موفق جلب حمایت رهبران و سیاست‌گذاران در اجرای برنامه‌های کاهش آسیب برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد).
- برنامه‌های تشویق به پرهیزگاری پیش از ازدواج، تشویق به ازدواج پس از رسیدن به سن قانونی و وفاداری پس از ازدواج.

در ارتباط با ارائه خدمات از طریق بخش خصوصی:

چالشها:

- عدم مداخله فراگیر بخش خصوصی در ارائه خدمات پیش‌گیری و کنترلی اچ‌آی‌وی و ایدز علیرغم گستردگی آن در سطح کشور.
- عدم آشنایی قسمتهایی از بخش خصوصی با دستورالعمل‌ها و فعالیت‌ها و اهداف برنامه استراتژیک کشوری و بعضاً اتخاذ اقداماتی خارج از چارچوب برنامه.

راه کارها:

- تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی جهت بخش خصوصی جهت آشنایی این بخش در ارتباط با دستورالعمل‌ها و فعالیت‌ها بمنظور پیش‌گیری از فعالیت‌های بعضاً غیرقابل قبول.
- شناخت ظرفیت‌های موجود در بخش خصوصی و هدایت آن به سمت ارائه خدمات پیش‌گیری و کنترلی اچ‌آی‌وی و ایدز.

در ارتباط با ارائه خدمات توسط سازمان‌های غیردولتی

چالشها:

- محدودیت NGO های موجود از نظر تعداد.
- تعداد کم NGO هایی که توان ارائه خدمات مرتبط با اچ‌آی‌وی و ایدز را دارند.
- عدم وجود شبکه‌ای جهت ایجاد ارتباط بین NGO های موجود در کشور.
- ارتباط ضعیف دستگاه‌های دولتی و NGO.

راه‌کارها:

- فراهم نمودن تسهیلات لازم از سوی دولت جهت (۱) امکان راه‌اندازی NGO های جدید (۲) ارتباط قویتر دولت و NGO ها (۳) ارتقاء ظرفیت NGO ها در امر ارائه خدمات اچ‌آی‌وی و ایدز.
- ایجاد زمینه افزایش مشارکت NGO ها در ارائه خدمات اچ‌آی‌وی و ایدز.
- حمایت در جهت ایجاد و گسترش همکاری بین NGO ها در سطح کشور.
- جلب حمایت سیاست‌گذاران.

حمایت مورد نیاز از طرف‌های توسعه کشور

در این قسمت حمایت‌هایی که تاکنون دریافت شده و آنچه مورد انتظار است ارائه می‌شود. تأمین منابع مالی: سهم طرف‌های توسعه در امر تأمین اعتبارات مورد نیاز کنترل و پیش‌گیری از آ‌آ‌وی و ایدز از گزارش قبلی بهبود یافته‌است.

حمایت در زمینه برنامه‌ریزی، اجرا و پایش فعالیت‌های کنترل آ‌آ‌وی و ایدز اعم از حمایت‌های فنی و پشتیبانی. فراهم نمودن تسهیلات لازم جهت برخورداری کشور از امکان دسترسی آسان به داروهای ضد‌تر‌ویروسی و دریافت تخفیف در این خصوص.

تدوین دوره‌های آموزشی بین‌المللی برای برنامه‌ریزان و ارائه‌دهندگان خدمات مرتبط با آ‌آ‌وی و ایدز در کشور. فراهم آوردن امکان تبادل تجربیات در کشورهای هم‌سان از نظر اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی. ارزیابی فعالیت‌های انجام شده توسط مشاوران بین‌المللی و ارائه راه‌کارهای مناسب جهت مرتفع ساختن نقاط ضعف کمک به تشکیل شبکه منطقه‌ای NGOهای توانمند در امر ارائه خدمات آ‌آ‌وی و ایدز. حساس‌سازی در دولت‌هایی که شیوع آ‌آ‌وی در آنها به مرحله بحرانی رسیده یا در معرض بحرانی شدن است. تشویق شرکت‌های تولیدکننده کالاهای تجاری معروف جهانی به منظور ارائه تبلیغات مرتبط با پیش‌گیری و کنترل از آ‌آ‌وی حداقل در وسایل مصرفی بزرگسالان (مانند وسایل اصلاح-سیگار و....). هماهنگی طرف‌های مشارکت‌کننده در امر پیش‌گیری و کنترل آ‌آ‌وی و ایدز با یکدیگر و برنامه‌های ملی.

