

برنامه ریزی منسجم و همکاری بین بخشی در کنترل همه‌گیری ایدز

ویژه ی : مسئولان محترم برنامه‌ریزی، اداری- مالی و پشتیبانی وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی

اچ‌آی‌وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی» را مطابق با تعاریف بین‌المللی برآورده کند، در هیچ مقطعی وجود ندارد.^{۱۱}

۳- انگ و تبیض پیرامون ایدز

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. در کشور ما ۹۰٪ مبتلایان تجربه‌ی احساس انگ

گروه	میزان پاسخ صحیح
جوانان	۱۶٪
مصرف کنندگان تزریقی مواد	۲۳/۷٪
تن‌فروشان	۷/۹٪
زندانیان	۱۴/۶٪

در اجتماع و ۶۰٪ احساس تبیض در تماس با دستگاه‌های دولتی و فقط ۵۰٪ احساس رضایت از برخورد کارکنان بخش سلامت داشته‌اند.^{۱۲} بدین لحاظ لازم است قوانینی برای حمایت از حقوق شهروندی این افراد تنظیم و اجرا شود.

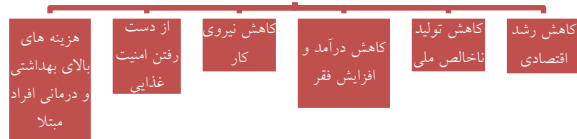
۴- گسترش بیماری در بین افراد در معرض خطر کمتر

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 ۸۰ تا ۱۱۰ هزار نفر در کشور مبتلا به اچ‌آی‌وی-ایدز بوده‌اند و پیش‌بینی می‌شود بیشتر مبتلایان جدید در سال‌های آینده از طریق تماس جنسی و در بین افراد در معرض خطر کمتر نسبت به مصرف کنندگان تزریقی یا تن‌فروشان بروز نماید.^{۱۳}

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

بخشی از تأثیرات اقتصادی اچ‌آی‌وی



قیمت‌های فعلی برای هر فرد ۱۲ میلیون تومان است، و در حال حاضر هم کمتر از ده درصد مبتلایان نیازمند به دارو، آن را دریافت

ایدز بیشتر از آن که یک بیماری عفونی باشد یک آسیب اجتماعی است که ابعاد اقتصادی، فرهنگی و سیاسی وسیعی دارد. بدون توجه به تمامی عوامل مؤثر، پیش‌گیری از این بیماری موفق نخواهد بود.^۱ در کشور خودمان توقف رشد همه‌گیری در مصرف کنندگان تزریقی مواد و زندانیان ناشی از تصمیم‌گیری آگاهانه و به موقع مسئولان بوده است.

چرا باید به همه‌گیری ایدز توجه کرد؟

اگرچه پدیده‌ی ایدز در حال حاضر سهم چندانی از بار بیماری‌ها را در کشور ما تشکیل نمی‌دهد، اما طبیعت این پدیده رشد خاموش و پیش رونده دارد که می‌تواند پس از ۱۵ تا ۲۰ سال کشور را با چالش‌های جدی رو به رو کند. چنین اتفاقی قبلاً در کشورهای هندوستان، اوکراین و روسیه رخ داده است و پس از یک دوره سکوت و کم‌توجهی، با تعداد بسیار زیاد مبتلایان مواجه شده‌اند.

۱- افزایش برخی رفتارهای پرخطر

در ایران در کنار روند نگران‌کننده‌ی برخی شاخص‌های اجتماعی^{۴،۳،۲}، برخی رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ‌آی‌وی در سال‌های اخیر افزایش داشته است. رابطه‌ی جنسی پیش از ازدواج و داشتن بیش از یک شریک جنسی در نوجوانان از این جمله است.^{۵، ۶}

خوش‌بختانه در سال‌های اخیر با اجرای برنامه‌ی کاهش آسیب ۷۵ تا ۸۵ درصد مصرف کنندگان تزریقی از سرنگ و سوزن استریل استفاده می‌کنند. اما آنچه نگران‌کننده است آن که کمتر از ۳۰ درصد ایشان تحت پوشش برنامه‌های پیش‌گیرانه هستند، بیش از ۴۰٪ مصرف کنندگان تزریقی متأهل، روابط جنسی خارج از زناشویی دارند، ۵۹٪ مصرف کنندگان 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 این‌ها نشانه‌های موج سوم همه‌گیری ایدز از راه آمیزش جنسی است.

