



گزارش جمهوری اسلامی ایران
درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی
سازمان ملل متحد در زمینه اچ آی وی و ایدز

دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اسفند ماه 1388



تقدیر و تشکر

◀ بدین وسیله از کارگروه کشوری تهیه گزارش، تشکر می‌شود. اعضای این کارگروه به ترتیب حروف الفبا عبارتند از:

خانم زهرا اصفهانی معاون کمیته پیش‌گیری و کنترل ایدز سازمان بهزیستی کشور

دکتر فرداد درودی، مدیر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران

دکتر سید رامین رادفر، مدیر اجرایی یکی از تشکل‌های مردم‌نهاد (NGO) که در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز فعالیت می‌کنند

دکتر علی رضا شغلی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

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

دکتر رامین علاسوند، کارشناس مسئول اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور

دکتر بهنام فرهودی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی ایران (همانگ کننده کار گروه)

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 نرگس محمدرضایی، کارشناس دفتر صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (گلوبال فاوند)

دکتر هنگامه نامداری تبار، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

◀ همچنین از تمام افراد حقیقی دیگری که به طریقی در تدوین این گزارش مشارکت داشته‌اند، تشکر می‌شود. این

افراد در یکی زمینه‌های جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات، کمک‌های فنی و تکنیکی، بازبینی متن نهایی و یا تکمیل و

تدوین پرسشنامه NCPI مشارکت داشته‌اند و اسامی آن‌ها به ترتیب حروف الفبا عبارت است از:

دکتر پرویز افشار، مشاور عالی وزیر رفاه و تأمین اجتماعی

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

دکتر مجید رضازاده دبیر کمیته پیشگیری و کنترل ایدز سازمان بهزیستی کشور

خانم سعیده زاهد انارکی، کارشناس اداره کنترل ایدز

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

دکتر علی طالبیان، معاون فنی کنترل کیفی سازمان انتقال خون

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

دکتر نوشین فهیم‌فر، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

دکتر رضا نادى‌پور، مدیر پروژه گلوبال فاند در آموزش و پرورش

خانم نسرین کردی، عضو باشگاه یاران مثبت

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

علی میرزازاده، مدیر آموزشی مرکز آموزش نظام مراقبت اچ‌آی‌وی/ایدز

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

◀ و سرانجام از تمام دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهایی که این گزارش از اطلاعات و یا نظرات آن‌ها سود جسته، تشکر می‌شود. (به ترتیب حروف الفباء):

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 تأمینی و تربیتی کشور

سازمان‌های غیردولتی فعال در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز

ستاد مبارزه با مواد مخدر

مرکز تحقیقات ایدز ایران

وزارت آموزش و پرورش - دفتر پیش‌گیری از بیماری‌ها

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره پیش‌گیری و درمان سوءمصرف مواد

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره کنترل ایدز

3	تقدیر و تشکر
5	فهرست
7	اختصارات
8	مقدمه
9	روش‌شناسی تهیه گزارش
11	وضعیت در یک نگاه
16	نگاه کلی به همه‌گیری اچ‌آی‌وی و ایدز در ایران
21	پاسخ ملی به همه‌گیری اچ‌آی‌وی و ایدز
22	الف) شاخص‌های مربوط به تعهد و اقدام ملی
23	1. اعتبارات ملی و بین‌المللی هزینه شده
26	2. شاخص ترکیبی سیاست ملی
34	ب) شاخص‌های مربوط به برنامه‌های ملی
35	3. تأمین سلامت خون
38	4. درمان ضد رتروویروسی در مبتلایان به ایدز
42	5. پیش‌گیری از انتقال مادر به کودک
45	6. مدیریت هم‌زمان درمان سل و اچ‌آی‌وی
48	7. آزمایش اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی
50	8. آزمایش اچ‌آی‌وی در گروه‌های در معرض بیش‌ترین خطر
54	9. برنامه‌های پیش‌گیری در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر
60	10. حمایت از کودکان تحت تأثیر اچ‌آی‌وی
62	11. آموزش اچ‌آی‌وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی در مدارس
64	ج) شاخص‌های مربوط به رفتار و آگاهی
65	12. ورود کودکان یتیم به مدرسه
67	13. آگاهی جوانان درباره پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی
71	14. آگاهی جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر در مورد پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی
77	15. تماس جنسی قبل از سن 15 سال
80	16. رفتار جنسی پرخطر

83	17. استفاده از کاندوم در رفتار جنسی پُرخطر
86	18. مصرف کاندوم در تن‌فروشان
88	19. استفاده از کاندوم در مردانی که با مرد دیگر رابطه جنسی دارند
90	20. استفاده از کاندوم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
93	21. تزریق سالم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
96	(د) شاخص‌های مربوط به پیامد
97	22. کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی
99	23. کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر
102	24. بقاء پس از 12 ماه درمان ضد رتروویروسی
105	25. کاهش در انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک
106	بهترین تجربه
108	چالش‌ها و راه‌کارها
111	حمایت مورد نیاز از سازمان‌های بین‌المللی طرف توسعه کشور برای دستیابی به اهداف اعلامیه تعهد
112	وضعیت پایش و ارزشیابی
117	منابع

اختصارات و واژه‌شناسی

	Action Plan	برنامه عمل
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	ایدز (نشانگان نقص ایمنی اکتسابی)
ART	Antiretroviral Therapy	درمان ضد رتروویروسی
CCM	Country Coordinating Mechanism	سازوکار هماهنگی کشوری
CSW	Sex Worker	تن‌فروش
DIC	Drop in Center	مرکز گذری
HIV	Human Immunodeficiency Virus	اچ‌آی‌وی - ویروس نقص ایمنی انسانی
IDU	Injecting Drug User	مصرف‌کننده تزریقی مواد مخدر
MSM	Men who have Sex with Men	مردانی که با مردان رابطه جنسی دارند
NGO	Non- governmental Organization	سازمان‌های غیردولتی (مردم‌نهاد)
PEP	Post-exposure prophylaxis	پیش‌گیری پس از مواجهه
PLHIV	People living with HIV	افرادى که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند
RDS	Respondent Driven Sampling	نمونه‌گیری مبتنی بر پاسخ دهنده
STI	Sexually Transmitted Infection	بیماری‌های آمیزشی
VCT	Voluntary Counselling and Testing	مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (on AIDS)	اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد (در زمینه ایدز)

ورود ایران به مرحله متمرکز با افزایش شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در اوائل دهه هشتاد رخ داد. با جلب حمایت سیاست‌گزاران و اتخاذ تصمیمات کلیدی در امر کاهش آسیب، فعالیت‌های بسیار مفیدی در زمینه آرایه و گسترش خدمات پیشگیری از اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و زندانیان انجام شد. نشانه‌های جدی وجود دارد که این اقدامات حداقل باعث کند شدن شیب رشد همه‌گیری در این گروه جمعیتی شد. اما هنوز هم بروز موارد جدید اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد رخ می‌دهد. مطالعات در دنیا نشان داده که می‌توان انتقال اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد را تقریباً متوقف کرد. برای این کار باید پوشش برنامه‌های کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد را گسترش و کیفیت آن را به بالاترین حد ممکن رساند. از سوی دیگر در حال حاضر نگرانی‌های جدی در خصوص افزایش انتقال اچ‌آی‌وی از راه جنسی وجود دارد. نشانه‌های قابل توجهی وجود دارد که بر رشد انتقال جنسی اچ‌آی‌وی در ایران دلالت می‌کند. حلقه‌های رابط بین گروه‌های مختلف جمعیت به گونه‌ای است که در صورت عدم اقدام به موقع برای پیشگیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی، ممکن است در آینده فرصت‌های بسیاری از دست برود. هم اکنون زمانی است که باید اقدام کرد. در جامعه ایران زمینه‌های قوی اعتقادات دینی وجود دارد و آحاد مردم برای خانواده ارزش بسیاری قائل هستند که اگر به درستی مورد ملاحظه قرار گیرد، می‌تواند در پیشگیری از گسترش همه‌گیری بسیار ارزشمند باشد.

این گزارش که مهم‌ترین گزارش کشوری در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز محسوب می‌شود، ضمن آرایه شاخص‌های مرتبط با اعلانیه تعهد، نمایی کلی از همه‌گیری اچ‌آی‌وی در ایران را آرایه می‌دهد. اعلانیه تعهد بیانیه‌ای است که بر اساس آن جمهوری اسلامی ایران به همراه 188 کشور دیگر عضو سازمان ملل متحد در خرداد سال 1380 (ژوئن 2001) متعهد به کنترل و پیشگیری از اچ‌آی‌وی و ایدز شد. در سال 1385 این کشورها در نشست دیگر ضمن تأکید مجدد بر تعهد قبلی، بر دامنه این تعهد افزودند. شاخص‌های مرتبط با این اعلانیه به چهار علت اهمیت دارند: اول آن که شاخص‌های این گزارش اهمیتی حیاتی در ارزیابی کارایی پاسخ کشوری به همه‌گیری دارد 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 آن که 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 می‌کند.

این سومین بار است که شاخص‌های مرتبط با پایش اعلانیه تعهد در جمهوری اسلامی ایران در قالب دستورعمل UNAIDS تهیه و آرایه می‌شود. اولین گزارش در سال 1384 و دومین گزارش در سال 1386 منتشر شد. گزارش سوم با وجود کاستی‌هایش دارای اطلاعات 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 راستای بهبود برنامه‌ریزی برای کنترل اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران باشد. با این وجود قطعاً این گزارش کاستی‌هایی دارد و از هر گونه نظر پیشنهادی یا انتقادی، صمیمانه استقبال می‌شود.

روش‌شناسی تهیه گزارش

1. ساختار تهیه گزارش: برای تهیه سومین "گزارش کشوری پایش اعلامیه تعهد در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز"، کمیته کشوری پایش و ارزشیابی اچ‌آی‌وی و ایدز مقدمات تشکیل یک کارگروه شامل اعضای از شرکای برنامه کنترل اچ‌آی‌وی را فراهم کرد. این تیم شامل اعضای از بخش‌های دولتی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، 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 غیردولتی بود که فعالیت خود را از آذر ماه سال 1388 شمسی آغاز کرد.

2. نحوه جمع‌آوری داده‌ها: کارگروه، شاخص‌های گزارش را بر اساس نحوه محاسبه به چهار گروه تقسیم کرد:

- گروهی از شاخص‌ها که داده‌های مورد نیاز برای محاسبه آن‌ها از طریق پایش برنامه‌های کشوری به دست می‌آیند.
- گروهی که از طریق مطالعات رفتاری یا رفتاری-زیستی انجام شده در چارچوب نظام مراقبت اپیدمیولوژیک به دست می‌آیند.
- گروهی که از طریق مصاحبه با افراد کلیدی به دست می‌آیند.
- و گروهی که باید از طریق مطالعات رفتاری یا رفتاری-زیستی در چارچوب نظام مراقبت اپیدمیولوژیک به دست آیند، اما با توجه به عدم وجود مطالعات 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 و تماس‌های وسیعی با دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های دولتی (ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، سازمان بهزیستی، جمعیت هلال احمر، سازمان انتقال خون، وزارت آموزش و پرورش و برخی ادارات تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل اداره پیش‌گیری و درمان سوءمصرف مواد) گرفته شد. داده‌های موجود در مرکز مدیریت بیماری‌ها نیز استخراج شد. همچنین برای تکمیل و کنترل برخی از داده‌ها، مصاحبه‌های لازم با کارشناسان امر انجام گرفت و داده‌های به دست آمده از منابع مختلف با یکدیگر مقایسه و نهایی شد.

برای دستیابی به داده‌های مطالعات رفتاری یا رفتاری-زیستی- که اغلب پروژه آن‌ها یا مستقیماً به سفارش مرکز مدیریت بیماری‌ها یا در ارتباط نزدیک با این مرکز تهیه شده- با محققین اصلی آن‌ها هماهنگی‌های لازم برای دستیابی به داده‌ها صورت گرفت.

مطالعات موجود، براساس جستجو در بانک‌های اطلاعاتی خارجی و داخلی، تماس با دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و سازمان‌های مرتبط با برنامه اچ‌آی‌وی و ایدز و افراد کلیدی به دست آمد. مطالعاتی که یافته‌های آن‌ها برای تهیه گزارش مفید به نظر می‌آمد، مشخص 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 دستورعمل UNAIDS مصاحبه شد. اطلاعات به دست آمده از مصاحبه‌ها آنالیز، ادغام و برای تعیین وضعیت ضریب ترکیبی سیاست ملی نهایی شد. آنچه به دست آمد برای مقایسه روند تغییرات در مقایسه با گزارش قبلی مورد استفاده قرار گرفت.

3. طبقه‌بندی، تخلیص و تحلیل داده‌ها: تمام مطالعات یافت شده مورد بررسی قرار گرفت و داده‌های مرتبط با شاخص‌های اعلانیۀ تعهد از آن‌ها استخراج، تخلیص و طبقه‌بندی شد. پس از مقایسه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای ارایۀ شاخص‌های مرتبط به صورت توصیفی به کار گرفته شد.

4. نحوه‌نهایی 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 الزاماً به نتایج یکسان نمی‌انجامد. از سوی دیگر برای برنامه‌ریزی قطعاً به محاسبه این شاخص‌ها به‌گونه‌ای که اکثریت ذی‌نفعان برنامه آن را بپذیرند، نیاز است. لذا پس از تهیه گزارش اولیه، نسخه‌ای از آن برای تعدادی از اشخاص حقوقی کلیدی مرتبط با همه‌گیری اچ‌آی‌وی و ایدز در ایران ارسال شد. نسخه‌نهایی پس از اخذ نظرات آنان درباره گزارش اولیه و اعمال اصلاحات لازم در آن تدوین شد.



وضعیت در یک نگاه

شاخص‌های مربوط به تعهد و عمل ملی		
عنوان شاخص	تعریف شاخص	مقدار شاخص
1. هزینه ایدز	مقدار اعتبارات ملی و بین‌المللی که در سطح کشور هزینه شده است	در طی سال 1387، 352/91 میلیارد ریال در زمینه اچ‌آی‌وی هزینه شده، بودجه عمومی هزینه شده از سوی دولت مجموعاً 309/17 میلیارد ریال و بودجه هزینه شده توسط سازمان‌های بین‌المللی مجموعاً 43/73 میلیارد ریال بوده است.
2. سیاست‌های دولت در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز	ضریب ترکیبی سیاست ملی	به متن رجوع شود.
شاخص‌های مربوط به برنامه‌های ملی		
3. شاخص سلامت خون	درصدی از واحدهای خون اهدایی که با روشی که دارای تضمین کیفیت مشخص و دارای نظارت خارج از آزمایشگاه بوده از نظر اچ‌آی‌وی غربال‌گری شده‌است.	100٪ در سال 1387. (از 1784248 مورد خون دهی)
4. شاخص درمان اچ‌آی‌وی	درصدی از بالغین و کودکان با عفونت پیش‌رفته‌ی اچ‌آی‌وی که درمان ضد‌رتروویروسی دریافت می‌کنند.	6/8٪ در اسفند 1387، 9٪ در دی 1388. مبنای محاسبه، تخمین افراد نیازمند است و نه تعداد موارد شناسایی شده. در صورتی که مخرج، موارد شناسایی شده باشد، شاخص افزایش چشم‌گیری می‌یابد.
5. 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.	11/4٪ در سال 1387. مبنای محاسبه تخمین افراد نیازمند است و نه تعداد موارد شناسایی شده. در صورتی که مخرج، موارد شناسایی شده باشد، شاخص افزایش چشم‌گیری می‌یابد.
6. شاخص درمان هم‌زمان سل و اچ‌آی‌وی	درصدی از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی که دچار بیماری سل شده‌اند و برای سل و اچ‌آی‌وی تحت درمان قرار می‌گیرند.	32/3٪ در سال 1387. مبنای محاسبه تخمین افراد نیازمند است و نه تعداد موارد شناسایی شده. در صورتی که مخرج، موارد شناسایی شده باشد، شاخص افزایش چشم‌گیری می‌یابد.

7. آزمایش اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی	درصدی از زنان و مردان 15 تا 49 ساله که طی دوازده ماه اخیر آزمایش اچ‌آی‌وی داده و نتیجه آن را می‌دانند.	با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای که سئوالات فوق در آن بررسی شده باشد، محاسبه این شاخص امکان‌پذیر نیست.
8. آزمایش اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر	درصدی از افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر که طی دوازده ماه اخیر آزمایش اچ‌آی‌وی داده و نتیجه آن را می‌دانند.	1. مصرف‌کنندگان تزریقی در سال 1386: 22/9٪ (702 نفر از 3060 نفر) 2. زنان تن‌فروش در تهران در سال 1386: 20/4٪ (57 نفر از 280 نفر) 3. در مورد MSM اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود). 4. در زندانیان مرد 16/6٪ و در زندانیان زن 31٪.
9. برنامه‌های پیش‌گیری در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر	درصدی از افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر که با برنامه‌های پیش‌گیری در ارتباط هستند.	اطلاعات موجود برای محاسبه کامل شاخص موجود نیست (به متن رجوع شود).
10. حمایت از کودکانی که تحت تأثیر اچ‌آی‌وی بوده‌اند		اطلاعات برای محاسبه کامل شاخص موجود نیست (به متن رجوع شود).
11. آموزش مهارت‌محور اچ‌آی‌وی در مدارس	درصد مدرسی که در سال تحصیلی گذشته آموزش مهارت‌محور اچ‌آی‌وی ارائه داده‌اند.	صفر در صد در سال تحصیلی 1388-1389 (برخی از انواع آموزش‌ها رایج می‌شود که شرح آن‌ها در متن آمده است).

شاخص‌های مربوط به رفتار و آگاهی		
12. ورود کودکان یتیم به مدرسه	92/2٪ در کودکان 10 تا 14 ساله.	
13. آگاهی جوانان درخصوص پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی	درصدی از زنان و مردان 15 تا 24 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 (یعنی به همه سئوالات پاسخ درست داده‌اند).	جواب درست به هر پنج سؤال 16/3٪.
14. آگاهی در خصوص پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر	درصدی از افراد متعلق به جمعیت‌های 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. (یعنی به همه سئوالات پاسخ درست داده‌اند)	1. مصرف‌کنندگان تزریقی در سال 1386: 23/7٪ آگاهی کامل داشته‌اند (728 نفر از 3060 نفر). 2. زنان تن‌فروش در تهران در سال 1386: 7/9٪ آگاهی کامل داشته‌اند (22 نفر از 280 نفر). 3. در مورد MSM اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود). 4. در مردان و زنان زندانی کمتر از 25 سال به ترتیب 12/4٪ و 9/3٪ و در مردان و زنان زندانی 25 سال و بیشتر به ترتیب 15/3٪ و 10/9٪.
15. ارتباط جنسی جوانان قبل از 15 سالگی	درصدی از زنان و مردان 15 تا 24 ساله که قبل از 15 سالگی آمیزش جنسی داشته‌اند.	6٪ (53 از 754) در مردان زیر 15 سال و 1٪ (7 از 649) در زنان زیر 15 سال. 6/16٪ (125 از 754) در مردان زیر 18 سال و 2/8٪ (18 از 649) در زنان زیر 18 سال.
16. ارتباط جنسی پُرخطر در جوانان	درصدی از زنان و مردان 15 تا 49 ساله که طی 12 ماه اخیر با بیش از یک شریک آمیزش جنسی داشته‌اند.	1/2٪ در زنان 15 تا 24 سال و 11/4٪ در مردان 15 تا 24 سال.
17. استفاده از کاندوم در ارتباط‌های جنسی پُرخطر در جوانان	درصدی از زنان و مردان 15 تا 49 ساله که طی 12 ماه گذشته بیش از یک شریک جنسی داشته‌اند و در آخرین آمیزش جنسی از کاندوم استفاده کرده‌اند.	55/4٪ در مردان 15 تا 24 سال و در دختران به علت کوچک بودن اعداد، نسبت، قابل محاسبه نیست (به متن رجوع شود).

18. مصرف کاندوم در تن‌فروشان	درصدی از زنان و مردان تن‌فروش که در آمیزش جنسی با آخرین مشتری خود از کاندوم استفاده کرده‌اند.	در یک مطالعه در سطح شهر تهران در سال 1386: 55٪ (154 نفر از 280 نفر).
19. استفاده از کاندوم در مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند	درصدی از مردان که در آخرین آمیزش جنسی با شریک جنسی مرد از کاندوم استفاده کرده‌اند.	اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود).
20. استفاده از کاندوم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد	درصدی از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که در آخرین آمیزش جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند.	در سطح کشور در سال 1386: 32/8٪ (519 نفر از 1582 نفر).
21. استفاده از روش‌های تزریق ایمن در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد	درصدی از مصرف‌کنندگان تزریقی که در آخرین نوبت تزریق از لوازم تزریق ایمن استفاده کرده‌اند.	در سطح کشور در سال 1386: 74/5٪ (1516 نفر از 2036 نفر).
شاخص‌های مربوط به پی‌آمد		
22. کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی	درصدی از جوانان 15 تا 24 ساله که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند.	بر اساس دیده‌وری در کلینیک‌های مراقبت زنان باردار تا سال 1385؛ صفر درصد.
23. کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر	درصدی از افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند.	1. مصرف‌کنندگان تزریقی در سال 1386: در سطح کشور 15/3٪ و در شهر تهران 12/3٪ (18 نفر از 149 نفر). 2. زنان تن‌فروش اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود). 3. در مورد MSM اطلاعات قابل تعمیم موجود نیست (به متن رجوع شود). 4. در زندانیان مرد 1/27٪ و در زندانیان زن 0/75٪.
24. شاخص بقا با درمان اچ‌آی‌وی	درصدی از افراد بالغ و کودکان مبتلا به اچ‌آی‌وی که 12 ماه پس از شروع درمان ضد‌رتروویروسی به درمان ادامه می‌دهند.	70٪ در سال 1387.
25. کاهش انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک	درصد نوزادانی که از مادران مبتلا متولد و به اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند.	سه‌م درمان در کاهش انتقال؛ 31٪.

نگاهی کلی به همه‌گیری اچ‌آی‌وی و ایدز

در جمهوری اسلامی ایران

در این قسمت وضعیت کلی همه‌گیری اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران تا زمان تهیه این گزارش، بر اساس داده‌های حاصل از سیستم ثبت موارد شناخته شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، داده‌های پایگاه‌های دیده‌وری و سایر بررسی‌های انجام شده، ارائه می‌شود.

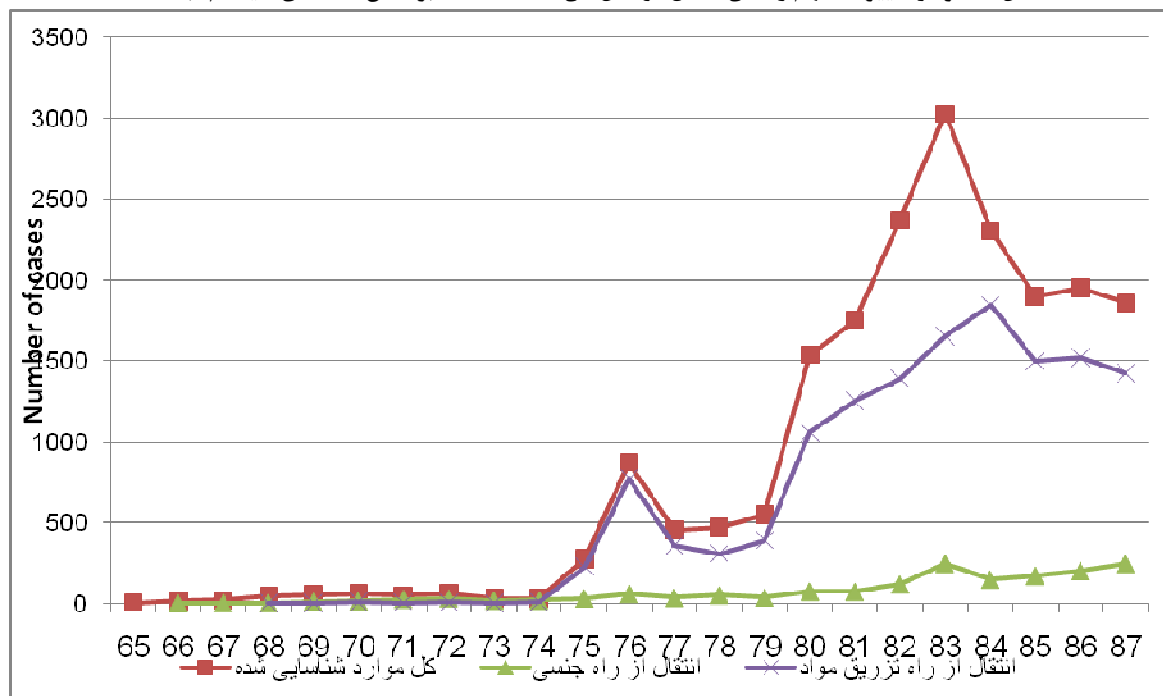
داده‌های سیستم ثبت موارد شناخته شده:

اولین مورد ابتلا به اچ‌آی‌وی در ایران در سال 1365 گزارش شد. از آن پس تا سال 1374 در گزارش‌های سالیانه، موارد شناخته‌شده افزایش اندک و تدریجی داشت. در سال 1375 با شناسایی همه‌گیری در برخی از زندان‌های کشور، موارد شناخته شده به یکباره افزایش چشم‌گیر یافت و این سیر صعودی تا سال 1383 ادامه یافت. در آن سال کل موارد شناخته شده در طی یک سال به حداکثر رسید و سپس طی دو سال بعد، تعداد کل موارد شناخته شده روندی کاهنده داشته و متعاقباً ثابت مانده است.⁽¹⁾ باید در نظر داشت که سیستم ثبت موارد شناسایی شده، در سال 1383 بازبینی و فرم‌های گزارش‌گیری در این سال تغییر کرد و تعدادی از مواردی که قبلاً شناسایی ولی گزارش نشده بودند، در این سال گزارش شد.⁽²⁾ لذا در تفسیر تغییرات منحنی موارد سالیانه شناسایی شده بر اساس داده‌های سیستم ثبت، باید محتاط بود.

اولین مورد انتقال اچ‌آی‌وی از راه مصرف تزریقی مواد در سال 1368 شناسایی شد و تا سال 1374، هر ساله تنها حدود 5-10 مورد جدید انتقال اچ‌آی‌وی از این راه شناسایی شد. ولی با وقوع همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، انتقال از راه مصرف تزریقی مواد طی سال 1375 به میزان 23 برابر نسبت به سال قبل از آن افزایش یافت و برای اولین بار به عنوان شایع‌ترین راه انتقال مطرح و پس از آن به عنوان شایع‌ترین راه انتقال باقی ماند. تعداد موارد ثبت شده انتقال از راه تزریق تا سال 1384 به طور مداوم افزایش یافت و در سال 1385 کاهشی در حدود 16٪ نسبت به سال قبل داشت و در سال‌های بعد نسبتاً ثابت ماند.⁽¹⁾

سهم راه انتقال جنسی در موارد شناسایی شده تا سال 1385 به طور نسبی ثابت مانده و در حدود 5 الی 8 درصد بوده ولی عدد مطلق آن به طور مداوم افزایش یافته است و از 50 نفر در سال 1379 به حدود سه برابر سال در 1385 رسیده است. از آن پس این نسبت روندی فزاینده یافته و به حدود 13٪ کل مبتلایان شناسایی شده در سال 1387 رسیده است. عمده این تغییر ناشی از افزایش شناسایی زنان مبتلاست.⁽¹⁾ (شکل 1)

شکل 1: نمودار تغییرات سهم راه‌های انتقال در سال‌های 1365-1387 براساس داده‌های سیستم ثبت



هم‌چنین سهم راه ناشناخته انتقال نیز در موارد شناسایی شده در نیمه اول دهه هشتاد روندی فزاینده داشته و از 8/2٪ در سال 1377 به 23/7٪ در سال 1385 رسیده است و از آن پس با تقویت برنامه نظام مراقبت و تغییر روش جمع‌آوری داده‌ها رو به کاهش گذاشته و به 9/3٪ در سال 1387 رسیده است.⁽¹⁾ در این زمینه این فرضیه مطرح است که حداقل بخشی از افزایش موارد با راه ناشناخته انتقال به علت افزایش موارد انتقال جنسی بوده که به علت انگ ناشی از آن عملاً ناشناخته مانده است. بخش دیگر نیز، ناشی از افزودن موارد شناسایی شده در دیده‌وری‌ها به سیستم ثبت موارد شناخته شده است که در این موارد نیز به علت روش انجام دیده‌وری، راه انتقال ناشناس می‌ماند.

سهم اندک زنان در موارد شناسایی شده (7٪ موارد شناسایی شده تاکنون)⁽³⁾ 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 اچ‌آی‌وی در زنان وجود دارد.

از طرفی بروز همه‌گیری در استان‌های مختلف کشور یکسان نبوده و تا تاریخ 84/7/1 میانگین میزان بروز سالانه آن برای کل جمعیت برحسب موارد شناسایی شده از 2/3 نفر در صد هزار نفر تا 103/6 نفر درصد هزار نفر در استان‌های مختلف متغیر بوده است. به نظر می‌آید این ناهمگونی به علت تفاوت در شیوع رفتارهای پرخطر در مناطق مختلف و هم‌چنین تفاوت در میزان آرایه خدمات شناسایی موارد مبتلا باشد. حتی در مورد شایع‌ترین راه انتقال در کشور همگونی وجود ندارد. بدین معنی که اگر چه در اکثریت مطلق استان‌ها، شایع‌ترین راه «انتقال تزریقی» بوده ولی در یک استان سهم راه انتقال جنسی با راه انتقال تزریقی برابری داشته است.⁽⁴⁾

بر اساس آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تا تاریخ 1388/7/1 مجموعاً 20130 نفر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در کشور شناسایی شده‌اند که 93٪ آنان را مردان و 7٪ را زنان تشکیل می‌دهند.

