



جمهوری اسلامی ایران

گزارش پایش کنترل ایدز در جمهوری اسلامی ایران

در باره 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 1395

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست

صفحه	عنوان
3	تقدیر و تشکر
5	اختصارات
6	مقدمه
8	وضعیت همه گیری
13	تعهد یکم: دسترسی به درمان
29	تعهد دوم: حذف انتقال از مادر به کودک
30	تعهد سوم: دسترسی به خدمات پیشگیری
37	تعهد چهارم: حذف تبعیض
39	تعهد پنجم: دسترسی جوانان به آگاهی، مهارت و توانایی لازم
41	تعهد ششم: بهره مندی از خدمات اجتماعی
42	تعهد هفتم: ارائه خدمات توسط نهادهای جامعه محور
43	تعهد هشتم: سرمایه گذاری لازم
43	تعهد نهم: توانمندسازی برای آگاهی و دسترسی به خدمات حقوقی
44	تعهد دهم: دسترسی به خدمات بیماری های همراه
47	منابع

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از تمام دستگاهها، سازمانها و نهادهایی که این گزارش از مشارکت، اطلاعات و یا نظرات آنها سود جسته، سپاسگزاری می شود. اسامی این سازمان ها در زیر آمده است. در هر یک از دستگاه ها و سازمان های فوق نیز عزیزانی بوده اند که هر یک در تهیه گزارش به نوعی مشارکت داشته اند و از ایشان تشکر می گردد. اسامی این عزیزان در ذیل هر سازمان آمده است:

✓ مشاور و هماهنگ کننده تیم فنی تهیه گزارش

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

✓ وزارت کشور

- دکتر رضا محبوبی، مشاور وزیر و معاون مرکز امور اجتماعی و فرهنگی وزارت کشور
- خانم نسرین گودرزی، کارشناس مسئول سلامت مرکز امور اجتماعی وزارت کشور

✓ ستاد مبارزه با مواد مخدر

- دکتر پرویز افشار، معاون کاهش تقاضا و مشارکت های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر
- دکتر منا اسلامی، کارشناس اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر

✓ مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران

- دکتر مینو محرز، رئیس مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تهران
- دکتر سید احمد سید علینقی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تهران

✓ دفتر برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران

- دکتر فرداد درودی، مدیر کشوری برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران
- دکتر علیرضا وثیق، مدیر پایش و ارزشیابی برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز در جمهوری اسلامی ایران

✓ سازمان بهزیستی کشور، دفتر توسعه پیشگیری از اعتیاد

- دکتر مجید رضازاده رییس مرکز توسعه و پیشگیری از اعتیاد
- دکتر کامبیز محضری، مشاور پروژه گلوبال فاند در بهزیستی

✓ سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، اداره کل بهداشت و درمان

- دکتر مهرزاد تشکریان، مدیر کل بهداشت و درمان سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
- خانم سپیده علیزاده، دفتر گلوبال فاند در اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور

✓ مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی / ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- دکتر علی اکبر حق دوست، رییس مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی / ایدز کرمان
- دکتر حمید شریفی، مدیر و قائم مقام مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی / ایدز کرمان

✓ آزمایشگاه رفرانس کشور

- دکتر سیامک سمیعی، رییس آزمایشگاه رفرانس کشور

✓ نماینده بیماران مبتلا به اچ آی وی

✓ سازمانهای غیردولتی فعال در زمینه اچ آی وی / ایدز

- دکتر محمدرضا سیدقاسمی، مدیرعامل موسسه پیام آوران همیاری
- دکتر رامین رادفر، مدیرعامل مؤسسه فرهنگ و سلامت اصفهان

✓ وزارت آموزش و پرورش

- دکتر حسن ضیاءالدینی، مدیر کل دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش
- خانم مریم ریحانی، کارشناس دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش
- ✓ **مسئولین مبارزه با بیماری ها و کارشناسان ایدز دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور**
- ✓ **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد**
- دکتر احمد حاجبی، مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- دکتر حمیدرضا فتحی فریمانی، رییس اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
- دکتر سید ابراهیم قدوسی، کارشناس مسئول اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
- آقای سپهر هاشمیان، کارشناس اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
- خانم تکتم خجسته بجنوردی، کارشناس اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
- ✓ **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی، مرکز مدیریت بیماری های واگیر**
- دکتر محمد مهدی گويا، رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، ناظر طرح
- دکتر پروین افسر کازرونی، رئیس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر نوشین فهیم فر، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر سمانه اکبرپور، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر هنگامه نامداری تبار، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر کتایون طائری، مشاور اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر مریم سرگلزایی مقدم، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- دکتر حمیرا فلاحی، کارشناس مسئول اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم زهرا رجب پور، کارشناس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم سعیده زاهد انارکی، کارشناس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم سارا شریعتمدار، کارشناس اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- خانم نازنین حیدری، کارشناس گلوبال فاند
- خانم اعظم ولی پور، کارشناس گلوبال فاند
- دکتر مهشید ناصحی، رئیس اداره سل و جذام
- دکتر سعید شرفی، کارشناس مسئول اداره سل و جذام

اختصارات و واژه‌شناسی

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	ایدز (نشانگان نقص ایمنی اکتسابی)
ART	Antiretroviral Therapy	درمان ضد رتروویروسی
CCM	Country Coordinating Mechanism	سازوکار هماهنگی کشوری
DIC	Drop in Center	مرکز گذری
DoC	Declaration of commitment	اعلانیه تعهد
HIV	Human Immunodeficiency Virus	اچ‌آی‌وی – ویروس نقص ایمنی انسانی
IDU	Injecting Drug User	مصرف‌کننده تزریقی مواد
MMT	Methadon Maintenance treatment	درمان نگهدارنده متادون
MSM	Men who have Sex with Men	مردانی که با مردان رابطه جنسی دارند
NGO	Non- governmental Organization	سازمان‌های غیردولتی (مردم‌نهاد)
PEP	Post-exposure prophylaxis	پیش‌گیری پس از مواجهه
PITC	Provider Initiated Testing and Counselling	آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی شروع شده توسط کارکنان بخش سلامت
PLHIV	People living with HIV	افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند
PWID	People Who Inject Drug	مصرف‌کننده تزریقی مواد
RDS	Respondent Driven Sampling	نمونه‌گیری مبتنی بر پاسخ دهنده
STI	Sexually Transmitted Infection	عفونت‌های آمیزشی
SW	Sex Worker	تن فروش
VCT	Voluntary Counselling and Testing	مشاوره و آزمایش داوطلبانه 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)

جمهوری اسلامی ایران در هر چهار نشست ویژه ملل متحد در باره اچ‌آی‌وی در سال‌های 1382، 1387، 1390 و 1395 شمسی خود را متعهد به کنترل اچ‌آی‌وی نموده و اعلانیه‌های این نشست‌ها را امضاء کرده است. در نشست ژوئن 2016 (1395) کشورهای عضو ملل متحد، بر پایه اعلانیه‌های قبلی متعهد شدند که در مسیرهایی سریع (**Fast-tracks**)، به نبرد با ایدز برای پایان دادن به همه‌گیری تا سال 2030 میلادی شتاب دهند. این مسیرهای سریع به ده قسمت تقسیم شده‌اند و کشورها متعهد شده‌اند که اقدامات موثری برای کنترل همه‌گیری در زمینه‌ی آنها بین سال‌های 1995 تا 1399 شمسی (2016 تا 2020 میلادی) انجام دهند تا بتوان به اهداف سال 1409 شمسی (2030 میلادی) دست یافت. اهداف سال 1409 عبارتند از میزان بروز صفر، انتقال صفر از مادر به کودک و مرگ و میر صفر. تعهدات این مسیرهای ده‌گانه عبارتند از:

1. اطمینان از دسترسی مبتلایان به اچ‌آی‌وی به درمان، با دست‌یابی به 90 در 90 در 90 تا سال 1399
2. حذف موارد جدید ابتلا در کودکان تا سال 1399
3. اطمینان از دسترسی به گزینه‌های مختلف خدمات پیشگیری شامل پیشگیری پیش از تماس، ختنه در مردان، کاندوم و خدمات کاهش آسیب در 90٪ نیازمندان به آن تا سال 1399 به خصوص در زنان جوان و دختران در کشورهای با شیوع بالا و در گروه‌های جمعیتی کلیدی (MSMها، ترانس‌جندرها، تن‌فروشان و مشتریان آنها، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و زندانیان) در همه کشورها
4. حذف همه اشکال خشونت و تبعیض نسبت به زنان، مبتلایان به اچ‌آی‌وی و گروه‌های کلیدی تا سال 1399
5. اطمینان از دسترسی 90٪ جوانان به آگاهی، مهارت و توانایی لازم برای حفظ خود از اچ‌آی‌وی و خدمات سلامت جنسی و باروری تا سال 1399
6. اطمینان از بهره‌مندی 75٪ مبتلایان به اچ‌آی‌وی، افراد در خطر و تحت‌تاثیر آن به خدمات اجتماعی مربوط به اچ‌آی‌وی
7. اطمینان از ارائه حداقل 30٪ خدمات مرتبط با اچ‌آی‌وی توسط نهادهای جامعه‌محور
8. اطمینان در زمینه افزایش سرمایه‌گذاری در زمینه اچ‌آی‌وی
9. توانمندسازی مبتلایان به اچ‌آی‌وی و افراد در خطر و تحت‌تاثیر آن برای آگاهی از حقوق خویش و دسترسی به خدمات حقوقی و دادگاهی برای پیشگیری از نقض حقوق انسانی آنها
10. تعهد به ادغام دسترسی همه‌گانی به خدمات سلامت در مبتلایان به اچ‌آی‌وی شامل درمان سل، سرطان سرویکس، هیپاتیت بی و هیپاتیت سی

امسال بنابر توصیه رهنمودهای **UNAIDS**، باید شاخص‌های مرتبط با تعهدهای شماره 1 تا 5، 8 و 10 گزارش شود. با این وجود در این گزارش در باره همه تعهدها مطالبی ارائه شده است. در تهیه این گزارش از چارچوب توصیه شده در دستورعمل **UNAIDS** پیروی شده است. این گزارش که مهم‌ترین گزارش کشوری در زمینه اچ‌آی‌وی محسوب می‌شود، وضعیت کشور را در باره تعهدهای فوق‌ارائه می‌دهد. این اولین گزارشی است که در قالب توصیه‌های جدید و در نظر گرفتن تعهدات اعلانیه 2016 منتشر می‌شود و هفتمین گزارش کشور در زمینه پایش اعلانیه‌های تعهد است. این گزارش با وجود کاستی‌های احتمالی، دارای اطلاعات ارزشمندی است که با تلاش‌صدها تن از همکاران ما در همه نقاط کشور تولید، 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.

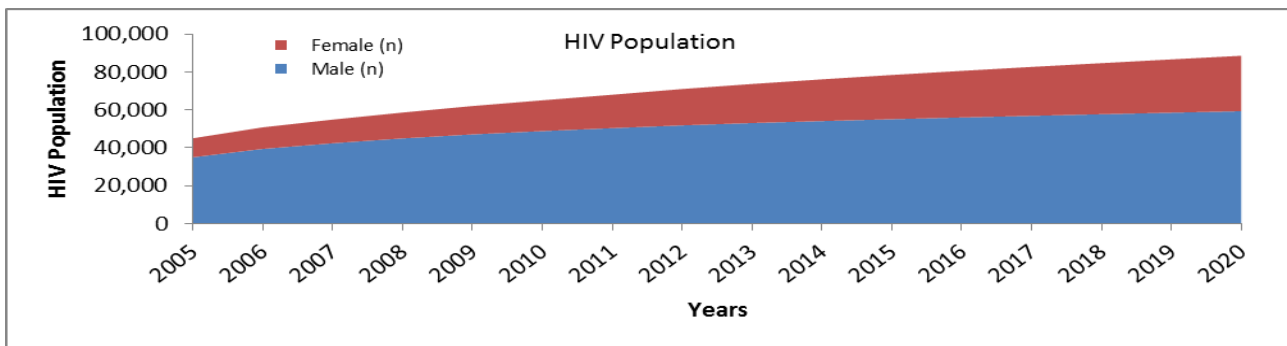
نمای کلی همه‌گیری ایدز در ایران

در این قسمت وضعیت کلی همه‌گیری اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران تا زمان تهیه این گزارش، بر اساس داده‌های حاصل از سیستم ثبت موارد شناسایی شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، داده‌های پایگاه‌های دیده‌ور، داده‌های مطالعات پیمایش‌های زیستی رفتاری و برخی مطالعات دیگر آرایه می‌شود.

برآورد تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی: میانه تعداد کل مبتلایان در سال 1395، حدود 74397 نفر برآورد شده است. میانه تخمین تعداد مردان مبتلا، 55427 نفر و زنان مبتلا، 18970 نفر بوده است. تخمین‌ها بیانگر روند فزاینده‌ی تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی در کل جمعیت است. (نمودار 1)⁽¹⁾

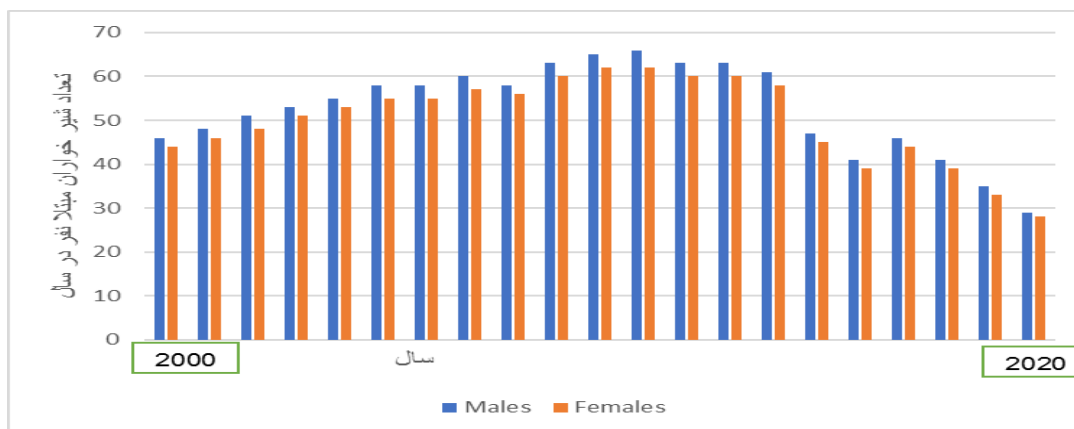
برآورد تعداد موارد جدید مبتلا به اچ‌آی‌وی در ایران برای سال 2016، برابر 7248 نفر در سال بوده است (5558 مرد و 1690 زن).⁽¹⁾ این برآورد حاکی از آنست که اگر سطح پوشش خدمات در حد کنونی باقی بماند تعداد موارد جدید در هر سال تا سال 2020 میلادی در مردان مختصری کاهش و در زنان کمی افزایش یابد.

