

همه‌گیری ایدز و نقش قانون، برنامه و نظارت در کنترل آن

ویژه ی : نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی

۲- ناآگاهی گسترده

بسیاری از مردم به ویژه جوانان درباره‌ی ایدز باورهای نادرست دارند^{۱۰،۹،۸} به نحوی که تنها ۱۶/۳ درصد افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله هر سه راه اصلی سرایت آن را می‌دانند و هم دو باور غلط شایع را رد می‌کنند^{۱۱}. کاهش میانگین سن مصرف مواد به ۱۸ سال^{۱۲} و شروع رابطه‌ی جنسی به ۱۳ سال^{۱۳} از دیگر عوامل خطر است.

۳- انگ و تبعیض پیرامون ایدز

فراتر از ناآگاهی با انکار و تبعیض رو به رو هستیم. بسیاری هنوز بر این باورند که اچ‌آی‌وی- ایدز بیماری دیگران و خلافکاران است. علاوه بر تقویت انگ و تبعیض که بسیاری را از کسب اطلاعات برای کمک به هنگام ابتلا دور می‌کند، این باورها به انکار دامن می‌زنند و موجب می‌شود مردم خود را از واقعیات همه‌گیری دور ببینند و در نتیجه به حس کاذب امنیت برسند.

بسیاری از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی حتی در بین خانواده‌ی خود پذیرفته نمی‌شوند و از کار، تحصیل و معاشرت با دیگران محروم می‌گردند، در حالی که هم‌نشینی با ایشان اصلاً خطر سرایت به دیگران را ندارد. حتی در مواردی پرستاران، دندان‌پزشکان و جراحان از خدمت به ایشان سر باز می‌زنند که خود منجر به تشدید مشکلات آنان می‌گردد^{۱۳}. تبعیض‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی به پنهان شدن این بیماری و گسترش زیر زمینی آن دامن خواهد زد. بدین لحاظ لازم است قوانینی برای حمایت از حقوق شهروندی این افراد تنظیم و اجرا شود.

۴- گسترش بیماری در بین افراد در معرض خطر کمتر

آمار ابتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز در کشور پس از وقفه‌ای موقتی با رشد رو به رو است. بر اساس تخمین‌های علمی در سال ۱۳۸۹ بین ۹۰ تا ۱۱۸ هزار نفر در کشور مبتلا به اچ‌آی‌وی بوده‌اند و پیش‌بینی می‌شود بیشتر مبتلایان جدید در سال‌های آینده از طریق تماس جنسی و در بین افراد در معرض خطر کمتر نسبت به مصرف‌کنندگان تزریقی یا تن‌فروشان بروز نماید.^{۱۴}

۵- بار اقتصادی بیماری

در عرض ۵ سال حداقل نیمی از افراد مبتلا نیاز به داروهای خاص این بیماری پیدا می‌کنند^۷ که هزینه‌ی سالانه‌ی آن به

موفقیت تایلند، سنگال، استان تامیل نادو در هند و اوگاندا در فرونشاندن شیوع HIV ناشی از تعهد سیاسی و برنامه‌ریزی منطقی و همکاری بین بخشی مناسب بوده است. موفقیت برزیل در تضمین معالجه‌ی رایگان ضدویروسی برای تمام افراد مبتلا به ایدز نمونه دیگری است^۱. اما هنوز در کشور ما برنامه‌های منسجم و حمایت‌ها، به خصوص مالی کافی نیست و قوانین ثابت در این زمینه وضع نشده است. لذا با تغییر مدیریت‌ها، خطر محدود شدن برنامه‌های مفید یا انجام فعالیت‌های غیرعلمی وجود دارد.

چرا باید به همه‌گیری ایدز توجه کرد؟

با این که پدیده‌ی ایدز در حال حاضر سهم چندانی از بار بیماری‌ها را در کشور ما تشکیل نمی‌دهد، اما ماهیت این پدیده که رشدی خاموش و پیش‌رونده دارد، می‌تواند در طی ۱۵ تا ۲۰ سال کشور را با چالش‌های جدی مواجه کند. چیزی که در کشورهایی مانند هندوستان، اوکراین و روسیه رخ داده و پس از مدتی سکوت و کم‌توجهی، با تعداد بسیار زیاد مبتلایان مواجه شده‌اند. علاوه بر این اچ‌آی‌وی با کاهش ایمنی بدن منجر به بروز یا تشدید بیماری‌های عفونی دیگر می‌شود. یکی از عوامل شکست جهان در کنترل سل و مالاریا همه‌گیری ایدز بوده است.