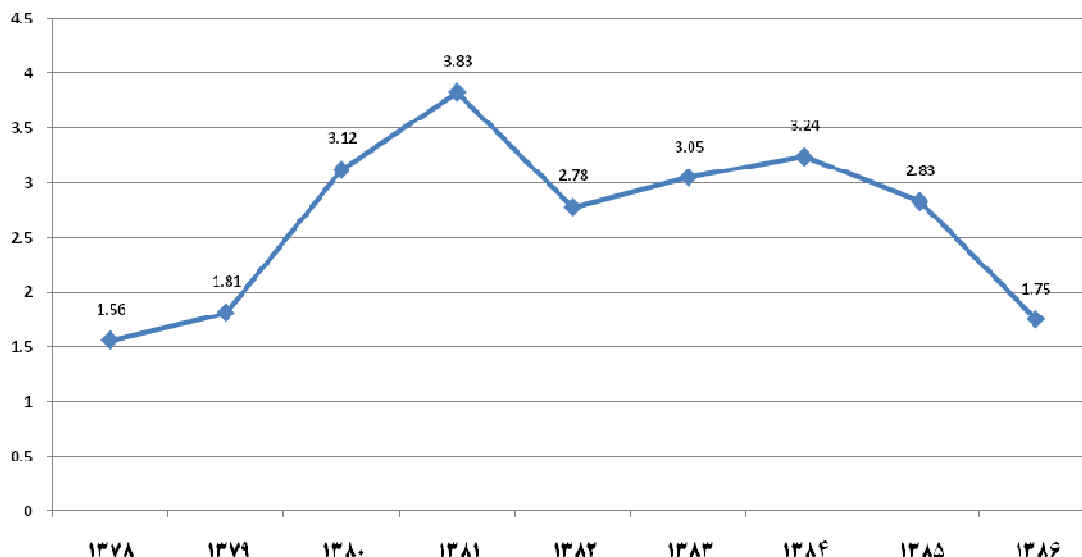
تاکنون 2097 نفر از افراد شناسایی شده مبتلا به ایدز شده‌اند و 3409 نفر از افراد مبتلا نیز فوت کرده‌اند. 37/9 درصد از مبتلایان به اچ‌آی‌وی در گروه سنی 25-34 سال قرار دارند که بالاترین نسبت در بین گروه‌های سنی را به خود اختصاص داده است.⁽³⁾

علل ابتلا به اچ‌آی‌وی در بین کل مواردی که از سال 1365 تاکنون در کشور به ثبت رسیده‌اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف‌کنندگان مواد (69/8 درصد)، رابطه جنسی (8/5 درصد)، دریافت خون و فرآورده‌های خونی (1/2 درصد) و انتقال از مادر به کودک (0/6 درصد) بوده است. راه انتقال در 19/9٪ از این گروه نامشخص مانده است.⁽³⁾ در مقایسه این آمار با مواردی که ابتلا آنان در سال 1387 گزارش شده است، اعتیاد تزریقی 76/6 درصد، برقراری روابط جنسی 13/3 درصد و انتقال از مادر مبتلا به کودک 0/8 درصد را تشکیل داده است. در 9/3 درصد از موارد شناسایی شده در این سال راه انتقال نامشخص بوده و هیچ مورد جدید ابتلا از راه خون و فرآورده‌های خونی گزارش نشده است.⁽³⁾

نتایج دیده‌وری‌ها: دیده‌وری در گروه‌های مختلف جمعیتی برای پایش تغییرات شیوع اچ‌آی‌وی در این جمعیت‌ها از سال 1376 در ایران شروع شد.⁽⁵⁾ تا انتهای سال 1387، بیش از 630 دیده‌وری در گروه‌های مختلف جمعیتی شامل مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، زندانیان، زنان خیابانی، رانندگان کامیون، ملوانان، بیماران آمیزشی و زنان باردار انجام شده است و 227 هزار نفر در این دیده‌وری‌ها شرکت کرده‌اند.⁽⁵⁾ داده‌های مربوط به دیده‌وری‌های انجام شده در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در قسمت شیوع اچ‌آی‌وی در گروه‌های مختلف، بحث شده است.

از سال 1377 تا سال 1387، 18 دیده‌وری در 3 شهر در مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی انجام شده است. در دو شهر دیده‌وری‌ها تا سال 1383 ادامه یافته و در 11 دیده‌وری موردی از اچ‌آی‌وی دیده نشده است. در سومین شهر شیوع اچ‌آی‌وی، از 0/2٪ در 1380 به 1/2٪ در 1387 افزایش یافته است.⁽⁵⁾ طی سال‌های 1370 تا 1387، 117 دیده‌وری در زندانیان بندهای معتادین در 33 شهر و طی همان سال‌ها، 332 دیده‌وری در زندانیان بندهای عمومی در 60 شهر انجام شده است.⁽⁵⁾ همان‌طور که در منحنی شیوع اچ‌آی‌وی در این دیده‌وری دیده می‌شود (شکل 2)، شیوع عفونت در بندهای معتادین تا سال 1384 افزایش یافته و سپس کاهشی تدریجی را تجربه کرده است. در زندانیان بندهای عمومی هم همین روند به جز در سال 1377 مشاهده می‌شود. در این سال شیوع 23 درصدی در نمونه زندان یک شهر مشاهده شده که حدود 30٪ حجم نمونه‌های دیده‌وری آن سال را شامل می‌شده است. چنین شیوع بالایی در سال‌های بعد در زندان‌های بند عمومی همان شهر هم مشاهده نشده است.⁽⁵⁾ در مطالعه زیستی-رفتاری سال 1388 در میان 5530 زندانی در 27 زندان از زندان‌های کل کشور، شیوع اچ‌آی‌وی در میان مردان زندانی 1/27٪ و در زنان زندانی 0.75٪ بوده است.⁽⁶⁾

شکل 2: روند شیوع اچ‌آی‌وی در زندان‌های کشور در طی سال‌های 1386-1378



در سال‌های 1382 تا 1387 مجموعاً 11 دیده‌وری در 4 شهر کشور و در میان 1495 زنی که نیاز به مداخله در بحران داشته‌اند، انجام شد که 3 نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی بودند. اگر چه قطعاً بخشی از آن‌ها زنان تن‌فروش بوده‌اند، اما به نظر می‌آید گروهی از آن‌ها هم، هر چند دارای روابط خارج از ازدواج بوده‌اند ولی الزاماً تن‌فروش نبوده‌اند.⁽⁵⁾

در 29 دیده‌وری که در 9 شهر کشور و در میان 5235 زن باردار در سال‌های 1376 تا 1387 انجام شد، هیچ فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی نشده است.⁽⁵⁾

در 36 دیده‌وری در سال‌های 1380 تا 1387 در میان رانندگان کامیون (ترانزیت داخلی و خارجی) نیز موردی از ابتلای به اچ‌آی‌وی دیده نشده است.⁽⁵⁾

در ملوانان هم 14 دیده‌وری در 4 شهر بندری از سال 1376 تا 1386 انجام شده که به جز در مورد یک شهر که در تمام سال‌های دهه هشتاد شیوع عفونت در حدود 5 در هزار بوده، در سایر موارد در حد صفر بوده است.⁽⁵⁾

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

1. شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی پایین است. چنان‌که در دیده‌وری‌های زنان باردار در طی این سال‌ها موردی شناسایی نشده است.⁽⁵⁾

2. شیوع عفونت در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در اواخر دهه هفتاد و اوایل دهه هشتاد شمسی رشدی سریع را تجربه کرد و از حد بحرانی 5٪ گذشت.⁽⁴⁾ اما به نظر می‌آید با گسترش نسبی فعالیت‌های کاهش آسیب در زندان‌ها و در جامعه در اواسط دهه هشتاد شمسی، 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. در سال 1386 به صورت میانگین 14.3٪ از مصرف-کنندگان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت بوده‌اند. این میزان در استان‌های مختلف از حداقل صفر تا 35.7٪ متغیر بوده است. در این میان در 2 استان شیوع عفونت بین 5 تا 20٪ و در 5 استان بیش از 20٪ بوده است.⁽⁷⁾

3. شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان نیز الگویی شبیه به آنچه در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ذکر شد، تجربه کرده‌است؛ اما مقدار شیوع همواره پایین تر بوده و در آخرین دیده‌وری زیستی-رفتاری در سال 1388 در مردان زندانی 1/27٪ و در زنان زندانی 0.75٪ بوده است.⁽⁶⁾
4. داده‌های برخی مطالعات پراکنده حاکی از آن است که شیوع اچ‌آی‌وی در زنان تن‌فروشی که مصرف‌کننده تزریقی مواد نیستند، هنوز به 5٪ نرسیده است.⁽⁴⁾ در صورتی که شیوع عفونت در یک گروه در معرض بیشترین خطر به بیش از 5٪ برسد، نشان‌دهنده متمرکز شده همه‌گیری در آن گروه خواهد بود. اگر چه نتایج پایش برنامه ملی در سال 1388 در 10 استان حاکی از آن است که زنان تن‌فروشی که برای دریافت خدمات مشاوره و آزمایش به مراکز دولتی مراجعه کرده‌اند، در سال‌های 1386 و 1387 به ترتیب 5٪ و 7٪ مبتلا به اچ‌آی‌وی بوده‌اند⁽⁸⁾، نسبت هم‌زمانی مصرف تزریقی مواد در این گروه مورد مطالعه مشخص نیست. 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⁽⁴⁾.
5. 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 است.⁽¹⁾
6. درباره شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند، مطالعات بسیار محدودند و نمی‌توانند به نتیجه‌گیری قابل تعمیم منجر شوند.

تخمین تعداد مبتلایان: هم‌چون سایر کشورها، در ایران نیز موارد شناسایی شده تنها بخشی از کل موارد مبتلاست. 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 در مشخص کردن 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 1382 تلاش‌هایی برای محاسبه تعداد مبتلایان در کشور صورت گرفت. در این سال با استفاده از نرم‌افزار تخمین تعداد موارد اچ‌آی‌وی، کارشناسان و مدیران برنامه کشوری ایدز، تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی در کشور را حدود 30 تا 40 هزار نفر برآورد کردند. در سال 1384 بر همین اساس تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی در کشور حدود 60 تا 70 هزار نفر و در سال 1386 بیش از 80000 نفر برآورد شد⁽⁹⁾.

در سال 1388 تعداد مبتلایان 83000 نفر برآورد شده است⁽¹⁰⁾ که حاکی از کاهش قابل توجه در شیب افزایش مبتلایان است و می‌تواند با موفقیت نسبی برنامه‌های کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد توجیه شود. با این وجود اگرچه این یافته‌ها امیدبخش است ولی در نتیجه‌گیری قطعی باید محتاط بود و ضمن ادامه و گسترش برنامه‌های پیش‌گیری، منتظر ارزشیابی‌های بعدی بود. علت این امر آن است که کیفیت و دقت تخمین به دست آمده، وابسته به کیفیت و دقت اطلاعات تعداد افراد متعلق به هر گروه و شیوع اچ‌آی‌وی در آن گروه‌ها است. لذا طی سال‌ها و با تقویت برنامه‌های نظام مراقبت در بین گروه‌های در معرض خطر، اطلاعات به‌دست 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 همه گیری اچ آی وی

الف

شاخص‌های مربوط به تعهد و اقدام ملی

عنوان شاخص اول:

اعتبار هزینه شده دولت جمهوری اسلامی ایران و سازمان‌ها و دفاتر بین‌المللی برای کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز

هدف شاخص:

- ❖ ترسیم بودجه ملی هزینه شده برای کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز و تجزیه و تحلیل بودجه اچ‌آی‌وی و ایدز
- ❖ ترسیم بودجه بین‌المللی هزینه شده برای 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 شده است.

ابزار اندازه‌گیری شاخص:

1. استعلام از مسئولین در وزارتخانه‌ها و سایر دستگاه‌ها و نهادهایی که در راستای کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز از بودجه‌های ملی هزینه کرده‌اند.
2. 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
3. استعلام از دفاتر بین‌المللی در خصوص هزینه‌های انجام شده در ارتباط با کنترل و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز
4. 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 به عنوان 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 کلیدی دارد. ولی به علت محاسبه دقیق هزینه‌های انجام شده در امر کنترل اچ‌آی‌وی و ممانعت از محاسبه مضاعف، اعتبارات تنها از حوزه‌های عملیاتی و هزینه کننده استعلام شده و مراتب با ستاد مذکور مجدداً کنترل شده است.

مقدار شاخص:

مجموع بودجه عمومی هزینه شده در زمینه‌های مختلف کنترل همه‌گیری اچ‌آی‌وی در کل کشور از اول فروردین سال 1387 هجری شمسی تا انتهای اسفند همان سال 352,907,950 هزار ریال بوده است. بودجه عمومی هزینه شده از سوی دولت جمهوری اسلامی ایران در این سال مجموعاً 309,174,961 هزار ریال و بودجه هزینه شده توسط سازمان‌های بین‌المللی در همین زمینه مجموعاً 43,732,989 هزار ریال بوده که به تفکیک در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1: هزینه‌های انجام شده در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز در سال 1387 به تفکیک سرفصل ومنشاء هزینه

هزینه - کننده سرفصل هزینه	با منشاء دولتی (هزار ریال)			با منشاء بین‌المللی (هزار ریال)			جمع کل (هزار ریال)
	دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی	سایر سازمان‌ها و ارگان‌های دولتی Ω	مجموع هزینه‌ها با منشاء دولتی Δ	صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا	سایر سازمان‌های بین‌المللی	مجموع هزینه‌ها با منشاء بین‌المللی Ξ	
پیش- گیری ^α	15,064,115	166,463,290	181,527,405	11,720,901	6,694,618	18,415,519	199,942,924
مراقبت و درمان ^β	20,795,498	17,253,242	38,048,740	4,111,752	.	4,111,752	42,160,492
حمایت ^μ	1,354,220	6,۷۳۳,۰۰۵	8,087,225	.	.	0	8,087,225
تقویت مدیریت برنامه ^π	10,929,587	26,997,818	37,927,405	6,070,470	1,468,655	7,539,125	45,466,530
حقوق کارکنان*	17,329,859	21,927,364	39,257,223	8,877,475	3,342,623	12,220,098	51,477,321
بهبود شرایط جامعه ^ο	693,832	.	693,832	3,264	.	3,264	697,096
تحقیقات ^ο	2,921,701	711,430	3,633,131	.	1,443,231	1,443,231	5,076,362
جمع	69,088,812	240,086,149	309,174,961	30,783,862	12,949,127	43,732,989	352,907,950

α. اعتبار هزینه شده برای 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 و بلبورد، آموزش به گروه‌های در معرض خطر و پُرخطر، جوانان، تمام برنامه‌های مرتبط با کاهش آسیب شامل توزیع متادون، سرنگ و سوزن، کاندوم، احتیاطات استاندارد و درمان بیماری‌های آمیزشی بوده است.

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.

μ. اعتبار هزینه شده برای 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.

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 و وسایط نقلیه.

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

ο. اعتبار هزینه شده برای جلب نظر سیاست‌گذاران و تصمیم‌سازان از قبیل نشست، سمینار، بازدید و غیره. راه‌اندازی انجمن‌ها و تشکل‌های فعال در زمینه ایدز.

ο. اعتبار هزینه شده برای انجام طرح‌های تحقیقاتی در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و احتساب منابع معاونت‌های پژوهشی شامل هزینه اجرای طرح‌های تحقیقاتی مرتبط با اچ‌آی‌وی و ایدز.

Ω. شامل سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، سازمان بهزیستی کشور، سازمان انتقال خون و وزارت آموزش و پرورش.

Δ. مجموع هزینه‌های انجام شده با منشاء دولتی.

Ξ. مجموع هزینه‌های انجام شده با منشاء بین‌المللی.

تفسیر شاخص:

در سال 1387 تأمین‌کننده اصلی اعتبار برای اجرای فعالیتهای کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز بودجه عمومی دولت بوده است. حدود 87/6٪ هزینه‌های انجام شده توسط دولت صورت گرفته است. پروژه صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (گلوبال فاند) و دفاتر سازمان ملل اعتباری معادل 12/4٪ اعتبارات هزینه شده برای اجرای فعالیتهای پیش‌گیری و کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در سطح کشور را هزینه کرده‌اند. در اعتبار تخصیص یافته برای اجرای فعالیتهای کنترلی اچ‌آی‌وی و ایدز، تمام گروه‌های جمعیتی، بالاخص گروه‌های پُرخطر و زندانیان مورد توجه قرار گرفته‌اند و در اعتبارات تخصیص یافته محدودیتی از نظر جنس، نژاد، مذهب، شغل و سن مورد نظر قرار نگرفته است.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

کل بودجه هزینه شده در سال 1387 نسبت به سال 1385 مجموعاً 16/2٪ افزایش یافته است. بودجه هزینه شده توسط دولت در همین دوره، حدود 12/2٪ افزایش یافته است. بودجه‌های بین‌المللی در همین دوره زمانی حدود 55/9٪ افزایش یافته است.

چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

الف) چالش‌ها:

1. فقدان ردیف‌های بودجه‌ای ویژه برای کنترل اچ‌آی‌وی در برخی از سازمان‌ها مانند سازمان بهزیستی کشور و سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور که برنامه‌ریزی بلند مدت را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.
2. منابع مالی به طور کامل بر اساس برنامه استراتژیک اول و دوم، تأمین اعتبار و تخصیص بودجه نشد.

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

این شاخص بر اساس پرسشنامه UNAIDS تنظیم شده است. ابتدا پرسشنامه توسط افراد کلیدی در زمینه کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز تکمیل شده و سپس نتایج آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. این متن بر اساس نتایج این بررسی تهیه شده 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 بین‌بخشی در سطح ملی پیش‌بینی و طراحی شده است. این برنامه دوره زمانی 1386-1388 را پوشش می‌دهد⁽¹¹⁾. از هشت سال قبل یعنی زمان تدوین اولین برنامه استراتژیک کشوری برای کنترل ایدز، به مشارکت چندبخشی توجه شده است⁽¹²⁾. در تدوین این برنامه از مشارکت وزارت آموزش و پرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، جمعیت هلال احمر، سازمان انتقال خون، سازمان بهزیستی، صدا و سیما، 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⁽¹¹⁾. 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، جلب مشارکت مبتلایان به اچ‌آی‌وی، انگ و تبعیض ناشی از اچ‌آی‌وی و توانمندسازی زنان توجه کرده است⁽¹¹⁾. برای مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند، برنامه ویژه‌ای پیش‌بینی نشده است. برای تعیین گروه‌های هدف یک نیازسنجی سیستماتیک انجام نشده و بر اساس پیمایش‌های دوره‌ای و مطالعه KAP، لیست مهم‌ترین گروه‌های پُرخطر مشخص شده است. اگرچه در مورد پُرخطر بودن بعضی از زیرگروه‌ها مانند کارکنان نظامی و یا مهاجرین به داخل کشور هنوز سئوالات اساسی مطرح است که آیا ضروری است که آنان را در لیست جمعیت‌های هدف برنامه اچ‌آی‌وی قرار داد؟ گروه‌های جمعیتی هدف در این برنامه عبارتند از:

- جمعیت عمومی شامل: سیاست‌گزاران، اهداکنندگان خون، نوجوانان، جوانان و زنان.
- جمعیت‌های در معرض خطر شامل: دانش‌آموزان و دانشجویان، سربازان، کارکنان بخش سلامت، مصرف‌کنندگان مواد، رانندگان کامیون، بیماران آمیزشی، ملوانان و پناهندگان.
- و جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر شامل: مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و همسرانشان، زندانیان و همسرانشان، تن‌فروشان، کودکان خیابانی، مبتلایان به اچ‌آی‌وی و همسرانشان⁽¹¹⁾.

برنامه استراتژیک دارای برنامه عمل با اهداف مشخص، بودجه‌بندی تفصیلی برای تمام اهداف و منبع مالی معین برای این بودجه‌بندی بوده است⁽¹¹⁾. اگر چه محل تأمین منابع مالی در برخی قسمت‌ها، مشخص نیست. مداخله و مشارکت جامعه مدنی در مرحله تدوین برنامه استراتژیک در حد کاملی نبوده است. با این وجود نمایندگانی از سازمان‌های غیردولتی، مبتلایان و بخش آکادمیک در کمیته کشوری ایدز، کمیته‌های فنی و کمیته هماهنگی کشوری شرکت می‌کنند. 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⁽¹³⁾. اگرچه در برنامه چهارم توسعه ذکر از حوزه‌های درمان عفونت‌های فرصت‌طلب، درمان ضد رتروویروسی، 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⁽¹¹⁾. 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 است^(14و15). در برنامه استراتژیک به موضوع پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و ایدز در بین نیروهای مسلح پرداخته شده و محور آن برنامه‌های تغییر رفتار بوده است⁽¹¹⁾.

به هنگام تدوین برنامه استراتژیک، چارچوب پایش و ارزشیابی برای آن وجود نداشته، اما متعاقباً نسبت به تدوین آن اقدام شده است. برای آگاهی از وضعیت موجود، برخی پیمایش‌های رفتاری در مورد گروه‌های پُرخطر انجام شده و برخی نیز در حال طراحی است. کشور قوانین و مقرراتی برای حمایت از برخی از جمعیت‌های پُرخطر و زیرگروه‌های آسیب‌پذیر در مقابل تبعیض دارد. در این مورد می‌توان به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، زندانیان و مهاجرین اشاره کرد. با این وجود تأثیر این مقررات و اجرای آن در مبارزه با تبعیض و یا کاهش آن در حد مطلوب نیست. در کشور نسبت به انجام تعهدات اجلاس ویژه سازمان ملل در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز برای دسترسی عمومی تلاش شده و در برنامه استراتژیک و برنامه عمل آن به این موضوع توجه شده و بودجه‌های آن با توجه به این موضوع تنظیم شده است. تلاش شده تا تخمین تعداد افراد گروه‌های جمعیتی هدف، روزآمد شود و این کار برای آخرین بار در سال 1388 انجام شده است⁽¹⁰⁾. تلاش شده تا پوشش آرایه خدمات در زیرگروه‌های جمعیتی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و مبتلایان به اچ‌آی‌وی پایش شود⁽¹⁰⁾. تلاش شده تا برآورد قابل اطمینانی از تعداد افراد بزرگسال و کودکانی که در آینده نیازمند درمان ضد رتروویروسی خواهند بود، آرایه شود⁽¹⁰⁾. پوشش برنامه اچ‌آی‌وی به تفکیک جنس، زیرگروه‌های جمعیتی و مناطق جغرافیایی (تفکیک تا سطح استانی) پایش می‌شود⁽⁸⁾. از اطلاعات به دست آمده از این پایش برای بازبینی برنامه عمل و طراحی برنامه استراتژیک استفاده شده است. کشور برای تقویت سیستم سلامت خود شامل: زیرساخت، ظرفیت‌سازی، منابع انسانی و سیستم‌های پشتیبانی توزیع دارو برنامه‌ای تهیه کرده است.

به طور کلی، تلاش‌ها در راستای برنامه راهبردی اچ‌آی‌وی در سال 1387 و 1388 خوب ارزیابی شده و منجر به پیشرفت‌های زیر شده است:

1. کُند شدن رشد همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد با اعمال برنامه‌های کاهش آسیب،
2. کنترل همه‌گیری در زندان‌ها،
3. استقرار مراکز ویژه مشاوره برای زنان آسیب‌پذیر،
4. جلب حمایت سیاست‌گزاران و سیستم قضایی از برنامه‌های کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان مواد،
5. ایجاد پوشش بیمه،
6. اجرای برنامه پایش و ارزشیابی،

مهم‌ترین چالش‌های بهبود برنامه عبارتند از:

1. نگرانی عده‌ای از کارشناسان دربارهٔ حمایت ناکافی سیاست‌گزاران از برخی برنامه‌های پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی به خصوص در زمینهٔ پیش‌گیری از انتقال جنسی،
2. ضعف در تبلیغ گسترده در تلویزیون و عرضهٔ آموزش‌های همگانی،
3. دسترسی ناکافی به گروه‌های پُرخطر جنسی،
4. عدم شفاف‌سازی و اطلاع‌رسانی کافی در خصوص رفتارهای پُرخطر جنسی و روش‌های پیش‌گیری از این رفتارها،
5. قیمت گران خدمات تشخیص پیش‌گیری افراد مبتلا و بیمار،

– حمایت سیاسی:

بالاترین مقامی که معمولاً در بارهٔ ایدز در مجامع عمومی صحبت می‌کند، معمولاً وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. برای هماهنگی و مدیریت بین‌بخشی در سطح ملی کمیتهٔ کشوری ایدز وجود دارد⁽¹⁶⁾. برای این کمیته ساختار تشکیلاتی شامل شرح وظایف، اعضای مشخص و دبیرخانه پیش‌بینی شده است. با این وجود، این کمیته از زمان گزارش قبلی جلسات منظم نداشته است. این کمیته 30 عضو دارد و رئیس آن وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در سطح ملی زیرکمیته‌های فنی پنج‌گانه شامل: زیرکمیته‌های 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 چهار زیرکمیتهٔ اول فعال و مورد آخر غیرفعال است. در راستای دریافت نظرات جامعهٔ مدنی و نیز افراد مبتلا در تصمیم‌سازی‌ها و برنامه‌ریزی‌ها، امکان حضور نمایندگانی از ایشان به صورت اعضای ناظر در نظر گرفته شده است.⁽¹⁶⁾ وظیفهٔ ارتقای تعامل بین سازمان‌ها و نهادهای مختلف از جمله دولت، افراد مبتلا، بخش خصوصی و جامعهٔ مدنی به عهده کمیتهٔ کشوری و زیرکمیته‌های مربوطه و کمیته‌های استانی است. مهم‌ترین موفقیت‌های این تعامل، اجرای برنامه‌ها و پروژه‌های بسیار در زمینهٔ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و مبتلایان به اچ‌آی‌وی و تدوین برنامه‌های استانی با توجه به نیازها و ظرفیت‌ها توسط سازمان‌های غیردولتی بوده است. دربارهٔ مهم‌ترین چالش در زمینهٔ مشارکت سازمان‌های مدنی در سطح ملی، به عدم وجود ساختاری در سطح ملی برای هماهنگی رایهٔ خدمات اچ‌آی‌وی توسط سازمان‌های جامعهٔ مدنی، محدود بودن تعداد سازمان‌های غیردولتی، ضوابط پیچیده برای گرفتن مجوز خدمت به گروه‌های پُرخطر، تعدد مراکز صدور مجوز توسط وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی و ضعف در هماهنگی کافی در بین مسئولین سازمان‌ها برای اجرای برنامه‌های چندبخشی اشاره شده است.

در زمینهٔ کاهش آسیب‌های ناشی از مواد، ستاد مبارزه با مواد مخدر به واسطه تلاش برای هماهنگی بین دستگاه‌های مختلف، جذب بودجه‌ها و توزیع آن بین سازمان‌های عمل‌کننده، جلب حمایت سیاست‌گزاران و بهبود قوانین مرتبط با مصرف‌کنندگان مواد نقش قابل توجهی داشته است. کشور تلاش کرده 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⁽¹⁷⁾ و دیگری در مورد عدم صدور حکم زندان برای مصرف‌کنندگان مواد به زندان‌ها بوده⁽¹⁸⁾، صدور بخشنامه‌ای توسط معاون رئیس‌جمهور دربارهٔ ممنوعیت اخراج کارکنان به

علت ابتلا به اچ‌آی‌وی⁽¹⁹⁾، صدور بخشنامه‌ای توسط وزارت آموزش و پرورش درباره اجباری بودن ثبت نام مبتلایان به اچ‌آی‌وی در مدارس⁽²⁰⁾، صدور بخشنامه به تمام زندان‌های کشور مبنی بر عدم جداسازی زندانیان مبتلا به اچ‌آی‌وی از سایر زندانیان⁽²¹⁾، صدور بخشنامه در خصوص دسترسی به کاندوم در کلینیک‌های مثلثی و اتاق‌های ملاقات خصوصی در زندان‌ها⁽²²⁾، پذیرفتن کاهش آسیب به عنوان نوعی درمان و عدم دستگیری مصرف‌کنندگان مواد که تحت پوشش آن هستند⁽²³⁾، ممنوعیت انجام آزمایش قبل از صدور روادید⁽²⁴⁾.

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 رسیده است از دستاوردهای مهم و قابل ذکر در این حوزه است.⁽²⁵⁾

در پایان پیشرفت حمایت سیاسی از برنامه‌های کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در سال‌های 1387 و 1388 قابل قبول ارزیابی شده و علت آن تلاش برای اصلاح قوانین و بخش‌نامه‌ها و ورود افراد کلیدی بیشتر به برنامه‌های کنترل ایدز ذکر شده است. چالش‌های باقی‌مانده در این زمینه عبارتند از:

1. تغییرات مدیران و لزوم توجه افراد جدید برای اجرای برنامه‌ها
2. نگرش منفی برخی از سیاست‌گزاران و تصمیم‌گیران در کشور درباره آموزش راه‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی.