نمودار 1: برآورد تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی در کل جمعیت ایران



برای سال 2016، تعداد موارد جدید ناشی از انتقال مادر به فرزند، 119 نفر (61 پسر و 58 دختر) برآورد شده است.⁽¹⁾ تخمین‌ها حاکی از آنست که پس از آنکه تعداد کل موارد در سال 2014 به حدکثر رسید، سپس در مجموع روندی کاهشی داشته است (نمودار 2).⁽¹⁾

نمودار 2: برآورد تعداد موارد جدید شیرخواران به علت انتقال مادر به کودک در ایران



تخمین تعداد مبتلایان در سال 1395 برای مصرف کنندگان تزریقی مواد، مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند و تن فروشان به ترتیب حدود 24000، 12000 و 4500 نفر بوده است.⁽¹⁾ در همین سال برآورد تعداد مبتلایان جدید به اچ‌آی‌وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در هر سال برابر 3834 نفر، در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند برابر 1150 نفر و در تن فروشان برابر 836 نفر بوده است.⁽¹⁾

شیوع اچ‌آی‌وی در گروه‌های مختلف جمعیتی: مصرف کنندگان تزریقی مواد: شیوع اچ‌آی‌وی در این

گروه جمعیتی در آخرین مطالعه رفتاری-زیستی در سال 1393 حدود 13/8٪ گزارش شده است.⁽²⁾ این شیوع نسبت به سال 1390 از نظر آماری تغییر معنی داری نداشته است.⁽²⁾ درصد ابتلا، در استانهای مختلف، متفاوت است⁽²⁾ و در برخی از شهرها تا بیش از دو برابر مقدار میانگین بوده است.⁽²⁾ پیش از این در یک مطالعه مرور سیستماتیک، شیوع یک کاسه (pooled) عفونت اچ‌آی‌وی برای مطالعاتی که تا پس از سال 1384، برابر 18.4٪ (16.7 تا 20.2٪) و برای مطالعات پیش از سال 1384 برابر 8.7٪ (7.5 تا 10٪) بوده است.⁽³⁾ از آنجا که بیش از نیمی از جمعیت مورد بررسی از شهر تهران بوده اند، اعداد به دست آمده از این مطالعه، ممکن است نمایانگر کل کشور نباشد.

شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد: در مطالعه زیستی-رفتاری شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد در سه شهر مختلف در سال 1389، شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف کنندگان تزریقی 4/2٪ و در شرکای جنسی آنان 1٪ بدست آمد. منظور از شریک جنسی در این مطالعه، کسی است که مصرف کننده تزریقی شرکت کننده در مطالعه، حداقل یک بار در یک ماه گذشته با وی رابطه جنسی داشته است. همچنین، شیوع ابتلا به اچ‌آی‌وی در مجموع هر دو گروه در شهرهای مورد بررسی متفاوت و صفر، 4/6٪ و 10/8٪ بود.⁽⁴⁾

زنان تن فروش: در پیمایش زیستی - رفتاری در زنان تن فروش در سال 1393-1394، شیوع کلی اچ‌آی‌وی 2/1٪ (95٪ فاصله اطمینان 1/4 تا 3/0٪) بود. شیوع اچ‌آی‌وی در افرادی که توسط تیم سیار وارد مطالعه شده بودند، نسبتاً بیشتر بود (3/3٪ در مقابل 1/9٪). البته درصد ابتلا در استانهای مختلف از 0٪ تا 9/4٪ متفاوت بود.⁽⁵⁾ نتایج پیمایش زیستی - رفتاری در زنان تن فروش در سال 1389، شیوع اچ‌آی‌وی در این گروه بطور متوسط در کل کشور حدود 4/5٪ (دامنه اطمینان 2/4 تا 8/3٪) بود. در کسانی که سابقه تزریق مواد داشتند، میزان شیوع اچ‌آی‌وی تا 13٪ بود.⁽⁶⁾

زندانیان: شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان در پیمایش زیستی - رفتاری سال 1395، هشت دهم درصد بود (49 نفر از 5778 نفر). شیوع در زندان های مختلف بین صفر تا 6٪ متغیر بود.⁽⁷⁾ در پیمایش زیستی - رفتاری که در سالهای 1391-1392، در این گروه انجام شد شیوع برابر با 1/4٪ (محدوده اطمینان 95٪: 2/22-0/6٪) بود که با نتایج بدست آمده از مطالعه سال 1388 از نظر تفاوت آماری معنی‌دار نداشت (2/1٪) (دامنه اطمینان 95٪: 3/6-1/2٪).⁽⁸⁾

مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: درباره شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند، مطالعات بسیار محدود است، نمایانگر این گروه نیست و نمی‌تواند به نتیجه‌گیری قابل‌تعمیم منجر شود. با این وجود، در برخی مطالعات این نوع رفتار را به صورت فرعی مورد مطالعه قرار داده اند. اغلب این مطالعات در محیط‌های بسته‌ای همچون زندان‌ها یا در مصرف کنندگان تزریقی مواد انجام شده است.⁽⁷⁻¹¹⁾ در یک مطالعه دیگر در چندین شهر ایران در سال 1388، در میان 360 مرد مصرف کننده تزریقی مواد، 20/8٪ آنان سابقه رابطه جنسی با همجنس بدون کاندوم را در یک ماه گذشته گزارش کرده بودند.⁽¹²⁾

شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف کنندگان غیر تزریقی: در یک مطالعه مرور سیستماتیک در سال 1391، که شامل 10 مطالعه بر روی مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد، شیوع یک کاسه (pooled prevalence) عفونت اچ‌آی‌وی (با حجم نمونه کلی 2275 نفر)، برابر 2.6٪ (2 تا 3.4٪) به دست آمد. مطالعاتی که در تهران انجام گرفته بود، این شیوع را 5.6٪ نشان داد، در حالیکه برای سایر مناطق این عدد برابر 0.4٪ بود.⁽¹³⁾ این نگرانی وجود دارد که مصرف ترکیبات آمفنامیتی در انتقال جنسی اچ‌آی‌وی در این گروه نقش داشته باشد.

کودکان خیابانی: در مطالعه زیستی-رفتاری کودکان خیابانی در شهر تهران در سال 1388، در میان 1000 کودک 10 تا 18 ساله، شیوع اچ‌آی‌وی در کل نمونه 4/5٪ بود. در کودکانی که مصرف مواد داشتند، این مقدار به 9٪ می‌رسید.⁽¹⁴⁾ بدیهی است نتایج این مطالعه را نمی‌توان به کل کشور تعمیم داد. در یک مطالعه دیگر بر روی 386 کودک خیابانی (2005 تا 2007) در شهری دیگر، شیوع اچ‌آی‌وی برابر صفر بود.⁽¹⁵⁾ به نظر می‌آید در این زمینه به مطالعه‌ای جدید و فراگیر نیاز است.

شیوع اچ‌آی‌وی در متکدیان و افراد بی خانمان: در یک مطالعه در شهر تهران در سال 1389، در میان 4230 متکدی خیابانی، که برای دریافت خدمات رایگان به کمپ‌های اختصاصی منتقل شده بودند، شیوع اچ‌آی‌وی برابر 1٪ (فاصله اطمینان 0.7 تا 1.3٪) بود. میزان ابتلا در مردان (1.2٪) بیشتر از زنان (0.6٪) بود.⁽¹⁶⁾ در یک مطالعه دیگر که در سال 1389 بر روی 10672 فرد بی خانمان صورت گرفت، شیوع اچ‌آی‌وی برابر 1.7٪ (دامنه اطمینان 95٪: 1.4 - 1.9٪) بود.⁽¹⁷⁾ در یک مطالعه دیگر در زنان متکدی و بی خانمان در یکی از شهرهای کشور در سال 1395، شیوع اچ‌آی‌وی بیش از 18٪ بود، اما بخش قابل توجهی از آنان دارای سابقه تزریق مواد بودند.⁽¹⁸⁾

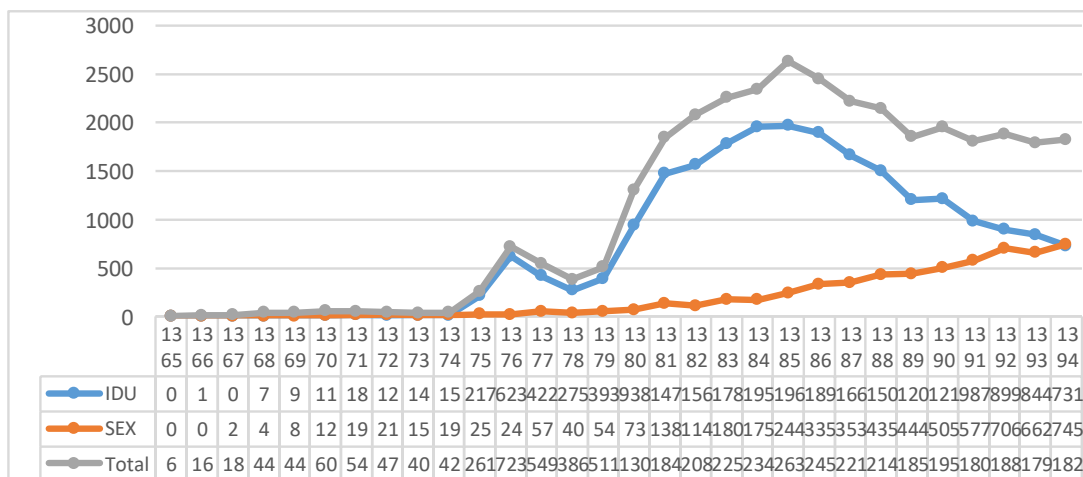
شیوع اچ‌آی‌وی در مبتلایان به سل: میانگین 5 ساله عفونت همزمان سل و اچ‌آی‌وی در مبتلایان به سل 2.3٪ (2315 در 100 هزار نفر) است که 64 برابر نسبت اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی (35 در 100 هزار) است.⁽¹⁹⁾ در مطالعه‌ای کشوری که در سال 1389 بر روی 3132 بیمار مسلول کشف شده انجام شد، شیوع اچ‌آی‌وی در مبتلایان به سل 3/8٪ (120 نفر) محاسبه شد.⁽²⁰⁾

شیوع اچ‌آی‌وی در ترانس جندر های زن: در یک مطالعه مقطعی با روش نمونه‌گیری مبتنی بر زمان-مکان در سال 1393، در میان 104 ترانس جندر زن (مرد به زن)، 2 نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی بودند و فراوانی اچ‌آی‌وی 1/9٪ گزارش شد.⁽²¹⁾ منظور از ترانس جندر زن، فردی است که ظاهر مردانه ولی تمایلات زنانه دارد. در این زمینه نیز به مطالعات فراگیرتر نیاز است.

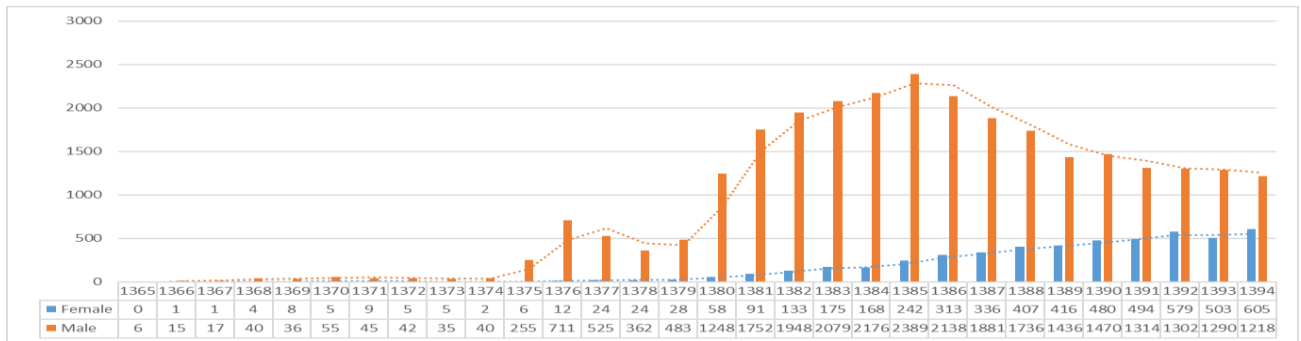
شیوع اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی: شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی پایین است. چنان‌که در یک بررسی که در سال 1389 در 7 استان کشور بر روی زنان باردار مراجعه‌کننده برای زایمان انجام شد، از بین 5261 زن باردار تنها 4 مورد مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی شد. (22) در سال‌های 1389 تا 1392 نیز 8 دیده‌وری در زنان باردار انجام شده که تعداد شرکت‌کنندگان آنها مجموعاً 6876 نفر بود و فقط یک زن باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی شد. در سه دیده‌وری انجام شده در سال 1393 با مجموع 1330 زن باردار تنها یک مورد مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی شد. (23)

تعداد موارد شناسایی شده: بر اساس آمار سیستم ثبت موارد شناسایی شده، تا پایان آذر 1395، حدود 34820 نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی در کشور شناسایی، ثبت و گزارش شده‌اند. (24) از مجموع موارد شناسایی شده تا این تاریخ، 84٪ مرد و 16٪ زن بوده‌اند. 53٪ موارد ثبت شده در گروه سنی 21 تا 35 سال قرار دارند. علل ابتلا به اچ‌آی‌وی در بین کل مواردیکه از سال 1365 تا کنون در کشور به ثبت رسیده‌اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف‌کنندگان مواد (66/9 درصد)، رابطه جنسی (18/9 درصد) و انتقال از مادر به کودک (1/6 درصد) بوده است. راه انتقال در 12٪ از این گروه نامشخص مانده است این در حالی است که الگوی راه انتقال و درصد ابتلای زنان و مردان در سال‌های اخیر تغییر کرده است (نمودار 1 و 2) به گونه‌ای که از کل موارد شناسایی و گزارش شده در شش ماه اول سال جاری 30٪ موارد ثبت را زنان و 70٪ آنها را مردان تشکیل می‌دهند (نمودار 2). بررسی آمار ثبت شده حاکی از تغییر راه‌های انتقال به نفع راه انتقال جنسی در بین موارد شناسایی شده در طی سال‌های اخیر می‌باشد (نمودار 1) و راه احتمالی انتقال در موارد شناسایی شده در دوره زمانی شش ماهه اول سال 1395، در 38٪ مصرف تزریقی مواد، در 40٪ انتقال جنسی، در 3٪ و در 19٪ موارد ناشناخته بوده است. با افزایش تعداد زنان مبتلا و تعداد موارد انتقال از مادر به فرزند، تعداد کودکان زیر 5 سال نیز افزایشی مداوم داشته است (نمودار 3). (24)