وضعیت پایش و ارزشیابی

کمیته پایش و ارزشیابی پیرو تصویب آئین نامه شورای عالی برنامه‌ریزی کشوری پایش‌گیری از عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز در هیئت دولت، در سال ۱۳۸۲ در جمهوری اسلامی ایران تشکیل شد. کمیته پایش و ارزشیابی ایدز یکی از زیر کمیته‌های پنجگانه کمیته کشوری ایدز است. اعضاء این کمیته در ابتدا عمدتاً از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور بودند و سایر بخش‌های مرتبط با برنامه کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در آن حضور نداشتند. اما از سال ۱۳۸۶ با تلاش برای تغییر ساختار آن نمایندگان از سازمان زندان‌ها، بهزیستی، هلال احمر و انتقال خون هم در آن به عضویت درآمدند. این کمیته در سال ۱۳۸۶ سه بار تشکیل جلسه داده که دستور کار اصلی کمیته در این جلسات بازنگری ترکیب اعضاء کمیته، بازنگری ساختار و شرح وظایف کمیته، تعیین و تعریف شاخص‌های برنامه، نحوه تدوین برنامه پایش و ارزشیابی برنامه دوم کشوری ایدز بوده‌است.

ارزشیابی برنامه اول کشوری ایدز توسط کمیته پایش و ارزشیابی در سال ۱۳۸۵ انجام شد^(۲۸) که در این ارزشیابی انجام شده، شاخص‌های استخراج شده از اهداف برنامه اول در قالب worksheet به دانشگاه‌ها و سازمان‌های درگیر اجرای برنامه ارسال شد. در اجرای این برنامه علاوه بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعداد زیادی از سازمان‌ها و نهادهای دیگر مشارکت داشتند که از مهمترین آنها می‌توان به وزارت آموزش و پرورش، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، سازمان بهزیستی، جمعیت هلال احمر، سازمان انتقال خون، وزارت کشور، وزارت دفاع و آموزش عالی اشاره نمود. این مطالعه از مهرماه ۱۳۸۵ به مدت ۹ ماه به منظور ارزشیابی روند تحقق فعالیت‌های پایش‌بینی شده در برنامه اول کشوری مبارزه با اچ‌آی‌وی و ایدز (دوره زمانی ۱۳۸۴-۱۳۸۲) و میزان پوششی که بویژه توسط شرکای اصلی پایش گفت ایجاد گردیده انجام گردید. با در نظر گرفتن شرایط زمانی و مکانی، بررسی و ارزشیابی برنامه اول کشوری ایدز مبتنی بر راهبرد ارزشیابی سریع تنظیم گردید که عمدتاً متکی به شیوه خود گزارشی (گزارش اولیه فعالیت‌ها توسط سازمان‌های مجری برنامه) و بررسی مستندات اجرای فعالیت‌ها در سازمان‌های ذینفع می‌باشد. به منظور تهیه نیم‌رخ از برنامه اول کشوری و محدودیت‌های دسترسی به منابع و مستندات اجرایی برنامه تکیه اصلی بر اندازه‌گیری شاخص‌های فرآیندی و پوششی قرار گرفت.

۱. مرکز مدیریت بیماری‌ها، جدول موارد شناخته شده اچ‌آی‌وی در هر سال بر حسب جنس و راه انتقال، ۱۳۸۴، (منتشر نشده).
۲. مصاحبه با کارشناسان اداره کنترل ایدز (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، ۱۳۸۶.
۳. مرکز مدیریت بیماری‌ها، آمار اچ‌آی‌وی و ایدز در ایران، سه ماهه سوم سال ۱۳۸۴، ۱۳۸۴/۱۰/۱.
4. Burrows D, and Wodak A. Harm reduction in Iran: Issues for national scale up. Report for World Health Organization September 2005
۵. مرکز مدیریت بیماری‌ها، نقشه شیوع اچ‌آی‌وی و ایدز در استان‌های مختلف بر حسب موارد شناسایی شده ۱۳۸۴ (منتشر نشده).
۶. مرکز مدیریت بیماری‌ها، گزارش موارد شناسایی شده اچ‌آی‌وی و ایدز بر حسب راه‌های انتقال در دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴ (منتشر نشده).
۷. داده‌های دیده‌وری‌های بیولوژیک، مرکز مدیریت بیماری‌ها (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۵ (منتشر نشده).
۸. گزارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی مازندران طی نامه شماره ...
۹. بررسی وضعیت اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران و پاسخ کشوری به آن. آذر ماه ۱۳۸۵، مرکز مدیریت بیماری‌ها (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)
۱۰. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، دی ۱۳۸۴.
۱۱. برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران، ۸۸-۱۳۸۶.
۱۲. قانون برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران
۱۳. مطالعه بطول شریعتی و همکاران (منتشر نشده)
۱۴. مطالعه فرشاد فرزاد فر و همکاران (در دست انجام)
۱۵. اساسنامه شورای ایدز ۱۳۶۷
۱۶. آیین نامه شورایی برنامه‌ریزی پیشگیری اچ‌آی‌وی و ایدز و کنترل آن، مصوبه ۱۳۸۲/۲/۳ هیئت وزیران.
۱۷. آیین نامه شورای عالی سلامت.
۱۸. نامه شماره ۱/۸۳/۱۴۴۳۴ مورخه ۱/۱۳/۱۳۸۳ رییس قوه قضائیه درباره کاهش آسیب.
۱۹. نامه رییس قوه قضائیه درباره عدم ارسال معتادان به زندان‌ها.
۲۰. بخشنامه معاون اول رئیس جمهور درباره ممنوعیت آزمایش قبل از استخدام.
۲۱. بخشنامه آموزش و پرورش درباره ممنوعیت عدم ثبت نام مبتلایان به ایدز.
۲۲. بخشنامه رئیس سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور درباره عدم جداسازی زندانیان مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز از سایر زندانیان.
۲۳. بخشنامه عدم دستگیری معتادینی که تحت درمان برنامه‌های کاهش آسیب هستند.
۲۴. بخشنامه عدم آزمایش قبل از صدور روادید.
۲۵. مصوبه جدید مجمع تشخیص مصلحت نظام درباره سیاست‌های کلان نظام در خصوص مواد مخدر.