– پیش‌گیری:

در برنامه کشوری، یک استراتژی برای آرایه اطلاعات، آموزش و ارتباط با جمعیت عمومی در زمینه اچ‌آی‌وی وجود دارد⁽¹¹⁾ و در راستای آن پیام‌های کلیدی که مروج پرهیزگاری و وفاداری جنسی، استفاده از کاندوم، پرهیز از تزریق، استفاده از وسایل تزریق تمیز، پذیرش بیشتر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی، تقویت نقش مردان در بهداشت باروری، آگاهی از وضعیت ابتلا به اچ‌آی‌وی، جلوگیری از انتقال مادر به کودک و عدم انجام خال‌کوبی و حجامت در شرایط غیربهداشتی، آرایه می‌شود. برنامه جامعی برای ارتقای اطلاع‌رسانی و گزارش‌دهی صحیح از طریق رسانه‌ها وجود نداشته است. راهبردی برای ارتقای آرایه آموزش‌های بهداشت باروری و سلامت جنسی مرتبط با اچ‌آی‌وی به جوانان وجود دارد⁽¹¹⁾. 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 یافته است. این آموزش‌ها برای دختران و پسران یکسان است. مطالب آموزشی توسط وزارت آموزش و پرورش تهیه می‌شود. برای جوانان خارج از مدرسه برنامه‌ای به جز کودکانی که در مراکز اصلاح و تربیت زندانی هستند، وجود نداشته است. برای ارتقای آرایه اطلاعات و آموزش و سایر مداخله‌های پیش‌گیرانه به جمعیت‌های پُرخطر، استراتژی خاص 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 و درمان جایگزین نگاه‌دارنده بوده است.⁽¹¹⁾ برای زندانیان، طی سال‌های اخیر آرایه 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 نگاه‌دارنده، سم‌زدایی و روان‌درمانی، دسترسی به تیغ ریش‌تراشی یکبار مصرف است. برای همسران مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و همسران زندانیان برنامه‌هایی برای آگاهی‌رسانی هدفمند به منظور کاهش خطرات اچ‌آی‌وی و آموزش آن، کاهش انگ و تبعیض، تبلیغ

کاندوم، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی، بهداشت باروری و کاهش آسیب‌پذیری وجود دارد.⁽¹¹⁾ همچنین برای رانندگان کامیون نیز برنامه‌هایی برای آگاهی‌رسانی هدفمند به منظور کاهش خطرات اچ‌آی‌وی و آموزش آن و تبلیغ کاندوم در نظر گرفته شده است.⁽¹¹⁾ برای تن‌فروشان زن برنامه‌هایی در زمینه آگاهی‌رسانی هدفمند برای کاهش خطرات اچ‌آی‌وی و آموزش آن، تبلیغ کاندوم، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی و کاهش آسیب‌پذیری به صورت محدود اجرا شده است.⁽⁸⁾ برای مشتریان زنان تن‌فروش نیز مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی، ترویج کاندوم و بهداشت باروری و درمان بیماری‌های آمیزشی پیش‌بینی شده است.⁽¹¹⁾

کشور برای برنامه‌های پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی، بر اساس ارزیابی وضعیت موجود، پایش و ارزشیابی، مطالعات رفتاری-زیستی و مطالعات KAP برای نیازسنجی اقدام کرده است. اما تاکنون یک نیازسنجی کلاسیک انجام نشده است. به نظر می‌آید اکثر کسانی که به سلامت خون، احتیاط‌های استاندارد، کاهش آسیب‌های ناشی از تزریق مواد و آموزش و اطلاع‌رسانی در زمینه کاهش خطر نیاز داشته‌اند به آن دسترسی داشته‌اند.⁽⁸⁾ ولی در باره دسترسی به آموزش و اطلاع‌رسانی در زمینه کاهش انگ، ترویج کاندوم، کاهش آسیب در تن‌فروشان و مردان دارای رابطه جنسی با سایر مردان، آموزش مهارت‌محور اچ‌آی‌وی در مدارس و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی در جوانانی که مدرسه نمی‌روند نگرانی‌های جدی وجود دارد.⁽⁸⁾ در مجموع تلاش برای بهبود سیاست‌ها در زمینه پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی در فاصله زمانی 1387 تا 1388 خوب توصیف شده و دلایل آن گنجانیدن گروه‌های بیشتر در برنامه‌های پیش‌گیری شامل تن‌فروشان و همسران مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و همسران زندانیان⁽¹¹⁾ و تدوین پیش‌نویس سیاست‌های ملی در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز⁽²⁶⁾ ذکر شده است. در کل، تلاش برای اجرای برنامه‌های پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی در سال 1388 خوب ارزیابی شده است. پیشرفت‌ها و دستاوردهای مهم به دست آمده از زمان گزارش قبلی در این راستا شامل موارد زیر است:

1. کنترل رشد همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد

2. گسترش برنامه‌های پیش‌گیری

3. گسترش برنامه‌های آموزشی

چالش‌های باقیمانده عبارتند از:

1. محدودیت‌ها در دسترسی به برخی از گروه‌های در معرض خطر

2. محدودیت در اطلاع‌رسانی عمومی

- مراقبت و حمایت:

در برنامه کشوری ایدز استراتژی خاص به منظور ارتقای مراقبت، درمان و حمایت جامع برای مبتلایان به اچ‌آی‌وی و ایدز وجود دارد و به موانعی که در زمینه آرایه چنین خدماتی به برخی از گروه‌های در معرض بیشترین خطر مثل مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و زنان و کودکان وجود دارد، توجه شده است.⁽¹¹⁾ کشور تلاش کرده تا در این زمینه نیازسنجی کند. این نیازسنجی از طریق پایش و ارزشیابی برنامه‌ها، ارزیابی وضعیت موجود و مطالعات زیستی-رفتاری صورت گرفته است. به نظر می‌آید اکثر کسانی که بیماری آن‌ها شناخته شده و به درمان ضد رتروویروسی، درمان خانگی، درمان تسکینی، غربال‌گری و درمان سل، پیش‌گیری با کوتریموکسازول و پیش‌گیری پس از تجاوز نیاز دارند، به آن دسترسی دارند.⁽⁸⁾ اما درباره دسترسی به مدیریت عفونت‌های آمیزشی و حمایت روانی از مبتلایان نگرانی‌هایی وجود دارد. کشور سیاستی برای استفاده از داروهای ژنریک و واردات داروهای اچ‌آی‌وی به طور موازی دارد. کشور به مکانیزم‌های منطقه‌ای سفارش و مدیریت تدارکات کالاهای مهم مثل داروهای ضد رتروویروسی، کاندوم و داروهای جایگزین دسترسی دارد. در کل، تلاش برای اجرای برنامه‌های درمانی، مراقبتی و حمایتی از اچ‌آی‌وی در سال 1388 خوب ارزیابی شده است. در فاصله گزارش گذشته تاکنون، مهم‌ترین پیشرفت‌ها و دستاوردها عبارتند از:

1. تدوین و روزآمد شدن دستورالعمل‌های مراقبت بالینی
2. رایگان ماندن خدمات و داروهای رتروویروسی
3. رایگان شدن بستری موارد اچ‌آی‌وی مثبت
4. تشکیل کمیته حمایت از بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی

مهم‌ترین چالش در این زمینه اشکال در تأمین مداوم داروهای ضد رتروویروسی ذکر شده است. سیاست یا استراتژی خاصی برای پاسخ‌دهی به نیازهای مربوط به اچ‌آی‌وی ایدز در یتیمان و سایر کودکان آسیب‌پذیر⁽¹¹⁾ وجود دارد ولی برنامه عملیاتی برای آن وجود نداشته است. از چند سال پیش توجه به مسئله کودکان خیابانی معطوف و آیین‌نامه اجرایی رایانه خدمات توسط سازمان بهزیستی نیز تصویب شد. در این راستا برخی خدمات‌رسانی‌ها توسط بهزیستی و شهرداری‌ها و فعالیت‌های محدودی نیز توسط سازمان‌های غیردولتی برای کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست ارایه شده است. سازمان بهزیستی کشور تمام زنان و کودکان بی‌سرپرست یا بدسرپرست را که به این سازمان ارجاع می‌شوند و صرف‌نظر از علت آن و بدون درنظر گرفتن تبعیض خاص، تحت پوشش برخی از خدمات معیشتی و حمایتی قرار می‌دهد. همچنین بخش‌نامه‌ای توسط رئیس سازمان بهزیستی کشور درباره ضرورت پذیرش مددجویان مبتلا به اچ‌آی‌وی در مراکز تحت پوشش این سازمان صادر شده است.⁽²⁷⁾ در مجموع برای برطرف کردن نیازهای ویژه یتیمان و سایر کودکان آسیب‌پذیر در زمینه اچ‌آی‌وی در فاصله سال‌های 1387 و 1388 پیشرفت قابل ملاحظه‌ای وجود نداشته است.

– پایش و ارزشیابی:

در حال حاضر استراتژی پایش و ارزشیابی در برنامه استراتژیک کشوری لحاظ شده و برنامه عمل هم برای آن تدوین شده است.⁽¹¹⁾ این برنامه در سال 1388 عملیاتی شد.⁽⁸⁾ این برنامه توسط شرکای کلیدی برنامه پایش و ارزشیابی طراحی شده و از مشورت با نهادهای مدنی، از جمله افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی استفاده شده است.⁽⁸⁾ تمام شرکای کلیدی، نیازهای مرتبط با پایش و ارزشیابی خود را با برنامه پایش و ارزشیابی ملی هم‌سو و هم‌آهنگ کرده‌اند. برنامه پایش و ارزشیابی کشوری شامل یک استراتژی جمع‌آوری اطلاعات برای پایش روتین برنامه، پیمایش‌های رفتاری، مراقبت اچ‌آی‌وی و مطالعات پژوهشی است. همچنین شامل مجموعه‌ای از شاخص‌هایی با تعاریف مناسب و استاندارد شده است. راهنمای استفاده از ابزارهای گردآوری اطلاعات تدوین شده است.⁽²⁸⁾ برای ارزیابی کیفیت و دقت اطلاعات، آنالیز داده‌ها و انتشار و استفاده از اطلاعات استراتژی خاصی وجود دارد. برای اجرای برنامه پایش و ارزشیابی بودجه‌ای درنظر گرفته شده است. این بودجه حدود 3٪ کل بودجه برنامه کشوری است و تأمین اعتبار نیز شده است. تشکیل یک واحد اختصاصی برای پایش و ارزشیابی پیش‌بینی شده در دست اقدام است.⁽²⁾ مکانیزمی برای اطمینان از ارسال تمام اطلاعات و گزارشات مربوط به پایش و ارزشیابی برای بررسی و لحاظ در نظام کشوری پایش و ارزشیابی وجود دارد. مکانیزم در اختیار قرار دادن داده‌ها عبارت است از ثبت و جمع‌آوری داده‌ها در سطح مراکز ارایه خدمات، ارسال آن به سطوح بالاتر و سرانجام کمیته پایش و ارزشیابی. کمیته پایش و ارزشیابی جلسات منظم دارد.

بانک اطلاعاتی مرکزی کشوری حاوی اطلاعات مرتبط با اچ‌آی‌وی در اداره کنترل ایدز پیش‌بینی شده و مسئول مشخص دارد. این بانک اطلاعاتی حاوی اطلاعاتی در مورد موضوعات مرتبط، جمعیت‌های هدف، پوشش جغرافیایی خدمات اچ‌آی‌وی و همچنین اطلاعات مربوط به مراکز ارایه خدمات است.⁽²⁾

سیستم اطلاع‌رسانی سلامت (Health Information System – HIS) در حال حاضر وجود دارد و فعال است. این سیستم از خانه بهداشت شروع و به مرکز بهداشتی-درمانی روستایی، شبکه بهداشت و درمان شهری، مرکز بهداشت شهرستان، دانشگاه علوم پزشکی و در نهایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ختم می‌شود. اگر چه گزارش‌های

پایش و ارزشیابی به طور سالانه منتشر نشده است، اما نتایج آنچه تاکنون انجام شده برای تدوین برنامه ملی کنترل ایدز استفاده شده و به بهبود اختصاص منابع و ارتقای برنامه کمک قابل توجهی کرده است.

برای توانمندسازی نیروهای انسانی در زمینه پایش و ارزشیابی، در سطوح کشوری و استانی تلاش شده و سال گذشته نیز کارگاهی آموزشی در این زمینه برای کارشناسان ایدز دانشگاه‌های علوم پزشکی و کارشناسان استانی سازمان‌های شریک برنامه اجرا شده است.⁽⁸⁾ همچنین به همین منظور مرکز آموزش مراقبت اچ‌آی‌وی در کرمان تأسیس شده است.⁽²⁹⁾

در کل، تلاش‌های انجام شده در زمینه پایش و ارزشیابی برنامه اچ‌آی‌وی در سال 1387 و 1388 خوب ارزیابی شده است. از سال 1386، پیشرفت‌ها و دستاوردهای مهم به دست آمده در این راستا عبارتند از:

1. انجام اولین عملیات پایش و ارزشیابی در سال 1388.

2. تشکیل تیم مشخص و تکنیکال برای پیشبرد برنامه.

3. اجرای برنامه آموزشی برای کارشناسان محیطی.

چالش عمده در این زمینه عبارت است از: عدم همراهی (هم‌زمان بودن) برنامه پایش و ارزشیابی با برنامه استراتژیک ملی کنترل ایدز.

- 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 اخراج کارکنان به علت ابتلا به اچ‌آی‌وی صادر شده است.⁽¹⁹⁾ همچنین بخش‌نامه‌ای توسط وزارت آموزش و پرورش درباره اجباری بودن ثبت‌نام مبتلایان به اچ‌آی‌وی در مدارس صادر شده است.⁽²⁰⁾ بخش‌نامه‌ای به تمام زندان‌های کشور مبنی بر عدم جداسازی زندانیان مبتلا به اچ‌آی‌وی از سایر زندانیان⁽²¹⁾ و همچنین برخورداری از قوانین معافیت از تحمل کیفر برای زندانیان مبتلا به ایدز که به عنوان بیماران صعب‌العلاج به مقامات قضایی معرفی شده‌اند⁽³⁰⁾، 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 تأکید شده است.⁽³¹⁾ در برنامه استراتژیک کشوری با تأکید بر ضرورت حفظ اسرار بیماران، حقوق انسانی آنان مورد توجه قرار گرفته است.⁽¹¹⁾ تفاوتی در دسترسی به خدمات پیش‌گیری و مراقبت بین زنان و مردان وجود ندارد. تمام پروتکل‌های پژوهش‌های اچ‌آی‌وی و ایدز بر روی نمونه‌های انسانی باید به رویت و تأیید 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 رئیس‌جمهور قضائیه برای عدم دستگیری مصرف‌کنندگان تزریقی مواد تحت پوشش برنامه‌های کاهش آسیب با وجود جرم بودن مصرف مواد طبق قانون⁽¹⁹⁾، بخش‌نامه رئیس‌جمهور قضائیه برای تشویق گسترش برنامه‌های کاهش آسیب در زندان‌ها⁽¹⁷⁾ و عدم زندانی کردن افراد به علت مصرف مواد⁽¹⁸⁾ می‌باشد. همچنین بخش‌نامه‌ای توسط رئیس سازمان بهزیستی کشور درباره ضرورت پذیرش مددجویان مبتلا به اچ‌آی‌وی در مراکز تحت پوشش این سازمان، عدم جداسازی مددجویان و فرزندان مبتلا به اچ‌آی‌وی در این مرکز و پرهیز از آزمایش اجباری اچ‌آی‌وی در موقع پذیرش مددجویان و درخواست آن فقط به هنگامی که قصد ارائه خدمات وجود دارد و با رضایت بیمار صادر شده است.⁽²⁷⁾ اما در زمینه سایر گروه‌های در معرض بیشترین خطر چنین تأکیدی وجود ندارد. همچنین در پیش نویس "سیاست‌های جمهوری اسلامی در زمینه ایدز" نیز بر عدم تبعیض در دریافت خدمات براساس رفتار فردی تأکید شده است.⁽²⁶⁾ دولت تلاش‌هایی کرده تا افرادی از گروه‌های در معرض بیشترین آسیب را در برنامه‌ریزی‌ها و اجرای برنامه‌ها مشارکت دهد که نمونه آن مشارکت آن‌ها در کمیته هماهنگ-کننده کشوری (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 مراکز گذری و تیم‌های سیاری، درمان نگه‌دارنده متادون و تمام خدمات کاهش آسیب در زندان‌ها، خدمات مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی رایگان صورت می‌گیرد. اگرچه 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 تبعیض‌زدائی و انگ‌زدائی از اچ‌آی‌وی و ایدز از طریق رسانه‌ها وجود داشته است. مکانیسم منسجمی برای ذخیره، مستندسازی و اداره کردن موارد تبعیض تجربه‌شده توسط افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند و جمعیت در معرض خطر، وجود ندارد.

به طور کلی پیشرفت در زمینه سیاست‌ها، قوانین و مقررات کشور در مورد ترویج و حمایت از حقوق افراد در ارتباط با ایدز در سال‌های 1387 و 1388 کمتر از حد مطلوب ارزیابی شده و مهم‌ترین پیشرفت‌ها و دستاوردها موارد زیر ذکر شده است:

1. ایجاد باشگاه‌های مثبت (انجمن‌های تشکیل شده توسط افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی) در شهرستان‌های مختلف.

2. تعامل با شهرداری‌ها، شورای شهر، کمیته امداد و بهزیستی.

- مشارکت جامعه مدنی:

برخی از نهادهای مدنی به خصوص در چند سال گذشته دامنه فعالیت‌های خود را در امر اجرای برنامه‌های کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز به طور قابل توجهی گسترش داده‌اند. سهم نهادهای مدنی در راستای تقویت تعهد سیاسی دولت‌مردان و مشارکت در تدوین و تنظیم سیاست‌های ملی قابل توجه بوده است. نمایندگان نهادهای مدنی تا حد زیادی در مراحل مختلف برنامه‌ریزی و تدوین برنامه‌های ملی ایدز دخیل بوده‌اند. نقش آن‌ها به خصوص در زمینه اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در گروه‌های در معرض بیشترین آسیب، اساسی بوده است. آن‌ها همچنین در تدوین برنامه ملی پایش و ارزشیابی نقش داشته‌اند. نقش نهادهای مدنی در پیشگیری و مراقبت از اچ‌آی‌وی در برنامه راهبردی ایدز، در بودجه ملی ایدز و در گزارشات ایدز کشوری در نظر گرفته شده است.

شاخص‌های مربوط به برنامه‌های ملی

عنوان شاخص سوم: تأمین 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 تأمین 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 ارایه دهنده خدمات دریافت، فرآوری و انتقال خون در کشور است.

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

1. تعداد کل واحدهای اهدایی خون در کشور چقدر است؟ که به تفکیک مراکز انتقال خون در کشور و با اطلاعات زیر ارایه می‌شود:
 2. چه تعداد خون در هر مرکز انتقال خون اهدا شده است؟
 3. چه تعداد خون در هر مرکز انتقال خون از نظر اچ‌آی‌وی غربال شده است؟
 4. آیا مراکز انتقال خون، روش‌های استاندارد شده‌ای را برای غربال‌گری اچ‌آی‌وی اجرا می‌کنند؟
 5. آیا مراکز انتقال خون ارزیابی‌کننده بیرونی برای 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 شده است.
- مخرج کسر:** تعداد کل واحدهای خون اهدا شده

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه شده، استفاده شد.

مقدار شاخص:

- از اول فروردین 1387 تا انتهای اسفند 100,1387٪ خون‌های اهدایی (شامل 1784248 مورد خون‌دهی) از نظر اچ‌آی‌وی توسط آزمایش الیزا غربال‌گری شده‌اند (جدول 2).

- 100٪ خون‌های اهدایی توسط یک روش دارای کیفیت تضمین شده، غربال‌گری شده است.

- استاندارد مراحل کاری برای غربال‌گری در 100٪ آزمایشگاه‌هایی که خون‌های اهدایی را از نظر اچ‌آی‌وی غربال‌گری می‌کنند، وجود داشته است.

- نظارت خارجی بر 100٪ آزمایشگاه‌هایی که خون‌های اهدایی را غربال‌گری می‌کنند، وجود داشته است. آزمایشگاه‌های استان‌ها توسط آزمایشگاه مرکزی و آزمایشگاه مرکزی توسط یک بخش کنترل کیفیت خارج از سازمان انتقال خون، نظارت شده‌اند.

جدول 2. آمار اهدا خون و غربالگری خون‌های اهدایی در استان‌های مختلف

ردیف	استان	تعداد افراد اهداکننده خون	تعداد خون‌های غربالگری شده	درصد خون‌های اهدایی غربال‌گری شده
1	تهران	415,381	415,381	100%
2	فارس	147,953	147,953	100%
3	خراسان رضوی	119,337	119,337	100%
4	خوزستان	115,800	115,800	100%
5	مازندران	111,775	111,775	100%
6	اصفهان	99,603	99,603	100%
7	گیلان	67,616	67,616	100%
8	کرمان	63,940	63,940	100%
9	آذربایجان شرقی	61,481	61,481	100%
10	سیستان و بلوچستان	58,515	58,515	100%
11	آذربایجان غربی	44,058	44,058	100%
12	کرمانشاه	42,848	42,848	100%
13	گلستان	42,249	42,249	100%
14	یزد	36,743	36,743	100%
15	لرستان	32,426	32,426	100%
16	مرکزی	31,770	31,770	100%
17	بوشهر	28,078	28,078	100%
18	هرمزگان	26,712	26,712	100%
19	سمنان	25,065	25,065	100%
20	قزوین	24,395	24,395	100%
21	کردستان	24,241	24,241	100%
22	همدان	23,820	23,820	100%
23	اردبیل	23,087	23,087	100%
24	قم	22,606	22,606	100%
25	کهگیلویه و بویراحمد	21,286	21,286	100%
26	چهارمحال و بختیاری	19,906	19,906	100%
27	زنجان	17,120	17,120	100%
28	خراسان شمالی	12,807	12,807	100%
29	خراسان جنوبی	12,104	12,104	100%
30	ایلام	11,524	11,524	100%
	جمع کل	1,784,246	1,784,246	100%

بحث و تفسیر شاخص:

غربال‌گری اچ‌آی‌وی از سال 1368 در جمهوری اسلامی ایران شروع شده است. از سال 1382 به بعد اهدای خون جایگزین حذف شد. در حال حاضر 100٪ اهداکنندگان به صورت اختیاری مراجعه می‌کنند. هم‌چنین از سال 1382 از سیستم خودحذفی محرمانه نیز استفاده می‌شود. علاوه بر آن مواردی از اهدای خون نیز بنا بر صلاحدید و نظر پزشک مجرب سازمان، بر اساس مصاحبه و معاینه فیزیکی مختصر، مورد استفاده قرار نگرفته و حذف می‌شود.⁽³²⁾

تغییرات شاخص از زمان گزارش قبلی: در گزارش قبلی نیز مقدار شاخص 100٪ اعلام شده و تفاوتی با مقدار آن در حال حاضر نداشته است و توجه لازم برای حفظ کیفیت خون‌های اهدایی اعمال می‌شود.

عنوان شاخص چهارم: درمان ضد رتروویروسی در مبتلایان به ایدز

تعریف شاخص:

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

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت ارایه درمان ترکیبی ضد رتروویروسی برای تمام افراد دارای عفونت پیشرفته اچ‌آی‌وی

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

صورت کسر: درمان ضد رتروویروسی ثبت شده و آنالیز هم‌گروهی فرم‌های گزارش درمان ضد رتروویروسی 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 داده‌های سیستم ثبت درمان ضد رتروویروسی استفاده شد. برای مخرج کسر از نرم‌افزار 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 رتروویروسی 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، استفاده شد.

مقدار شاخص:

صورت کسر: در انتهای سال 1387، 1175 نفر (شامل 218 زن و 957 مرد و 10 نفر با جنسیت نامعلوم) تحت درمان ضد رتروویروسی بوده‌اند. در دی ماه 1388، این تعداد به 1496 نفر رسیده است (شامل 289 زن و 1207 مرد). (جدول 4).

مخرج کسر: بر اساس تخمین با استفاده از نرم‌افزار اسپکتروم، حداقل تعداد نیازمندان به درمان ضد رتروویروسی در سال 1388 در سطح کشور 16540 نفرند. در جدول 3 تخمین نیازمندان به درمان به تفکیک سن و جنس آورده شده است.

جدول 3: تخمین نیازمندان درمان ضد رتروویروسی در سال‌های 1387 و 1388

سن 15 سال و بیشتر			سن زیر 15 سال		
هر دو جنس	زن	مرد	هر دو جنس	زن	مرد
16300	4800	11500	240	110	130

مقدار شاخص: در مجموع در دی ماه 1388، 9٪ نیازمندان درمان ضد رتروویروسی تحت درمان بوده‌اند. در اسفند 1387، 6/8٪ نیازمندان درمان ضد رتروویروسی تحت درمان بوده‌اند. در جدول 3 پوشش درمان به تفکیک سن و جنس آورده شده است. لازم به ذکر است که این نسبت‌ها بر اساس تخمین موارد نیازمند محاسبه شده است. چنان‌چه این عدد نسبت به تعداد افراد شناسایی شده‌ای که به درمان نیاز دارند، محاسبه شود، این نسبت به بیش از 50٪ افزایش خواهد یافت.

جدول 4: پوشش درمان ضد رتروویروسی بر حسب کل موارد نیازمند در سال 1388

سن زمان	سن زیر 15 سال - تحت درمان						سن 15 سال و بیشتر - تحت درمان					
	مرد		زن		هر دو جنس		مرد		زن		هر دو جنس	
	تعداد	پوشش	تعداد	پوشش	تعداد	پوشش	تعداد	پوشش	تعداد	پوشش	تعداد	پوشش
انتهای اسفند 1387	19	٪14/6	24	٪21/8	43	٪17/9	920	٪8	193	٪4	1122	٪6/9
انتهای دی 1388	24	٪18/5	30	٪27/3	54	٪22/5	1174	٪10/2	258	٪5/4	1432	٪8/8

بحث و تفسیر شاخص:

تهیه و توزیع داروهای ضد رتروویروسی از سال 1376 در قالب نظام بهداشتی- درمانی کشور آغاز شد و داروهای ضد رتروویروسی لامیوودین، زایدوودین و ایندیناویر وارد لیست داروهای ایران شد. متعاقباً ایندیناویر از لیست داروهای ژنریک ایران حذف و نلفیناویر و آباکاویر به‌این لیست اضافه شد. از سال 1383 مجوز ورود سه داروی دیدانوزین، استاودین و نویراپین به کشور اخذ و داروهای استاودین و نویراپین از سال 1384 و پس از مدت کوتاهی دیدانوزین نیز در دسترس بیماران قرار گرفت. از سال 1385 از طریق پروژه صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (گلوبال فاند)، افویرنز نیز خریداری و در سیستم دارویی کشور وارد شد. از همین سال برای خریداری کلترا و تنوفاویر از طریق صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (گلوبال فاند) تلاش شد که در حال حاضر این داروها نیز در دسترس است. به جز دو مورد اخیر، بقیه داروهای ضد رتروویروسی تاکنون از طریق اعتبارات دولتی خریداری شده‌اند. درمان ضد رتروویروسی بیماران بر اساس دستورالعمل کشوری مراقبت بالینی از بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز صورت می‌گیرد. این دستورالعمل اخیراً بازبینی شده و در آن مجموعاً تجویز 13 رژیم سه دارویی با ترکیبی از داروهای فوق امکان‌پذیر است. تجویز داروهای ضد رتروویروسی بر اساس دستورالعمل یاد شده به صورت رایگان از طریق مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی، در سراسر کشور انجام می‌شود. محدودیتی در خصوص تعداد بیماران یا اولویت‌بندی بیماران برای برخورداری از دارو بر اساس جنس، سن و گروه‌های اجتماعی وجود نداشته است. 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 برای افزایش دسترسی به مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی ضد رتروویروسی تلاش کرده است، به طوری که تاکنون در 62 شهرستان از 31 استان کشور حداقل یک مرکز با توانایی ارائه خدمات درمانی فوق راه‌اندازی شده است. تمام موارد نیازمند درمان که شناسایی می‌شوند و شرایط شروع درمان (طبق دستور عمل کشوری) و تمایل به درمان را دارند، به رایگان تحت پوشش درمان ضد رتروویروسی قرار می‌گیرند. این از مشکلات درمان ضد رتروویروسی در دو سال اخیر اشکالات در تأمین دارو بوده که چندین بار منجر به کمبود دارو شده است. در حال حاضر تلاش‌هایی برای بهبود عملکرد زنجیره تأمین دارو در دست اقدام است تا این مشکل برطرف شود⁽²⁾.

تغییرات شاخص از زمان گزارش قبلی:

اگرچه تعداد مطلق افراد تحت پوشش درمان ضد رتروویروسی حدود 80٪ افزایش یافته، ولی به علت افزایش چشم‌گیر افراد نیازمند در اثر قدیمی‌تر شدن همه‌گیری، میزان پوشش چنین افزایشی نداشته است.

پیشنهاد برای بهبود محاسبه شاخص:

1. تقویت نظام اطلاعات بالینی
2. هم‌چون گزارشات قبلی در مورد مخرج کسر یعنی تخمین تعداد نیازمندان به درمان ضد رتروویروسی، در میان برخی از صاحب‌نظران کشور این نگرانی وجود دارد که تخمین‌های نرم‌افزار محاسبه‌گر، بیش از حد واقعی باشد. انجام مطالعه‌ای که بتواند این نگرانی را برطرف کند، می‌تواند کمک‌کننده باشد.

چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

چالش‌ها:

1. 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.
2. مراکز ارائه دهنده خدمات از نظر کیفی و کمی برای پوشش بیشتر گروه‌های در معرض بیشترین خطر و در معرض خطر با محدودیت مواجه هستند.
3. عدم اطمینان از تمکین بیماران در مصرف دارو در بخش بزرگی از بیماران یعنی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، منجر به کاهش تمایل پزشکان برای تجویز دارو می‌شود، زیرا عدم تمکین به مصرف دارو می‌تواند منجر به بروز مقاومت دارویی شود.
4. علی‌رغم تلاش‌هایی که برای دسترسی به دستگاه شمارش CD4 شده، این دسترسی هنوز ناکافی است. در نتیجه منجر به کاهش شناسایی نیازمندان به درمان ضد رتروویروسی می‌شود. تلاش برای رفع این نقیصه ادامه دارد.