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 اچ‌آی‌وی را می‌دانند و هم دو باور غلط شایع را رد می‌کنند.^{۱۱} درحال حاضر برنامه‌ای که معیارهای «آموزش

استفاده از ظرفیت سازمان‌های غیردولتی به خصوص اگر دست‌رسی ارگان‌های دولتی به گروه در معرض خطر اچ‌آی‌وی دشوار است، مانند کودکان خیابانی، برای ارائه‌ی آموزش و خدمات توصیه می‌شود.

۳- پوشش خدمات بهداشتی در گروه‌های با رفتار پرخطر

نتایج پایش برنامه‌ی ملی ایدز نشان داد حدود ۱۷/۵٪ زنان تن‌فروش در مراکز دولتی تحت مشاوره قرار گرفته‌اند.^{۱۶} مطالعه‌ی زیستی- رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد نیز نشان می‌دهد فقط ۳۳٪ در زمان مطالعه تحت درمان نگاه‌دارنده بوده‌اند.^{۱۷} همچنین مطالعات مختلف حاکی از آن است که در گروه تن‌فروشان ۲۰٪ و در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی، ۹٪ به صورت مستمر و در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد حدود ۱۷٪ در اغلب موارد از کاندوم استفاده می‌کنند.^{۱۸} داروخانه‌ها مهم‌ترین محل فراهم کردن کاندوم در این گروه‌های جمعیتی هستند و می‌توانند با توجه به گستردگی بسیار وسیع در سطح کشور، محلی بسیار مناسب برای ترویج رفتار جنسی سالم باشند.

بیش از ۳۰۰ مطالعه اثر تجویز درمان نگاه‌دارنده با متادون را در کاهش تعداد تزریق، استفاده از سرنگ مشترک و بروز اچ‌آی‌وی را نشان داده‌اند و نیز افراد تحت درمان با متادون یا بوپرنورفین کمتر دست به رفتارهای معرض قانون می‌زنند و بیشتر ممکن است کار مفیدی پیدا کنند.^{۱۹} شواهد علمی نشان می‌دهد درمان نگاه‌دارنده با متادون یا بوپرنورفین هزینه‌ی بسیار کمتری نسبت به دست‌گیری و زندانی کردن مصرف‌کنندگان مواد بر جامعه تحمیل می‌کند.^{۲۰}

۴- تقویت رویکرد حمایت و همکاری بین‌بخشی

تقویت برنامه‌ریزی و همکاری بین‌بخشی و تقسیم مشخص مسئولیت بین سازمان‌ها و نهادهای مختلف مثل وزارت کشور، اقتصاد، بهداشت، دادگستری، رفاه، آموزش و پرورش ضروری است. برگزاری منظم جلسات کمیته‌ی کشوری ایدز و فعال‌تر شدن زیر کمیته‌ی آموزش و اطلاع‌رسانی آن باید مد نظر قرار گیرد.^۷ با توجه به نبود اطلاعات کافی از سازوکار برخی عوامل مؤثر در همه‌گیری در کشور و لزوم پایش و ارزشیابی برنامه‌های اجرا شده، افزایش بودجه‌های پژوهشی در زمینه‌ی ایدز از میزان فعلی ۱/۴٪ کل اعتبارات هزینه شده در مورد ایدز^{۱۱} به مقادیر نزدیک به ۱۰٪ توصیه شده توسط دانشمندان و مراجع بین‌المللی^{۱۱} ضرورت دارد.

جهت کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت‌های زیر مراجعه کنید:

www.hivhub.ir, www.unaids.org
www.aidsinfo.nih.gov, www.who.int/hiv

می‌کنند^۷، فقط برای داروی ایشان باید سالی ۱۰۰۰ میلیارد تومان (یک پنجم کل اعتبارات وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۹) هزینه کنیم. با توجه به تخمین بروز متوسط سالانه ۱۱-۷ هزار مبتلای جدید در سه سال آینده^{۱۳} و افزایش مقاومت ویروس به دارو نگرانی وجود دارد که لزوم تهیه‌ی داروهای جدیدتر و طبعاً گران‌تر را به دنبال خواهد داشت.