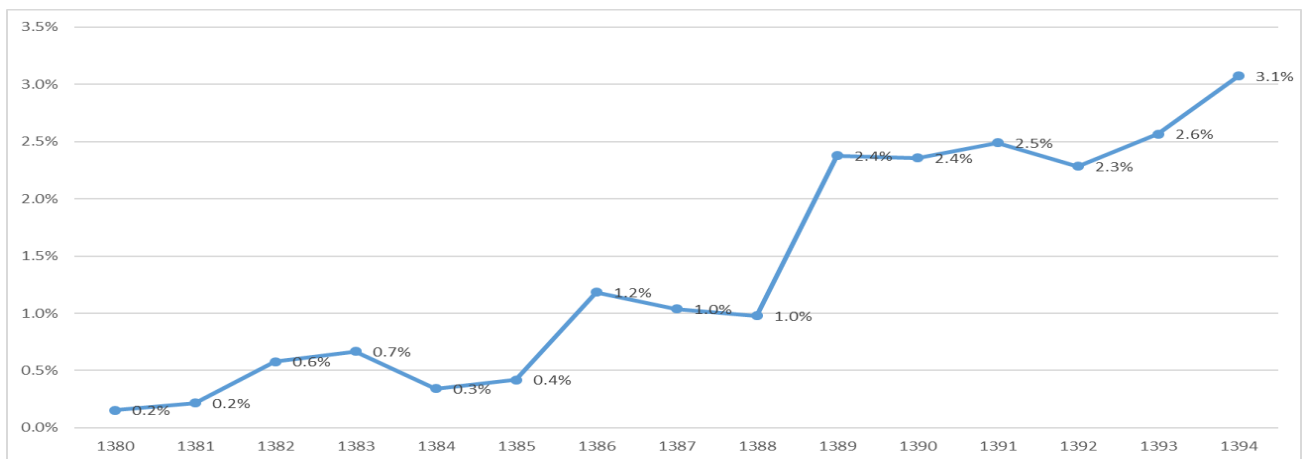
نمودار 1: تغییرات سهم راه‌های انتقال از سال 1365 تا سال 1394 بر اساس داده‌های سیستم ثبت موارد (24)



نمودار 2: روند شناسایی مبتلایان به اچ‌آی‌وی از سال 1365 تا سال 1394 برحسب جنس براساس داده های سیستم ثبت موارد⁽²⁴⁾

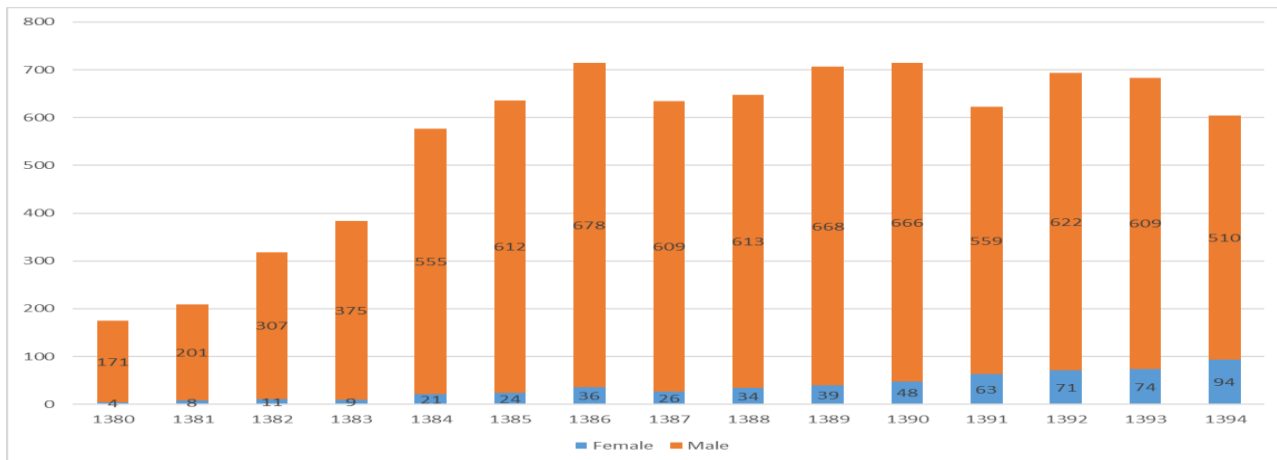


نمودار 3: درصد ابتلا گروه سنی زیر 5 سال در موارد جدید شناسایی شده از سال 1380 تا سال 1394 براساس داده های سیستم ثبت موارد⁽²⁴⁾



تاکنون 8881 نفر از افراد شناسایی و ثبت شده ی مبتلا به اچ‌آی‌وی، در گذشته اند.⁽²⁴⁾ فراوانی تعداد مرگ های ثبت شده را برای گروههای جنسی مرد و زن نیز نشان داده است.⁽²⁴⁾ تعداد مرگ در خانم ها کمتر از آقایان بوده است. اگر چه در مجموع تعداد مرگ روند کاهشی داشته، اما در زنان روند آن افزایشی بوده است. در مردان، تعداد مرگ رو به کاهش بوده است. (نمودار 4) تعداد مرگ برآورده شده ناشی از اچ‌آی‌وی در سال 2014 برابر 5530 نفر برآورد شده است.⁽¹⁾ این میزان برای مردان 4280 نفر و برای زنان 1240 نفر است.⁽¹⁾

نمودار 4: فراوانی تعداد مرگ های ثبت شده برای گروههای جنسی مرد و زن براساس داده های سیستم ثبت موارد (24)



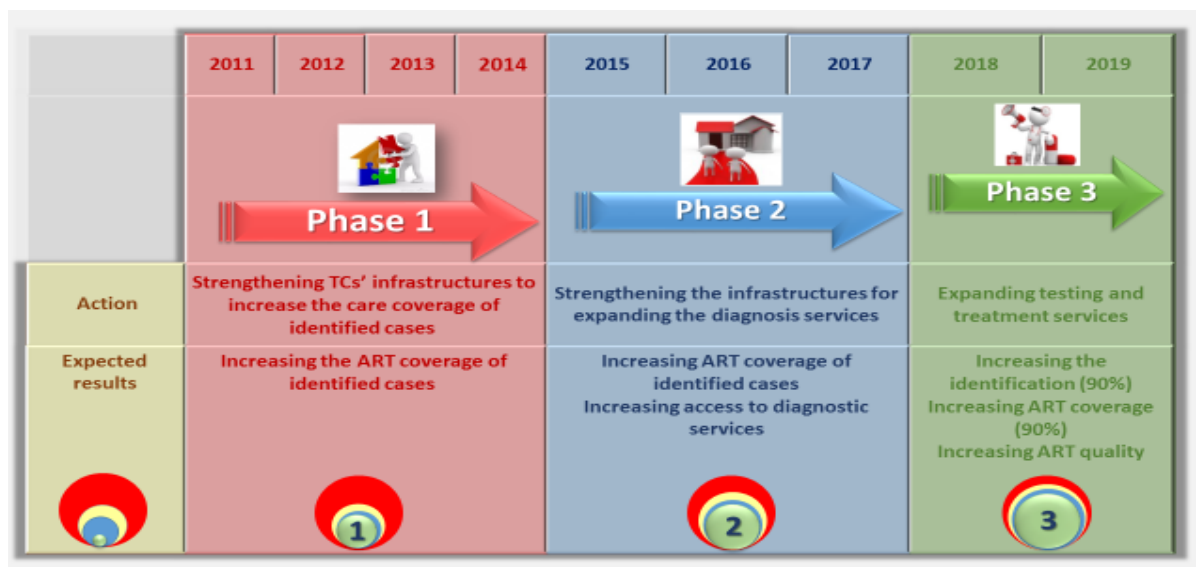
تعهد یکم: دسترسی به درمان

پس از شناسایی همه گیری اچ آی وی در زندانیان مصرف کننده تزریقی مواد در سال 1374، ایران به دنبال پوشش مناسب خدمات برای کنترل آن بود.⁽²⁵⁾ در ابتدا این خدمات انسجام کافی نداشت، به صورت متفرق ارائه می گردید و شامل فعالیت های بسیار پراکنده ای در زمینه درمان ضد رتروویروسی (مانند قرار دادن داروهای ضد رتروویروسی در فهرست فرماکوپه کشور و ارائه رایگان آنها) و برخی خدمات پیشگیری مانند ارائه برخی آموزش ها و توزیع محدود کاندوم و سرنگ و سوزن بود.⁽²⁶⁾ اما با راه اندازی اولین مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری در کرمانشاه در سال 1379، تحول قابل توجهی در ارائه خدمات رخ داد. موفقیت های این مدل منجر به آن شد که راه اندازی مراکز مشابه در سرتاسر کشور در دستور کار قرار گیرد.⁽²⁶⁾ در اولین برنامه استراتژیک کشوری در زمینه کنترل و پیشگیری از اچ آی وی/ایدز برای دوره زمانی 1381-1385، درمان ضد رتروویروسی یکی استراتژی های اصلی برنامه بود که در قالب این مراکز مشاوره بیماری های رفتاری ارائه می گردید.⁽²⁵⁾ اولین دستورالعمل ملی مراقبت و درمان HIV/AIDS نیز در سال 1383 تدوین شد. این اقدامات با موفقیت های نسبی همراه بود، به گونه ای که در انتهای سال 1384، در 72 شهر کشور حداقل یک مرکز مشاوره بیماری های رفتاری وجود داشت و تعداد مبتلایان به اچ آی وی که تحت درمان ضد رتروویروسی بودند تا شهریور 1384 به 380 نفر رسید.⁽²⁵⁾ همچنین مدل مراکز مشاوره بیماری های رفتاری (کلینیک های مثلثی) در سال 2004 از جانب سازمان جهانی بهداشت به عنوان بهترین روش اقدام (Best Practice) برای خدمات پیشگیری و مراقبت از مبتلایان به اچ آی وی برای مصرف کنندگان تزریقی مواد معرفی شد.⁽²⁷⁾

اما نتایج مطالعه ای که در سال 1389 در باره روند اقدامات مراقبت و درمان مبتلایان به اچ آی وی در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری انجام شد⁽²⁸⁾، بر ضرورت تغییر در برنامه مراقبت و درمان برای ارتقاء آن دلالت داشت. این مطالعه حاکی از آن بود که فقط 23٪ موارد تخمینی، تشخیص داده شده، فقط 26٪ آنان به مراکز مشاوره متصل گردیده، فقط حدود 13٪ افراد مذکور از نظر آزمایش شمارش سلولهای CD4 و 9.5٪ موارد از نظر ارزیابی بالینی، بطور منظم بررسی و ثبت شده اند و فقط 29٪ بیماران دارای پرونده فعال، تحت درمان ضد رتروویروسی بودند. یعنی با توجه به تعداد افراد تحت درمان، بطور کلی 8٪ موارد شناسایی شده و 2٪ از تخمین موارد، تحت درمان ضد رتروویروسی قرار داشتند. همچنین این مطالعه حاکی از آن بود که به علت نبود برنامه پایش بالینی منظم و استاندارد در روند درمان، فقط در 23٪ موارد آزمایش CD4 به هنگام داشته و در 18.5٪ بیماران، معاینات دوره ای حین درمان ثبت شده بود، نتایج ثبت و گزارش دهی ناکافی بود و اگرچه گایدلاین های علمی در اختیار بود، اما پروتکل استاندارد اجرایی وجود نداشت که بتواند خدمات مراقبت و درمان استاندارد را برای مراقبین و پزشکان توصیف کند.⁽²⁸⁾ این مطالعه در مورد منابع انسانی نیز حاکی از آن بود که اساساً ارائه خدمات مراقبت و درمان وابسته به متخصصین عفونی بعنوان فوکال پوینت بود. با توجه به دسترسی اندک به متخصصین، این کار مشکلات فراوانی را به همراه داشت. آگاهی پزشکان عمومی شاغل در مراکز بشدت نیز ناکافی بود.⁽²⁸⁾ با توجه به یافته های مطالعه فوق و سایر منابع و بررسی های انجام شده، برنامه ی مداخله ای برای بهبود کیفیت و ارتقاء خدمات مراقبت و درمان طراحی شد که شامل سه فاز بود⁽²⁹⁾ (شکل 1):

- فاز اول : 2014-2011
 - شامل تقویت زیرسخت های موجود و ارتقاء خدمات مراقبت و درمان به موارد شناسایی شده است.
- فاز دوم : 2017-2015
 - شامل تقویت زیر ساخت های افزایش شناسایی و اتصال به خدمات است.
- فاز سوم: 2019-2018
 - شامل بسط تست و تشخیص HIV و افزایش پوشش درمان است. نتایج مورد انتظار شامل افزایش موارد شناسایی (90٪) و افزایش پوشش درمان (90٪) و افزایش کیفیت خدمات ارائه شده خواهد بود.

شکل 1: فازهای ارتقاء، مراقبت و درمان مبتلایان به اچ آی وی⁽²⁹⁾



ارزیابی وضعیت آبخار ارائه خدمات آزمایش، مراقبت و درمان

پله 1: آزمایش اچ‌آی‌وی: آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی یکی از استراتژی‌های برنامه استراتژیک کشوری برای کنترل اچ‌آی‌وی است. در برنامه و دستورالعمل‌ها بر لزوم ارائه آزمایش با در نظر گرفتن محرمانگی، رضایت، مشاوره، تضمین نتایج درست آزمایش و خدمات صحیح تاکید شده است. در سال 1393، رهنمود آزمایش HIV مورد بازبینی قرار گرفت. در آخرین ویرایش دستورالعمل انجام آزمایش اچ‌آی‌وی، رویکرد PITC¹ با روش opt-out مورد تاکید قرار گرفته و به گروه‌های ذیل توصیه شده است: مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی آنها، مراجعه کنندگان به مراکز گذری و مراکز درمان اعتیاد و شرکاء جنسی آنها، تن فروشان و و شرکای جنسی آنها، افرادی که معرض رفتارهای پرخطر جنسی هستند (افراد ترانس جندر، مردانیکه با مردان دیگر رابطه جنسی دارند و افرادی که بیش از یک شریک جنسی دارند) و شرکای جنسی آنها، افراد دارای رابطه جنسی با مبتلایان به اچ‌آی‌وی، همسران مبتلایان به اچ‌آی‌وی، زنان باردار پرخطر و زنان باردار ساکن نواحی حاشیه نشین، زندانیان و مبتلایان به بیمارهای آمیزشی و هیپاتیت‌های منتقله از طریق خون، افرادی که از نظر بالینی علائم و نشانه‌های حاکی از HIV دارند، کودکان متولد شده از مادران مبتلا، و افرادی که تماس‌های تصادفی داشته‌اند. علاوه بر این امکان دسترسی به این خدمات برای کلیه افراد متقاضی نیز در نظر گرفته شده است. از دو سال قبل، پیشنهاد انجام آزمایش در بیماران مبتلا به سل صرف نظر از وجود عوامل خطر نیز پیش بینی شده است.⁽³⁰⁾

آلگوریتم تشخیصی اچ‌آی‌وی بر اساس سه آزمایش ایمونواسی پشت سر هم گذاشته شده است.⁽³¹⁾

ورود آزمایش تشخیص سریع در سال 1390 منجر به افزایش سریع مراکز ارائه دهنده خدمات تشخیصی شد.⁽³⁰⁾ در حال حاضر بیش از 1000 مرکز مسئول ارائه آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی با استفاده از آزمایش سریع و الیزای اچ‌آی‌وی هستند.⁽³²⁾ انواع مراکزی که آزمایش سریع اچ‌آی‌وی را به کار گرفته‌اند، متنوع است. این مراکز شامل موارد زیر است: همه مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری (116 مرکز) و پایگاه‌های مشاوره (279 پایگاه)، برخی از کلینیک‌های مراقبت