پیشنهادهای:

1. گسترش آرایه درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به منظور افزایش تمکین آنان به درمان و حمایت از برنامه‌های PLHIV.
2. ایجاد زمینه‌های لازم به منظور افزایش حمایت‌های قانونی و اجتماعی از گروه‌های در معرض بیشترین خطر در مراجعه برای درمان و هماهنگی هرچه بیشتر دو قوه قضائیه و مجریه.
3. تداوم جلب حمایت همه‌جانبه سیاست‌گزاران و مقامات دولتی در اجرای کامل برنامه استراتژیک کشوری کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز و تحقق عملیات و اهداف برنامه.
4. آموزش و تشویق بخش خصوصی، سازمان‌های غیردولتی و گروه‌های اجتماعی علاقه‌مند به همکاری با مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری برای آرایه درمان ضد رتروویروسی.
5. تقویت امکان تشخیص بیماری و فراهمی دستگاه شمارش CD4 در شهرستان‌هایی که بیشترین نیاز را دارند.

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 ضد رتروویروسی 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 داده‌های سیستم ثبت درمان ضد رتروویروسی استفاده شد. برای محاسبهٔ 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 12 ماه گذشته داروی ضد رتروویروسی دریافت کرده‌اند.

مخرج کسر: تخمین تعداد زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی در 12 ماه گذشته.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه، استفاده شد.

مقدار شاخص:

صورت کسر: در 1387 مجموعاً 25 زن باردار و در 6 ماههٔ اول سال 1388، 18 زن باردار تحت درمان ضد رتروویروسی برای پیش‌گیری از انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک قرار گرفتند.

مخرج کسر: با توجه به عدم تغییر در تعداد زایمان‌ها در هر سال و عدم تغییر در شیوع اچ‌آی‌وی در دیده‌وری‌های زنان باردار نسبت به سال 1383، تعداد تخمین زده شده در آن سال (یعنی 220 نفر) به عنوان تعداد تخمینی زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی در سال 1387 پذیرفته شد.

مقدار شاخص: در سال 1387 برابر با 11/4٪ بوده است. توجه به این نکته لازم است که تمام زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی شده، تحت درمان ضد رتروویروسی پیش‌گیرانه قرار گرفته‌اند و نسبتی برای شاخص محاسبه شده بر اساس تخمین کل موارد شامل موارد شناسایی شده و ناشناخته می‌باشد. همهٔ زنان بارداری که تحت درمان ضد

رتروویروسی برای پیش‌گیری انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک قرار گرفته‌اند، بالای 15 سال بوده‌اند. از آنان 23 نفر رژیم سه دارویی، یک نفر رژیم دو دارویی و یک نفر هم رژیم تک دارویی دریافت کرده‌اند.

بحث و تفسیر شاخص:

با توجه به اینکه به طور متوسط 25٪ فرزندان زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی، به این ویروس مبتلا می‌شوند⁽³³⁾، 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 صاحب‌نظران کشور این نگرانی وجود دارد که تخمین‌های نرم-افزار محاسبه‌گر آن بیش از حد واقعی باشد. تمام موارد نیازمند درمان که شناسایی می‌شوند، به طور رایگان تحت پوشش درمان ضد رتروویروسی قرار می‌گیرند.

تغییرات شاخص از زمان گزارش قبلی:

افزایش مختصر نسبت به گزارش قبلی قابل توجه نیست. در برنامه استراتژیک دوم بنا بر این بود که با ادغام ارزیابی فاکتورهای خطر اچ‌آی‌وی در برنامه مراقبت مادران باردار، از سال گذشته، شناسایی زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی بهبود یابد⁽¹¹⁾. پایش و ارزیابی برنامه دوم حاکی از آن است که کمیت و کیفیت ارایه ارزیابی خطر در مادران باردار نیاز به بهبود جدی دارد⁽⁸⁾.

پیشنهاد برای بهبود محاسبه شاخص:

1. در گروه جامعه عمومی: تقویت دیده‌وری‌های سرولوژیک اچ‌آی‌وی در زنان باردار به خصوص همسران افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی و زنان دارای رفتارهای پرخطر.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

1. وجود زیرساخت‌های بهداشتی مناسب از جمله نیروی انسانی آموزش‌دیده و داروهای ضد رتروویروسی رایگان در ایران.
2. گستردگی کلینیک‌های مراقبت مادران باردار و پوشش بالای این خدمات در ایران.
3. ادغام ارزیابی فاکتورهای خطر در برنامه مراقبت مادران باردار.

چالش‌ها:

1. بخش قابل توجهی از زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی شناخته نشده‌اند و از ابتلای خود بی‌خبر هستند. این موضوع به خصوص در مورد همسران مصرف‌کنندگان تزریقی مرد و همسران زندانیان مرد موجب نگرانی است.
2. مهارت ناکافی ارایه‌دهندگان خدمات مادر و کودک در شناسایی مادران در معرض خطر اچ‌آی‌وی.
3. دسترسی ناکافی به آزمایش تشخیصی در برخی مناطق روستایی و دور از دسترس.
4. انجام آزمایش اچ‌آی‌وی به صورت غربالگری و بدون رضایت و اطلاع بیمار و عدم اطلاع بیمار از نتیجه آزمایش توسط بخشی از مراکز بخش خصوصی.

پیشنهادهای:

1. مراکز ارایه خدمات آزمایش اچ‌آی‌وی به گونه‌ای بهبود یابند که دسترسی زنان به این مراکز تسهیل شود.
2. آموزش و اطلاع‌رسانی در راستای ارتقای آگاهی و ایجاد انگیزش لازم در گروه‌های در معرض بیشترین خطر و در معرض خطر به طرق مختلف مورد توجه قرار گیرد.
3. ارتقای مهارت‌های بخش خصوصی به گونه‌ای که ارزیابی فاکتورهای خطر در مادران باردار را در نظر داشته و آن را اجرا کند. همچنین در صورت لزوم با توجه به نتیجه ارزیابی خطر، مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی را رایانه دهد یا آنان را برای خدمات تشخیصی و درمانی ارجاع کند.

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 کسر از استعلام کتبی از معاونت‌های بهداشتی 41 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور استفاده شد. برای مخرج کسر نیز 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 دستورعمل برنامه کشوری سل) در سال گزارش دریافت کرده‌اند.

مخرج کسر: تخمین سالانه اختصاصی کشوری از میزان بروز سل در میان افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی.

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 بر اساس مقدار محاسبه شاخص عمل شد.

مقدار شاخص:

صورت کسر: از ابتدای فروردین سال 1387 تا انتهای اسفند 1387، 183 نفر (15 زن و 168 مرد) مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی و به طور همزمان بیماری سل بوده‌اند که از میان آنان 120 نفر (13 زن و 107 مرد) تحت درمان همزمان سل و اچ‌آی‌وی قرار گرفته‌اند که همه بالای 15 سال بوده‌اند.

مخرج کسر: برای تخمین به ترتیب زیر عمل شد:

با در نظر گرفتن تعداد تخمینی مبتلایان نیازمند به درمان ضدرتروویروسی (16540 نفر)⁽¹⁰⁾، شیوع عفونت سل در جمعیت‌های مشابه (30٪)⁽³⁴⁾، و برآورد میزان بروز بیماری سل در مبتلایان نیازمند به درمان ضدرتروویروسی (حدود 7/5٪)⁽³⁵⁾، عدد 372 نفر به دست می‌آید.

مقدار شاخص: مجموعاً 32/3٪ نیازمندان به درمان هم‌زمان اچ‌آی‌وی و سل از آن بهره‌مند شده‌اند (جدول 5).

جدول 5: تخمین بهره‌مندی از درمان هم‌زمان سل و اچ‌آی‌وی بر حسب سن و جنس در سال 1387

سن 15 سال و بیشتر									سن زیر 15 سال								
هر دو جنس			زن			مرد			هر دو جنس			زن			مرد		
پوشش	تخمین ن تعداد نیازمند	تعداد تحت درمان	پوشش	تخمین ن تعداد نیازمند	تعداد تحت درمان	پوشش	تخمین ن تعداد نیازمند	تعداد تحت درمان	پوشش	تخمین ن تعداد نیازمند	تعداد تحت درمان	پوشش	تخمین ن تعداد نیازمند	تعداد تحت درمان	پوشش	تخمین ن تعداد نیازمند	تعداد تحت درمان
32/3 ٪	372	120	12/7 ٪	106	13	41/8 ٪	256	107	0	8	0	0	4	0	0	4	0

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 ضدرتروویروسی در این گروه در مقایسه با سایر بیماران مبتلا به عفونت پیشرفته اچ‌آی‌وی (32/3٪ در مقابل 6/8٪) قابل توجه باشد.

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

تقویت نظام جمع‌آوری اطلاعات در این زمینه شامل مطالعات کاربردی و هماهنگی نظام ثبت و گزارش‌دهی برنامه‌های سل و ایدز.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادهای برای بهبود شاخص

نقاط قوت:

1. وجود برنامه ثبت سل در نظام شبکه و ثبت موارد اچ‌آی‌وی شناخته‌شده در بیماران مسلول ثبت شده در این نظام.
2. وجود ارتباط نسبتاً نزدیک مسئولین برنامه سل و ایدز در دانشگاه‌ها.
3. وجود بیماریابی فعال سل در دستورالعمل مراقبت بالینی مبتلایان به اچ‌آی‌وی.
4. بیماریابی فعال سل در زندان‌ها و آرایه درمان هم‌زمان سل و اچ‌آی‌وی در زندان‌ها و ارتباط آن‌ها با مراکز مرتبط در سطح جامعه.

چالش‌ها:

1. 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.
2. دشواری تشخیص برخی از انواع سل فعال در مبتلایان به اچ‌آی‌وی، به خصوص در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
3. مراکز ارائه دهنده خدمات از نظر کیفی و کمی در زمینه ارائه خدمات مرتبط با محدودیت مواجهند.
4. عدم تمکین در مصرف داروهای ضد رتروویروسی در بخش بزرگی از بیماران یعنی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و مهارت ناکافی سیستم درمانی برای افزایش تمکین بیماران.

پیشنهادهای:

1. تقویت ارتباط برنامه کنترل سل و ایدز در سطح دانشگاه‌ها و شهرستان‌ها.
2. تقویت نظام شناسایی سل و بیماریابی فعال در مبتلایان به اچ‌آی‌وی.
3. تقویت نظام شناسایی اچ‌آی‌وی گروه‌های در معرض بیشترین خطر بخصوص در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد.
4. گسترش ارائه برنامه‌های کاهش آسیب به خصوص درمان نگه‌دارنده با متادون در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به منظور افزایش تمکین آنان به درمان.
5. 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 15 تا 49 ساله‌ای که در 12 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 مطالعه از گروه هدف پرسیده می‌شود:

1. من نتیجه آزمایش شما را نمی‌خواهم بدانم، اما آیا شما طی 12 ماه گذشته از نظر اچ‌آی‌وی بررسی شده‌اید؟
2. اگر بله من نتیجه آن را نمی‌خواهم بدانم، اما آیا شما از نتیجه آن آگاهید؟

صورت کسر: تعداد پاسخگویانی که 15 تا 49 سال دارند و در طول 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی داده و نتیجه آن را می‌دانند.

مخرج کسر: تعداد همه پاسخگویان 15 تا 49 سال.

مقدار شاخص:

با توجه به عدم وجود هیچ‌گونه مطالعه‌ای که سئوالات فوق در آن بررسی شده باشد، محاسبه این شاخص امکان‌پذیر 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.

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

با توجه به آن‌چه در شاخص‌های مربوط به رفتارهای جنسی جوانان آمده، رفتارهای جنسی در جوانان جامعه ما ناشایع نیست. بنابر این آگاهی از این‌که این جوانان چقدر برای مشاوره اچ‌آی‌وی اقدام می‌کنند، مهم است. لذا با گنجاندن این سئوالات در مطالعات دوره‌ای که در حال حاضر از طرف برخی از سازمان‌ها مثل سازمان ملی جوانان در حال انجام است و یا در DHS بعدی انجام می‌شود، می‌تواند کمک‌کننده باشد.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادهای برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

1. گستردگی شبکه‌ی ارائه‌ی خدمات درمانی و بهداشتی
2. در دست تهیه بودن دستورالعمل مشاوره‌ی آزمایش اچ‌آی‌وی با توجه با نیازهای بومی در کشور

چالش‌ها:

1. کم بودن تعداد مراکزی که مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی ارائه می‌دهند.
2. کم بودن دانش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت درباره‌ی مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی.
3. کمبود مراکز ارائه‌ی کننده خدمات سلامت به اقشار در معرض خطر و دارای رفتارهای پرخطر.
4. کمبود برنامه‌های اطلاع‌رسانی برای عموم مردم و هم‌چنین گروه‌های در معرض خطر مثل جوانان.
5. انگ همراه با انجام آزمایش و نگرانی از محرمانه ماندن نتایج آزمایش.
6. اندک بودن درک خطر در جمعیت عمومی.

پیشنهادهای:

1. گنجاندن آموزش مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی در دوره‌های آموزشی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت.
2. تقویت درک خطر در جمعیت عمومی.
3. 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 12 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 استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1386-1388)، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تن‌فروشان مهم‌ترین گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر هستند⁽¹¹⁾. لذا تلاش شده شاخص برای این دو گروه مجزا محاسبه شود. MSM نیز اصولاً یک گروه جمعیتی در معرض بیشترین خطر محسوب می‌شود و به همین علت تلاش شده تا تصویری از وضعیت آنان ارائه شود. در مورد زندانیان، اگرچه اقامت در زندان به خودی خود یک رفتار پُرخطر محسوب نمی‌شود ولی با توجه به نقش کلیدی زندان‌ها در شروع همه‌گیری در ایران و سپس نقش چشم‌گیر آن در برنامه‌های کنترل همه‌گیری، تلاش شده شاخص برای این گروه جمعیتی نیز محاسبه شود. با این وجود باید توجه داشت که زندانیان گروه همگنی نیستند و به علل مختلفی به زندان می‌روند و نوع رفتارهای پُرخطر و شیوع این رفتارها در آنان یکسان نیست. لذا برنامه‌های کنترلی در این گروه نیازمند طراحی مداخلات مختلف مبتنی بر زیرگروه‌های جمعیتی متفاوت موجود در زندان است. از این رو اعداد محاسبه شده شاخص برای آنان با اعداد مشابه در سایر گروه‌های جمعیتی قابل مقایسه نیست.

برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از نتایج یک مطالعه زیستی- رفتاری که در تابستان سال 1386 در سطح ملی با کمک مراکز تحقیقاتی صورت گرفت، استفاده شد⁽⁷⁾. این مطالعه، بخشی از یک مراقبت ادغام یافته زیستی- رفتاری اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. این مطالعه در حوزه تحت پوشش ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی واقع در ۱۱ استان کشور اجرا شد. استان‌ها بر اساس خصوصیات جغرافیایی و ترکیب جمعیتی به گونه‌ای انتخاب شدند تا نمایانگر کل کشور باشند. در این مطالعه محل نمونه‌گیری مراکز درمان اعتیاد، مراکز گذری و پاتوق‌های مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بود. برای نمونه‌گیری ابتدا، این محل‌ها گُذبنده شد. سپس هر محل گُذبنده شده بر اساس روزهای حضور مصرف‌کنندگان مواد در هفته نیز تقسیم شد و به این ترتیب فهرستی از واحدها بر اساس محل و زمان به دست آمد (واحدهای نمونه‌گیری اولیه). از بین این‌ها نمونه‌گیری تصادفی به عمل آمد. سپس در این واحدها نیز به طور تصادفی از افراد حاضر یا مراجعه‌کنندگان انتخاب شدند.

برای زنان تن‌فروش از مطالعه‌ای که توسط مراکز تحقیقاتی و با همکاری مرکز مدیریت بیماری‌ها در تابستان سال 1386 در شهر تهران صورت گرفت، استفاده شد⁽³⁶⁾. این پژوهش در زنان تن‌فروش از طریق انجام مصاحبه‌های ساختاریافته در شهر تهران در فاصله بهمن سال 1385 تا خرداد سال 1386 انجام شد. در این پژوهش از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای

(**Mult-stage cluster sampling**) استفاده شد. "واحدهای اولیه نمونه‌گیری" (**primary sampling units**) یا "خوشه‌ها"، بر اساس مکان‌های تجمع با توجه به تحقیقات انجام شده قبلی در این زمینه معین شد. بر این اساس با تقسیم-بندی مناطق 22 گانه شهر تهران در 40 خوشه، نمونه‌گیری انجام شد. ابتدا سرخوشه‌ها بر اساس مصاحبه با افراد مطلع کلیدی یا مراجعه به مکان‌های حضور آنان انتخاب می‌شدند. در این پژوهش بخش قابل توجهی از سرشاخه‌ها از راه دوم انتخاب شدند. پس از مصاحبه با سرشاخه‌ها از آنان خواسته شد تا دو نفر دیگر را در همان منطقه خودشان برای مصاحبه معرفی کنند. سپس از میان دو نفر، یک نفر به صورت تصادفی انتخاب شد. این روند تا رسیدن به تعداد نمونه کافی ادامه داشت. مجموعاً 287 نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که پاسخ 280 نفر در رابطه با شاخص مورد قبول واقع شده است. در مورد MSM مطالعه‌ای در اسفند 1385 در شهر تهران انجام شد، ولی نتایج آن قابل تعمیم نبود و مورد استفاده قرار نگرفت.⁽³⁷⁾ روش نمونه‌گیری در این مطالعه RDS بود و 101 نفر را شامل شد. برای زندانیان نیز از نتایج مطالعه‌ای در زندان‌های کل کشور در تابستان 1388 برای محاسبه شاخص، استفاده شد⁽⁶⁾. این مطالعه در چارچوب نظام مراقبت زیستی- رفتاری در زندان‌های کل کشور انجام شد و 5530 زندانی در 27 زندان کشور به طور تصادفی وارد مطالعه شدند.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

در هر یک از گروه‌های هدف مورد مطالعه، سئوالات زیر از افراد پرسیده می‌شود:

1. من نتیجه آزمایش شما را نمی‌خواهم بدانم، اما آیا شما طی 12 ماه گذشته از نظر اچ‌آی‌وی بررسی شده‌اید؟
2. اگر بله، من نتیجه آن را نمی‌خواهم بدانم، اما آیا شما از نتیجه آن آگاهید؟

صورت کسر: تعداد پاسخگویان هر یک از گروه‌های هدف که در طول 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده 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 شده است.

مقدار شاخص:

مقدار شاخص برای مصرف‌کنندگان تزریقی در سال 1386، 22/9٪ (702 نفر از 3060 نفر) و زنان تن‌فروش در تهران در سال 1386، 20/4٪ (57 نفر از 280 نفر) بوده است. برای بقیه گروه‌های در معرض بیشترین خطر به جداول 6 و 7 و قسمت تفسیر مراجعه شود.

جدول 6: پوشش سابقه آزمایش اچ‌آی‌وی و آگاهی از نتیجه آن در 12 ماه گذشته در گروه‌های در معرض بیشترین خطر

کل سنین	سن 25 سال و بیشتر			سن کمتر از 25 سال			گروه سنی	
	میزان شاخص	N4 (نفر)	N3 (نفر)	میزان شاخص	N2 (نفر)	N1 (نفر)	گروه جمعیتی	
20/4	%18/9	175	33	%22/9	105	24	تن فروش زن (تهران)	
%8/0	%8/0	65	7	%9/5	18	2	MSM*	
%16/3	%16/2	74	12	%16/7	18	3	مصرف کننده تزریقی زن	کل ایران
%23/1	%24/2	2563	621	%16/3	405	66	مصرف کننده تزریقی مرد	
%22/9	%24/0	2637	633	%16/3	423	69	کل مصرف کنندگان تزریقی	
%25/0	%30/0	10	3	0	2	0	مصرف کننده تزریقی زن	تهران
%20/1	%21/0	600	126	%13/2	76	10	مصرف کننده تزریقی مرد	
%20/2	%21/1	610	129	%12/8	78	10	کل مصرف کنندگان تزریقی	

N1 = تعداد افراد با سن زیر 25 سال که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی داده و نتیجه آن را می‌دانند.

N2 = تعداد کل افراد با سن زیر 25 سال که مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

N3 = تعداد افراد با سن 25 سال یا بیشتر که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی داده و نتیجه آن را می‌دانند.

N4 = تعداد کل افراد با سن 25 سال یا بیشتر که مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

* برای به دست آوردن نسبت در این گروه با توجه به روش نمونه‌گیری یعنی RDS، از اعداد وزن‌دار استفاده شده است.

جدول 7: پوشش سابقه آزمایش اچ‌آی‌وی و آگاهی از نتیجه آن در 12 ماه گذشته در زندانیان^Δ

کل سنین	سن 25 سال و بیشتر			سن کمتر از 25 سال			گروه سنی
	میزان شاخص	N4 (نفر)	N3 (نفر)	میزان شاخص	N2 (نفر)	N1 (نفر)	گروه جمعیتی
%16/6	%34/8	4124	1524	%19/7	994	221	زندانیان مرد
%31/0	%35/9	176	53	%34/2	43	15	زندانیان زن

N1 = تعداد افراد با سن زیر 25 سال که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی داده و نتیجه آن را می‌دانند.

N2 = تعداد کل افراد با سن زیر 25 سال که مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

N3 = تعداد افراد با سن 25 سال یا بیشتر که در 12 ماه گذشته آزمایش اچ‌آی‌وی داده و نتیجه آن را می‌دانند.

N4 = تعداد کل افراد با سن 25 سال یا بیشتر که مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

بحث و تفسیر شاخص:

با نگاهی به جدول 6 مشاهده می‌شود که بیشترین مقدار شاخص در جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر متعلق به مردان مصرف‌کننده تزریقی مواد و بالای 25 سال است که این مسئله می‌تواند ناشی از اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در جامعه و به ویژه در زندان‌ها باشد.

در مطالعه محدودی که در زنان تن فروش صورت گرفت، 287 نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که پاسخ 280 نفر در رابطه با شاخص، مورد قبول واقع شده است. در مورد این مطالعه، این نگرانی وجود دارد که این مطالعه فقط در مورد بخشی از زنان تن فروش شهر تهران بوده و الزاماً قابل تعمیم به سایر نقاط نیست.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی: با توجه به عدم انجام مطالعه جدید در مصرف کنندگان تزریقی مواد ارزیابی تغییرات امکان پذیر نیست. مقدمات انجام دومین مطالعه زیستی- رفتاری در چارچوب نظام مراقبت اپیدمیولوژیک در این گروه فراهم شده و به زودی اجرا خواهد شد.⁽²⁾ در مورد زنان تن فروش نیز مطالعه‌ای در دست انجام است که هنوز داده‌های آن نهایی نشده است، بنابراین امکان مقایسه وجود ندارد⁽²⁾. در باره زندانیان در مقایسه با گزارش قبلی بهبودی قابل توجه دیده می‌شود. اگرچه در این مقایسه باید محتاط بود، زیرا در گزارش قبلی از مطالعه‌ای کوچک در سطح استان تهران استفاده شده است. اما در گزارش جدید از اولین مطالعه زیستی- رفتاری در چارچوب نظام مراقبت اپیدمیولوژیک استفاده شده است.

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

تقویت و استقرار کامل نظام مراقبت زیستی - 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:

1. وجود نظام مطالعات منسجم در مصرف کنندگان تزریقی مواد و راه اندازی این مطالعات در سایر گروه‌های در معرض خطر در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
2. تقویت دسترسی مصرف کنندگان تزریقی مواد به خدمات موجود و ایجاد امکان دسترسی زنان در معرض خطر در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
3. رایگان بودن خدمات پیش گیری از جمله ارایه مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT) در مراکز فوق الذکر.
4. وجود شبکه گسترده آزمایشگاهی قادر به انجام الیزا.
5. وجود شبکه گسترده مراقبت بهداشتی اولیه که امکان ادغام این خدمت را فراهم می‌کند.

چالش‌ها:

1. دسترسی اندک به گروه‌های در معرض خطر به دلیل محدودیت‌های قانونی، فرهنگی و اجتماعی و انگ.
2. عدم مشارکت فراگیر بخش خصوصی در ارایه مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT).
3. محدودیت چارت تشکیلاتی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در مراکز سطح استان.

پیشنهادهای:

1. تقویت بازاریابی اجتماعی برای ارایه مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT).
2. راه اندازی سیستم استفاده از تست‌های سریع برای گسترش و سهولت دسترسی به VCT در مراکز ارایه خدمت.
3. به کارگیری قابلیت‌های بخش خصوصی در زمینه ارایه مشاوره و آزمایش داوطلبانه.

4. حساس‌سازی آرایه‌دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی اعم از دولتی و خصوصی برای استفاده از هر فرصت ممکن به منظور ارزیابی رفتارهای پرخطر و ارجاع فرد به مراکز VCT.
5. گسترش مراکز کاهش آسیب ویژه زنان به منظور افزایش دسترسی این گروه به خدمات.
6. تقویت سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه آرایه خدمات به زنان و کودکان در معرض خطر.
7. توانمندسازی و مشارکت بیشتر افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض خطر در آرایه خدمات.
8. تقویت 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 استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1386-1388)، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تن‌فروشان مهم‌ترین گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر هستند⁽¹¹⁾. لذا تلاش شده شاخص برای این دو گروه مجزا محاسبه شود. MSM نیز اصولاً یک گروه جمعیتی در معرض بیشترین خطر محسوب می‌شود و به همین دلیل تلاش شده تا تصویری از وضعیت آنان ارائه شود. در مورد زندانیان، اگرچه اقامت در زندان به خودی خود یک رفتار پُرخطر محسوب نمی‌شود ولی با توجه به نقش کلیدی زندان‌ها در شروع همه‌گیری در ایران و سپس نقش چشم‌گیر آن در برنامه‌های کنترل همه‌گیری، تلاش شده شاخص برای این گروه جمعیتی نیز محاسبه شود. با این وجود باید توجه داشت که زندانیان گروه همگنی نیستند و به علل مختلفی به زندان می‌روند و نوع رفتارهای پُرخطر و شیوع این رفتارها در آنان یکسان نیست. لذا برنامه‌های کنترلی در این گروه نیازمند طراحی مداخلات مختلف مبتنی بر زیرگروه‌های جمعیتی متفاوت موجود در زندان است. از این رو اعداد محاسبه شده شاخص برای آنان با اعداد مشابه در سایر گروه‌های جمعیتی قابل مقایسه نیست.

برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از نتایج یک مطالعه زیستی- رفتاری که در تابستان سال 1386 در سطح ملی با کمک مراکز تحقیقاتی صورت گرفت، استفاده شد⁽⁷⁾. برای زنان تن‌فروش و برای MSM از مطالعه جداگانه‌ای که توسط مراکز تحقیقاتی و با همکاری مرکز مدیریت بیماری‌ها به ترتیب در تابستان سال 1386 و اسفند 1385 در شهر تهران انجام شد، استفاده شد^(36,37). برای زندانیان نیز از نتایج دیده‌وری در زندان‌های کل کشور در تابستان 1388 برای محاسبه شاخص، استفاده شد⁽⁶⁾. در مورد مشخصات مطالعات در زمینه مصرف‌کنندگان مواد، زنان تن‌فروش و زندانیان در شاخص هشتم توضیحات بیشتری ارائه شده است.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

سئوالات زیر از پاسخ دهندگان در هر یک از گروه‌های در معرض بیشترین خطر پرسیده می‌شود:

1. اگر بخواهید آزمایش اچ‌آی‌وی بدهید، آیا می‌دانید به کجا می‌توانید مراجعه کنید؟
2. طی 12 ماه اخیر آیا کسی به شما کاندوم داده است؟ (برای مثال از طریق برنامه‌های نیازمندیابی، مراکز گذری، یا درمانگاه‌های بهداشت جنسی)

3. (فقط برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد) طی 12 ماه اخیر، آیا کسی به شما سرنگ و سوزن نو (استریل) داده است؟ (برای مثال از طریق برنامه‌های نیازمندیایی، آموزش‌گران همسان، مراکز گذری و برنامه‌های سرنگ و سوزن) **صورت کسر:** تعداد پاسخ دهندگانی که به دو سؤال فوق (برای مصرف‌کنندگان تزریقی سه سؤال) پاسخ آری داده‌اند. **مخرج کسر:** تمام پاسخ دهندگان. شاخص برای تک‌تک خدمات نیز جداگانه محاسبه می‌شود.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

در مطالعات فوق، فقط بخشی از سؤالات محاسبه شاخص پرسیده شده که در زیر آورده شده است.

مقدار شاخص:

مقدار شاخص برای هر یک از گروه‌های در معرض بیشترین خطر در جداول 8 و 9 آورده شده است:

جدول 8: آگاهی از محل ارایه خدمات آزمایش اچ‌آی‌وی* در گروه‌های در معرض بیشترین خطر

کل سنین	سن 25 سال و بیشتر			سن کمتر از 25 سال			گروه سنی
	میزان شاخص	N4 (نفر)	N3 (نفر)	میزان شاخص	N2 (نفر)	N1 (نفر)	
	%57/5	158	101	%41/0	122	60	گروه در معرض بیشترین خطر
تن فروش زن (تهران)							
	%28/9	65	21	%8/7	18	3	MSM**
زندانیان							
زندانیان مرد	%51/9	4130	2459	%44/3	996	513	
زندانیان زن	%73/1	169	113	%70/6	43	29	

N1 = تعداد افراد با سن زیر 25 سال که از محل انجام آزمایش اچ‌آی‌وی اطلاع دارند.

N2 = تعداد کل افراد با سن زیر 25 سال که مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

N3 = تعداد افراد با سن 25 سال یا بیشتر که از محل انجام آزمایش اچ‌آی‌وی اطلاع دارند.

N4 = تعداد کل افراد با سن 25 سال یا بیشتر که مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

* اطلاعات فقط برای گروه‌های موجود در جدول وجود داشته است.