۱- افزایش رفتارهای پر خطر

در ایران رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ‌آی‌وی در سال‌های اخیر افزایش یافته است^{۴،۳،۲}. رابطه‌ی جنسی پیش از ازدواج و داشتن بیش از یک شریک جنسی از این جمله‌اند که برخی جوانان ۱۹- ۱۵ ساله آن را تجربه می‌کنند، در پسران چند برابر دختران است و با افزایش سن میزان آن بیشتر می‌شود.^{۵ و ۶}

خوش‌بختانه در سال‌های اخیر با اجرای برنامه‌های کاهش آسیب ۷۵ تا ۸۵ درصد مصرف‌کنندگان تزریقی از سرنگ و سوزن یک بارمصرف استفاده می‌کنند. اما آنچه بیشتر نگران کننده است این است که کمتر از ۳۰ درصد ایشان تحت پوشش برنامه‌های پیش‌گیرانه قرار دارند، بیش از ۴۰٪ مصرف‌کنندگان تزریقی متأهل، روابط جنسی خارج از زناشویی دارند، ۵۹/۳٪ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در طول عمر خود بیش از یک شریک جنسی داشته‌اند و کمتر از یک سوم ایشان در آخرین آمیزش از کاندوم استفاده کرده‌اند.^۷

و این جز با فعالیت گسترده‌ی سازمان‌های غیردولتی و بخش خصوصی ممکن نخواهد شد.

۲- سرمایه‌گذاری در پیش‌گیری

بر اساس داده‌های منتشر شده در سال ۱۳۸۸^{۱۶} هزینه‌ی صرف شده برای پیش‌گیری هر مورد جدید در یک سال تقریباً بین یک هزارم تا یک بیست و پنجم هزینه‌ی مراقبت و درمان هر فرد مبتلا در کشور بوده است. این نسبت در سطح بین‌المللی نیز تقریباً به همین میزان است. از آنجا که برخی مداخلات پیش‌گیرانه در مورد ایدز (مانند آموزش مهارت‌های زندگی به نوجوانان)، از آسیب‌های اجتماعی دیگر و تقاضای خدمات از نظام سلامت هم جلوگیری می‌کنند، صرفه‌ی اقتصادی پیش‌گیری بسیار بیشتر خواهد شد. برآوردهای اقتصادی نشان داده که به ازای هر ۱۰۰۰ تومان هزینه در آموزش مهارت‌های زندگی ۲۵۰۰۰ تومان در هزینه‌های بهداشتی و درمانی صرفه‌جویی خواهد شد.^{۱۷}

۳- گسترش مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی

۳۶۱ مرکز مشاوره در سطح ۲۰۴ شهر کشور و ۸۶ مرکز در زندان‌های کشور به ارائه‌ی مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی می‌پردازند. گسترش پوشش آن‌ها نیازمند نیروی انسانی و منابع بیشتر است.

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| مصرف‌کنندگان تزریقی مواد | ۳۵٪ |
| همسران مصرف‌کنندگان تزریقی مواد | ۴٪ |
| همسران مبتلایان به اچ‌آی‌وی | ۲۲٪ |
| زندانیان ورودی | ۱۴٪ مشاوره و ۳ آزمایش |
| زنان تن‌فروش | ۱۷٪ |
| زنان باردار پرخطر | ۰/۳٪ |

۴- تقویت رویکرد حمایت و همکاری بین بخش‌ها

گسترش قوانین حمایتی از آسیب‌دیدگان اجتماعی مانند منع اخراج از کار یا عدم استخدام بر اساس وضعیت ابتلا به اچ‌آی‌وی یا اعتیاد، منع آزمایش اجباری اچ‌آی‌وی، تسهیل گسترش مراکز عمومی و خصوصی مشاوره و آزمایش داوطلبانه، کاهش آسیب یا بازپروری در این زمینه پیشنهاد می‌شوند. همچنین تقویت برنامه‌ریزی و همکاری بین‌بخشی و تقسیم مشخص مسئولیت‌ها بین سازمان‌ها ضروری است.

برای کسب اطلاعات بیشتر به منابع زیر مراجعه کنید:

- سومین برنامه کشوری کنترل اچ‌آی‌وی (۱۳۹۳-۱۳۸۹)
- آنچه قانون‌گذاران و نمایندگان منتخب مردم می‌توانند برای اچ‌آی‌وی-ایدز انجام دهند؛ فعالیت‌هایی برای کودکان و نوجوانان.

قیمت‌های فعلی برای هر فرد ۱۲ میلیون تومان است. ضمن آن که سالی ۷ تا ۹ هزار مبتلای جدید خواهیم داشت^{۱۵}، و در حال حاضر هم کمتر از ده درصد مبتلایان نیازمند به دارو آن را دریافت می‌کنند^۷ فقط برای داروی مبتلایان باید سالی ۱۰۰۰ میلیارد تومان (یک پنجم کل اعتبارات وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۹) هزینه کنیم. به نظر می‌رسد با افزایش افراد تحت درمان در سال‌های اخیر نگرانی‌های در مورد افزایش مقاومت ویروس به دارو وجود دارد که لزوم تهیه‌ی داروهای جدیدتر و طبعاً گران‌تر را به دنبال خواهد داشت.

راه کارهای مناسب

۱- مفا و بهبود سیاست کاهش آسیب

برای قطع زنجیره‌ی انتقال اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، ضروری است پوشش فعالیت‌های پیش‌گیری در آن‌ها افزایش یابد.