¹PITC: Provider Initiated Testing and Counselling

پیش از بارداری، مراکزی که به طور ویژه برای تقویت پیشگیری انتقال مادر به کودک پیش بینی شده اند، بسیاری از مراکز گذری مردان، مراکز گذری زنان، تعدادی گرمخانه های مردان و زنان، مراکز ویژه زنان آسیب پذیر (34 مرکز)، بسیاری از زندان ها، برخی از کلینیک های درمان نگهدارنده مواد، مراکز درمان سل، برخی بیمارستان های انتخابی و برخی مطب های خصوصی. (32 و 33) آزمایش و مشاوره اچ آی وی در بخش دولتی (مانند کلینیک های مثلثی، کلینیک های دولتی متادون، مراکز گذری و مراکز ویژه زنان آسیب پذیر، درمانگاه های سل و درمانگاه های مراقبت پیش از بارداری) رایگان است. (31) لازم به ذکر است که بسیاری از آزمایشگاههای تشخیصی در بخش خصوصی نیز امکانات انجام آزمایش تشخیصی HIV را دارند ولی از تعداد این مراکز و تعداد آزمایش های انجام شده توسط آنها، اطلاعات دقیقی در دست نیست. (31)

مجموعاً در نیمه دوم سال 1394 و نیمه اول سال 1395، بیش از 280000 نفر در این مراکز آزمایش HIV انجام داده اند. (32) در طی چند سال گذشته ارائه آزمایش اچ آی وی افزایش چشمگیری داشته است. متوسط تعداد آزمایش در هر مرکز 20 نفر در ماه بوده، (32) که نسبت به سال قبل بهبود یافته ولی هنوز نیاز به ارتقاء دارد. با این وجود متوسط تعداد آزمایش ارائه شده در مراکز مختلف گستره وسیعی دارد و یکنواخت نیست. (32) تمام مطالعاتی که پیش از این در باره پوشش خدمات تشخیصی HIV در گروههای جمعیتی مختلف، شده بود حاکی از پایین بودن آن داشته است. اطلاعات مربوطه در جدول شماره 1 خلاصه شده است. (30)

جدول شماره 1: پوشش آزمایش HIV در گروههای مختلف جمعیتی (30)

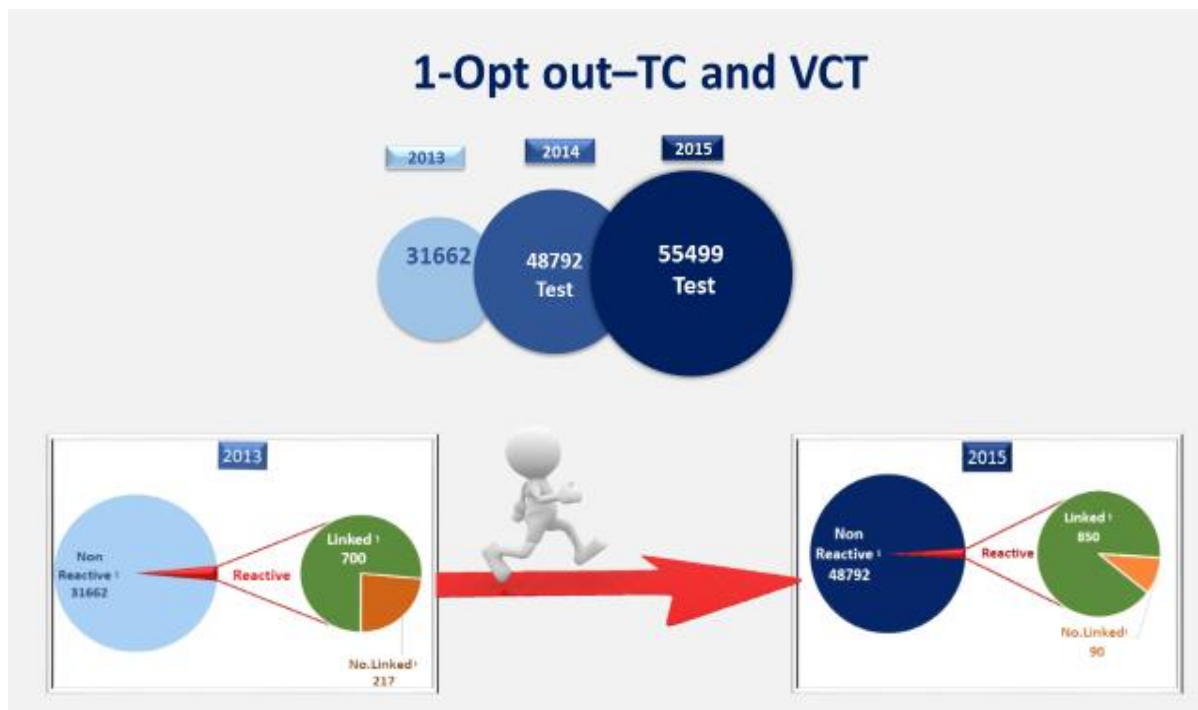
گروه مورد مطالعه	منبع	سال گزارش	پوشش آزمایش HIV
جوانان (در جمعیت عمومی)	مطالعه زیستی - رفتاری	1393	14٪ در سال گذشته آزمایش HIV انجام داده و از نتیجه آن آگاهند
مصرف کنندگان تزریقی مواد	زیستی - رفتاری	1393	27/2٪ در سال گذشته آزمایش HIV انجام داده و از نتیجه آن آگاهند
شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد	مطالعه زیستی - رفتاری	1390	28.4٪ تا کنون آزمایش داده اند و 81٪ از نتیجه آن آگاهند
زنان تن فروش	نظام مراقبت زیستی - رفتاری	1394-1395	80/9٪ سابقه آزمایش اچ آی وی را داشتند. از این میان، 87/4٪ سابقه آزمایش اچ آی وی در یک سال گذشته را داشتند.
زندانیان	نظام مراقبت زیستی - رفتاری	1392	37.7٪ تا کنون آزمایش داده اند و 61.3٪ از نتیجه آخرین آزمایش خود آگاهند
افراد ترانس جندر (مرد به زن) ²	مطالعه زیستی - رفتاری	1393	23٪ در سال گذشته آزمایش HIV انجام داده و از نتیجه آن آگاهند
مردانی که با مردان دیگر رابطه دارند	-	-	مطالعه قابل اتکایی در دست نیست
بیماران مسلول	نظام ثبت سل	1392	17.7٪ در سال گذشته آزمایش HIV انجام داده

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

امید می رود در مطالعات بعدی میزان پوشش آزمایش اچ آی وی با اقدامات فوق ارتقاء یابد و موارد شناسایی شده از کل مبتلایان از حدود یک سوم کنونی (25000 نفر فرد مبتلای به اچ آی وی شناسایی شده⁽³⁴⁾ و زنده از حدود 75000 نفر تخمین تعداد مبتلایان⁽¹⁾) به نسبت های بالاتری دست یابد.

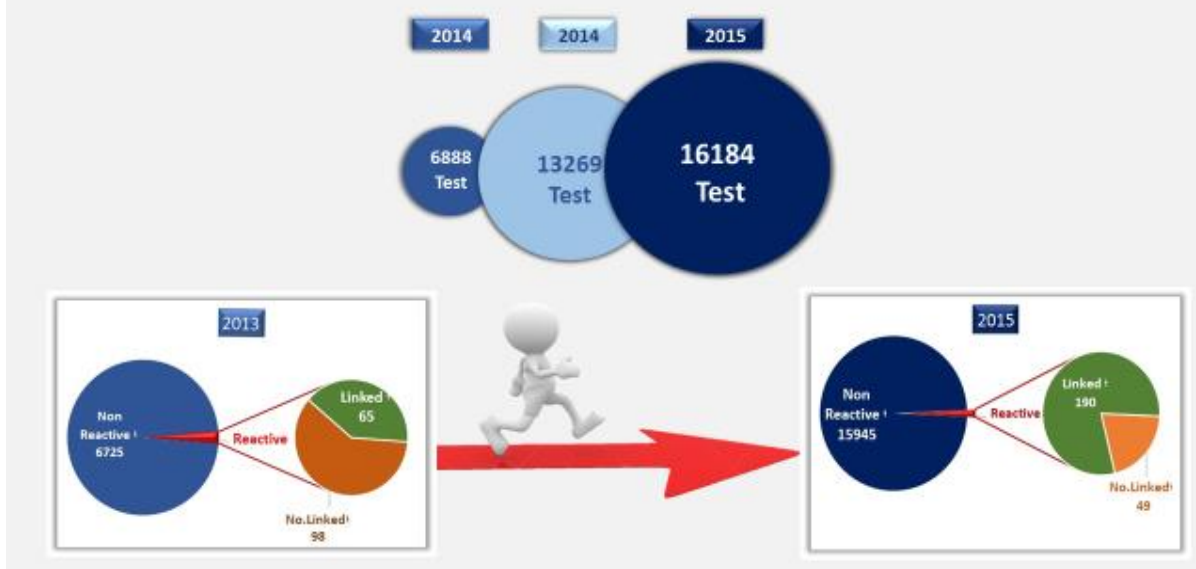
شکل های 2 تا 11 نشان دهنده افزایش ارائه آزمایش اچ آی وی در مراکز ارائه دهنده خدمات به گروه های هدف در طی چند سال اخیر است.⁽²⁹⁾

شکل 2- روند تغییرات در موارد آزمایش اچ آی وی و اتصال به خدمات در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری و پایگاههای مشاوره 2013-2015⁽²⁹⁾



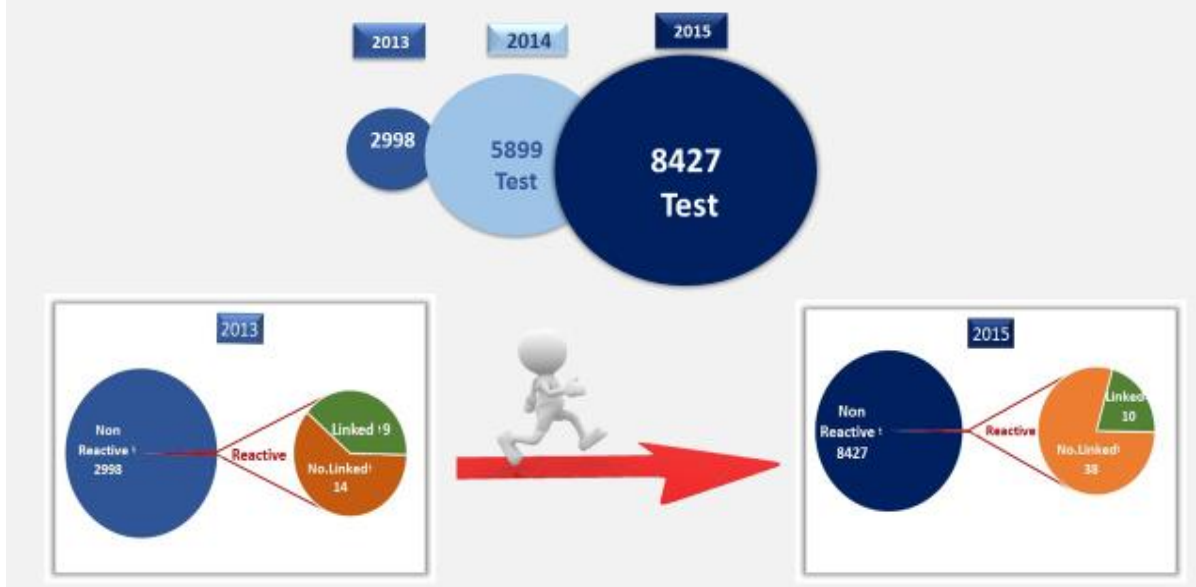
شکل 3- روند تغییرات در موارد آزمایش اچ آی وی و اتصال به خدمات در مراکز کاهش آسیب 2013-2015⁽²⁹⁾

2-Opt out – Harm reduction setting

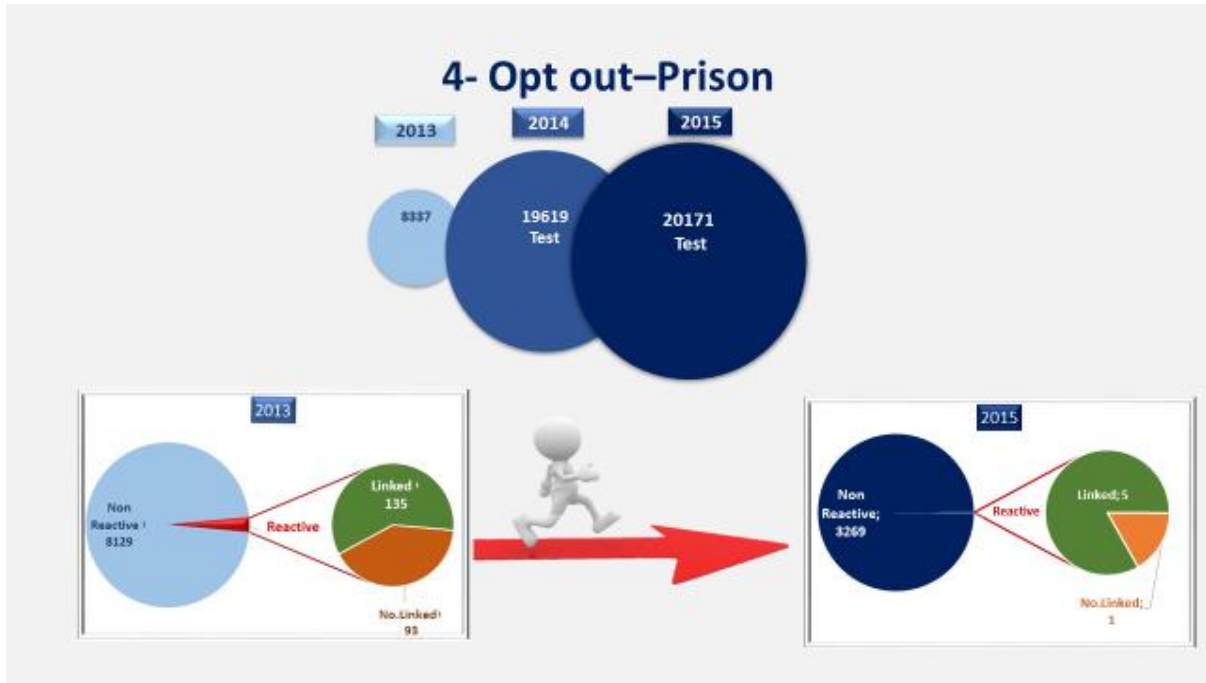


شکل 4- روند تغییرات در موارد آزمایش لچ آی وی و اتصال به خدمات در مراکز زنان 2013-2015⁽²⁹⁾