** برای به دست آوردن نسبت در این گروه با توجه به روش نمونه‌گیری یعنی RDS، از اعداد وزن‌دار استفاده شده است.

جدول 9: دریافت کاندوم در 12 ماه گذشته* در گروه‌های در معرض بیشترین خطر

گروه سنی	سن کمتر از 25 سال			سن 25 سال و بیشتر			کل سنین
	N1	N2	میزان شاخص	N3	N4	میزان شاخص	
مصرف کنندگان تزریقی مواد	1	19	5/٪	11	72	15/3٪	13/2٪
	24	423	5/7٪	300	2539	11/8٪	10/9٪
	25	442	5/7٪	311	2611	11/9٪	11٪
زندانیان	71	481	31/9٪	754	2426	47/6٪	45/6٪
	9	17	87/8٪	25	94	48/9٪	55/9٪

* اطلاعات فقط برای گروه‌های موجود در جدول وجود داشته‌است.

N1 = تعداد افراد با سن زیر 25 سال که در 12 ماه گذشته کاندوم دریافت کرده‌اند.

N2 = تعداد کل افراد با سن زیر 25 سال که مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

N3 = تعداد افراد با سن 25 سال یا بیشتر که در 12 ماه گذشته کاندوم دریافت کرده‌اند.

N4 = تعداد کل افراد با سن 25 سال یا بیشتر که مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

همان‌طور که مشاهده می‌شود در هیچ یک از مطالعات همه‌سئالات فوق پرسیده نشده است.

در بارهٔ مراکز رایانه مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی تا سال 1387 در 204 شهرستان از 336 شهرستان کشور (61٪) حداقل یک مرکز یا پایگاه رایانه دهنده مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور راه‌اندازی شده است (مجموعاً 361 مرکز).⁽⁸⁾ این نسبت در سال 1384، 26٪ بوده است.⁽⁴⁾ از میان آن‌ها، 86 مرکز هم‌زمان خدمات پیشرفته‌تر مثل درمان ضد رتروویروسی را نیز ارائه می‌کنند.⁽⁸⁾ در 85 زندان از زندان‌های کشور نیز یک مرکز مشاوره توسط سازمان زندان‌ها راه‌اندازی شده است.⁽⁸⁾ تعداد مراکز مشاوره زندان‌ها در این سال نسبت به سال 1384،⁽⁴⁾ 67٪ رشد کرده است. همچنین تا سال 1387، 32 پایگاه مشاوره نیز توسط جمعیت هلال احمر در شهرستان‌های مختلف راه‌اندازی شده است. اما از انتهای همین سال، تعدادی از مراکز تحت پوشش هلال احمر به فعالیت خود پایان داده‌اند.⁽⁸⁾ سازمان انتقال خون نیز در 31 مرکز خود این خدمات را ارائه می‌دهد و دو سازمان غیردولتی نیز در این زمینه فعال بوده‌اند.⁽⁸⁾ برابر اطلاعات دریافتی از ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال 1387 مجموعاً 173 مرکز گذری (DIC) در سراسر کشور برای ارائه خدمات به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد وجود داشته است. 274 تیم سیاری نیز در سراسر کشور خدمات کاهش آسیب را به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ارائه می‌دهند. بر اساس مطالعهٔ دیده‌وری زیستی- رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سال 1386، از کسانی که در یک ماه قبل از مطالعه تزریق داشته‌اند، 48/6٪ آنان بیشتر موارد سرنگ و سوزن خود را از داروخانه تهیه کرده‌اند. کسانی که بیشتر موارد سرنگ و سوزن خود را از مراکز گذری و تیم‌های سیار کمک‌رسان تهیه نموده‌اند به ترتیب 21٪ (642 نفر از 3053 نفر) و 6/6٪ (202 نفر از 3053) بوده‌اند.⁽⁷⁾ همچنین 1569 مرکز رایانه درمان اعتیاد شامل مرکز درمان نگهدارنده متادون، مرکز درمان نگهدارنده بوپرنورفین و مرکز سم‌زدایی وجود داشته است. در انتهای سال 1387 در مراکز درمان نگهدارنده متادون مجموعاً حدود 166711 نفر از مصرف‌کنندگان مواد توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور و بخش خصوصی تحت درمان نگهدارنده متادون بوده‌اند.⁽³⁹⁾ طبق گزارش قبلی در سال 1385، این عدد 57000 نفر بوده⁽⁹⁾ و بدین ترتیب رشدی بیش از 2/9 برابر را تجربه کرده است. مطالعهٔ دیده‌وری زیستی- رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سال 1386 نشان می‌دهد از کسانی که در یک سال قبل از مطالعه تزریق کرده‌اند، 33٪ در زمان مطالعه تحت درمان نگهدارنده مواد بوده‌اند.⁽⁷⁾ در همین زمان 25407 نفر در زندان‌های سراسر کشور تحت درمان نگهدارنده متادون بوده‌اند.⁽³⁹⁾

بحث و تفسیر شاخص:

در مطالعه زنان تن‌فروش، 287 نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که پاسخ 280 نفر در رابطه با شاخص مورد قبول واقع شده است.⁽³⁶⁾ 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⁽³⁷⁾، گروه بسیار محدود و خاصی از آنان بوده‌اند که اکثریت آن‌ها سابقه مصرف مواد داشته و بخش قابل توجهی از آن‌ها فاقد محل زندگی ثابت بوده‌اند و حجم نمونه نیز کم بوده است که این موارد قابلیت تعمیم نتایج به تمام گروه مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند را با شک مواجهه می‌سازد.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به عدم انجام مطالعه جدید در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ارزیابی تغییرات امکان‌پذیر نیست. مقدمات انجام دومین مطالعه زیستی- رفتاری در چارچوب نظام مراقبت اپیدمیولوژیک در این گروه فراهم شده و به زودی اجرا خواهد شد.⁽²⁾ در مورد زنان تن‌فروش نیز مطالعه‌ای در دست انجام است که هنوز داده‌های آن نهایی نشده است، بنابراین امکان مقایسه وجود ندارد.⁽²⁾ در باره زندانیان در مقایسه با گزارش قبلی بهبودی قابل توجه دیده می‌شود. اگرچه در این مقایسه باید محتاط بود، زیرا در گزارش قبلی از مطالعه‌ای کوچک در سطح استان تهران استفاده شده است. اما در گزارش جدید از اولین مطالعه زیستی- رفتاری در چارچوب نظام مراقبت اپیدمیولوژیک استفاده شده است.

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

تقویت و استقرار کامل نظام مراقبت زیستی- 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:

1. وجود نظام مطالعات منسجم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و راه اندازی این مطالعات در سایر گروه‌های در معرض خطر در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
2. تقویت دسترسی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به خدمات موجود و ایجاد امکان دسترسی زنان در معرض خطر در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
3. رایگان بودن بخش قابل توجهی از خدمات پیش‌گیری از توزیع سرنگ و سوزن و رایانه ارزان درمان نگه‌دارنده متادون در مراکز رایانه خدمات.
4. وجود شبکه گسترده مراقبت بهداشتی اولیه که امکان ادغام این خدمت را فراهم می‌کند.

چالش‌ها:

1. دسترسی اندک به خصوص به برخی از گروه‌های در معرض بیشترین خطر به دلیل محدودیت‌های قانونی، فرهنگی و اجتماعی و انگ.

پیشنهادهای:

1. گسترش مراکز کاهش آسیب ویژه زنان برای افزایش دسترسی این گروه به خدمات.
2. تقویت سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه آرایه خدمات به زنان و کودکان در معرض خطر.
3. توانمندسازی و مشارکت بیشتر افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض خطر در آرایه خدمات.
4. تقویت چارت تشکیلاتی برای مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در سطح جامعه و در زندان‌ها.
5. حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه آرایه خدمات به گروه‌های در معرض بیشترین خطر.
6. گسترش مراکز گذری و تعداد تیم‌های سیار.
7. طراحی و اجرای برنامه‌های پیش‌گیری و مراقبت برای سایر گروه‌های پُرخطر.

عنوان شاخص دهم: حمایت از کودکان تحت تأثیر اچ‌آی‌وی

تعریف شاخص: درصد کودکان بی‌سرپرست و آسیب‌پذیر سنین 0-17 سال که در محل نگهداری خود، از حمایت‌های رایگان برخوردار بوده‌اند.

هدف شاخص: ارزیابی پیشرفت در تأمین حمایت برای مراکز نگهداری از کودکان بی‌سرپرست و آسیب‌پذیر 0-17 سال

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 زمینه شاخص انجام شده باشد، از داده‌های سازمان بهزیستی برای ارائه تصویری کلی در باره شاخص استفاده شد.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

در مراجعه به منازل، بعد از شناسایی تمام کودکان 0-17 سال بی‌سرپرست و آسیب‌پذیر این منازل، سرپرستان این خانه‌ها در ارتباط با نوع و مقدار حمایت‌های دریافتی و منبع اولیه حمایت برای کمک به هر کودک، مورد 4 سؤال قرار می‌گیرند. باید تمام سئوالات برای هر کودک پرسیده شود:

- 1- آیا حمایت پزشکی مانند مراقبت پزشکی و یا لوازم مراقبت پزشکی در 12 ماه گذشته به این مرکز رسیده است؟
- 2- آیا کمک‌های تحصیلی مانند هزینه تحصیل در 12 ماه گذشته به این مرکز رسیده است؟ (این سؤال برای کودکان 17-5 سال است.)
- 3- آیا حمایت عاطفی- روانی مانند مشاوره توسط مشاور آموزش‌دیده و یا حمایت عاطفی- روحی در 3 ماه گذشته به این مرکز رسیده است؟
- 4- آیا سایر حمایت‌های اجتماعی نظیر حمایت اجتماعی- اقتصادی (لباس، غذا، حمایت مالی، سرپناه) و حمایت کاربردی (کمک در کارهای خانه، آموزش برای مراقبین کودک، خدمات قانونی) به این مرکز رسیده است؟

صورت کسر: تعداد کودکان 0-17 سال بی‌سرپرست و آسیب‌پذیری که در مراکزی زندگی می‌کنند که حداقل یکی از حمایت‌های تعریف شده را دریافت کرده‌اند. (پاسخ بله به حداقل یک سؤال از 4 سؤال فوق)

مخرج کسر: تعداد کل کودکان بی‌سرپرست و آسیب‌پذیر 0-17 سال

تعریف کودک بی‌سرپرست: کودک زیر 18 سال که هر دو والدین خود را از دست داده است.

تعریف کودک آسیب‌پذیر به اچ‌آی‌وی: کودک زیر 18 ساله‌ای است که یک یا هر دو والد خود را از دست داده است، والد کودک، بیماری مزمن داشته باشد (صرف‌نظر از این‌که با کودک در همان خانه زندگی می‌کند یا خیر)، در خانه محل زندگی

در 12 ماه گذشته، حداقل یک فرد بزرگسال فوت کرده و یا 3 ماه از 4 ماه قبل از فوت، بیمار بوده باشد، در خانه محل زندگی حداقل یک فرد بزرگسال در 12 ماه گذشته، حداقل به مدت 3 ماه به طور جدی بیمار بوده باشد.

مقدار شاخص: مقدار شاخص قابل محاسبه نیست.

در جمهوری اسلامی ایران دولت موظف است تمام کودکانی که به هر دلیل والدین خود را از دست داده‌اند و یا کودکان بدسرپرست را تحت سرپرستی قرار دهد. در حال حاضر این وظیفه بر عهده سازمان بهزیستی کشور قرار دارد. تعدادی از این کودکان بی‌سرپرست، اچ‌آی‌وی مثبت هستند و تعدادی از آن‌ها والدین خود را به واسطه این بیماری از دست داده‌اند. برای این کودکان علاوه بر خدمات سرپرستی عمومی، خدمات حمایتی، اجتماعی، روانی و درمانی نیز ارائه می‌شود. جداسازی برای کودکان مبتلا انجام نمی‌شود و برای انجام آزمایشات لازم و همچنین خدمات مشاوره، مراقبت و درمان به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارجاع خواهند شد. کودکانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند از خدمات مشابه سایر کودکان تحت پوشش بهره‌مند می‌شوند. همچنین اقدامات لازم برای سپردن این کودکان به صورت امین موقت و فرزندخواندگی به والدین متقاضی که ممکن است خودشان نیز متأثر از اچ‌آی‌وی باشند، انجام می‌شود.

بحث و تفسیر شاخص:

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی: شاخص در گزارش قبلی محاسبه نشده و مقایسه امکان‌پذیر نیست. پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص: گنجاندن سئوالات مربوطه در مطالعات جاری مبتنی بر جامعه مانند

DHS

عنوان شاخص یازدهم: آموزش اچ آی وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی در مدارس

تعریف شاخص:

درصد مدرسی که آموزش اچ آی وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی را، در سال گذشته تحصیلی ارائه داده‌اند.

هدف شاخص: ارزیابی پیشرفت به سمت اجرای آموزش اچ آی وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی در تمام 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 اچ آی وی داده می‌شود و سپس سؤال زیر را از آنها می‌پرسند:

آیا این مدرسه در سال گذشته تحصیلی، حداقل 30 ساعت آموزش مهارت زندگی برای هر مقطع داشته است؟
صورت کسر: تعداد مدرسی که آموزش اچ آی وی 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 پیش-گیری از آسیب‌های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور در اجرای برنامه‌های مهارت‌های زندگی در مدارس، با این دفاتر مکاتبه شد و آمار تمام دانش‌آموزان در مقاطع پیش‌دبستان، دبستان و راهنمایی و دبیرستان که دوره آموزش مهارت‌های زندگی را در سال تحصیلی گذشته گذرانده‌اند، درخواست شد و متون آموزشی آنها بررسی شد.

مقدار شاخص:

با بررسی برنامه‌های آموزشی مشخص شد که در حال حاضر برنامه‌ای که معیارهای «آموزش اچ آی وی مبتنی بر مهارت‌های زندگی» را مطابق با تعریف فوق برآورده کند، در هیچ مقطعی وجود ندارد. با این وجود هم در برخی از مدارس به صورت پایلوت آموزش مهارت‌های زندگی ارائه می‌شود که می‌تواند برای پیش‌گیری از اچ آی وی هم مفید باشد. همچنین آموزش-هایی در زمینه اچ آی وی ارائه می‌شود. بر اساس پایش برنامه کشوری، در سال 1387 به ازای هر 1000 دانش‌آموز ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان به ترتیب 1/1، 1/5 و 1/5 نفر مربی آموزش دیده‌اند که این ارقام نسبت به سال 1386 تغییر قابل توجهی نداشته است. در سال 1387 به ترتیب 2/، 4/ و 5٪ دانش‌آموزان ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان تحت آموزش قرار

گرفته‌اند. این ارقام در سال 1386 به ترتیب 1/، 2/ و 3/ بوده است که نماینگر دو برابر شدن پوشش آموزش در دانش-آموزان در سال 1387 نسبت به سال قبل از آن است.⁽⁸⁾

بحث و تفسیر شاخص:

مهارت‌های آموزش داده شده در مدارس شامل مهارت‌های ده گانه: خودآگاهی، همدلی، ارتباطات بین‌فردی، ارتباطات موثر، تفکر خلاق، تفکر انتقادی، حل مسئله، تصمیم‌گیری، مقابله با هیجانات و مقابله با استرس (تمرکز بر بحث بلوغ در دوره نوجوانی) است. مهارت‌های آموزش داده شده با هدف پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی طراحی نشده است، 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 1377 شروع شده، اما سرعت گسترش پوشش این برنامه لازم است 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:

1. شروع برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی برای دانش‌آموزان در برخی از مقاطع تحصیلی.
2. وجود آموزش معلمان درباره اچ‌آی‌وی و آموزش‌های مهارت‌محور.

نقاط ضعف:

1. عدم پوشش تمام مقاطع تحصیلی و تمام مدارس.
2. عدم آموزش مستقیم پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی.

چالش‌ها:

1. نگرانی برخی از متولیان آموزش و پرورش درباره احتمال وجود اثرات ناخواسته آموزش‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی.
2. اطلاعات ناکافی اولیاء درباره ضرورت آموزش‌های مهارت‌محور و نقش اندک اولیای دانش‌آموزان در فراگیری آموزش‌های مهارت‌محور.

پیشنهادها:

- تلاش در راستای جلب حمایت همه‌جانبه سیاست‌گزاران و مقامات دولتی و اولیاء در اجرای کامل برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در مدارس برای مقاطع مختلف.

شاخص‌های مربوط به رفتار و آگاهی

عنوان شاخص دوازدهم: ورود کودکان یتیم به مدرسه

تعریف شاخص: درصدی از کودکان 10 تا 14 ساله یتیم و غیریتیم

هدف شاخص: ارزیابی پیشرفت در حاضر شدن افراد بی سرپرست و دارای سرپرست در مدارس در شرایط نامساعد.

ابزار توصیه شده برای اندازه گیری شاخص: مطالعات household survey

ابزار استفاده شده برای اندازه گیری شاخص در این گزارش: از یک مطالعه مبتنی بر جامعه استفاده شده است. در مطالعه‌ای که با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در 2000 نفر از نوجوانان و جوانان سنین 10-14 سال ساکن مناطق شهری زاهدان (شیرآباد، کریم‌آباد)، تهران (اکباتان، یافت‌آباد)، خرم‌آباد (شمشیرآباد)، مشهد (خواجه ربیع)، قشم، بندرعباس، بم با سابقه حداقل یک سال سکونت در منطقه شهری مورد نظر در سال 1387 انجام شد، آگاهی جوانان توسط پرسشنامه استاندارد اندازه‌گیری شد. اطلاعات مورد نظر برای جوانان 15 تا 24 ساله استخراج شد.⁽³⁹⁾

روش توصیه شده برای اندازه گیری شاخص: درباره هر کودک 10-14 سال که در محیط خانه زندگی می‌کند، از یکی از افراد خانواده، سئوالات زیر پرسیده می‌شود:

1. آیا مادر واقعی این کودک هم اکنون زنده است؟ اگر بلی، آیا او در خانواده زندگی می‌کند؟

2. آیا پدر واقعی این کودک هم اکنون زنده است؟ اگر بلی، آیا او در خانواده زندگی می‌کند؟

3. آیا این کودک، در سال تحصیلی در مدرسه شرکت کرده است؟

قسمت 4: میزان حضور کودکان بی سرپرست 10-14 سال در مدرسه

صورت کسر: تعداد کودکانی که پدر و مادر خود را از دست داده و به مدرسه می‌روند

مخرج کسر: تعداد کودکانی که پدر و مادر خود را از دست داده‌اند

قسمت B: میزان حضور در مدرسه در میان کودکان 10-14 سال که هر دو والدین یا یکی از والدین آن‌ها زنده است
صورت کسر: تعداد کودکانی که هر دو والدین آن‌ها زنده‌اند و یا حداقل با یکی از والدین زندگی می‌کنند و به مدرسه می‌روند

مخرج کسر: تعداد کودکانی که هر دو والدین آن‌ها زنده‌اند و حداقل با یکی از والدین زندگی می‌کنند

روش استفاده شده برای اندازه گیری شاخص در این گزارش: از روش توصیه شده، استفاده شده است.
مقدار شاخص: 92/4٪ کودکان 10 تا 14 سال در مطالعه فوق که حداقل یکی از والدین‌شان زنده بوده، در زمان مطالعه به مدرسه می‌رفته‌اند. در مورد کودکانی که هم پدر و هم مادر خود را از دست داده‌اند، به علت کوچک بودن اعداد نمی‌توان نسبت‌های قابل اعتماد ارایه کرد (جدول 10).

جدول 10: ورود به مدرسه در کودکان یتیم و غیریتیم

وضعیت والدین	N1 (نفر)	N2 (نفر)	میزان شاخص	N3 (نفر)	N4 (نفر)	میزان شاخص
پسر	1	1	-	320	295	92/2%
دختر	3	2	-	286	265	92/7%
کل	4	3	-	606	560	92/4%

N1 = تعداد کودکان 10 تا 14 ساله‌ای که هر دو والدین خود را از دست داده‌اند

N2 = تعداد کودکان 10 تا 14 ساله‌ای که هر دو والدین خود را از دست داده‌اند و به مدرسه می‌روند

N3 = تعداد کودکان 10 تا 14 ساله‌ای که حداقل با یکی از والدین‌شان زندگی می‌کنند

N4 = تعداد کودکان 10 تا 14 ساله‌ای که حداقل با یکی از والدین‌شان زندگی می‌کنند و به مدرسه می‌روند

بحث و تفسیر شاخص: حجم نمونه در این مطالعه 2000 نفر بوده و مطالعه فقط در نقاط شهری انجام شده و مناطق روستایی را در برنگرفته است.⁽³⁹⁾ لذا در تفسیر نتایج آن باید محتاط بود.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی: در گزارش قبلی، این شاخص گزارش نشده است. لذا امکان مقایسه وجود ندارد.

عنوان شاخص سیزدهم: آگاهی جوانان دربارهٔ پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی

تعریف شاخص:

درصد مردان و زنان جوان سنین 15-24 سال که راه‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی را به درستی می‌دانند و باورهای غلط و مهم دربارهٔ 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:

در مطالعه‌ای که با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در 2000 نفر از نوجوانان و جوانان سنین 10-24 سال ساکن مناطق شهری زاهدان (شیرآباد، کریم‌آباد)، تهران (اکباتان، یافت‌آباد)، خرم‌آباد (شمشیرآباد)، مشهد (خواجه ربیع)، قشم، بندرعباس، بم با سابقه حداقل یک سال سکونت در منطقهٔ شهری مورد نظر در سال 1387 انجام شد، آگاهی جوانان توسط پرسشنامه استاندارد اندازه‌گیری شد. اطلاعات مورد نظر برای جوانان 15 تا 24 ساله استخراج شد.⁽³⁹⁾

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

در مطالعه از گروه هدف پرسیده می‌شود:

1. آیا خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی، در برقراری رابطهٔ جنسی با فرد سالمی که فقط یک شریک جنسی دارد، و نه کس دیگری، کاهش پیدا می‌کند؟
 2. آیا خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی، با استفاده از کاندوم در هر بار رابطهٔ جنسی، کاهش پیدا می‌کند؟
 3. آیا یک فردی که به نظر سالم می‌آید، می‌تواند مبتلا به اچ‌آی‌وی باشد؟
 4. آیا اچ‌آی‌وی، توسط نیش پشه انتقال پیدا می‌کند؟
 5. آیا خوردن غذای مشترک با یک فرد مبتلا، باعث ابتلا به اچ‌آی‌وی می‌شود؟
- صورت کسر:** تعداد پاسخ دهندگانی که در سنین 15-24 سال بوده و پاسخ صحیح به تمام 5 سؤال مذکور داده‌اند.
- مخرج کسر:** تمام پاسخ دهندگان در سنین 15-24 سال.
- شاخص برای تک‌تک سئوالات هم جداگانه محاسبه می‌شود.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

همان روش توصیه شده بود.

مقدار شاخص:

در این بررسی در جوانان 15 تا 24 ساله، 93/1٪ در مورد امکان انتقال از طریق سوزن و سرنگ آلوده، 83/4٪ در مورد امکان انتقال به علت تماس جنسی بدون کاندوم و به ترتیب 42/3٪ و 45/9٪ در مورد عدم امکان انتقال توسط نیش پشه و عطسه و سرفه آگاهی درست داشته‌اند (جدول 10). در مجموع نمرهٔ متوسط آگاهی پاسخگویان، 63.55 از حداکثر امتیاز

100 بوده است و فقط 15/5٪ پسران و 17/5٪ دختران به همهٔ سئوالات فوق پاسخ صحیح داده‌اند. وضعیت آگاهی در دو جنس پسر و دختر تفاوت معنی‌داری نداشته است. حدود 87٪ در مورد ضرورت آموزش ارتباط بین ایدز و مسایل جنسی به صورت شفاف و 86٪ در مورد ضرورت شروع آموزش ایدز از مدارس نظر موافق داشته‌اند. مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات در رابطه با عفونت HIV/AIDS از نظر گروه مورد مطالعه به ترتیب مدرسه (45.3٪)، صدا و سیما (44٪) و دوستان و همسالان (27.5٪) بوده است.⁽³⁹⁾ مقادیر شاخص در جدول 11 آورده شده است:

جدول 11: آگاهی جمعیت عمومی دربارهٔ پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی (15 تا 45 ساله)

عنوان	جنس / سن	تعداد جواب صحیح (نفر)	تعداد کل پرسش شونده‌گان (نفر)	نسبت آگاهی صحیح (%)
آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطهٔ جنسی با یک شریک غیرمبتلا	زن	15-19 سال	372	71/5
		20-24 سال	277	76/9
	مرد	15-19 سال	428	69/6
		20-24 سال	326	74/8
	کل	1021	1403	72/8
آگاهی از اثر کاندوم در پیش‌گیری	زن	15-19 سال	372	63/2
		20-24 سال	277	72/6
	مرد	15-19 سال	428	77/1
		20-24 سال	326	83/1
	کل	1037	1403	73/9
آگاهی از امکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا	زن	15-19 سال	372	59/7
		20-24 سال	277	65/7
	مرد	15-19 سال	428	62/6
		20-24 سال	326	70/2
	کل	901	1403	64/2
آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه	زن	15-19 سال	372	45/9
		20-24 سال	277	42/2
	مرد	15-19 سال	428	44/6
		20-24 سال	326	36/2
	کل	594	1403	42/3
آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا با فرد مبتلا	زن	15-19 سال	372	58/3
		20-24 سال	277	62/4
	مرد	15-19 سال	428	51/6
		20-24 سال	326	55/8
	کل	793	1403	56/5
پاسخ صحیح به هر 5 سؤال	زن	15-19 سال	372	16/7
		20-24 سال	277	18/4
	مرد	15-19 سال	428	15/9
		20-24 سال	326	14/2
	کل	229	1403	16/3

بحث و تفسیر شاخص:

حجم نمونه در این مطالعه 2000 نفر بوده و مطالعه فقط در نقاط شهری انجام شده و مناطق روستایی را در برنگرفته است.⁽³⁹⁾ لذا در تفسیر نتایج آن باید محتاط بود.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

در مقایسه با اعداد به دست آمده در گزارش قبلی و گزارش کنونی در مجموع به نظر می‌رسد آگاهی در زمینه اثر کاندوم در پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی و نقش سرنگ و سوزن بهبود یافته، اگرچه هنوز با اعداد مطلوب فاصله دارد. اما درباره امکان سالم بودن فرد مبتلا، افزایش آگاهی کمتر بوده و در زمینه آگاهی مرتبط با انگ و تبعیض یعنی راه‌های عدم انتقال ضعف آگاهی چشم‌گیر است.

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

راه‌اندازی مطالعات رفتاری دوره‌ای برنامه‌ریزی شده در جمعیت هدف یا گنجاندن این سئوالات در مطالعاتی 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:

1. باسواد بودن بیش از 85٪ جمعیت کشور.⁽⁴⁰⁾
2. افزایش توجه وزارت آموزش و پرورش به آرایه آموزش‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی در مدارس.
3. صدور فتاوی از سوی تعداد زیادی از آیات عظام درباره مجاز بودن آموزش جوانان به‌گونه‌ای که بتوانند خود را از ابتلای به اچ‌آی‌وی حفظ کنند⁽⁴¹⁾.
4. پوشش گسترده صدا و سیما و افزایش دسترسی به فن‌آوری‌های اطلاعاتی.

چالش‌ها:

1. جوان بودن جمعیت کشور.
2. نگرش منفی برخی از سیاست‌گزاران و تصمیم‌گیران در کشور درباره آموزش راه‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی.
3. موانع فرهنگی در مطرح کردن راه‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی در رسانه‌های عمومی.

پیشنهادهای:

1. تقویت برنامه‌های جلب حمایت سیاست‌گزاران و تصمیم‌گیران در کشور درباره آموزش‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی.

2. تقویت کمی و کیفی برنامه‌های آموزشی مرتبط با آ‌ی‌وی در مدارس.
3. افزایش مشارکت رسانه‌های جمعی.
4. تداوم بسیج‌های اطلاع‌رسانی دوره‌ای برنامه‌ریزی شده.
5. ایجاد تنوع در روش‌های آرایه آموزش نظیر استفاده از آموزش‌های هم‌سانان.

عنوان شاخص چهاردهم: 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 استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1386-1388)، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تن‌فروشان مهم‌ترین گروه‌های جمعیتی در معرض بیش‌ترین خطر هستند⁽¹¹⁾. لذا تلاش شده شاخص برای این دو گروه مجزا محاسبه شود. MSM نیز اصولاً یک گروه جمعیتی در معرض بیش‌ترین خطر محسوب می‌شود و به همین علت تلاش شده تا تصویری از وضعیت آنان ارائه شود. در مورد زندانیان، اگرچه اقامت در زندان به خودی خود یک رفتار پُرخطر محسوب نمی‌شود ولی با توجه به نقش کلیدی زندان‌ها در شروع همه‌گیری در ایران و سپس نقش چشم‌گیر آن در برنامه‌های کنترل همه‌گیری، تلاش شده شاخص برای این گروه جمعیتی نیز محاسبه شود. با این وجود باید توجه داشت که زندانیان گروه همگنی نیستند و به علل مختلفی به زندان می‌روند و نوع رفتارهای پُرخطر و شیوع این رفتارها در آنان یکسان نیست. لذا برنامه‌های کنترلی در این گروه نیازمند طراحی مداخلات مختلف مبتنی بر زیرگروه‌های جمعیتی متفاوت موجود در زندان است. 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 انجام شده در تابستان سال 1386 که در سطح ملی و با کمک مراکز تحقیقاتی صورت گرفت، استفاده شد⁽⁷⁾. این مطالعه، بخشی از یک مراقبت ادغام‌یافته زیستی- رفتاری اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. برای زنان تن‌فروش و برای MSM از دو مطالعه‌ی جداگانه که توسط مراکز تحقیقاتی و با همکاری مرکز مدیریت بیماری‌ها به ترتیب در تابستان سال 1386 و اسفند 1385 در شهر تهران صورت گرفت، استفاده شد^(36,37). برای زندانیان نیز از نتایج دیده‌وری در زندان‌های کل کشور در تابستان 1388 برای محاسبه شاخص، استفاده شد⁽⁶⁾. در مورد مشخصات این مطالعات در شاخص‌های هشتم و نهم توضیحات بیشتری ارائه شده است.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

در مطالعه از گروه هدف پرسیده می‌شود:

1. 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؟
2. آیا خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی، با استفاده از کاندوم در هر بار رابطه جنسی، کاهش پیدا می‌کند؟
3. آیا یک فردی که به نظر سالم می‌آید می‌تواند مبتلا به اچ‌آی‌وی باشد؟
4. آیا اچ‌آی‌وی، توسط نیش پشه انتقال پیدا می‌کند؟
5. آیا خوردن غذای مشترک با یک فرد مبتلا باعث ابتلا به اچ‌آی‌وی می‌شود؟

صورت کسر: تعداد پاسخ‌دهندگانی که در هر یک از گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر، پاسخ صحیح به تمام 5 سؤال مذکور داده‌اند.