اگر در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، سطح پوشش برنامه‌ی استفاده از سرنگ ایمن از ۸۰ درصد به ۹۵ درصد افزایش داده

س: حمایت مادی و معنوی از مبتلایان و توزیع لوازم کاهش آسیب (همچون سرنگ و کاندوم) با علم به این که آنان مبادرت به رفتارهای پرخطر می‌نمایند و با هدف این که از انتقال عامل بیماری به افراد سالم پیش‌گیری شود، چه مکی دارد؟

مفتر آیت‌الله فامنه‌ای: جلوگیری از گسترش این گونه امراض با استعانت از حمایت‌های مادی و معنوی برای کسانی که مطلعند و تمکن دارند، شرعاً لازم است.

شود، سه چهارم موارد جدید اچ‌آی‌وی کاهش می‌یابد. با افزایش پوشش مصرف کاندوم به ۹۵ درصد، موارد جدید در همسران و شرکای جنسی این افراد ۹۳ درصد کاسته خواهد شد^{۱۵}. در ضمن تنها ۲۷٪ مصرف‌کنندگان مواد در آخرین تزریق خویش، سرنگ و سوزن را از مراکز ویژه‌ی ارائه‌ی این خدمات دریافت کرده‌اند.^۷

علی‌رغم گسترش چشم‌گیر پوشش درمان نگه‌دارنده‌ی متادون در مصرف‌کنندگان مواد، پوشش ناکافی آن (۳۳٪ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سال ۱۳۸۶) نیاز به بهبود دارد.

لازم است با افزایش تعداد تیم‌های پوشش دسترسی و ارائه‌ی خدمات آموزش و توزیع سرنگ و سوزن به گروهی از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که خود مراجعه نمی‌کنند افزایش یابد

• آشنا، حسام الدین. «ما روحانیون برای مواجهه با ایدز چه می‌توانیم بکنیم؟» مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یونیسف، یوان ایدز. ۱۳۸۶

• www.hivhub.ir, www.UNAIDS.ir

اداره کل فرهنگی و روابط عمومی مجلس شورای اسلامی، مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یونیسف. ۱۳۸۵

منابع

- ^۱ قانون گذاران و نمایندگان منتخب مردم در مورد HIV / ایدز چه کارهایی می‌توانند انجام دهند: فعالیت‌هایی برای کودکان و جوانان. یونیسف ۱۳۸۵
- ^۲ Population and health in the Islamic Republic of Iran. (DHS) Ministry of health and medical education, October 2000.
- ^۳ <http://www.mehrnews.com/fa/newsdetail.aspx?NewsID=1179586> accessed on 10/3/2011
- ^۴ چکیده نتایج طرح آمارگیری نیروی کار. مرکز آمار ایران. بهار ۱۳۸۹
- ^۵ Mohammadi MR et al Reproductive Knowledge, Attitudes and Behavior Among Adolescent Males in Tehran, Iran. *International Family Planning Perspectives*, 2006; 32(1):35-44
- ^۶ شغلی ع، رخشانی ف، موسوی نسب ن، مهاجری، م، صداقت ع، گویا م. م. بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای پرخطر نوجوانان و جوانان مناطق منتخب کشوری در زمینه عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز. تابستان ۱۳۸۷
- ^۷ تحلیل وضعیت اچ‌آی‌وی در ایران و پاسخ ملی به آن. کارگروه کشوری پیش‌گیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز. اسفند ماه ۱۳۸۹
- ^۸ Montazeri A. AIDS knowledge and attitudes in Iran: results from a population-based survey in Tehran. *Patient Education and Counseling* 2005; 57 : 199-203.
- ^۹ Tavoosi A, et al. Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health*. 2004; 4: 17.
- ^{۱۰} نظرسنجی از مردم تهران درباره ایدز، مرکز تحقیقات سازمان صدا و سیما شهریور ۱۳۸۵
- ^{۱۱} 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. اسفند ۱۳۸۸
- ^{۱۲} زمانی، سامان و همکاران. مطالعه مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد. گزارش طرح
- ^{۱۳} Sherafat-Kazemzadeh, R., et al. Iranian persons living with HIV/AIDS unveil the epidemic of stigma (an overview of patients' attitudes towards the disease and community in first GIPA gathering in Tehran). *Arch Iranian Med*, 2003. 6(2): p. 77-80
- ^{۱۴} Hagdoost AA et al. modeling of HIV/AIDS in Iran up to 2014. unpublished research article
- ^{۱۵} حقدوست، ع ا و همکاران. مدل‌سازی توزیع مورد انتظار عفونت‌های جدید اچ‌آی‌وی بر اساس گروه‌های مواجهه در ایران. ۱۳۸۹ گزارش طرح
- ^{۱۶} 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. اسفند ۱۳۸۸
- ^{۱۷} Botvin GJ. Preventing Tobacco, Alcohol and Drug Abuse through Life Skills Training. presentation at www.lifeskillstraining.com accessed on 3/19/2011