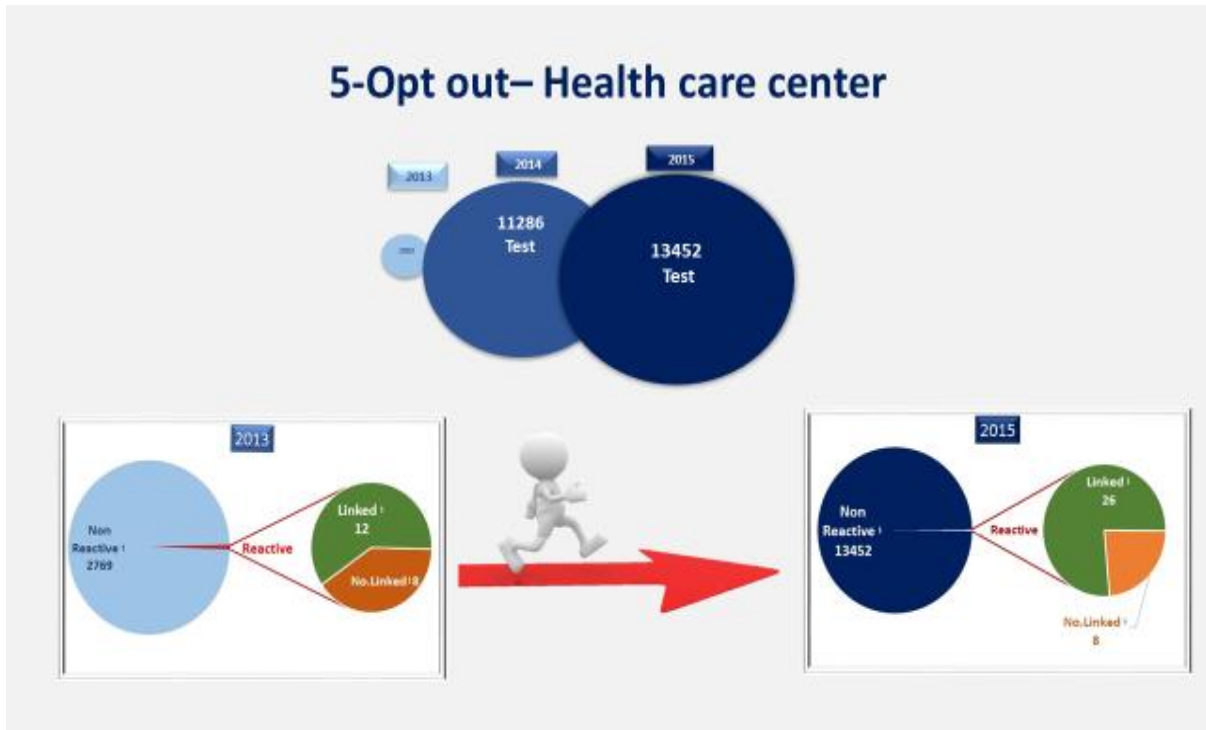
3-Opt out- Vulnerable Women Centers



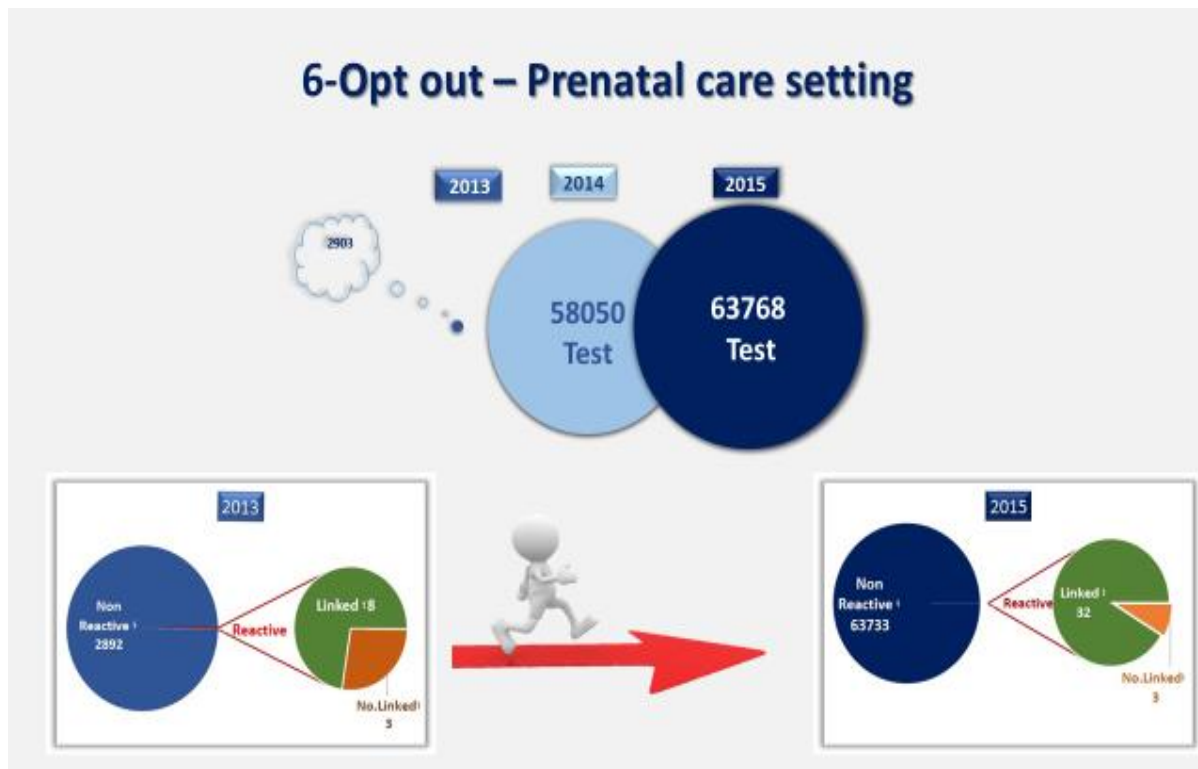
شکل 5- روند تغییرات در موارد آزمایش لچ آی وی و اتصال به خدمات در زندان 2013-2015⁽²⁹⁾



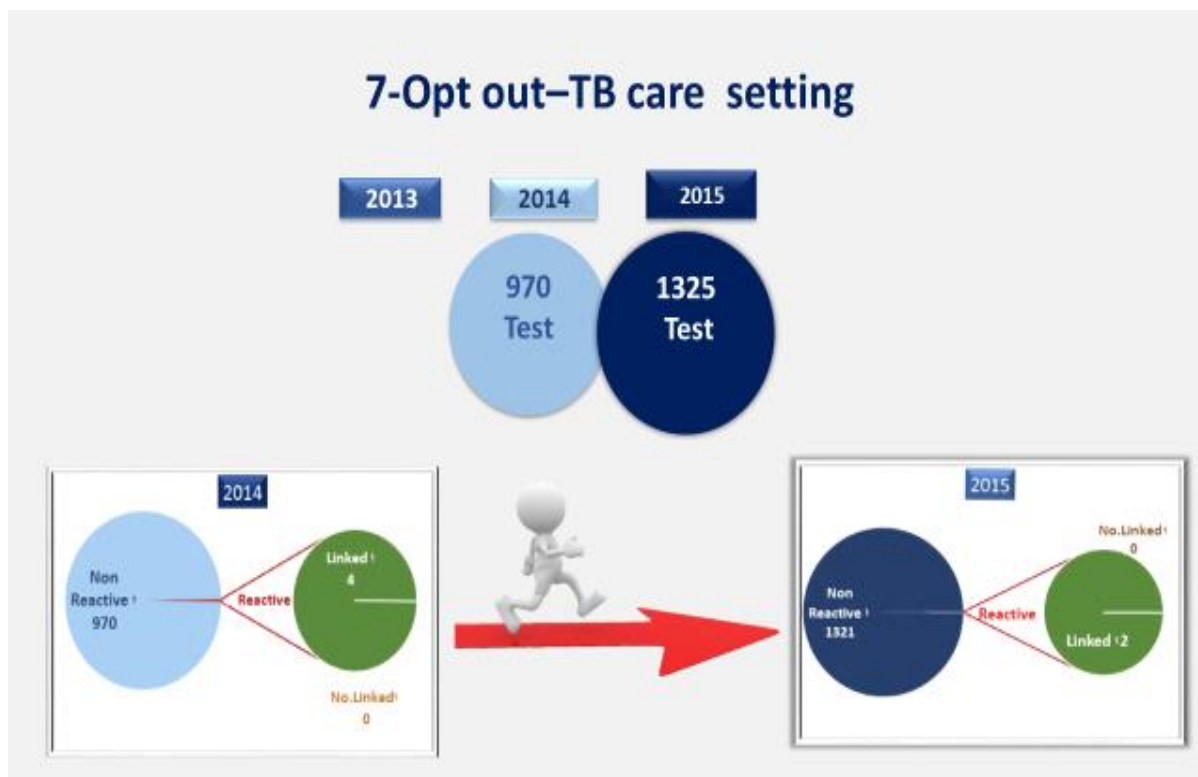
شکل 6- روند تفییرات در موارد آزمایش لچ آی وی و اتصال به خدمات در مراکز بهداشتی 2013-2015⁽²⁹⁾



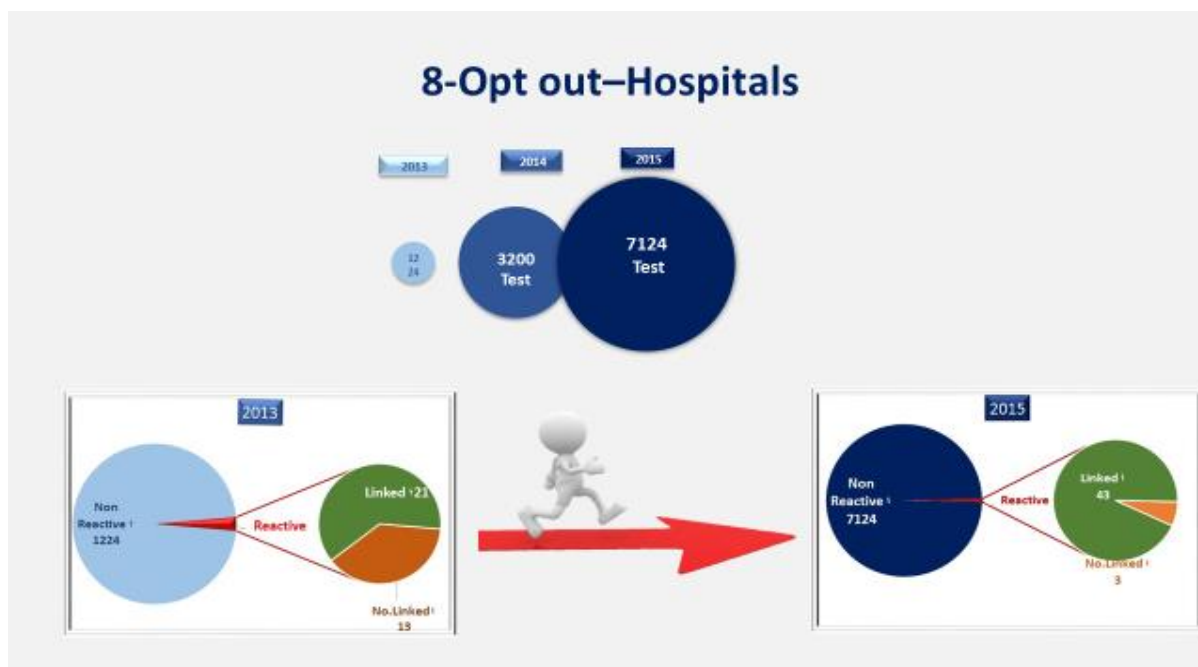
شکل 7- روند تغییرات در موارد آزمایش اچ آی وی و اتصال به خدمات در مراکز مراقبت مادران باردار 2013-2015⁽²⁹⁾



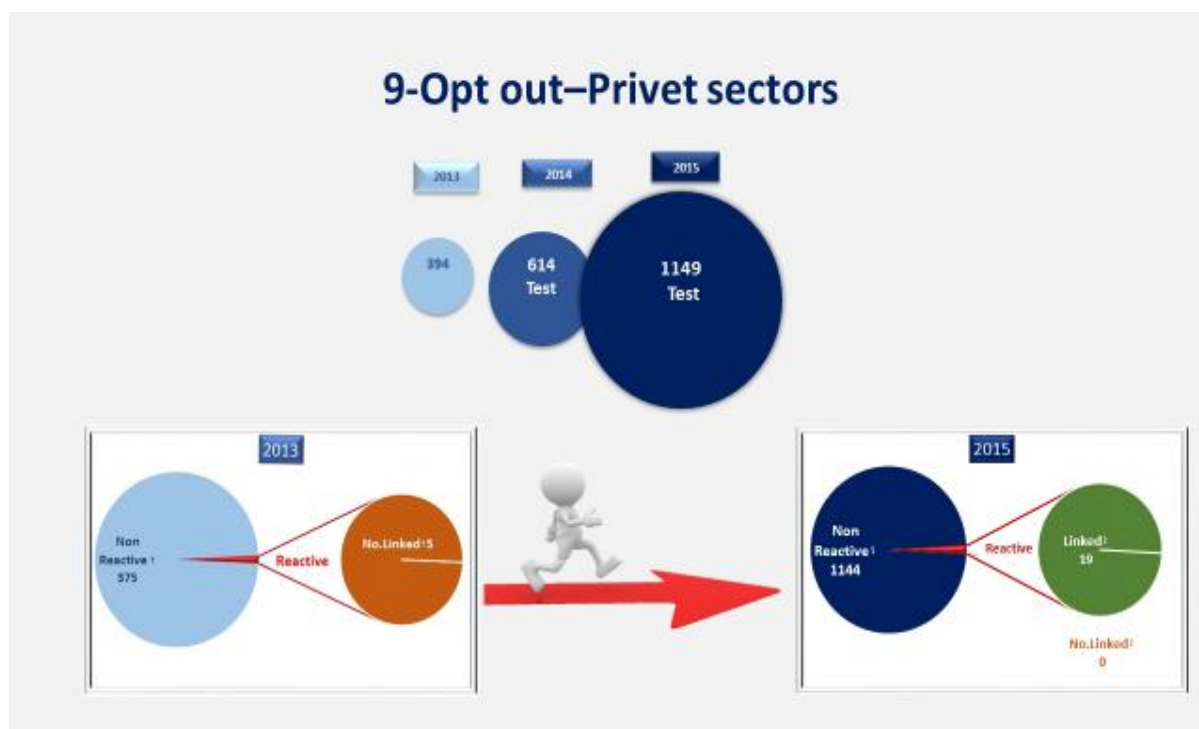
شکل 8- روند تغییرات در موارد آزمایش لچ آی وی و اتصال به خدمات در مراکز مراقبت سل 2013-2015⁽²⁹⁾



شکل 9- روند تغییرات در موارد آزمایش لچ آی وی و اتصال به خدمات در بیمارستان ها 2013-2015⁽²⁹⁾



شکل 10- روند تغییرات در موارد آزمایش اچ آی وی و اتصال به خدمات در بخش خصوصی 2013-2015⁽²⁹⁾



شکل 11- روند تغییرات در موارد آزمایش اچ آی وی و اتصال به خدمات در کلینیک های سیار 2013-2015⁽²⁹⁾