مخرج کسر: تمام پاسخ‌دهندگان در هر یک از گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر. شاخص برای تک‌تک سئوال‌ها هم جداگانه محاسبه می‌شود.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه، استفاده شده است.

مقدار شاخص:

مقدار شاخص برای هر یک از گروه‌های در معرض بیشترین خطر در جداول 12 تا 16 آورده شده است:

جدول 12: آگاهی مصرف‌کننده تزریقی مواد در ایران دربارهٔ پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی

عنوان	گروه سنی		سن کمتر از 25 سال						سن 25 سال و بیشتر						نسبت پاسخ صحیح در کل سنین و هر دو جنس
			تعداد پاسخ صحیح (نفر)		تعداد کل پاسخ دهنده (نفر)		نسبت پاسخ صحیح		تعداد پاسخ صحیح (نفر)		تعداد کل پاسخ دهنده (نفر)		نسبت پاسخ صحیح		
مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن		
آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطه جنسی به همسر	299	12	405	18	73/8٪	66/7٪	2172	51	2563	74	84/7٪	69/0٪	82/8٪		
آگاهی از اثر کاندوم در پیش-گیری	324	12	405	18	80/0٪	66/7٪	2156	54	2563	74	84/1٪	73/0٪	83/2٪		
آگاهی از امکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا	289	9	405	18	71/4٪	50/0٪	2000	44	2563	74	78/9٪	59/5٪	76/5٪		
آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه	141	9	405	18	34/8٪	50/0٪	1145	35	2563	74	44/7٪	47/3٪	43/5٪		
آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا خوردن با فرد مبتلا	235	13	405	18	58/0٪	72/2٪	1732	41	2563	74	67/6٪	55/4٪	66/0٪		
پاسخ به هر پنج سؤال	67	1	405	18	16/5٪	5/6٪	647	13	2563	74	25/2٪	17/6٪	23/7٪		

جدول 13: آگاهی مصرف‌کننده تزیینی مواد در شهر تهران دربارهٔ پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی

عنوان	گروه سنی	سن کمتر از 25 سال						سن 25 سال و بیشتر					
		تعداد پاسخ صحیح (نفر)		تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)		نسبت پاسخ صحیح		تعداد پاسخ صحیح (نفر)		تعداد کل پاسخ دهندگان (نفر)		نسبت پاسخ صحیح	
		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطهٔ جنسی به همسر	60	2	76	2	100٪	516	9	600	10	86٪	90٪	85٪	
آگاهی از اثر کاندوم در پیش-گیری	66	1	76	2	86٪	450٪	529	10	600	10	88٪	100٪	88٪
آگاهی از امکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا	59	1	76	2	77٪	350٪	478	9	600	10	79٪	90٪	79٪
آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه	34	0	76	2	44٪	70	394	6	600	10	65٪	6٪	62٪
آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا خوردن با فرد مبتلا	47	2	76	2	61٪	8100٪	391	9	600	10	65٪	90٪	62٪
پاسخ به هر پنج سؤال	13	0	76	2	17٪	10	186	5	600	10	31٪	50٪	29٪

جدول 14: آگاهی زنان تن‌فروش دربارهٔ پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی

نسبت پاسخ صحیح در کل سنین	سن 25 سال و بیشتر			سن کمتر از 25 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)	
	31/1٪	158	52	36/9٪	122	45	آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطهٔ جنسی به همسر
	66/1٪	158	107	63/9٪	122	78	آگاهی از اثر کاندوم در پیش‌گیری
	56/8٪	158	76	68/0٪	122	83	آگاهی از مکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا
	44/6٪	158	74	41/8٪	122	51	آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه
	64/6٪	158	106	61/5٪	122	75	آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا خوردن با فرد مبتلا
	7/9٪	158	10	9/8٪	122	12	پاسخ به هر پنج سؤال

جدول 15: آگاهی زندانیان دربارهٔ پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی^Δ

نسبت پاسخ صحیح در کل سنین و هر دو جنس	25 سال و بیشتر						کمتر از 25 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		
89/5	88/0	89/4	149	3596	124	3257	91/7	90/5	35	818	29	750	آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطهٔ جنسی به همسر	
93/4	89/8	93/8	132	3634	118	3433	81/6	92/5	32	860	24	811	آگاهی از اثر کاندوم در پیش-گیری	
81/2	91/8	80/9	135	3561	122	3064	79/5	79/8	35	850	29	725	آگاهی از امکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا	
42/5	33/4	42/5	137	3245	48	1344	78/9	42/8	31	755	22	329	آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه	
66/8	64/6	68/0	145	3575	95	2522	74/7	60/9	35	851	24	540	آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا خوردن با فرد مبتلا	
14/6	10/9	15/3	181	4264	16	801	9/3	12/4	44	1040	5	172	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 آمده است.

جدول 16: آگاهی MSM دربارهٔ پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی

عنوان	گروه سنی	سن کمتر از 25 سال			سن 25 سال و بیشتر			
		تعداد پاسخ صحیح (نفر)	تعداد کل پاسخ-دهندگان (نفر)	نسبت پاسخ صحیح	تعداد پاسخ صحیح (نفر)	تعداد کل پاسخ-دهندگان (نفر)	نسبت پاسخ صحیح	
آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطهٔ جنسی به همسر آگاهی از اثر کاندوم در پیش‌گیری آگاهی از امکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه آگاهی از عدم امکان انتقال با غذا خوردن با فرد مبتلا پاسخ به هر پنج سؤال	13	18	66/8٪	47	65	66/0٪	65/9٪	
	12	18	53/3٪	53	65	80/1٪	71/7٪	
	10	18	45/1٪	47	65	79/2٪	68/6٪	
	5	18	22/1٪	13	65	17/7٪	19/0٪	
	6	18	42/2٪	37	65	58/7٪	53/5٪	
	2	18	4/5٪	4	65	11/7٪	5/3٪	

* برای به دست آوردن نسبت‌ها در این گروه، با توجه به روش نمونه‌گیری یعنی RDS، از اعداد وزن‌دار استفاده شده است.

بحث و تفسیر شاخص:

در مورد مطالعه در زنان تن‌فروش 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 آن‌ها سابقه مصرف مواد داشته و هم‌چنین بخش قابل توجهی از ایشان فاقد محل زندگی ثابت بوده‌اند و حجم نمونه نیز کم بوده‌است⁽³⁷⁾ که این موارد قابلیت تعمیم نتایج به تمام گروه مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند را با شک مواجهه می‌سازد. 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 شده است. 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 از اچ‌آی‌وی موثر باشد.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به عدم انجام مطالعه جدید در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ارزیابی تغییرات امکان‌پذیر نیست. اگرچه مقدمات انجام دومین مطالعه زیستی- رفتاری در چارچوب نظام مراقبت اپیدمیولوژیک فراهم شده و به زودی اجرای آن آغاز خواهد شد.⁽²⁾ در مورد زنان تن‌فروش نیز مطالعه‌ای در دست انجام است ولی هنوز داده‌های آن نهایی نشده است.⁽²⁾ لذا امکان مقایسه وجود ندارد. درباره زندانیان در مقایسه با گزارش قبلی بهبودی قابل توجه دیده می‌شود. اگرچه در این مقایسه باید محتاط بود، زیرا در گزارش قبلی از مطالعه‌ای کوچک در سطح استان تهران استفاده شده است. اما در گزارش جدید از اولین مطالعه زیستی- رفتاری در چارچوب نظام مراقبت اپیدمیولوژیک استفاده شده است.

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

تقویت و استقرار کامل نظام مراقبت زیستی- 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:

1. وجود نظام مطالعات منسجم در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و راه‌اندازی این مطالعات در سایر گروه‌های در معرض خطر در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
2. تقویت دسترسی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به خدمات موجود و ایجاد امکان دسترسی زنان در معرض خطر در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
3. وجود شبکه گسترده مراقبت بهداشتی اولیه که امکان ادغام این خدمت را فراهم می‌کند.

چالش‌ها:

- دسترسی اندک به خصوص به برخی از گروه‌های در معرض بیشترین خطر به دلیل محدودیت‌های قانونی، فرهنگی و اجتماعی و انگ.

پیشنهادهای:

1. گسترش مراکز کاهش آسیب ویژه زنان به منظور افزایش دسترسی این گروه به خدمات.
2. تقویت سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه آرایه خدمات به زنان و کودکان در معرض خطر.
3. توانمندسازی و مشارکت بیشتر افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض خطر در آرایه خدمات.
4. حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه آرایه خدمات به گروه‌های در معرض بیشترین خطر.
5. گسترش مراکز گذری و تعداد تیم‌های سیار

عنوان شاخص پانزدهم: تماس جنسی قبل از سن 15 سال

تعریف شاخص:

در صد زنان و مردان جوان سنین 15-24 سال، که تماس جنسی قبل از سن 15 سالگی داشته‌اند. (در این شاخص بسته به وضعیت محلی می‌توان تماس جنسی قبل از 18 سال و گروه سنی 18-24 سال را در نظر گرفت).

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت در افزایش سن زنان و مردان جوان 15-24 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:

در مطالعه‌ای که با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در 2000 نفر از نوجوانان و جوانان سنین 10-24 سال ساکن مناطق شهری زاهدان (شیرآباد، کریم‌آباد)، تهران (اکباتان، یافت‌باد)، خرم‌آباد شمشیرآباد)، مشهد (خواجه ربیع)، قشم، بندرعباس، بم با سابقه حداقل یک سال سکونت در منطقه شهری مورد نظر در سال 1387 انجام شد، آگاهی جوانان توسط پرسشنامه استاندارد اندازه‌گیری شد. اطلاعات مورد نظر برای جوانان 15 تا 24 ساله استخراج شد.⁽³⁹⁾

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از پاسخ‌دهندگان سؤال می‌شود:

1. آیا آن‌ها هرگز ارتباط جنسی مقاربتی داشته‌اند؟

2. اگر پاسخ مثبت بود، از آن‌ها سؤال می‌شود: در چند سالگی اولین ارتباط جنسی مقاربتی داشته‌اند؟

صورت کسر: عبارت است از تعداد پاسخ‌دهندگانی (در سنین 15-24 سال) که اولین رابطه مقاربتی، در سن کم‌تر از 15 سال بوده‌اند.

مخرج کسر: تمام پاسخ‌دهندگان در سنین 15-24 سال.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه، استفاده شد.

مقدار شاخص:

بر اساس مطالعه فوق 6٪ (53 نفر از 754 نفر) مردان زیر 15 سال و 1٪ (7 نفر از 649 نفر) در زنان زیر 15 سال و 6٪ (16 نفر از 125 نفر) در مردان زیر 18 سال و 2٪ (18 نفر از 649 نفر) در زنان زیر 18 سال آمیزش جنسی داشته‌اند (جداول 17 و 18).

جدول 17: سابقه آمیزشی جنسی قبل از 15 سالگی در رده‌های سنی مختلف

سن / جنس	15-19 سال			20-24 سال		
	وجود رابطه جنسی	کل پرسش‌شوندگان	نسبت (%)	وجود رابطه جنسی	کل پرسش‌شوندگان	نسبت
زن	6	372	1/6	1	277	0/4
مرد	41	428	9/5	12	326	3/6

جدول 18: سابقه آمیزشی جنسی قبل از 18 سالگی در رده‌های سنی مختلف

سن / جنس	15-19 سال			20-24 سال		
	وجود رابطه جنسی	کل پرسش‌شوندگان	نسبت	وجود رابطه جنسی	کل پرسش‌شوندگان	نسبت
زن	15	372	4/3	3	277	1/2
مرد	73	428	17/1	52	326	15/9

بحث و تفسیر شاخص:

حجم نمونه در این مطالعه 2000 نفر بوده و مطالعه فقط در نقاط شهری انجام شده و مناطق روستایی را در برنگرفته است.⁽³⁹⁾ از سوی دیگر به هنگام سؤال به علت مسائل فرهنگی از وجود یا عدم وجود رابطه جنسی سؤال شده و نوع آن پرسیده نشده است. با این وجود پرسشگران کاملاً در باره این موضوع توجیه شده‌اند و نحوه پاسخ به سؤالات مربوط به کاندوم نیز براین دلالت می‌کند که پرسش‌شوندگان هم مفهوم سؤال را به درستی دریافته‌اند. با این وجود در تفسیر نتایج آن باید محتاط بود.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

به طور کلی شیوع روابط جنسی قابل توجه است. در مقایسه با اعداد گزارش شده در گزارش قبلی به نظر می‌رسد، افزایش اندکی در شروع روابط جنسی در پسران و عدم تغییر قابل توجه در این زمینه در دختران دیده می‌شود. اما نکته قابل توجه در این مطالعه آن است که میزان‌های شروع روابط جنسی، هم قبل از 15 سالگی و هم قبل از 18 سالگی، در گروه 15 تا 19 ساله در مقایسه با گروه 20 تا 24 ساله بیشتر است. این نکته می‌تواند هشدار دهنده باشد و بر لزوم برنامه‌های ترویج سلامت جنسی دلالت کند.

پیشنهادها برای بهبود محاسبه شاخص:

ایجاد هماهنگی سازمان‌های متولی جوانان با برنامه کنترل ایدز در زمینه تقویت مطالعات کاربردی.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادهای برای بهبود شاخص:

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

چالش‌ها:

1. موانع فرهنگی در زمینه‌ی رای‌آ آموزش‌های مرتبط.
2. ابهام در سیاست‌های آموزشی و عدم حمایت تمام مسئولین در زمینه‌ی آموزش‌های جنسی.
3. پوشش آموزش مهارت‌های زندگی هنوز پایین است.
4. وجود روحیه‌ی انکار در برابر معضلاتی که جوانان را تهدید می‌کند.
5. جوان بودن جمعیت.
6. گستردگی شبکه‌های ارتباطی که می‌تواند در صورت استفاده نادرست بر رفتارهای جنسی جوانان تأثیر مخرب بگذارد.

پیشنهادهای:

1. رای‌آ آموزش‌های مهارت‌محور در مدارس.
2. استفاده از رسانه‌های جمعی.
3. گسترش برنامه‌های تشویق به پرهیزگاری پیش از ازدواج، تشویق به ازدواج پس از رسیدن به سن قانونی و وفاداری پس از ازدواج.

عنوان شاخص شانزدهم: رفتار جنسی پُر خطر

تعریف شاخص:

درصد زنان و مردان سنین 15 تا 49 سال که در 12 ماه گذشته، با بیش از یک شریک، ارتباط جنسی داشته‌اند.

هدف شاخص:

ارزیابی میزان کاهش درصد افرادی که رفتار جنسی پُر خطر دارند.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مطالعات مبتنی بر جمعیت.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

در مطالعه‌ای که با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در 2000 نفر از نوجوانان و جوانان سنین 10-24 سال ساکن مناطق شهری زاهدان (شیرآباد، کریم‌آباد)، تهران (اکباتان، یافت‌آباد)، خرم‌آباد (شمشیرآباد)، مشهد (خواجه ربیع)، قشم، بندرعباس، بم با سابقه حداقل یک سال سکونت در منطقه شهری مورد نظر در سال 1387 انجام شد، آگاهی جوانان توسط پرسشنامه استاندارد اندازه‌گیری شد. اطلاعات مورد نظر برای جوانان 15 تا 24 ساله استخراج شد.⁽³⁹⁾

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از پاسخ‌دهندگان سؤال می‌شود:

1. آیا تا به حال در طول زندگی آمیزش جنسی داشته‌اید؟
2. اگر جواب بلی باشد؛ در 12 ماه گذشته با چند نفر مختلف آمیزش جنسی داشته‌اید؟

صورت کسر: تعداد افراد 15 تا 49 ساله‌ای که در 12 ماه گذشته با چند نفر مختلف آمیزش جنسی داشته‌اند.

مخرج کسر: تعداد کل پاسخ‌دهندگان 15 تا 49 ساله.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه، استفاده شد. به جز آن‌که در مطالعه مورد استفاده، حداکثر سن افراد تحت مطالعه 24 سال بوده است.⁽³⁹⁾

مقدار شاخص: 11/2٪ پسران و 1/2٪ دختران بیش از یک شریک جنسی داشته‌اند.

جدول 19: سابقه رابطه جنسی با بیش از یک شریک جنسی در یک سال قبل از مطالعه

سن جنس	15-19 سال			20-24 سال		
	وجود رابطه جنسی با بیش از یک شریک جنسی	کل پرسش‌شوندگان	نسبت (%)	وجود رابطه جنسی با بیش از یک شریک جنسی	کل پرسش‌شوندگان	نسبت (%)
زن	5	372	1/3	3	277	1/8
مرد	46	428	10/7	46	326	14/1

تفسیر شاخص:

حجم نمونه در این مطالعه 2000 نفر بود و مطالعه فقط در نقاط شهری انجام و مناطق روستایی را در برنگرفته است.⁽³⁹⁾ از سوی دیگر به هنگام سؤال به علت مسائل فرهنگی از وجود یا عدم وجود رابطه جنسی سؤال شده و نوع آن پرسیده نشده است. با این وجود پرسشگران کاملاً در باره این موضوع توجیه شده‌اند و نحوه پاسخ به سؤالات مربوط به کاندوم نیز بر این دلالت می‌کند که پرسش‌شوندگان، مفهوم سؤال را به درستی دریافته‌اند. با این وجود در تفسیر نتایج آن باید محتاط بود.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

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

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

راه‌اندازی مطالعات رفتاری دوره‌ای برنامه‌ریزی شده در جمعیت هدف یا گنجاندن این سؤالات در مطالعاتی که در حال حاضر از طرف برخی از سازمان‌ها مثل سازمان ملی جوانان در حال انجام است.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادهای برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

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

چالش‌ها:

1. مقاومت مسئولین در موضوع آموزش رفتارهای جنسی سالم.
2. پوشش آموزش مهارت‌های زندگی هنوز پایین است.
3. جوان بودن جمعیت و گستردگی سیستم‌های ارتباطی که می‌تواند بر رفتارهای جنسی جوانان تأثیر بگذارد.

پیشنهادهای:

1. آرایه آموزش‌های مهارت‌محور در مدارس.
2. استفاده از رسانه‌های جمعی.

3. برنامه‌های تشویق به پرهیزگاری پیش از ازدواج، تشویق به ازدواج پس از رسیدن به سن قانونی و وفاداری پس از ازدواج.

عنوان شاخص هفدهم: استفاده از کاندوم در رفتار جنسی پرخطر

تعریف شاخص:

درصد زنان یا مردان 15 تا 49 ساله‌ای که در 12 ماه گذشته رابطه جنسی با بیش از یک شریک جنسی داشته‌اند و در آخرین ارتباطشان از کاندوم استفاده کرده‌اند.

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:

در مطالعه‌ای که با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در 2000 نفر از نوجوانان و جوانان سنین 10-24 سال ساکن مناطق شهری زاهدان (شیرآباد، کریم‌آباد)، تهران (اکباتان، یافت‌آباد)، خرم‌آباد (شمشیرآباد)، مشهد (خواجه ربیع)، قشم، بندرعباس، بم با سابقه حداقل یک سال سکونت در منطقه شهری مورد نظر در سال 1387 انجام شد، آگاهی جوانان توسط پرسشنامه استاندارد اندازه‌گیری شد. اطلاعات مورد نظر برای جوانان 15 تا 24 ساله استخراج شد.⁽³⁹⁾

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از پاسخ دهندگان پرسیده می‌شود:

1. آیا تا به حال در طول زندگی آمیزش جنسی داشته‌اند؟ و اگر جواب بلی باشد:
2. در 12 ماه گذشته با چند نفر مختلف آمیزش جنسی داشته‌اید؟ و اگر جواب بیش از یک باشد:
3. آیا شما یا شریکتان در آخرین آمیزش جنسی با یکدیگر از کاندوم استفاده کرده‌اید؟

صورت کسر: تعداد افراد 15 تا 49 ساله‌ای که در 12 ماه گذشته با چند نفر مختلف آمیزش جنسی داشته‌اند و هم‌چنین از کاندوم در آخرین بار استفاده کرده‌اند.

مخرج کسر: تعداد کل پاسخ‌دهندگان 15 تا 49 ساله که در 12 ماه گذشته با چند نفر مختلف آمیزش جنسی داشته‌اند.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه، استفاده شد. به جز آن‌که در مطالعه مورد استفاده، حداکثر سن افراد تحت مطالعه، 24 سال بوده است.

مقدار شاخص:

55/4٪ مردان 15 تا 24 ساله دارای بیش از یک شریک جنسی در یک سال قبل از مطالعه در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند. در زنان به علت کوچک بودن اعداد، ارایه نسبت قابل اعتمادی امکان‌پذیر نیست (جدول 20).

جدول 20: سابقه استفاده از کاندوم در رابطه جنسی در افراد با سابقه رابطه جنسی بیش از یک شریک جنسی در یک سال قبل از

مطالعه

سن / جنس	15-19 سال			20-24 سال		
	وجود رابطه جنسی با بیش از یک شریک جنسی	استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی	نسبت استفاده از کاندوم (٪)	وجود رابطه جنسی با بیش از یک شریک جنسی	استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی	نسبت استفاده از کاندوم (٪)
زن	5	3	-	3	2	-
مرد	46	24	52٪	46	27	58/6٪

تفسیر شاخص:

حجم نمونه در این مطالعه 2000 نفر بوده و مطالعه فقط در نقاط شهری انجام و مناطق روستایی را در برنگرفته است.⁽³⁹⁾ از سوی دیگر به هنگام سؤال به علت مسائل فرهنگی از وجود یا عدم وجود رابطه جنسی سؤال شده و نوع آن پرسیده نشده است. با این وجود پرسشگران کاملاً در باره این موضوع توجیه شده‌اند و نحوه پاسخ به سؤالات مربوط به کاندوم نیز بر این امر دلالت می‌کند که پرسش‌شوندگان هم، مفهوم سؤال را به درستی دریافته‌اند. با این وجود در تفسیر نتایج آن باید محتاط بود.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

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

پیشنهادهای 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 باید ترتیبی اتخاذ شود تا در مطالعات موردی و پراکنده‌ای که در کشور صورت می‌گیرد از سؤال‌های مورد نظر و مناسب که بتواند جواب دقیقی در خصوص شاخص مورد بحث به ما بدهد استفاده شود. همچنین درکنار این اقدام توصیه می‌شود سازوکاری برای ایجاد بانک اطلاعاتی پژوهش‌های انجام شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 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:

1. وجود امکانات بالقوه، نهادهای متعدد با پوشش فراگیر در کشور به منظور آموزش به جمعیت کثیر جوانان 15-24 سال در راستای اجرای برنامه‌های پیش‌گیری از اچ‌ای‌وی.

2. رایگان بودن رایۀ کاندوم در مراکز دولتی خدمات سلامت.
3. وجود برنامه‌های بهداشت باروری گسترده در سطح کشور که رایۀ برنامه‌های پیش‌گیری به صورت ادغام شده را می‌دهد.
4. افزایش دسترسی به کاندوم و تنوع بیشتر مراکز عرضه کاندوم.

چالش‌ها:

1. مقاومت برخی از مسئولین در موضوع آموزش پیش‌گیری از رفتارهای جنسی پُرخطر.
2. پوشش آموزش مهارت‌های زندگی هنوز پایین است.
3. جوان بودن جمعیت و گستردگی سیستم‌های ارتباطی که می‌تواند بر رفتارهای جنسی جوانان تأثیر بگذارد.
4. دسترسی به کاندوم در برخی از گروه‌های سنی و جنسی می‌تواند با انگ و عار یا دشواری همراه باشد.
5. نگرش منفی نسبت به استفاده از کاندوم در گروهی از مردم.
6. شناخت ناکافی از کاندوم و مهارت ناکافی در استفاده از آن.

پیشنهادهای:

1. رایۀ آموزش‌های مهارت‌محور در مدارس.
2. افزایش مشارکت رسانه‌های جمعی.
3. دسترسی مناسب و توأم با آموزش درباره کاندوم برای گروه هدف.
4. ایجاد حساسیت و جلب مشارکت نهادهای مرتبط با جوانان در این زمینه.

عنوان شاخص هجدهم: مصرف کاندوم در تن فروشان

تعریف شاخص:

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

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت در پیش‌گیری از مواجهه با آ‌ی‌وی از راه ارتباط جنسی محافظت نشده با مشتریان در بین تن فروشان.

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 بین زنان تن فروش در بهار سال 1386 در شهر تهران صورت گرفت، استفاده شد⁽³⁶⁾. در مورد مشخصات این مطالعه در شاخص هشتم توضیحات بیشتری ارائه شده است.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از مصاحبه شوندگان باید پرسیده شود:

آیا طی 12 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 تن فروشی را 12 ماه گذشته گزارش کرده‌اند.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

از همان روش توصیه، استفاده شده است.

مقدار شاخص:

تعداد افراد مورد بررسی 280 نفر زن تن فروش بوده، که از این تعداد 154 زن (55/0٪) در آخرین آمیزش جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند⁽³⁶⁾ (جدول 21).

جدول 21: زنان تن فروشی که در آخرین آمیزش جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند

سن 25 سال و بیشتر			سن زیر 25 سال			سن / گروه
نسبت	کل	استفاده از کاندوم	نسبت	کل	استفاده از کاندوم	
52/0٪	158	82	59/0٪	122	72	زنان تن فروش

همان‌طور که قبلاً نیز ذکر شد در رابطه با استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی مردان تن‌فروش هیچگونه مطالعه‌ای وجود ندارد.

بحث و تفسیر شاخص:

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

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به این‌که در زمان تهیه این گزارش مطالعه جدیدی در دست نبوده امکان مقایسه وجود ندارد. با این وجود در حال حاضر مطالعه‌ای در زمینه رفتارهای جنسی در زنان تن‌فروش در سطح پایتخت در حال انجام است که نتایج آن به زودی منتشر خواهد شد.

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

تقویت و استقرار کامل نظام مراقبت زیستی- 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:

1. دیدگاه مثبت برخی از صاحب‌منصبان سیاسی و مدیران سلامت و اجتماعی در خصوص برنامه‌های پیش‌گیری و مراقبت درمانی در تن‌فروشان.
2. وجود کلینیک‌های مثلثی، متادون، DICها و راه‌اندازی مراکز ویژه زنان که امکان دسترسی به این گروه را بیشتر می‌کند.
3. افزایش آگاهی عمومی.
4. آگاهی نسبتاً خوب زنان تن‌فروش مورد مصاحبه قرار گرفته (اگرچه این عده محدود الزاماً نشان‌دهنده کل افراد این گروه نیستند).

چالش‌ها:

1. امتناع مشتریان تن‌فروشان در استفاده از کاندوم.
2. ضعف برنامه جامع برای پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی در زنان تن‌فروش و محدودیت دسترسی به تن‌فروشان.

پیشنهادهای:

1. تقویت برنامه پیشنهادی برای زنان تن‌فروش به گونه‌ای که خدمات ارایه شده ضمن پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی در آن‌ها به توانمندسازی و کاهش تعداد آن‌ها بیانجامد.
2. استفاده از سیستم‌های متنوع ارایه خدمات نظیر تیم‌های سیار و گروه‌های هم‌سان، جلب مشارکت بخش خصوصی و ...

عنوان شاخص نوزدهم: استفاده از کاندوم در مردانی که با مرد دیگر رابطه جنسی دارند 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 شده است.⁽³⁷⁾ در مورد مشخصات این مطالعه در شاخص نهم توضیحات بیشتری ارائه شده است.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

در یک مطالعه رفتاری نمونه‌ای از MSM، پاسخگویان در رابطه با شرکای جنسی در 6 ماه گذشته، آمیزش جنسی با شرکای هم‌جنس و نیز استفاده از کاندوم در آخرین آمیزش جنسی با آنان مورد سؤال 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 6 ماه گذشته گزارش کرده‌اند.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

در مطالعه انجام شده توسط یک مرکز تحقیقاتی، استفاده از کاندوم در آخرین تماس جنسی 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 25 سال 5 نفر از 8 نفر در آخرین رابطه جنسی با مرد تن‌فروش از کاندوم استفاده کرده بودند که با توجه به روش نمونه‌گیری که RDS بوده است، باید از عدد 4/9 بر روی 6/1 (80/3٪) استفاده شود. در گروه بالای 25 سال 18 نفر از 49 نفر بوده است که باید از عدد 15/8 بر روی 46/8 (33/8٪) استفاده شود. برای شریک جنسی گذری مقدار شاخص در گروه زیر 25 سال 5 نفر از 11 نفر بوده است که با

توجه به روش نمونه‌گیری که RDS بوده است باید از عدد 3/4 بر روی 8 (42/5) استفاده شود. در گروه بالای 25 سال 24 نفر از 68 نفر بوده است که باید از عدد 26/8 بر روی 70/1 (38/2) استفاده شود.