۲۶. پیش نویس سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز.
۲۷. اساسنامه کمیته پایش وارزشیابی ایدز مصوبه ۱۳۸۶.
۲۸. گزارش پایش وارزشیابی ۸۴-۱۳۸۲، مرکز مدیریت بیماری‌ها (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، ۱۳۸۶.
۲۹. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
۳۰. ارزیابی بیمار مبتلا به HIV/AIDS و درمان ضدترتروویروسی در بزرگسالان و نوجوانان، دستورالعمل بالینی برای جمهوری اسلامی ایران. مرکز مدیریت بیماری‌ها (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، شهریور ۱۳۸۶.
۳۱. سامان زمانی و همکاران. مطالعه مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد. ۱۳۸۶ (منتشر نشده).
۳۲. مهرداد افتخار و همکاران. بررسی بیولوژیک-رفتاری در مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند. تهران، ۱۳۸۵ (منتشر نشده)
۳۳. سعید مدنی و همکاران. ارزیابی سریع وضعیت رفتارهای پر خطر مرتبط با ایدز در زنان روسپی شهر تهران. ۱۳۸۶ (منتشر نشده).
۳۴. سامان زمانی و همکاران. ارزیابی رفتاری درمان نگهدارنده متادون در زندان‌های استان تهران، ۱۳۸۶ (در حال انجام).
۳۵. گزارش‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کشور درباره ارائه خدمات آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی، ۱۳۸۶ (منتشر نشده)
۳۶. آفرین رحیمی موفر، محمد عمران رزاقی و الهه سهیمی ایزدیان. بررسی عفونت‌های منتقله از راه خون و عوامل مرتبط با آن در معتادان تزریقی در شهر تهران. ۱۳۸۵ (منتشر نشده).
۳۷. مجتبی صحت و آرمن اسکندری. مرور سیستماتیک سنجش سطح آگاهی مردم ۱۵ تا ۴۵ ساله ایرانی در خصوص راه‌های انتقال و پیشگیری از اچ‌آی‌وی. ۱۳۸۶ (منتشر نشده)

38. Population and health in the Islamic republic of Iran. Ministry of health and medical education, October 2000.

۳۹. فتوای مورخه ۱۳۸۶/۳/۱۶ آیت آله العظمی مکارم شیرازی در باره آموزش رفتارهای جنسی پرخطر.
۴۰. سیدرضا حسینی، مجتبی خدادادی و احد نویدی. مطالعه روابط قبل از ازدواج در میان جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله کشور. ۱۳۸۵ (منتشر نشده).
41. Mohammadi M., Mohammad K., Khalaj Abadi Farahani F., et al., Knowledge, attitude and behaviours of adolescent boys aged 15-18 in Tehran., 2002.
42. Khalaj Abadi Farahani, F., Cleland J., Sexual norms, attitude and conduct of female college students in Tehran, 2005-6.
۴۳. علی اصغر کلاهی، پانته آریا. بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان منطقه ۱۷ تهران درباره ایدز و عوامل موثر بر آن. مرداد ۱۳۸۳ (منتشر نشده).
۴۴. علی اصغر کلاهی، پانته آریا، لطیف گچکار. آگاهی و عملکرد دانشجویان پسر دانشگاه صنعتی امیرکبیر درباره ایدز ۱۳۸۵ (منتشر نشده).
۴۵. پرستو خیراندیش، مینو محرز، مهرناز رسولی‌نژاد و همکاران. بررسی میزان شیوع عفونت‌های اچ‌آی‌وی و سیفیلیس، HBV و HCV در زنان خیابانی تحت پوشش یک سازمان غیردولتی (منتشر نشده).

46. Anonymous. Evidence for action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. WHO, 2004, Geneva.

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

48. Stover H., et al., Harm Reduction in Iranian Prisons: Integral part of a comprehensive health care approach. UNAIDS, 2008 (unpublished).