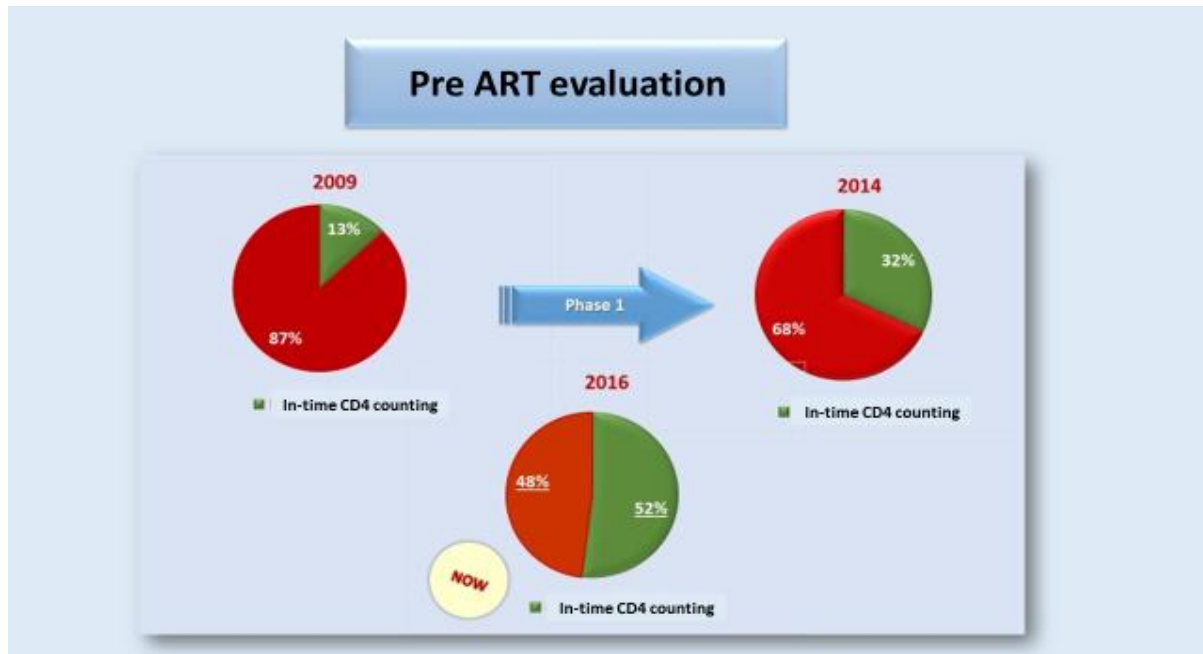


پله 2: وصل شدن به مراقبت: همانطور که در شکل های 4 تا 11 دیده می شود، وضعیت وصل شدن به مراقبت طی سه سال اخیر بهبود یافته است.⁽²⁹⁾ با این وجود همانطور که در شکل ها دیده می شود، اتصال به خدمات هنوز نیاز به

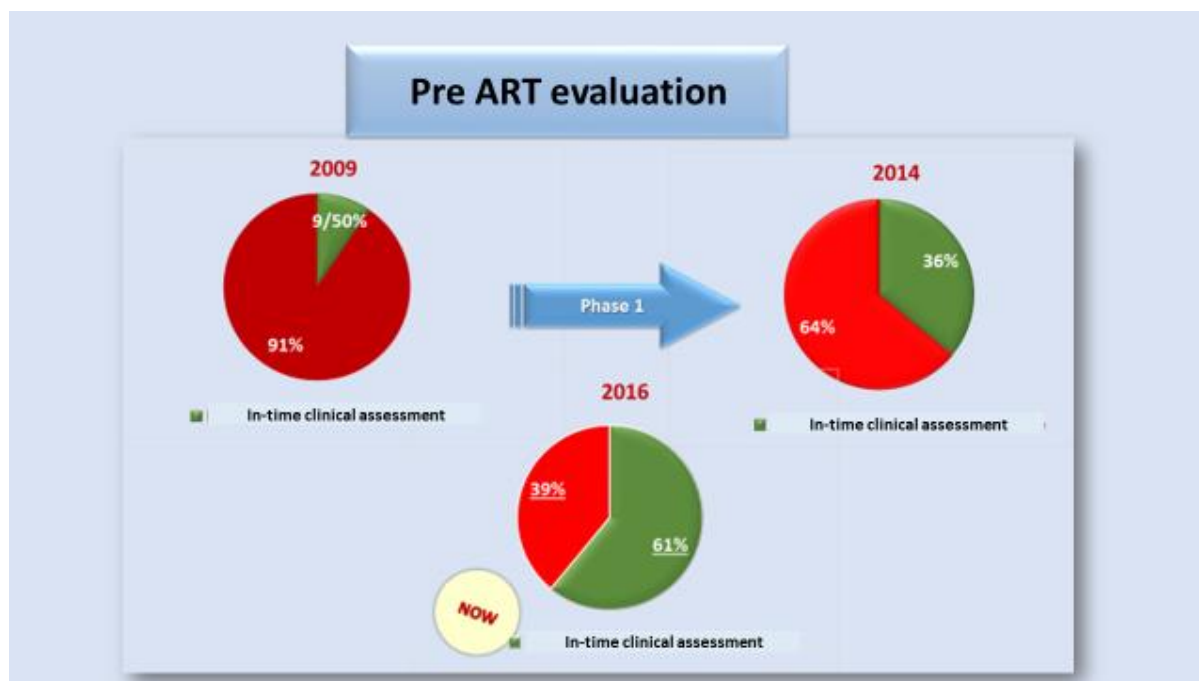
بهبود دارد. به گونه ای که از میان 1838 نفری که در فاصله مهر 1394 تا مهر 1395 آزمایش سریع اچ آی وی در آنها مثبت بوده، 1432 نفر برای انجام آزمایش های تاییدی به مراکز مربوطه وصل شده اند و 22٪ رها مانده اند.⁽³²⁾

پله 3 : مراقبت قبل از درمان ضدتروویروسی: همانطور که در شکل های 12 و 13 دیده می شود، انجام ارزیابی بالینی و شمارش CD4 به هنگام، به عنوان نمونه ای از بخشی از مهمترین خدمات قبل از شروع درمان ضدتروویروسی در سال های اخیر بهبود یافته، ولی هنوز نیاز به بهبود دارد.

شکل 12- ارزیابی انجام به هنگام شمارش CD4 در بیماران بدون درمان ARV⁽²⁹⁾



شکل 13- ارزیابی بالینی در بیماران بدون درمان ARV⁽²⁹⁾



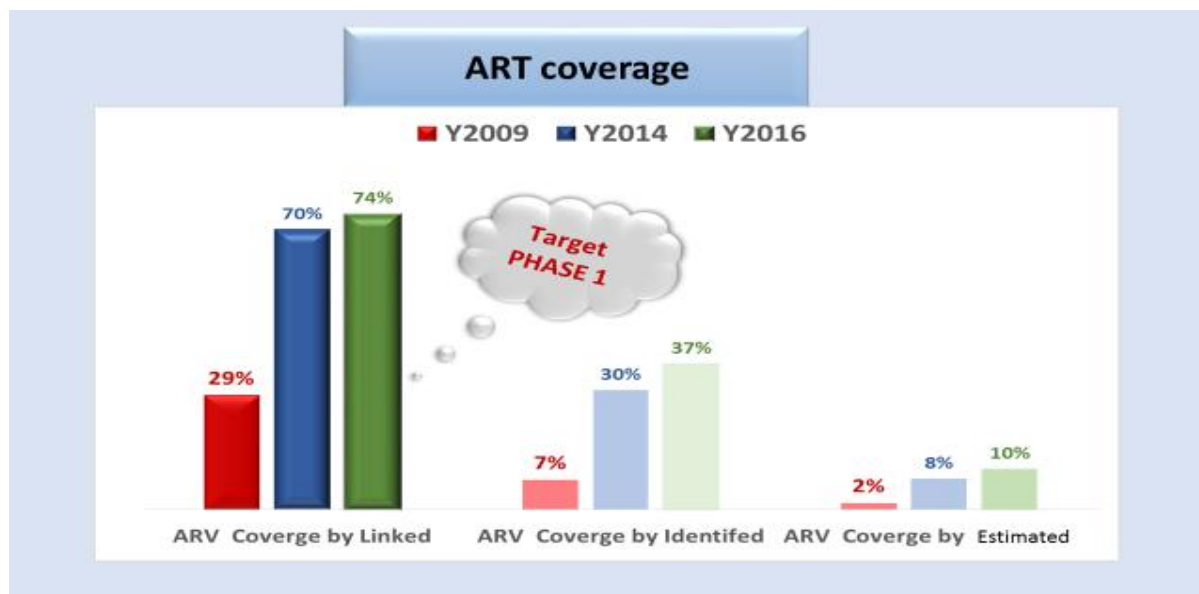
پله 4 : درمان ضد رتروویروسی و بقای بر درمان: مراکز مشاوره، مراکز مسئول برای ارائه درمان ضد رتروویروسی هستند.⁽³⁰⁾ ولی در دو سال گذشته، تلاش های برای تمرکز زدایی از این مراکز شروع شده است.⁽³¹⁾ همچنین شروع درمان از انحصار پزشکان متخصص عفونی خارج شده و پزشکان عمومی دوره دیده نیز می توانند درمان را شروع کنند.⁽³¹⁾ به این منظور دوره های آموزشی برای پزشکان عمومی از سال آذر ماه سال 1393 شروع شده و تاکنون مجموعاً یازده دوره اجرا گردیده که جمعاً 231 نفر شامل 223 پزشک عمومی در آن دوره دیده اند. دو دوره از آموزش های فوق برای پزشکان شاغل در زندانهای کشور برگزار شده است که در آن 43 نفر از پزشکان عمومی و دو متخصص آموزش دیده اند و قرار است که حداقل سه دوره آموزشی برای سایر پزشکان شاغل مراکز مشاوره زندانهای کشور نیز برگزار شود. در این کارگاهها، ادغام موارد علمی با نکات مشاوره ای مرتبط می باشد و سعی شده است که شرکت کنندگان بتوانند در کنار آشنایی عمیق با دستورالعمل های مختلف پیشگیری، مراقبت و درمان بالغین مبتلا، جلوگیری از انتقال مادر به کودک، اصول مشاوره و تشخیص اچ آی وی، اصول تشخیص و درمان کودکان مبتلا، پیشگیری و درمان سل و اچ آی وی، پیشگیری پس از آسیب های شغلی و غیر شغلی، تغذیه مبتلایان، شکایت های شایع در مبتلایان و عفونتهای فرصت طلب، با جنبه های مشاوره ای مربوط به هر مبحث نیز آشنا شده و با تمرینات فردی و گروهی، مهارت ارتباط با بیماران را کسب کنند. در انتهای دوره نیز شرکت کنندگان گواهی هایی دریافت می کنند که به آنها اجازه حضور در مراکز مشاوره برای ارائه خدمات فوق الذکر را می دهد. با برگزاری این دوره ای آموزشی، محور درمان مراکز مشاوره از فوکال پوینت های عفونی (که

قبلا محور اصلی بودند و بدلیل محدودیت های دسترسی به این گروه متخصص، ارائه خدمات را در مراکز مشاوره با تأخیر و مشکلات مختلفی مواجه می کرد) به پزشکان عمومی تغییر یافت. (31)

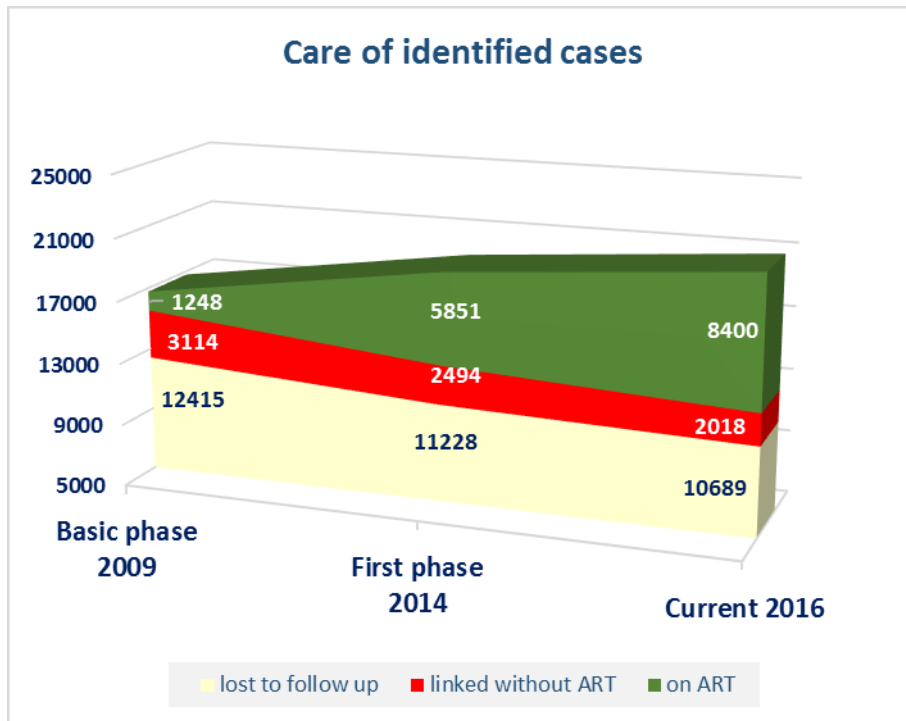
از سال 1393، برنامه ارائه فعالانه خدمات اچ ای وی در زندان های کشور نیز شروع شده و در حال حاضر در بیش از یک سوم جمعیت زندانیان تحت پوشش آن هستند. این برنامه که اساس آن بیماریابی فعال و پیگیری بیماران در طول درمان تا زمان آزادی و اتصال به خدمات در بیرون زندان است، باعث افزایش پوشش آزمایش اچ آی وی از میانگین 207 آزمایش در هر ماه در هر زندان به 1106 آزمایش و افزایش پوشش درمان ضد رتروویروسی در زندانیان از میانگین 11 نفر در هر زندان به 16 نفر گردید. (35)

فعالیت های انجام شده در سال های اخیر منجر به بهبود پوشش درمان شده است (شکل های 14 و 15 و نمودارهای 5 و 6). به گونه ای که پوشش درمان در بیماران وصل شده به مراکز از 29٪ در سال 2009 به 74٪ در سال 2016 رسید. این در صد در موارد کلی شناسایی شده از 7٪ در سال 2009 به 37٪ در سال 2016 رسید. در صورتی که پوشش درمان ضد رتروویروسی بر اساس تخمین موارد مبتلا در کشور محاسبه شود، پوشش درمان از 2٪ موارد تخمینی در سال 2009 به 10٪ در سال 2016 رسید. (29) (شکل 14)

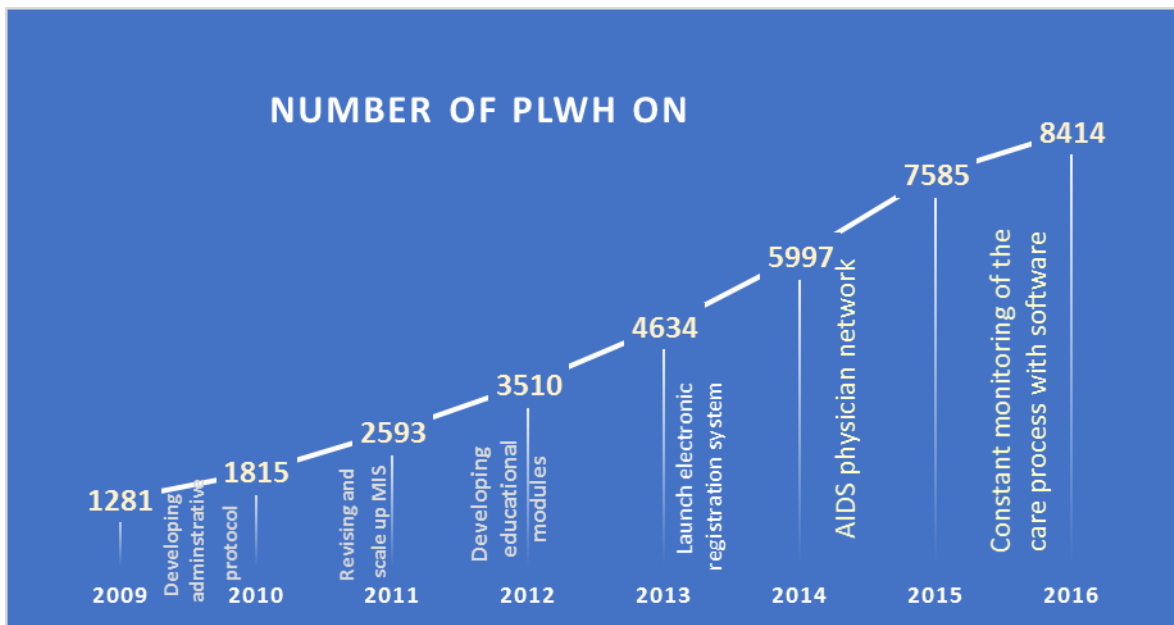
شکل 14- تغییرات نسبت بهاران تحت درمان ضد رتروویروسی به موارد تخمینی و شناسایی شده (29)