بحث و تفسیر شاخص:

باید توجه داشت جمعیت مورد مطالعه MSM، گروه بسیار محدود و خاصی از آنان بوده‌اند که اکثریت آن‌ها سابقه مصرف مواد داشته و همچنین بخش قابل توجهی از آن‌ها فاقد محل زندگی ثابت بوده‌اند و حجم نمونه نیز کم بوده‌است⁽³⁷⁾ که این موارد قابلیت تعمیم نتایج به تمام گروه مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند را با تردید مواجهه می‌کند.

تغییر در مقدار شاخص در مقایسه با گزارش قبلی

در گزارش قبلی نیز از همین مطالعه استفاده شده و مقدار شاخص برای این گروه از مردان محاسبه نشده بود.

تفسیر شاخص:

اطلاعات بسیار کمی از وضعیت رفتارهای جنسی این گروه وجود دارد.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

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

چالش‌ها:

1. اطلاعات بسیار ناچیز از وضعیت MSM.
2. تولید اطلاعات.

پیشنهادهای:

- تلاش برای شروع حداقل دسترسی غیرمستقیم به این گروه، از طریق افزایش پوشش همه گروه‌های پُرخطر.

عنوان شاخص بیستم: 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 انجام شده در تابستان سال 1386 (در سطح ملی)، استفاده شد.⁽⁷⁾ در مورد مشخصات این در شاخص هشتم توضیحات بیشتری ارائه شده است.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از افراد گروه هدف موارد زیر پرسیده می‌شود:

1. آیا در طی ماه گذشته تزریق مواد داشته‌اید؟
2. اگر بله؛ آیا در طی ماه گذشته آمیزش جنسی داشته‌اید؟
3. 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، به جز آن‌که در مورد آخرین رابطه جنسی به جای یک ماه گذشته، یک سال گذشته سؤال شده است.

مقدار شاخص:

در دیده‌وری انجام شده در سطح کشور، از میان 2063 مصرف‌کننده تزریقی مواد که در یک ماه قبل از مطالعه تزریق داشته‌اند، 1583 نفر (76/7٪) در یک سال قبل از مطالعه رابطه جنسی داشته‌اند که میزان استفاده از کاندوم در آن‌ها برای کل ایران و شهر تهران در جداول 22 و 23 آورده شده است.

جدول 22: استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در ایران

جنس	سن کمتر از 25 سال			سن 25 سال و بیشتر		
	N1 α	N2 $^{\circ}$	نسبت	N1 α	N2 $^{\circ}$	نسبت
مرد	203	70	70/34/5	1346	439	439/32/6
زن	7	2	2/28/6	26	8	8/30/8

N1 α : تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق و در یک سال اخیر نزدیکی داشته‌اند.

N2 $^{\circ}$: تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق و در یک سال اخیر نزدیکی داشته و در آخرین نزدیکی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند.

جدول 23: استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در شهر تهران

جنس	سن کمتر از 25 سال			سن 25 سال و بیشتر		
	N1 α	N2 $^{\circ}$	نسبت	N1 α	N2 $^{\circ}$	نسبت
مرد	22	10	10/45/5	189	72	72/38/1
زن	0	0	غیر قابل محاسبه	1	1	1/100

N1 α : تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق و در یک سال اخیر نزدیکی داشته‌اند.

N2 $^{\circ}$: تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق و در یک سال اخیر نزدیکی داشته و در آخرین نزدیکی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند.

بحث و تفسیر شاخص:

به طور کلی حدود 33٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در ایران در آخرین رابطه جنسی‌شان از کاندوم استفاده کرده‌اند. در مردان در سنین زیر و بالای 25 سال، نسبت‌های مشابهی به دست آمده است. در زنان نیز اگرچه نسبت‌های مشابهی مشاهده می‌شود، ولی به علت حجم اندک نمونه، نمی‌توان نتیجه‌گیری کرد. در تهران حدود 39٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین رابطه جنسی‌شان از کاندوم استفاده کرده‌اند. در مردان بالای 25 سال نتایج مشابه است، ولی در زنان و مردان زیر 25 سال به علت حجم اندک نمونه، نمی‌توان چنین نتیجه‌ای گرفت.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به عدم انجام مطالعه جدید در مصرف کنندگان تزریقی مواد ارزیابی تغییرات امکان‌پذیر نیست. اگرچه مقدمات انجام دومین مطالعه زیستی- رفتاری در چارچوب نظام مراقبت اپیدمیولوژیک فراهم شده و به زودی اجرای آن آغاز خواهد شد.⁽²⁾

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

تقویت و استقرار کامل نظام مراقبت زیستی- 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:

1. وجود نظام مراقبت زیستی- رفتاری در این گروه.

2. گسترش قابل توجه شبکه رایانه خدمات به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در فاصله گزارش قبلی تاکنون.
3. رایگان بودن خدمات پیش‌گیری از جمله رایانه کاندوم در مراکز فوق‌الذکر.
4. وجود شبکه گسترده مراقبت بهداشتی اولیه که امکان ادغام را فراهم می‌کند.

چالش‌ها:

1. موانع آموزش‌پذیری این گروه.
2. عدم تمایل به استفاده از کاندوم در این گروه.
3. شناخت ناکافی از کاندوم و مهارت ناکافی در استفاده از آن.

پیشنهادهای:

1. حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه رایانه خدمات به گروه‌های در معرض بیشترین خطر.
2. جلب مشارکت افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر در آگاه‌سازی و استفاده از مشارکت هم‌سانان.
3. ترویج و توزیع کاندوم همراه با آموزش به مراجعین مراکز بهداشتی-درمانی و درمانگاه‌های ترک اعتیاد دولتی و خصوصی.
4. گسترش مراکز گذری و تعداد تیم‌های سیار.
5. آموزش سلامت جنسی به عنوان جزئی لاینفک از رایانه خدمات به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد.

عنوان شاخص بیست و یکم: تزریق سالم در مصرف کنندگان تزریقی مواد

تعریف شاخص:

درصد استفاده کنندگان تزریقی مواد که استفاده از وسایل تزریقی استریل را در طی آخرین تزریق خود، گزارش 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 مطالعه زیستی- رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد که در تابستان سال 1386 در سطح ملی صورت گرفت، استفاده شد.⁽⁷⁾ در این زمینه در شاخص هشتم توضیحات بیشتری ارائه شده است.

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

پاسخگویان مورد سؤالات ذیل قرار می‌گیرند:

1. آیا در طی ماه گذشته تزریق مواد داشته‌اید؟
2. 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، استفاده شده است.

مقدار شاخص:

به طور کلی حدود 74/5٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین تزریق خود از سرنگ و سوزن نو (استریل) استفاده کرده‌اند. مقدار شاخص به تفکیک برای کل ایران و شهر تهران و به تفکیک جنس، سن و همچنین به تفکیک تزریق استریل و تزریق سالم‌تر در جداول 24 و 25 آورده شده است:

جدول 24: استفاده از تزریق کم خطرتر در آخرین تزریق در مصرف کنندگان تزریقی ایران

سن / جنس	سن کمتر از 25 سال					سن 25 سال و بیشتر				
	N_1^a	N_2^b	N_3^c	نسبت تزریق استریل	نسبت تزریق سالم تر β	N_1^a	N_2^b	N_3^c	نسبت تزریق استریل	نسبت تزریق سالم تر β
مرد	218	57	283	٪77/0	٪97/0	1264	336	1698	٪74/4	٪94/2
زن	7	4	11	٪63/6	٪100	27	13	44	٪61/4	٪85/1

N_1^a : تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق کرده و در آخرین تزریق از سرنگ استریل استفاده کرده اند.
 N_2^b : تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق کرده و در آخرین تزریق از سرنگی که قبلاً فقط مورد استفاده خودشان بوده، استفاده کرده اند.
 N_3^c : 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 است.

جدول 25: استفاده از تزریق کم خطرتر در آخرین تزریق در مصرف کنندگان تزریقی شهر تهران

سن / جنس	کمتر از 25 سال					25 سال و بیشتر				
	N_1^a	N_2^b	N_3^c	نسبت تزریق استریل	نسبت تزریق سالم تر β	N_1^a	N_2^b	N_3^c	نسبت تزریق استریل	نسبت تزریق سالم تر β
مرد	24	8	33	٪72/7	٪96/7	236	34	283	٪83/4	٪95/4
زن	0	0	0	غیر قابل محاسبه	غیر قابل محاسبه	1	0	1	٪100	٪100

N_1^a : تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق کرده و در آخرین تزریق از سرنگ استریل استفاده کرده اند.
 N_2^b : تعداد مصرف کنندگان تزریقی که در یک ماه اخیر تزریق کرده و در آخرین تزریق از سرنگی که قبلاً فقط مورد استفاده خودشان بوده، استفاده کرده اند.
 N_3^c : 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 است.

بحث و تفسیر شاخص:

به طور کلی حدود 95٪ 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 25 سال، نسبت های مشابهی به دست آمده است. در زنان نیز اگر چه نسبت های مشابهی مشاهده می شود، ولی به علت حجم اندک نمونه، نمی توان نتیجه گیری کرد. در تهران بیش از 95٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین تزریق خود از سرنگ مشترک استفاده نکرده اند. در مردان بالای 25 سال نتایج مشابه است، ولی در زنان و مردان زیر 25 سال به علت حجم اندک نمونه، نمی توان چنین نتیجه ای گرفت.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به عدم انجام مطالعه جدید در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، ارزیابی تغییرات امکان‌پذیر نیست. مقدمات انجام دومین مطالعه زیستی- رفتاری در چارچوب نظام مراقبت اپیدمیولوژیک فراهم شده و به زودی اجرای آن آغاز خواهد شد.⁽²⁾

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

تقویت و استقرار کامل نظام مراقبت زیستی- 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:

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

چالش‌ها:

1. سخت در دسترس بودن مصرف‌کنندگان تزریقی مواد.
2. توجه ناکافی به کیفیت خدمات کاهش آسیب.
3. گسترش ناکافی پوشش خدمات کاهش آسیب با توجه به گستردگی مشکل.

پیشنهادهای:

1. حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه ارایه خدمات به گروه‌های در معرض بیشترین خطر.
2. جلب مشارکت افراد متعلق به جمعیت‌های در معرض بیشترین خطر در آگاه‌سازی و استفاده از مشارکت هم‌سانان.
3. گسترش مراکز گذری و تعداد تیم‌های سیار.
4. برنامه آموزش "هر تزریق، یک سرنگ نو" در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که هنوز تحت پوشش برنامه‌های درمان مواد قرار نگرفته و به مصرف تزریقی مواد ادامه می‌دهند.

د

شاخص‌های مربوط به پیامد

عنوان شاخص بیست و دوم: کاهش شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی

تعریف شاخص:

در صد جوانان سنین 24- 15 سال مبتلا به اچ‌آی‌وی.

هدف شاخص:

ارزیابی پیشرفت به سمت کاهش ابتلا به اچ‌آی‌وی.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

مراقبت دیده‌وری اچ‌آی‌وی.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

همان روش توصیه، استفاده شده است.

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 24- 15 ساله) که نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی آن‌ها مثبت بوده است.

مخرج کسر: تعداد افراد تحت مراقبت کلینیک‌های بارداری (24-15 ساله) که آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده‌اند.

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

همان روش توصیه، استفاده شده است.

مقدار شاخص:

در 29 دیده‌وری که در 9 شهر کشور و در میان 5235 زن باردار در سال‌های 1376 تا 1387 انجام شده، هیچ فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی نشده است.⁽⁵⁾

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 نشده است.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

با توجه به روند دیده‌وری‌ها در طی این سال‌ها به نظر نمی‌آید تغییر قابل توجهی در شیوع اچ‌آی‌وی در زنان باردار رخ داده باشد.

پیشنهادهای برای بهبود محاسبه شاخص:

ادامه و تقویت استقرار دیده‌وری فوق‌الذکر.

نقاط قوت، چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

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

چالش‌ها:

1. شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بالا است.
2. بسیاری از آن‌ها از نظر جنسی فعالند و استفاده از کاندوم در آن‌ها مطلوب نیست. نشانه‌هایی از افزایش انتقال جنسی اچ‌آی‌وی مشاهده می‌شود. نسبت سابقه آمیزشی جنسی در جوانان قابل توجه است. این مجموعه می‌تواند برای گسترش شیوع اچ‌آی‌وی در ایران بسیار خطرناک باشد.

پیشنهادهای:

- در حال حاضر مهم‌ترین عامل نگرانی در مورد از کنترل خارج شدن همه‌گیری اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی، رفتارهای پرخطر جنسی در بخش‌هایی از جوانان، جمعیت عمومی و برخی از گروه‌های جمعیتی مثل تن‌فروشان، 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 به خصوص 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 کرد. همچنین ازدواج‌های با ثبات و تقویت نهاد خانواده می‌تواند نقش مهمی در پیش‌گیری اچ‌آی‌وی داشته باشد.

عنوان شاخص بیست و سوم: 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:

دستورعمل‌های نظام مراقبت بر پایه نمونه‌گیری در گروه‌های جمعیتی.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

طبق دومین برنامه استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1386-1388)، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تن‌فروشان مهم‌ترین گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر هستند⁽¹¹⁾. لذا تلاش شده شاخص برای این دو گروه مجزا محاسبه شود. MSM نیز اصولاً یک گروه جمعیتی در معرض بیشترین خطر محسوب می‌شود و به همین علت تلاش شده تا تصویری از وضعیت آنان ارائه شود. در مورد زندانیان، اگرچه اقامت در زندان به خودی 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 شده شاخص برای این گروه جمعیتی نیز محاسبه شود. 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 زیرگروه‌های جمعیتی متفاوت موجود در زندان است. از این رو اعداد محاسبه شده شاخص برای آنان با اعداد مشابه در سایر گروه‌های جمعیتی قابل مقایسه نیست.

برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از نتایج یک مطالعه زیستی- رفتاری که در تابستان سال 1386 در سطح ملی با کمک مراکز تحقیقاتی صورت گرفت، استفاده شد⁽⁷⁾. این مطالعه، بخشی از یک مراقبت ادغام یافته زیستی- رفتاری اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. این مطالعه در حوزه تحت پوشش ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی واقع در ۱۱ استان کشور که تلاش شد تا نمایانگر کل کشور باشند، بر اساس روش نمونه‌گیری محل- زمان اجرا شد. برای محاسبه شاخص در زندانیان نیز از نتایج یک مطالعه زیستی- رفتاری اجرا شده در چارچوب نظام ادغام یافته مراقبت اپیدمیولوژیک در تابستان 1388، استفاده شد⁽⁶⁾. برای ارائه تصویری از شیوع اچ‌آی‌وی در تن‌فروشان زن از برخی مطالعات پراکنده⁽⁴²⁾ و چند دیده‌وری کوچک که در تهران و چند شهر دیگر انجام شده بود، استفاده شد.⁽⁵⁾

روش توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

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

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

روش استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص در این گزارش:

همان روش توصیه، استفاده شده است.

مقدار شاخص:

1. **در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد:** در دیده‌وری فوق‌الذکر شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در کل کشور 14/3٪ (415 نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی از میان کل 2899 نفری که آزمایش داده‌اند، شامل 406 مرد از میان 2815 نفر یعنی 14/4٪ مردان و 9 زن از میان 84 نفر یعنی 10/7٪ زنان و 9/4٪ افراد زیر 25 سال و 15/1٪ افراد 25 سال و بیشتر) و در شهر تهران 12/3٪ (18 نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی از میان 149 نفری که بررسی شده‌اند) بوده است.⁽⁷⁾
2. **در زندانیان:** شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان، در آخرین مطالعه زیستی- رفتاری در سال 1388 در مردان زندانی 1/27٪ و در زنان زندانی 0.75٪ بوده است.⁽⁶⁾
3. **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 به طور قطع به حد بحرانی 5٪ نرسیده است. اگر چه نتایج پایش برنامه ملی در سال 1388 در 10 استان حاکی از آن است که زنان تن‌فروشی برای دریافت خدمات مشاوره و آزمایش به مراکز دولتی مراجعه کرده‌اند، در سال‌های 1386 و 1387 به ترتیب 5٪ و 7٪ مبتلا به اچ‌آی‌وی بوده‌اند.⁽⁸⁾ میزان هم‌زمانی مصرف تزریقی مواد در این گروه در این مطالعه مشخص نیست. برخی مطالعات 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.
4. **در MSM:** درباره شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند، مطالعات بسیار محدودند و نمی‌توانند به نتیجه‌گیری قابل تعمیم منجر شوند.

تغییرات در شاخص از زمان گزارش قبلی:

1. **مصرف‌کنندگان تزریقی مواد:** شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در اواخر دهه هفتاد و اوائل دهه هشتاد شمسی رشدی سریع را تجربه کرد و از حد بحرانی 5٪ گذشت⁽⁴⁾. 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 هرگونه برنامه کاهش آسیب⁽⁴³⁾، نرسید.
2. **زندانیان:** شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان نیز الگویی شبیه به آن‌چه در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ذکر شد، تجربه کرده است؛ اما مقدار شیوع همواره پایین‌تر بوده است.
3. **زنان تن‌فروش:** داده‌های اندک موجود حاکی از آن است که شیوع اچ‌آی‌وی در طی این سال‌ها افزایش نیافته است. اما در این تفسیر باید بسیار محتاط بود.

پیشنهادهای 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 پیشنهادهای برای بهبود شاخص:

نقاط قوت:

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

چالش‌ها:

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

پیشنهادهای:

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

عنوان شاخص بیست و چهارم: بقاء پس از 12 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 12 ماه پس از شروع درمان ضد رتروویروسی هنوز تحت درمان هستند و به حیات خود ادامه می‌دهند.

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

ابزارهای پایش برنامه.

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص:

از همان ابزار توصیه شده، استفاده شده است.

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 12 ماه پس از شروع درمان ضد رتروویروسی، هنوز بر روی درمان بوده 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 شده است. صرف‌نظر 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 شده است.

مقدار شاخص: مقادیر شاخص بر اساس سیستم ثبت درمان ضد رتروویروسی⁽⁴⁴⁾ برای سال‌های 1379 تا انتهای سال

1387 در جدول 26 آورده شده است:

جدول 26: میزان بقای 12 ماه پس از شروع درمان در مبتلایان به اچ‌آی‌وی

سال	تعداد شروع درمان در سال مذکور بر حسب جنس			بقای بر درمان 12 ماه بعد از شروع بر حسب جنس (تعداد (%))		
	کل	زن	مرد	کل	زن	مرد
1379	5	1	4	5(100%)	1(100%)	4(100%)
1380	7	2	5	7(100%)	2(100%)	5(100%)
1381	15	4	11	14(93%)	4(100%)	10(91%)
1382	27	9	18	22(81%)	8(89%)	14(78%)
1383	143	21	122	117(82%)	20(95%)	97(80%)
1384	136	22	114	119(88%)	18(82%)	101(86%)
1385	280	43	237	239(85%)	41(95%)	198(84%)
1386	352	58	294	283(80%)	49(84%)	234(80%)
1387	514	88	426	358(70%)	63(72%)	295(69%)

بحث و تفسیر شاخص:

بقای 70 درصدی بر درمان 12 ماهه، نیاز به بهبود دارد.

تغییرات شاخص از زمان گزارش قبلی:

به نظر می‌آید با افزایش افراد تحت درمان و در سال‌های اخیر، ریزش درمان بیشتر شده است. در آنالیز اعداد سیستم ثبت درمان ضد رتروویروسی، به نظر می‌آید با گذشت زمان، سهم مردان مصرف‌کننده مواد افزایش یافته و هم‌زمان مرگ و میر و هم‌چنین ترک درمان نیز افزایش یافته است. نقش سایر علل مرگ و میر در مصرف‌کنندگان مواد، عدم پایبندی به درمان، تأخیر در شروع درمان، وجود مقاومت‌های ویروسی یا سایر عوامل در افزایش ریزش از درمان به خوبی معلوم نیست و بررسی دقیق علل این امر نیاز به مطالعات تکمیلی دارد.

پیشنهاد برای بهبود محاسبه شاخص:

تقویت نظام اطلاعات بالینی.

چالش‌ها و پیشنهادها برای بهبود شاخص:

چالش‌ها:

1. 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.
2. تمکین کمتر بیماران در مصرف دارو در بخش بزرگی از بیماران یعنی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، می‌تواند منجر به کاهش بقای بیماران در درمان شود.

3. قرار گرفتن قسمت اعظم بیماران در دسته مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در کشور ایران که با توجه به میزان مرگ و میر بالاتر این افراد نسبت به جمعیت عمومی باعث کاهش میزان بقا می‌شود.

پیشنهادهای:

1. گسترش آرایه درمان نگهدارنده با متادون در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به منظور افزایش تمکین آنان به درمان.
2. بهبود حساسیت سیستم آرایه خدمات سلامت در درمان عفونت‌های فرصت‌طلب.
3. آرایه حمایت روانی- اجتماعی برای افزایش پایبندی به درمان.
4. راهاندازی مطالعاتی برای تعیین علل ریزش از درمان.

عنوان شاخص بیست و پنجم: کاهش در انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک

هدف شاخص: ارزیابی روند حذف انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک

تعریف شاخص: درصد نوزادانی که از مادران مبتلا متولد و به اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند

ابزار توصیه شده برای اندازه‌گیری شاخص:

اسپکتروم و سایر روش‌های تخمین که از پوشش برنامه استفاده می‌کنند

ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شاخص:

تلاش شده تا ابزاری شبیه به ابزار توصیه شده استفاده شود.

مقدار شاخص:

متغیرهای مورد نیاز:

تعداد نوزادانی که در سال 1387 درمان پیش‌گیرانه دریافت کرده‌اند: 25 نفر⁽⁴⁴⁾

تخمین تعداد نوزادانی که از مادران مبتلا زایمان شده‌اند بر اساس محاسبه با نرم‌افزار اسپکتروم (در حالت بینابینی) در سال 1387: 118 نفر⁽¹⁰⁾

میانگین میزان انتقال بدون درمان: 25٪⁽³³⁾

میانگین میزان انتقال با درمان: 2٪⁽³³⁾

محاسبات:

$$118 = 20 + [25 * 2\%] + [(118 - 25) * 25\%]: \text{تخمین تعداد مبتلایان با درمان}$$

$$118 * 25\% = 29: \text{تخمین تعداد مبتلایان بدون درمان}$$

$$0.31 = 29 / [29 - 20]: \text{تخمین سهم درمان در کاهش انتقال}$$

مقدار شاخص:

سهم درمان در کاهش انتقال: 31٪

بهترین تجربه

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

جمهوری اسلامی ایران از هنگام شروع همه‌گیری تاکنون به اقدامات متنوعی در زمینه کنترل اچ‌آی‌وی دست زده است. برخی از این فعالیت‌ها دارای ویژگی‌ها یا خلاقیت‌هایی بوده که باعث شده در سطح ملی یا بین‌المللی جایگاه ویژه‌ای برای این تجربیات قائل شوند. جلب حمایت سیاست‌گزاران در زمینه کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، راه‌اندازی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، اجرای برنامه پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی در زندان‌ها، گسترش برنامه درمان نگاه‌دارنده متادون، ایجاد پوشش بیمه درمانی برای مبتلایان، راه‌اندازی مراکز پیش‌گیری ویژه زنان در معرض بیشترین خطر از مهم‌ترین این فعالیت‌ها است. تاکنون راه‌اندازی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و تجربه زندان‌ها به عنوان نمونه‌هایی موفق مورد تأیید ناظرین بین‌المللی قرار گرفته و مستندات آن به منظور معرفی به سایر کشورهای جهان منتشر شده است. در زمینه مراکز ارائه خدمات به زنان در معرض بیشترین خطر نیز هم اکنون گزارشی از سوی سازمان جهانی بهداشت در دست تهیه است. خلاصه چند مورد از موارد پیش‌گفت در زیر آورده شده است:

- **جلب حمایت مسئولین از برنامه‌های پیش‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی:** به علت نگرش‌های متفاوت در مورد مصرف مواد، اتخاذ سیاست مناسب در مورد نحوه برخورد با این مسئله در سراسر جهان با چالش‌هایی رو به رو بوده است. بسیاری از کشورها با هدف دستیابی به جامعه عاری از اعتیاد، بر برخورد قانونی با مصرف‌کنندگان مواد پُرخطر تأکید دارند. این در حالی است که برنامه‌های کنترل ایدز در جهان، ضمن پذیرش ضرورت برخورد قانونی برای کنترل عرضه، بر ضرورت اتخاذ سیاست‌هایی برای کنترل تقاضا و کاهش آسیب‌های ناشی از مواد و حقوق تمام اقشار جامعه برای دسترسی به خدمات پیش‌گیری و درمان اچ‌آی‌وی تأکید دارد. گسترش این دیدگاه به اقدامات بسیار مهمی در راستای جلب حمایت مسئولان عالی‌رتبه سیاسی و مذهبی از دهه هشتاد آغاز شد. این جلب حمایت موجب تأثیر چشم‌گیر در تسهیل و گسترش ارائه خدمات کاهش آسیب به مصرف‌کنندگان مواد شد. از جمله این حمایت‌ها به بخشنامه‌های ریاست قوه قضائیه در زمینه حمایت از برنامه‌های کاهش آسیب در سال 1384 می‌توان اشاره کرد.⁽¹⁷⁾ در این بخش‌نامه با تأکید بر این‌که توزیع سرنگ و وسایل بهداشتی برای تزریق مواد روانگردان از مصادیق مشارکت در

جرم به شمار نمی‌رود، قضات مکلف شده‌اند که مانع اجرای این برنامه‌ها نشوند. هم‌چنین رئیس قوه قضائیه دستورالعملی برای تشویق گسترش برنامه‌های کاهش آسیب در زندان‌ها و عدم زندانی کردن افراد به علت مصرف مواد صادر کرد.⁽¹⁸⁾ بررسی جرم‌زدایی نسبی از اعتیاد و تلاش برای کاهش ورود مصرف‌کنندگان مواد به زندان‌ها و تعداد زندانیان اقدامات عملی است که به کاهش آسیب‌زایی مواد منجر خواهد شد.

- **مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری⁽⁴⁵⁾:** 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 سراسر کشور گسترش یافت. در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری به مصرف تزریقی مواد با رویکرد کاهش آسیب نگرین می‌شود. در این مراکز خدمات درمان، مشاوره و پیش‌گیری از بیماری‌های آمیزشی ارائه می‌شود. هم‌چنین خدمات درمان، مراقبت، پیش‌گیری و حمایت از مبتلایان به اچ‌آی‌وی نیز ارائه می‌شود. 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⁽⁴⁶⁾: اواخر دهه گذشته با تغییری تدریجی در دیدگاه‌های مسئولان و کارکنان زندان‌ها نسبت به موضوع سلامت در زندان‌ها و تلاش برای بهبود استانداردهای مراقبت و درمان همراه بود. این دیدگاه منجر شد که سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور تلاش کند تا همان خدماتی که در زمینه کاهش آسیب در جامعه ارائه می‌شود را در زندان‌ها ارائه دهد. در برخی از زمینه‌ها رایه این خدمات در زندان‌ها حتی از جامعه نیز پیشی گرفته است. این خدمات با راه‌اندازی کلینیک‌های مثلثی در زندان‌ها شروع شد و متعاقباً با رایه کلر، رایه تیغ ریش‌تراشی یک‌بار مصرف، آگاهی‌رسانی آموزش و مشاوره، گسترش اطاق‌های ملاقات شرعی برای ملاقات زندانیان با همسران خود، تسهیل دسترسی به کاندوم، رایه آموزش‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی و درمان نگه‌دارنده متادون ادامه یافت. پوشش درمان نگه‌دارنده متادون آن‌چنان با سرعت گسترش یافت که ظرف چهار سال پس از شروع آن به صورت از یک پروژه آزمایشی 100 نفره در سال 1382 به بیش از 10000 نفر در سال 1386 رسید.⁽⁴⁾ در انتهای سال 1387، 25407 نفر در زندان‌های سراسر کشور تحت درمان نگه‌دارنده متادون بوده‌اند.⁽³⁸⁾ هم‌اکنون رایه سرنگ و سوزن استریل نیز به صورت آزمایشی و محدود در حال اجراست.

چالش‌ها و راه‌کارها

بخشی از چالش‌ها که ویژه یک شاخص خاص بوده‌اند در ذیل همان شاخص 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:

- موانع فرهنگی و انگ همراه با رفتارهای پرخطر و سخت در دسترس بودن گروه‌های پرخطر.
- دغدغه برخی از سیاست‌گذاران و افراد کلیدی در باره اثرات بالقوه پیش‌بینی نشده و نامطلوب برخی از برنامه‌های مرتبط با رفتارهای پرخطر جنسی در جمعیت عمومی.
- تأخیر در تصویب برنامه استراتژیک دوم کشور.
- تأخیر در تدوین برنامه ملی پایش و ارزیابی به منظور نظارت و ارزشیابی فعالیت‌های انجام شده در تمام دستگاه‌ها.
- مشارکت ناکافی بخش خصوصی و غیردولتی در برنامه‌های موجود.
- کمبود نیروی انسانی علاقه‌مند و ماهر برای گسترش برخی از برنامه‌ها.

راه‌کارها:

- شفاف ساختن اثرات سوء همه‌گیری اچ‌آی‌وی بر ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی کشور برای سیاست‌گذاران و جلب حمایت آنان در ارتباط با:
 - 1) تأمین منابع کافی اعم از اعتباری، نیروی انسانی و تجهیزات برای اجرای کامل فعالیت‌ها.
 - 2) وضع قوانین حمایتی برای ایجاد دسترسی به خدمات پیش‌گیری و درمان در افراد مبتلا و در معرض خطر.
- تقویت نظام مدیریت واحد در سطح کلان برای برنامه‌ریزی و پایش اجرای فعالیت‌های پیش‌بینی شده در برنامه استراتژیک کشور.
- فراهم کردن زمینه لازم برای مشارکت فعال بخش خصوصی و غیردولتی در برنامه‌های کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز.