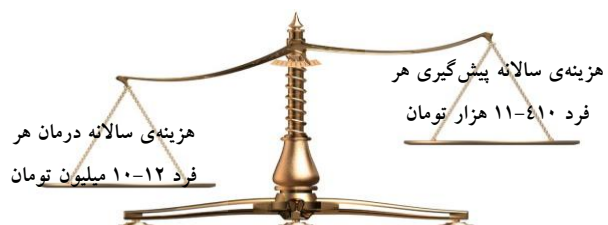
برخی اقدامات مؤثر

۱- مفا و بهبود سیاست کاهش آسیب

ارتقا تزریق سالم مهم‌ترین جزء جلوگیری از انتقال اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. توزیع سرنگ و سوزن نیاز به بهبود دارد چون تنها ۲۷٪ مصرف‌کنندگان مواد در آخرین تزریق خویش، سرنگ و سوزن را از مراکز ویژه‌ی ارائه‌ی خدمات دریافت کرده‌اند.^۷ علی‌رغم گسترش چشم‌گیر پوشش درمان نگاه‌دارنده متادون در مصرف‌کنندگان مواد، پوشش ناکافی آن (۳۳٪ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سال ۱۳۸۶) نیاز به بهبود دارد. برنامه‌های درمان مواد برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد باید گستره‌ای از درمان‌های مختلف از سم زدایی گرفته تا اجتماعات درمان‌مدار و درمان‌های نگاه‌دارنده را شامل شود که لازم است در سطح کشور گسترش یابند. لازم است با افزایش تعداد تیم‌های سیاری که به طور فعال به دنبال دست‌رسی به گروه هدف می‌روند، پوشش ارائه‌ی خدمات آموزش و توزیع سرنگ و سوزن به گروهی از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که خود برای دریافت آن مراجعه نمی‌کنند به ۱۰۰٪ برسد.^۷

۲- سرمایه‌گذاری در پیش‌گیری

بر اساس داده‌های منتشر شده در سال ۱۳۸۸^{۱۴} 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.^{۱۵} 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 بسیار بیشتر می‌شود.



- ¹قانون گذاران و نمایندگان منتخب مردم در مورد HIV / ایدز چه کارهایی می توانند انجام دهند: فعالیتهایی برای کودکان و جوانان. یونیسف ۱۳۸۵
- ² Population and health in the Islamic Republic of Iran. (DHS) Ministry of health and medical education, October 2000.
- ³ <http://www.mehrnews.com/fa/newsdetail.aspx?NewsID=1179586> accessed on 10/3/2011
- ⁴ چکیده نتایج طرح آمارگیری نیروی کار. مرکز آمار ایران. بهار ۱۳۸۹
- ⁵ Mohammadi MR et al Reproductive Knowledge, Attitudes and Behavior Among Adolescent Males in Tehran, Iran. *International Family Planning Perspectives*, 2006; 32(1):35-44
- ⁶ شغلی ع، رخشانی ف، موسوی نسب ن، مهاجری، م، صداقت ع، گویا م. بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای پرخطر نوجوانان و جوانان مناطق منتخب کشوری در زمینه عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز. تابستان ۱۳۸۷
- ⁷ تحلیل وضعیت اچ‌آی‌وی در ایران و پاسخ ملی به آن. کارگروه کشوری پیش‌گیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز. اسفند ماه ۱۳۸۹
- ⁸ Montazeri A. AIDS knowledge and attitudes in Iran: results from a population-based survey in Tehran. *Patient Education and Counseling* 2005; 57 : 199-203.
- ⁹ Tavoosi A, et al. Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health*. 2004; 4: 17.
- ¹⁰ نظرسنجی از مردم تهران درباره ایدز، مرکز تحقیقات سازمان صدا و سیما شهریور ۱۳۸۵
- ¹¹ 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
- ¹² 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
- ¹³ Haghdoost AA et al. modeling of HIV/AIDS in Iran up to 2014. unpublished
- ¹⁴ 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
- ¹⁵ Botvin GJ. Preventing Tobacco, Alcohol and Drug Abuse through Life Skills Training. presentation at www.lifeskillstraining.com accessed on 3/19/2011
- ¹⁶ اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. گزارش پایش برنامه ملی کنترل ایدز در سال ۱۳۸۷ اسفند ۱۳۸۸
- ¹⁷ زمانی، سامان و همکاران. مطالعه مراقبت ادغام یافته بیولوژیک و رفتاری عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد. گزارش طرح ۱۳۸۶
- ¹⁸ Doroudi, F., *Condom social marketing for STI/HIV/AIDS prevention. A feasibility study and review*. 2007, Ministry of Health and Medical Education
- ¹⁹ Heimer R et al., *Structural Interventions to Improve Opiate Maintenance*. *International Journal of Drug Policy* 13 (2002): 103
- ²⁰ WHO, UNODC, and UNAIDS, "Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention," (Geneva: World Health Organization, 2004).
- ²¹ David Cooper, Pedro Cahn, Sharon Lewin, John Kaldor, Craig McClure, Rodney Kort, Mark Boyd. The Sydney Declaration: a call to scale up research. *The Lancet* - 7 July 2007 (Vol. 370, Issue 9581, Pages 7-8)