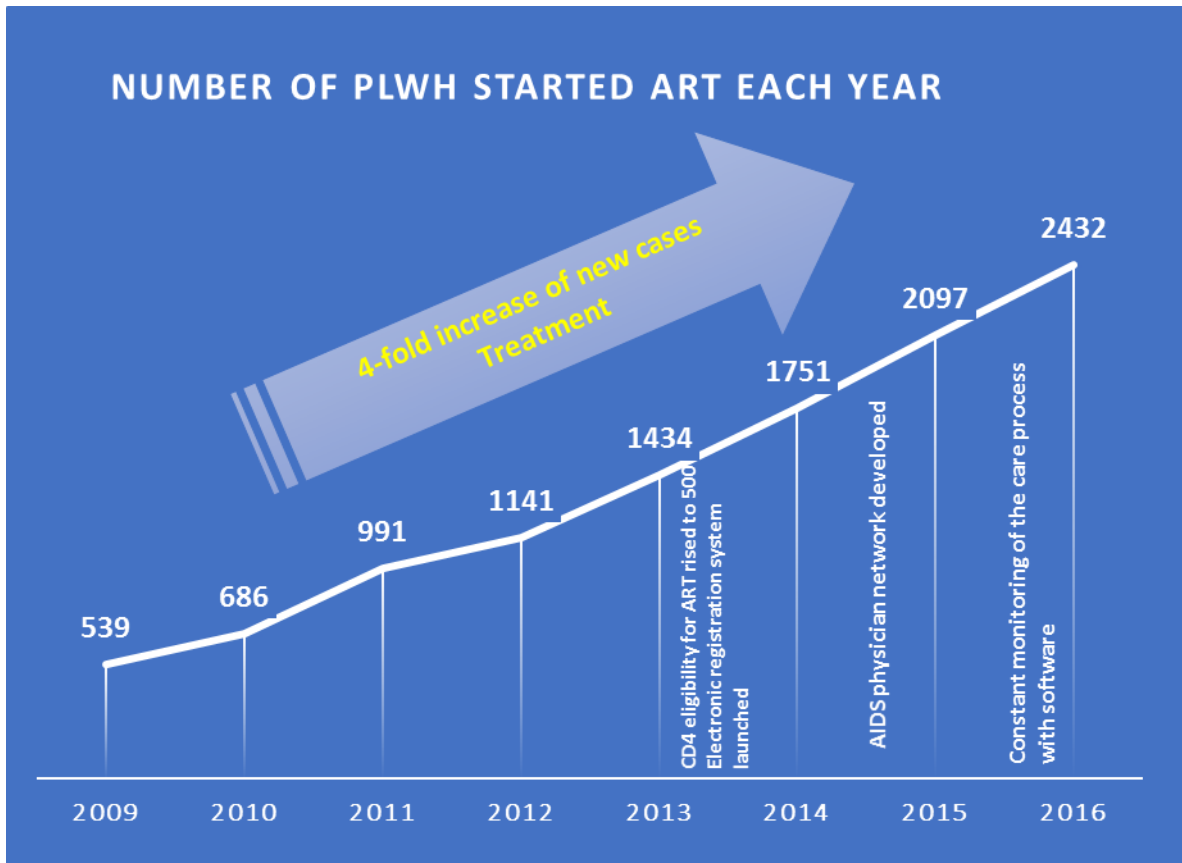
شکل 15- روند مراقبت بهاران شناسایی شده مبتلا به اچ آی وی از 2009 - 2016 (29)



نمودار 5- روند افزایش موارد تجویز تحت درمان ضد رتروویروسی از سال 2008-2016

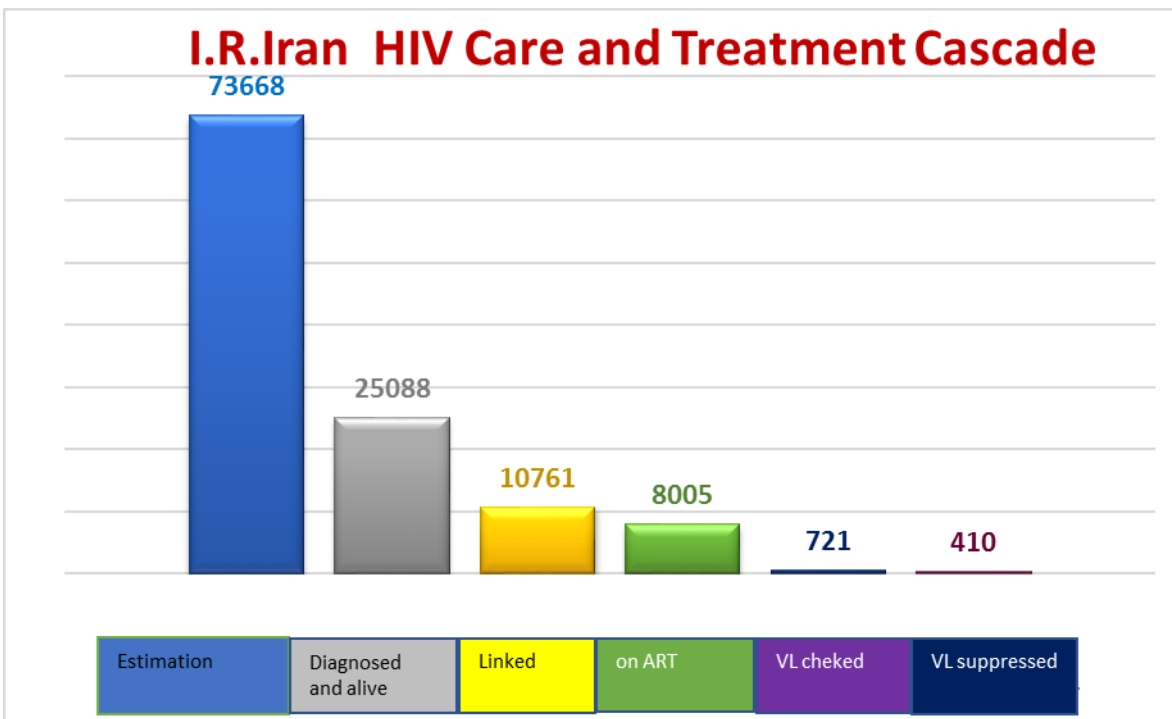


نمودار 6- روند موارد جدید تحت درمان ضد رتروویروسی از 2008-2016

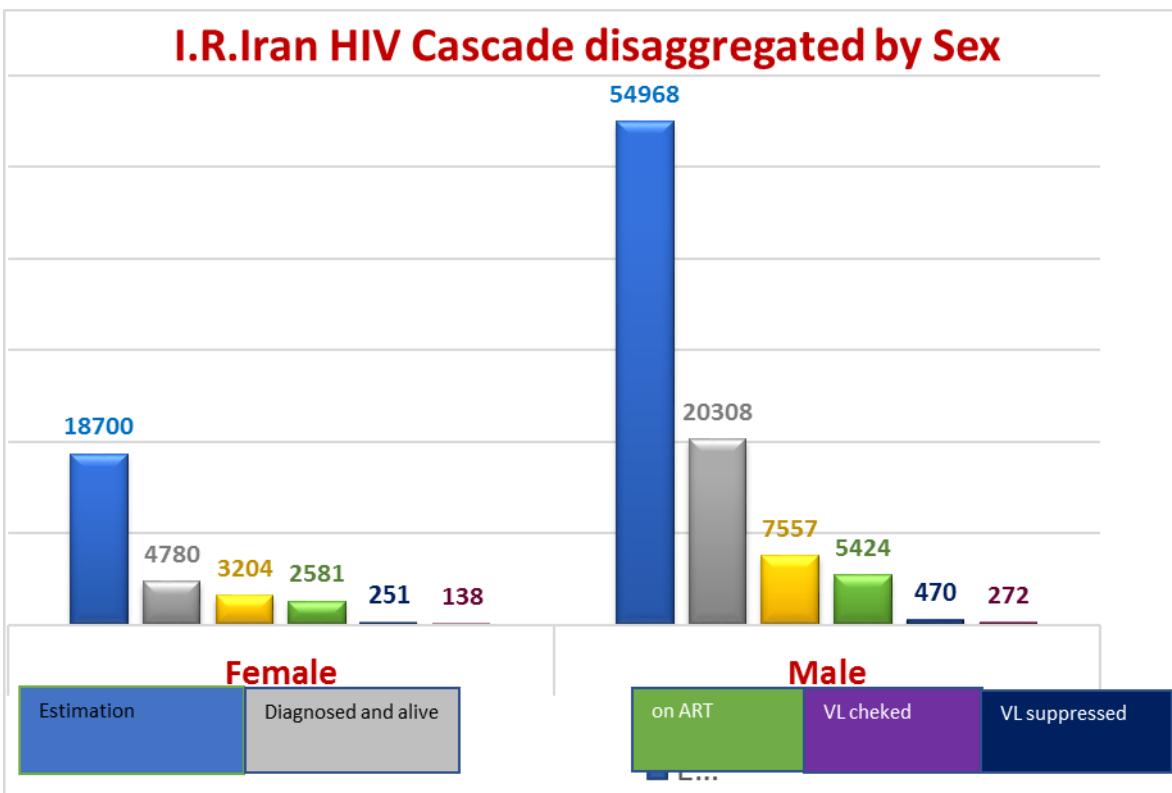


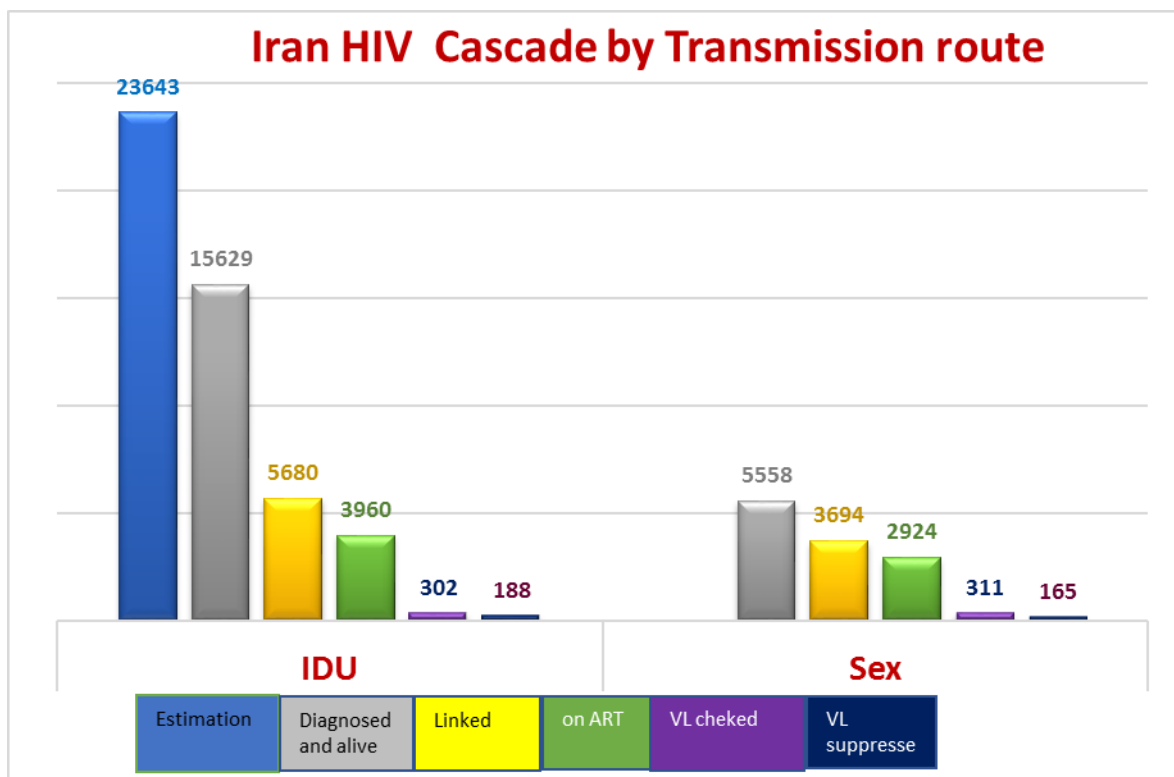
آبشار خدمات در کل جمعیت مبتلایان و به تفکیک جنسی و راه انتقال در نمودارهای 7 تا 9 نمایش داده شده است. (1 و 34)

نمودار 7- آبخار خدمات مراقبت و درمان لچ ای وی در کل جمعیت مبتلایان به آن (1 و 34)



نمودار 8- آبخار خدمات مراقبت و درمان لچ ای وی در زنان و مردان مبتلا به آن (1 و 34)