در ارتباط با ارائه خدمات به گروه‌های پُرخطر

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).
- محدود بودن ارائه خدمات پیش‌گیری به سایر گروه‌های پُرخطر شامل تن‌فروشان و MSM به علت عدم امکان دسترسی به این گروه‌ها و انگ بسیار زیاد.

راه‌کارها:

- افزایش پوشش خدمات کاهش آسیب با به کارگیری روش‌های مختلفی که کارآیی آن‌ها در مطالعات ثابت شده است.
- جلب حمایت سیاست‌گذاران و مردم در راستای اصلاح قوانین و عُرف‌های اجتماعی، به منظور تسهیل دسترسی و ارائه خدمات به این گروه‌ها.

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

چالش‌ها:

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

راه‌کارها:

- راه‌اندازی یک نظام واحد و جامع جمع‌آوری اطلاعات کاربردی در جوانان و نوجوانان با مشارکت تمام سازمان‌های متولی.
- جلب حمایت سیاست‌گذاران در خصوص اجرای آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر پیش‌گیری از رفتارهای پُرخطر مرتبط با اچ‌آی‌وی (به خصوص با توجه به تجربه موفق جلب حمایت رهبران و سیاست‌گذاران در اجرای برنامه‌های کاهش آسیب برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد).
- اجرای طرح‌های پیلوت برای تعیین و تدوین مناسب‌ترین شیوه آموزش و اطلاع‌رسانی به منظور طراحی مداخلات فراگیر در سطح ملی.
- استفاده کامل از برنامه‌های ترویج سلامت جنسی.

در ارتباط با رایۀ خدمات از طریق بخش خصوصی:

چالش‌ها:

- ضعف در استفاده فراگیر از بخش خصوصی در رایۀ خدمات پیش‌گیری و کنترلی اچ‌آی‌وی و ایدز علی‌رغم گستردگی آن در سطح کشور.
- عدم آشنایی قسمت‌هایی از بخش خصوصی با دستورعمل‌ها و فعالیت‌ها و اهداف برنامه‌ استراتژیک کشوری و بعضاً اتخاذ اقداماتی خارج از چارچوب برنامه.
- انگ موجود در رایاه‌دهندگان خدمت.

راه‌کارها:

- تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی برای بخش خصوصی به منظور آشنایی این بخش با دستورالعمل‌ها و استانداردهای خدمات و کاهش انگ نسبت به مبتلایان و گروه‌های در معرض خطر.

در ارتباط با رایۀ خدمات توسط سازمان‌های غیردولتی

چالش‌ها:

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

راه‌کارها:

- فراهم کردن تسهیلات لازم از سوی دولت به منظور:
 - 1) امکان راه‌اندازی NGO های جدید 2) ارتباط قوی‌تر دولت و NGO ها 3) ارتقای ظرفیت NGO ها در رایۀ خدمات اچ‌آی‌وی و ایدز.
- ایجاد زمینه‌افزایش مشارکت NGO ها در رایۀ خدمات اچ‌آی‌وی و ایدز.
- حمایت در راستای ایجاد و گسترش همکاری بین NGO ها در سطح کشور.

حمایت مورد نیاز از سازمان‌های بین‌المللی طرف توسعه کشور برای دستیابی به اهداف اعلانیه تعهد

- در این قسمت حمایت‌هایی که تاکنون دریافت شده و آنچه مورد انتظار است ارائه می‌شود.
- سهم طرف‌های توسعه در تأمین اعتبارات مورد نیاز کنترل و پیش‌گیری از آ‌آ‌وی و ایدز از گزارش قبلی بهبود یافته است و انتظار می‌رود ادامه یابد.
 - حمایت در زمینه برنامه‌ریزی، اجرا و پایش فعالیت‌های کنترل آ‌آ‌وی و ایدز اعم از حمایت‌های فنی و پشتیبانی بهبود یافته است و انتظار می‌رود ادامه یابد.
 - انتظار می‌رود تسهیلات لازم برای برخورداری کشور از امکان دسترسی آسان به داروهای ضد رتروویروسی و دریافت تخفیف در این خصوص بهبود یابد.
 - تدوین دوره‌های آموزشی بین‌المللی برای برنامه‌ریزان و ارائه‌دهندگان خدمات مرتبط با آ‌آ‌وی و ایدز در کشور ادامه یابد.
 - امکان تبادل تجربیات در کشورهای هم‌سان از نظر اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی ادامه و بهبود یابد.
 - امکان ارزیابی فعالیت‌های انجام شده توسط مشاوران بین‌المللی و ارائه راهکارهای مناسب به منظور برطرف کردن نقاط ضعف ادامه و بهبود یابد.
 - به تشکیل شبکه منطقه‌ای NGO های توانمند برای مشارکت بیش تر در برنامه ریزی، جلب حمایت مسئولین و مردم و ارائه خدمات آ‌آ‌وی و ایدز کمک شود.
 - 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...) تشویق گردند.
 - به بهبود هماهنگی طرف‌های مشارکت‌کننده در امر پیش‌گیری و کنترل آ‌آ‌وی و ایدز با یکدیگر و برنامه‌های ملی کمک شود.

وضعیت پایش و ارزشیابی⁽⁸⁾

ساختار و شرح وظائف کمیته پایش و ارزشیابی دومین برنامه کنترل ایدز:

این کمیته از سال 1382 تشکیل شد. این کمیته در ابتدا عمدتاً متشکل از کارشناسان و صاحب‌نظرانی بود که لزوماً نماینده سازمان‌های شریک برنامه استراتژیک نبودند. ساختار کمیته کشوری پایش و ارزشیابی در سال 1386 مورد بازبینی اساسی قرار گرفت. در ساختار جدید، کمیته مذکور متشکل از نمایندگان سازمان‌های شریک برنامه شامل؛ نمایندگانی از سازمان انتقال خون، سازمان زندان‌ها، سازمان بهزیستی، سازمان ملی جوانان، سازمان‌های غیردولتی، جمعیت هلال احمر، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، نیروهای نظامی و انتظامی، صدا و سیما، کمیته امداد، ستاد مبارزه با مواد مخدر و وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌ها، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، اداره سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت روانی و اجتماعی از معاونت سلامت و نماینده معاونت پژوهشی و منتخبانی از نمایندگان دانشگاه‌ها)، مراکز تحقیقاتی مرتبط، نماینده دفتر برنامه مشترک سازمان ملل در زمینه ایدز است، که در دو سطح ملی و استانی فعالیت دارند.

الف - کمیته پایش و ارزشیابی در سطح ملی:

این کمیته با هدف تدوین پروتکل و تعیین شاخص‌های اصلی و جزئی، نحوه محاسبه و اندازه‌گیری شاخص‌ها و روند اجرا و جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل و انتشار آن‌ها از سطح کشور فعالیت خود را آغاز کرد. با توجه به این‌که کار این کمیته، فنی و تخصصی بود، زیرگروه‌های فنی در سه سطح به شرح ذیل تشکیل شدند (نمودار 3):

- **گروه کاری:** این گروه متشکل از 4-6 نفر از کارشناسان و صاحب‌نظرانی است که از نظر فنی پیش‌نویس‌های مورد نیاز برای برنامه پایش و ارزشیابی را در سطوح مختلف اعم از مراحل تعیین و تعریف شاخص‌ها، داده‌های مورد نیاز، روش‌های جمع‌آوری داده‌ها، نحوه تحلیل و انتشار نتایج مبتنی بر منابع علمی تهیه می‌کنند.
- **گروه فنی:** این گروه که بنا به ماهیت تخصصی کار خود به 4 زیرگروه به شرح زیر تقسیم شده است، متشکل از کارشناسان فنی سازمان‌های هم‌کار برنامه و اعضای گروه کاری است که پیش‌نویس‌های تهیه شده توسط گروه کاری را مورد ارزیابی قرار داده و با امکانات اجرایی و نیازهای سازمان‌های خود تطبیق می‌دهند:

1. زیرگروه پیش‌گیری در جامعه عمومی.

2. زیرگروه پیش‌گیری در گروه با بیش‌ترین خطر.

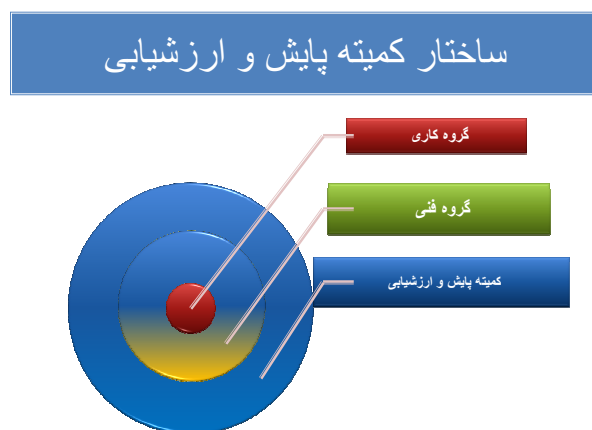
3. زیرگروه مراقبت و درمان.

4. زیرگروه حمایت و توانمندسازی.

در این گروه در مجموع نمایندگان 21 سازمان یا وزارتخانه از شرکای برنامه عضو هستند که از بین آنان سازمان‌هایی که متولی محاسبه بیشترین تعداد شاخص‌ها هستند، به عنوان هسته نظارتی- اجرایی انتخاب شدند تا اجرایی کردن برنامه‌های پایش و ارزشیابی را هدایت کنند. این سازمان‌ها عبارتند از: وزارت بهداشت (اداره کنترل ایدز و اداره پیش‌گیری از سوء مصرف مواد)، وزارت آموزش و پرورش، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی، سازمان بهزیستی و جمعیت هلال احمر. ضمناً با توجه به نقش کلیدی وزارت کشور و استانداری‌ها در امر هماهنگی سازمان‌ها، نماینده این وزارتخانه نیز به عضویت هسته مذکور در آمد.

- **کمیته پایش و ارزشیابی:** این کمیته که نهاد اصلی سیاست‌گذاری در برنامه پایش و ارزشیابی است، متشکل از مدیران رده بالای سازمان‌های شریک برنامه بوده و پیشنویس‌ها و گزارش‌های تهیه‌شده در حیطه‌های مختلف پایش و ارزشیابی توسط گروه‌های فنی را ارزیابی کرده و مورد تصویب نهایی قرار می‌دهد.

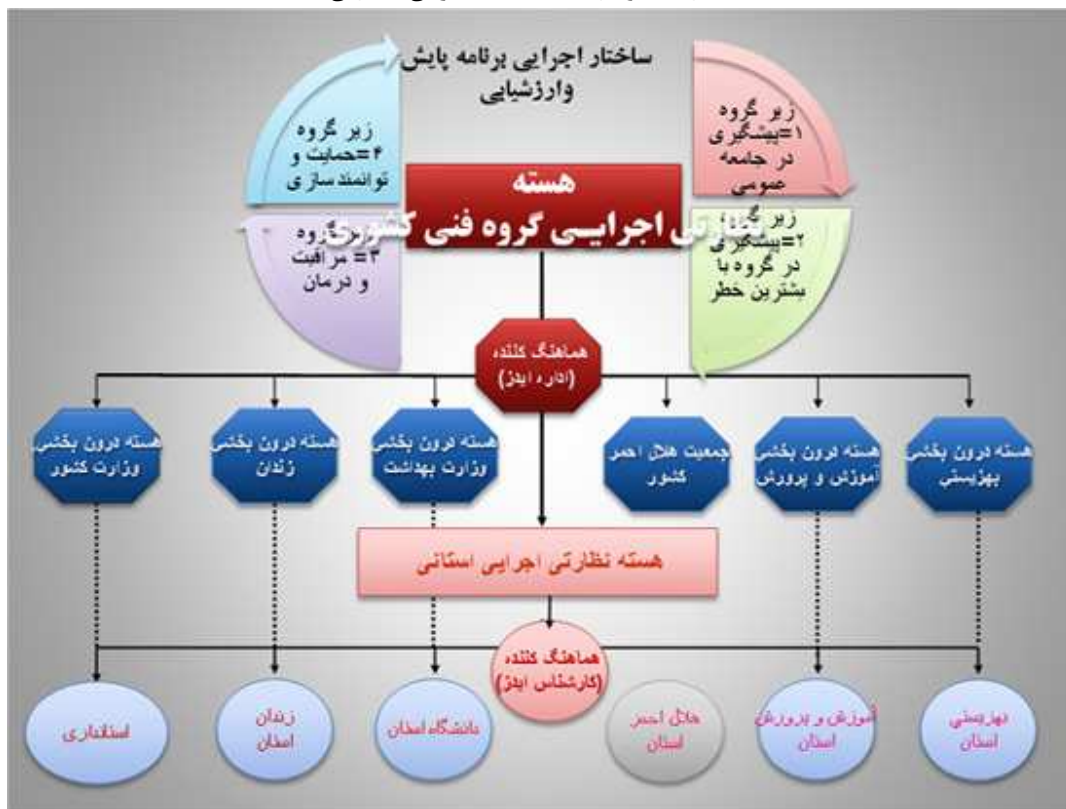
شکل 3: چارت کمیته پایش و ارزشیابی



ب- کمیته پایش و ارزشیابی در سطح استانی

اگر چه کمیته استانی، متشکل از روسای سازمان‌های مشابه در سطح کشوری است، اما اجرای برنامه پایش و ارزشیابی در این سطح، عمدتاً توسط یک هسته اجرایی- نظارتی از نمایندگان سازمان‌هایی که بیشترین تعداد شاخص را در برنامه استراتژیک دارند، متشکل از نمایندگان سازمان‌های بهزیستی، جمعیت هلال احمر، سازمان زندان‌ها، آموزش و پرورش، دانشگاه علوم پزشکی و به ریاست استانداری صورت می‌گیرد. اعضای اصلی کمیته‌های استانی به منظور اجرایی کردن برنامه مصوب کمیته کشوری در قالب کارگاه‌های آموزشی- توجیهی، آموزش لازم را دریافت می‌کنند. ضمناً ریاست کمیته‌های استانی پایش و ارزشیابی با دفاتر امور اجتماعی استانداری‌ها و دبیری کمیته، به عهده معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی است. (نمودار 4).

شکل 4: نحوه ارتباطات هسته اجرایی - نظارتی



2. مراحل اجرای برنامه پایش و ارزشیابی دومین برنامه استراتژیک کنترل ایدز:

1. تشکیل گروه کاری: این گروه در اردیبهشت 1388 شروع به کار کرد و تا تیر ماه همان سال اقدامات زیر را به مرحله اجرا در آورد:
 - تعیین شاخص‌های مرتبط با وضعیت اپیدمی (outcome - input - output) و شاخص‌های پایش و ارزشیابی برنامه و تطابق شاخص‌های کشوری با شاخص‌های بین‌المللی و یک سویه کردن شاخص‌ها به گونه‌ای که ضمن امکان تحلیل وضعیت کشور، امکان تهیه گزارش‌های بین‌المللی نیز فراهم آید.
 - تعیین تعاریف مورد قبول و یکسان شده برای هر شاخص و اجزای آن به گونه‌ای که منجر به تضمین اندازه‌گیری یکسان شاخص‌ها در طول زمان شود.
 - تعیین روش‌های جمع‌آوری مورد قبول برای هر یک از شاخص‌ها یا اجزای آن‌ها به گونه‌ای که امکان انجام مطالعه‌های پیمایشی، گزارش‌دهی روتین برنامه‌ها، روش‌های مورد قبول تخمین، یا ترکیبی از آن‌ها را فراهم آورد.
 - تهیه پیش‌نویس کتاب جامع پایش و ارزشیابی کشور: این کتاب مجموعه‌ای از کل شاخص‌های پیش‌گفت است و به عنوان مرجع واحد در کل کشور برای اندازه‌گیری شاخص‌ها استفاده می‌شود. این کتاب نحوه جمع‌آوری متغیرها و امکان ارائه گزارش‌های واحد و یکسان در سطح ملی و استانی را فراهم می‌آورد و علاوه بر آن راهنمای مناسبی برای طراحی پژوهش‌های کاربردی است.
 - تهیه پیش‌نویس برنامه کاری به منظور تعیین شاخص‌های برون‌داد برنامه دوم استراتژیک

2. **تشکیل گروه‌های فنی:** این گروه‌ها از خرداد ماه سال 1388 تشکیل شده و اقدامات زیر را انجام داده‌اند:

- ارزیابی و تکمیل اصلاح پیش‌نویس‌های تهیه شده توسط گروه کاری.
- مطابقت روش‌های جمع‌آوری داده‌ها با امکانات موجود سازمان‌ها، به این معنی که با توجه به این‌که از نظام‌های ثبت و گزارش‌دهی موجود امکان استخراج داده‌های مورد نیاز برای محاسبه بعضی از شاخص‌ها وجود نداشت، روش‌های دیگری به غیر از پیشنهادات گروه کاری جایگزین شد.

3. **تشکیل هسته اجرایی نظارتی:** این هسته از بین اعضای گروه فنی و به منظور جمع‌آوری شاخص‌های out put برنامه استراتژیک دوم در تیر ماه سال 1388 تشکیل شد و تاکنون اقدامات زیر را انجام داده است:

- اصلاح نهایی پیش‌نویس تهیه شده توسط گروه کاری
- تعیین لیست متغیرهای مورد نیاز برای ارزیابی بروندادهای برنامه دوم استراتژیک
- استاندارد کردن و ارایه تعاریف یکسان متغیرها
- تعیین منابع قابل دستیابی برای استخراج داده‌ها
- تعیین روش استخراج داده‌ها از منابع تعیین شده
- طراحی فرم‌های جمع‌آوری داده‌ها
- تهیه راهنما به منظور تکمیل فرم‌های جمع‌آوری داده
- طراحی برنامه نرم‌افزاری برای ورود و آنالیز داده‌ها
- طراحی برنامه نرم‌افزاری برای کنترل کیفی جمع‌آوری داده‌ها
- طراحی برنامه کاری نحوه عملیاتی کردن برنامه پیش‌گفت شامل:
 - a. معرفی نمایندگان پایش و ارزشیابی استانی در هر سازمان
 - b. تشکیل هسته‌های مشابه هسته کشوری درون استان‌ها
 - c. برنامه‌ریزی آموزش هسته‌های استانی و فازبندی جمع‌آوری داده‌ها از استان‌ها
 - d. برنامه‌ریزی برای نظارت بر جمع‌آوری داده‌ها

4. **تصویب نهایی برنامه پایش و ارزشیابی کشوری:** در اوائل تیر ماه سال 1388 برنامه پایش و ارزشیابی تهیه شده توسط گروه‌های کاری و فنی شامل تدوین شاخص‌ها و نحوه اجرای برنامه توسط کمیته کشوری پایش و ارزشیابی نهایی و تصویب شد.

5. **اجرای برنامه پایش و ارزشیابی در سال 1388:**

مرحله 1- تشکیل ساختارهای اجرایی برنامه در استان‌ها: در 10 استان منتخب، زیرکمیته‌های فنی پایش و ارزشیابی مشابه زیرکمیته کشوری تشکیل شد تا ضمن جمع‌آوری داده‌های لازم برای این برنامه، سایر فعالیت‌های پایش و ارزشیابی در این استان‌ها را پیگیری کند. این 10 استان بر اساس پارامترهای پراکندگی جغرافیایی، میزان شیوع موارد شناسایی شده به گونه‌ای انتخاب شدند تا نتایج آن قابل تعمیم به کل کشور باشد و از نظر آماری، نتایج ارزیابی شاخص‌ها را بتوان برای گزارش عملکرد برنامه استراتژیک دوم و همچنین ارزیابی وضعیت موجود برای تدوین برنامه استراتژیک سوم استفاده کرد.

مرحله 2- آموزش نیروهای عملیاتی: هسته‌های نظارتی- اجرایی تشکیل شده استانی (10 استان منتخب) در قالب یک کارگاه آموزشی، در 13 و 14 تیر ماه 1388 به منظور آشنایی با کلیات و اصول پایش و ارزشیابی و نحوه اجرای برنامه

پایش و ارزشیابی کشوری آموزش دیدند. در ادامه مسئولین ورود داده‌ها و کارشناسان برنامهٔ مراقبت ایدز دانشگاه‌های منتخب در یک کارگاه آموزشی دیگر به منظور آشنایی با برنامهٔ نرم‌افزاری ورود و آنالیز داده‌ها در 28 مرداد ماه همان سال آموزش دیدند.

مرحلهٔ 3- جمع‌آوری داده‌ها: هسته‌های نظارتی- اجرایی آموزش دیده از شهریور ماه سال 1388 اقدام به جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز برای ارزیابی برنامه در سال‌های 1386 و 1387 در قالب فرم‌های استاندارد جمع‌آوری داده‌ها کردند.

مرحلهٔ 4- کنترل کیفی جمع‌آوری داده‌ها: علاوه بر آن‌که با استفاده از نرم‌افزار تهیه شده، کنترل کیفی جمع‌آوری داده‌ها در حین اجرای برنامه انجام شد، نمایندگان سازمان‌های عضو هستهٔ نظارتی- اجرایی در سطح کشوری اقدام به نظارت مستقیم بر نحوهٔ جمع‌آوری داده‌های سازمان متبوع خود در سطح استان‌ها کردند.

مرحلهٔ 5- نهایی کردن داده‌های جمع‌آوری شده: داده‌های جمع‌آوری شده در 10 استان منتخب جمع‌بندی شد. سپس صحت داده‌های جمع‌آوری شده در این برنامه از طریق مقایسه با داده‌های موجود مشابه در سازمان‌ها عضو هستهٔ نظارتی- اجرایی در سطح ملی ارزیابی شده و داده‌های غیرقابل اعتماد از مطالعه حذف شد.

مرحلهٔ 6- آنالیز داده‌های جمع‌بندی شده: شاخص‌های درون‌داد و برون‌داد مورد توافق کمیتهٔ کشوری در سطوح استانی و کشوری به تفکیک سازمان‌های متولی و گروه‌های هدف برنامه محاسبه شد.

مرحلهٔ 7- تجزیه و تحلیل شاخص‌ها و تهیهٔ گزارش: شاخص‌های محاسبه شده توسط گروه کاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و ضمن مقایسه با نتایج حاصل از مطالعات دیگر، تلاش شد تا سیمای پاسخ ملی به تصویر کشیده شود و نتایج حاصل توسط گروه فنی برای تهیهٔ پیش‌نویس گزارش ملی و استانی مورد ارزیابی قرار گرفت. پیش‌نویس گزارش مذکور با لحاظ کردن نظرات کارشناسی شرکا برنامه توسط گروه کاری تهیه و برای تأیید نهایی به کمیتهٔ کشوری پایش و ارزشیابی ارایه خواهد شد.

مرحلهٔ 8- انتشار گزارش: نتایج حاصل از پایش و ارزشیابی برنامه در قالب‌های زیر استفاده و منتشر شده است:

i. گزارش جمهوری اسلامی ایران دربارهٔ اعلانیهٔ تعهد نشست ویژهٔ سازمان ملل متحد در بارهٔ ایدز

ii. گزارش ارزیابی وضعیت موجود HIV و پاسخ ملی به آن

iii. رایهٔ چکیدهٔ نتایج پایش و ارزشیابی برای استفادهٔ سیاست‌گذاران

ضمناً تمام نتایج حاصل از پایش و ارزشیابی دومین برنامهٔ استراتژیک ملی در سال 1388 در قالب یک گزارش جامع انتشار خواهد یافت.

1. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت موارد شناخته شده مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز. آذر 1388 (منتشر نشده).
2. مصاحبه با کارشناسان اداره کنترل ایدز، دی 1388 (منتشر نشده).
3. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار سه ماهه اداره ایدز. مهر 1388.
4. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تحلیل وضعیت موجود اچ‌آی‌وی و پاسخ ملی به آن، آذر ماه 1385.
5. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. نتایج دیده‌وری‌های بیولوژیک در گروه‌های مختلف جمعیتی، دی 1388.
6. سودابه نواده، علی میرزازاده، علی‌اکبر حقدوست، سوده عرب‌نژاد، نوشین فهیم‌فر، کیانوش کمالی، کیهان آزادمنش، علی شمس، مرضیه فرنی، رامین علاسوند، مهدی شفیعی، احسان مصطفوی، عباس صداقت، محمدمهدی گویا. مراقبت سرولوژیک - رفتاری زندانیان در ایران در سال 1388. (منتشر نشده)
7. سامان زمانی و هم‌کاران. مطالعه مراقبت ادغام‌یافته بیولوژیک و رفتاری عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد. 1386 گزارش طرح.
8. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. گزارش پایش برنامه ملی کنترل ایدز در سال 1387. اسفند 1388.
9. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز. دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دی 1386.
10. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. گزارش برآورد شیوع آلودگی به ویروس HIV در ایران. تیر 1388.
11. برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران، 1388-1386.
12. برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران، 1385-1381.
13. قانون برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران
14. بتول شریعتی، ادوارد بک، فرشاد پورملک و دیگران. بار عفونت اچ‌آی‌وی در سیستم خدمات بهداشتی در جمهوری اسلامی. حوزه بخش عمومی در زمینه پیش‌گیری، درمان، مراقبت و حمایت (1385) (منتشر نشده)
15. فرشاد فرزاد فر- جلال حسینی - محمد مهدی گویا و هم‌کاران، برآورد هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران در سال 1385 (در دست انجام)
16. اساسنامه شورای ایدز، 1367
17. نامه شماره 1/83/14434 مورخه 11/3/1383 رئیس قوه قضائیه درباره کاهش آسیب.
18. نامه رئیس قوه قضائیه درباره عدم ارسال معتادان به زندان‌ها.
19. بخش‌نامه معاون اول رئیس جمهور درباره عدم اخراج مبتلایان به شماره 812461/م مورخ 1381/4/1
20. بخش‌نامه آموزش و پرورش درباره ممنوعیت عدم ثبت نام مبتلایان به ایدز.
21. بخش‌نامه رئیس سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور درباره عدم جداسازی زندانیان مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز از سایر زندانیان.
22. بخش‌نامه سازمان زندان‌ها، اقدامات تأمینی و تربیتی در باره در دسترس قرار دادن کاندوم در کلینیک‌های مثلثی و اتاق‌های ملاقات شرعی
23. تبصره یک ماده 15، اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب 76/8/17 - مجمع تشخیص مصلحت نظام و بخش‌نامه عدم دستگیری معتادینی که تحت درمان برنامه‌های کاهش آسیب هستند.

24. نامه شماره 4/114/ب/م مورخ 83/4/17 درباره عدم آزمایش اچ‌آی‌وی قبل از صدور روادید.
25. مصوبه مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال 1385 درباره سیاست‌های کلان نظام در خصوص مواد مخدر.
26. پیش‌نویس سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در زمینه اچ‌آی‌وی وایدز.
27. بخش‌نامه شماره 700/88/96723 مورخ 1388/8/26 صادره از سوی رئیس سازمان بهزیستی کشور.
28. رهنمود محاسبه شاخص‌های اصلی و کمکی پایش و ارزشیابی برنامه کشوری کنترل سل، کمیته کشوری پایش و ارزشیابی ایدز، 1388.
29. سایت و اطلاعات آن در آدرس <http://hivhub.ir> قابل دسترس است.
30. آیین‌نامه معرفی زندانیان برای بیماری‌های غیر قابل علاج
31. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
32. نورکجوری س، علالدوله ه، صدیقان ف. سیستم خود حذفی محرمانه و حذف به تشخیص پزشک بر سلامتی خون در اهداکنندگان ساری و بهشهر. خون، 1386، 4(2):153-158.
33. De Cock KM et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. JAMA, 2000, 283(9):1175-1182.
34. بهنام فرهودی، عباس متولیان، میترا معتمدی هروی و دیگران. عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی و عفونت هم‌زمان سل و اچ‌آی‌وی و عوامل خطر آنها در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در یک زندان در ایران، 1382، گزارش طرح.
35. Management of Tuberculosis and HIV Infection. Clinical Protocol for WHO European Region, 2006.
36. سعید مدنی و هم‌کاران. ارزیابی سریع وضعیت رفتارهای پر خطر مرتبط با ایدز در زنان روسپی شهر تهران. گزارش طرح، 1386.
37. مهرداد افتخار و هم‌کاران. بررسی بیولوژیک-رفتاری در مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند. تهران، گزارش طرح، 1385.
38. محمد جعفر سلیمانی، سید علی سید شجاع و مرتضی حیدری. کتاب سال 1387 ستاد مبارزه با مواد مخدر. ستاد مبارزه با مواد مخدر، چاپ 1388.
39. شغلی علیرضا، رخشانی فاطمه، موسوی نسب نورالدین، مهاجری منصور، صداقت عباس، گویا محمد مهدی. بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای پر خطر نوجوانان و جوانان مناطق منتخب کشوری در ارتباط با عفونت HIV/AIDS. تابستان 1387.
40. ایران در آیینۀ آمار، 1386. مرکز آمار ایران.
41. فتاویٰ مورخه 1386/3/16 آیت‌الله العظمی مکارم شیرازی در باره آموزش رفتارهای جنسی پرخطر.
- 42.. Hajiabdolbaghi M, Razani N, Karami N, et al. Insight from a survey of sexual behaviour among a group of at-risk- women in Tehran, Iran, 2006. AIDS Education and Prevention, 2007, 19: S19-530.
43. Anonymous. Evidence for action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. WHO, 2004, Geneva.
44. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ثبت موارد تحت درمان ضد رتروویروسی. بهمن 1388.
45. 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.
46. Stover H., et al., Harm Reduction in Iranian Prisons: Integral part of a comprehensive health care approach. UNAIDS, 2008.