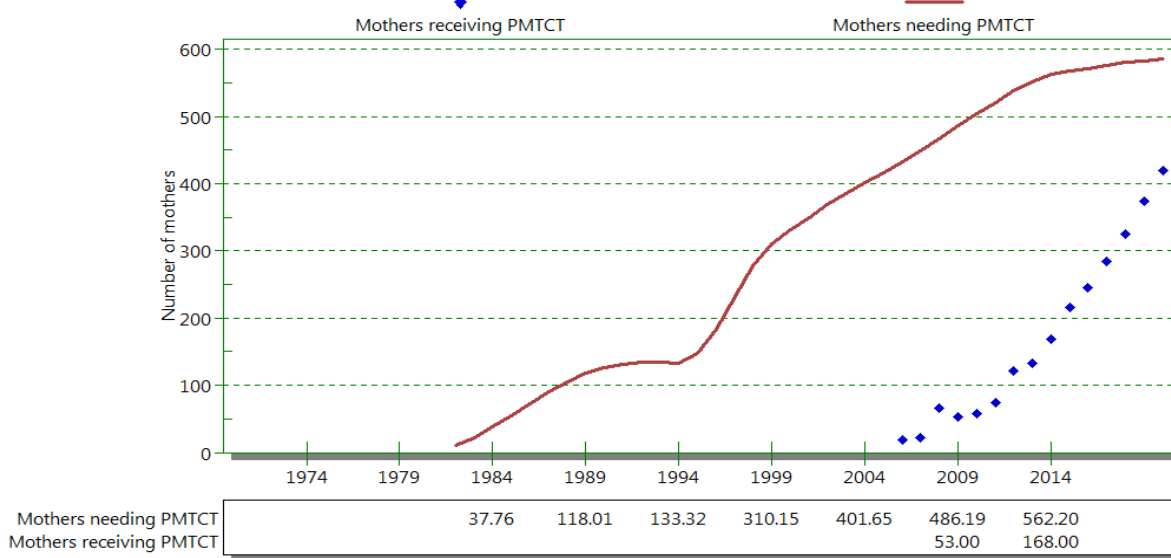
تعهد دوم: حذف انتقال مادر به کودک

ارائه درمان ضدتروویروسی به منظور پیشگیری از انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد از سال 1385 در دستورالعمل کشوری مراقبت و درمان گنجانده شده است.⁽²⁵⁾ خدمات مرتبط ذیل استراتژی مراقبت و درمان مبتلایان، و بصورت بخشی از خدمات مرتبط به زنان مبتلا ارائه می گردید.⁽³⁶⁾ با ایجاد مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارائه خدمات سلامت باروری، درمان ضدتروویروسی به منظور درمان و یا پیشگیری از انتقال مادر به کودک و نیز مراقبت و درمان کودکان مبتلا در بسته خدمات این مراکز گنجانده شد.⁽³¹⁾ در سال 1392 برنامه ی پیوند برنامه های ایدز و سلامت باروری با هدف کاهش انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد تدوین شد و از ابتدای سال 1393 در 16 منطقه پرخطر از 14 استان کشور به اجرا در آمد.⁽³¹⁾ در این برنامه 4 عرصه پیشگیری از ابتلا زنان و دختران جوان، تنظیم خانواده و سلامت باروری در زنان مبتلا به اچ آی وی، زایمان سالم برای زنان باردار مبتلا، پیگیری نوزاد و مراقبت و درمان نوزادان مبتلا در نظر گرفته شده است. یکی از اصلی ترین خدماتی که در این برنامه مد نظر قرار گرفت، ارائه آزمایش و مشاوره اچ آی وی با رویکرد PITC برای کلیه زنان باردار ساکن در این مناطق پرخطر بود.⁽³¹⁾ اجرای 6 ماهه این برنامه منجر به افزایش تعداد مادران باردار شناسایی شده گردید به نحوی که تعداد کل زنان باردار مبتلا شناخته شده از 132 نفر در سال قبل از اجرای به 181 زن باردار در سال بعد از اجرای آن رسید. از بین 181 زن باردار شناسایی شده 168 مورد از داروهای ضدتروویروس بهره مند شدند.⁽³⁷⁾ این برنامه بعنوان یک برنامه اولویت دار در کشور از سال 1393 در 170 مرکز بهداشتی درمانی و 41 بیمارستان منتخب در 15

دانشگاه علوم پزشکی به صورت پایلوت به اجرا درآمد. در این برنامه از کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب در اولین ویزیت و در طی سه ماهه سوم بارداری آزمایش سریع اچ آی وی با رویکرد PIT انجام گردید.⁽³¹⁾ در فاصله شهریور 1394 لغایت شهریور 1395 در این برنامه از 108789 زن باردار مراقبت به عمل آمد و برای بیش از 88450 از آنان آزمایش اچ آی وی انجام شد و 42 مادر باردار اچ آی وی مثبت شناسایی گردید.⁽³⁸⁾ در مجموع در این دوره زمانی 232 زن باردار مبتلا به اچ آی وی تحت مراقبت بوده اند که 215 نفر از آنان درمان ضدرتروویروسی دریافت کرده اند.⁽³³⁾ از کل مادران باردار 148 نوزاد متولد شده که برای 110 نفر نوزادان آزمایش مولکولی در طی دو ماه پس از تولد انجام شده که 5 نفر آنان آزمایش مثبت داشته اند.⁽³³⁾ با توجه به نتایج مرحله پایلوت و لزوم توسعه برنامه، در نیمه دوم سال 1395، اجرای برنامه در کل مناطق حاشیه نشین 15 دانشگاه پایلوت ابلاغ گردید.⁽³¹⁾ با توجه به اینکه قرار است برنامه در کل کشور به مرحله اجرا درآید، مدیران گروه بیماری ها، مدیران گروه سلامت خانواده، کارشناسان ایدز دانشگاه، کارشناسان مادران معاون بهداشتی، کارشناسان مسئول آموزش بهورزی و کارشناسان مادران در حوزه معاون درمان در کلیه دانشگاه های باقیمانده (42 دانشگاه) در چند نشست های یکروزه (مجموعاً چهار نشست در بهمن و اسفند 1395) تحت آموزش قرار گرفتند و مقرر گردید که برنامه پس از ابلاغ رسمی از طرف وزارت بهداشت و فراهم نمودن زیرساخت های لازم در محیط، از سال 1396 ابتدا در مناطق حاشیه نشین کل کشور و سپس در کلیه مناطق تسری یابد.⁽³¹⁾ قابل ذکر است که برای اجرای برنامه PMTCT در کشور، مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، مرکز مدیریت بیماری های واگیر و دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس و معاونت درمان در وزارت بهداشت همکاری و همراهی نزدیک برای اجرای برنامه همکاری نزدیک داشتند تا برنامه در بیمارستان ها و در سطح سایر واحد های محیطی اجرا شود.⁽³¹⁾ نمودار 10 روند پوشش درمان ضدرتروویروسی در مادران باردار را در طی سال های 1371 تا 1393 را نشان می دهد. همچنین قابل ذکر است که بسیاری از پزشکان در بخش خصوصی و بخش های دانشگاهی به صورت روتین برای کلیه زنان باردار آزمایش اچ آی وی درخواست میکنند و لی نظام ثبت و گزارشدهی آزمایش اچ آی وی برای این بخش وجود ندارد تا بتوان آمار آن را گزارش نمود.⁽⁵³⁾

نمودار 10- پوشش خدمات پیشگیری انتقال از مادر به کودک^(1 و 33)

PMTCT Need and number receiving Comparison



تعهد سوم: دسترسی به خدمات پیشگیری در جمعیت های کلیدی

به منظور کاهش خطر انتقال در تماسهای جنسی، استراتژیهای مختلفی از برنامه کشوری شامل آموزش و اطلاع رسانی به گروههای مختلف، کاهش آسیب در بین مصرف کنندگان تزریقی، پیشگیری از انتقال جنسی با توزیع کاندوم، مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی، و برنامه های مراقبت و درمان برای مبتلایان در نظر گرفته شده است.⁽³⁰⁾ در زیر توضیحاتی در این باره خواهد آمد.

فعالیت ها در زمینه کاهش انتقال جنسی اچ آی وی

کاندوم در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری (کلینیک های مثلثی)، مراکز گذری، مراکز ویژه زنان آسیب پذیر و اتاق های ملاقات شرعی در زندان ها، به طور رایگان در اختیار مراجعه کنندگان قرار می گیرد. دسترسی به کاندوم از طریق داروخانه ها و برخی مراکز فروش کالا نیز از طریق خرید آن امکان پذیر است. هم اکنون انواع مختلفی از کاندوم در بازار وجود دارد⁽³¹⁾ کاندوم زنانه که پیش از این در مراکز ویژه زنان آسیب پذیر پایلوت شده بود⁽⁴⁰⁾، در حال حاضر در مراکز ویژه زنان آسیب پذیر در بین زنان تن فروش توزیع می شود.⁽³¹⁾ اگرچه تغییر سیاستهای کنترل جمعیت در ابتدا بر روند دسترسی به کاندوم تاثیراتی داشت، ولی متعاقبا تلاش شد تا ترویج کاندوم در راستای پیشگیری از ایدز و بیماریهای آمیزشی تحت تاثیر آن قرار نگیرد.⁽³¹⁾ در برنامه چهارم استراتژیک کشوری ایدز نیز این موضوع مورد توجه جدی قرار گرفته و دستورهای لازم از سوی رئیس شورای عالی سلامت جهت تامین آن به ارگان های ذیربط برای اهداف پیشگیری صادر شده است.⁽³⁹⁾

زنان تن فروش: در این گروه فعالیتهای آموزشی عمدتا بر پایه آموزش همسانان و نیز آموزش توسط کارکنان خدمات سلامت بوده، ارائه خدمات تشخیص و درمان و توزیع کاندوم عمدتا در مراکز گذری ویژه زنان تحت پوشش بهزیستی و مراکز مشاوره ویژه زنان آسیب پذیر تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی از طریق سازمان های غیر دولتی صورت میگیرد.⁽³¹⁾

در پیمایش زیستی-رفتاری که از دی ماه 1393 تا شهریور 1394 در 21 سایت از 13 شهر در میان 1337 زن تن فروش 18 سال و بالاتر از طریق نمونه گیری مبتنی بر مراکز و تیم های سیار انجام شد⁽⁵⁾، 26/3٪ از شرکت کنندگان به استفاده از کاندوم در تمام تماسهای جنسی خود با تمام انواع شرکا در 30 روز گذشته اشاره کردند، 26/8٪ معمولا از کاندوم استفاده می کردند، 23/7٪ گاهیگاهی و 23/7٪ در 30 روز گذشته هرگز از کاندوم استفاده نکرده بودند. تقریبا تمام افراد (98/0٪)، در مورد کاندوم شنیده بودند و 89/3٪ تا به حال از کاندوم استفاده کرده بودند. حدود 74/4٪ از شرکت کنندگان، دریافت رایگان کاندوم در 12 ماه

گذشته قبل از مصاحبه را گزارش کردند. این میزان در افرادی که توسط تیم‌های سیار وارد مطالعه شدند بسیار کمتر بود (53/3٪ در مقابل 77/2٪). استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی تنها توسط 55/2٪ از افراد گزارش شد. یک نفر در هر پنج نفر (20/0٪)، استفاده از کاندوم در تمام روابط جنسی مقعدی در یک ماه گذشته قبل از مصاحبه را گزارش کردند. در حالی که حدود 40٪ افراد، هرگز کاندوم نخریده بودند، یک سوم شرکت‌کنندگان اشاره به گران بودن کاندوم داشتند. داروخانه‌ها (84/3٪)، کلینیک/بیمارستان (40/5٪)، هم‌تایان/تیم سیار (36/2٪)، به ترتیب توسط شرکت‌کنندگان به عنوان محل‌هایی برای دسترسی به کاندوم ذکر شدند. 87/1٪ تهیه کاندوم را ساده تا نسبتاً ساده ذکر کردند. حدود 16٪ زنان مورد مطالعه تا به حال از کاندوم زنانه استفاده کرده اند. کمتر از 4/0٪ تا به حال از کاندوم زنانه در روابط جنسی خود در 30 روز گذشته استفاده کرده اند. اگرچه حدود نیمی از زنانی که از آن استفاده کرده بودند، استفاده از آن را رضایت بخش می دانستند، ولی فقط 22٪ جمعیت مورد مطالعه می دانستند آنرا از کجا باید تهیه کرد.⁽⁵⁾ در پیمایش زیستی – رفتاری زنان تن فروش در سال 1389، حدود دو سوم زنان تن فروش اظهار کردند که در سال گذشته کاندوم رایگان دریافت نموده‌اند.⁽⁴⁰⁾ درصد کسانی در تمام روابط جنسی خود با شریک جنسی پولی در یکماه اخیر بطور همیشگی از کاندوم استفاده می کردند در این مطالعه برابر با 30٪ بود. این درحالی است که 30٪ آنها اصلاً از کاندوم استفاده نکرده بودند. در 47/9٪ موارد، آنها در تماس جنسی با شریک غیرپولی در یکماه اخیر اصلاً از کاندوم استفاده نکرده اند. در روابط جنسی با شریک پولی در یکماه اخیر، 60/9٪ زنان تن فروش از کاندوم استفاده کرده بودند.⁽⁴⁰⁾ این نسبت در مطالعه ای که در زنان تن فروش در تهران در سال 1385 انجام شد، 55٪ بود.⁽⁴¹⁾

در پیمایش زیستی – رفتاری کشوری در سال 1393-1394⁽⁵⁾، در مورد دانش مرتبط با اچ آی وی، 96/9٪ از زنان تن فروش در مورد اچ آی وی تا کنون چیزی شنیده بودند. در حالی که اکثر آنها می دانستند که وفاداری جنسی به یک فرد غیر آلوده و استفاده از کاندوم خطر انتقال اچ آی وی را کاهش می دهد، تنها 77/8٪ می دانستند که رابطه جنسی مقعدی نیز یکی از راه های انتقال اچ آی وی به حساب می آید. باورهای غلط در مورد راه های انتقال اچ آی وی، از جمله نیش پشه، دست دادن، و یا خوردن غذا با فرد آلوده بسیار شایع بودند. به طور کلی، تنها 58/6٪ از شرکت کنندگان آگاهی کافی در مورد اچ آی وی داشتند. دانش مرتبط با انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد، به طور کلی کمتر از سایر راه های انتقال بود. 24/7٪ نمی‌دانستند که اچ آی وی می‌تواند از طریق شیر دهی منتقل شود و نیز 56/0٪ از وجود داروهای بی‌کاهش شانس انتقال اچ آی وی از مادر به نوزاد بی اطلاع بودند.

در پیمایش زیستی – رفتاری کشوری در سال 1389، به این سوال که آیا با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک غیر مبتلا و وفادار میتوان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کم کرد، 91/8٪ از شرکت‌کنندگان پاسخ درست داده بودند. به علاوه 96/6٪ نیز معتقد بودند که با استفاده از کاندوم در رابطه جنسی می توان احتمال ابتلا به عفونت ایدز را کاهش داد.⁽⁴⁰⁾ در

این مطالعه کمتر از نیمی از شرکت‌کنندگان آگاهی درستی از عدم انتقال ویروس اچ‌آی‌وی از طریق نیش پشه و غذا خوردن با فرد آلوده داشتند. در مجموع تنها 3/55٪ از افراد خود را در معرض خطر اچ‌آی‌وی می‌دیدند. (40)

ترانس جندر های زن: در یک مطالعه مقطعی با روش نمونه‌گیری مبتنی بر زمان-مکان در تهران در سال 1393، 7/82٪ سابقه رابطه جنسی داشته‌اند. استفاده از کاندوم در آخرین رابطه با شریک جنسی ثابت و گذری شایع نبوده است. (21) منظور از ترانس جندر زن، فردی است که ظاهر مردانه ولی تمایلات زنانه دارد.

زندانیان: سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی فعالیت‌هایی برای آموزش و اطلاع‌رسانی داشته است. آموزش‌ها به صورت کلاس، آموزش چهره به چهره، آموزش همسانان و راه‌اندازی خطوط مشاوره تلفنی ارائه شده است. از هنگام ورود به زندان، زندانیان اطلاعاتی در باره کاهش آسیب توسط روش‌های سمعی-بصری، آموزش‌های گروهی و توزیع پمفلت دریافت می‌کنند. (42) در مطالعه مراقبت سرولوژیک و رفتاری در زندانیان که در سال 1391 انجام شده است، 4/24٪ از افراد به درستی راه‌های پیشگیری از انتقال جنسی عفونت اچ‌آی‌وی را می‌شناختند و هم‌باورهای غلط در مورد آن را رد کردند (8) در حالی که در سال 1388 این میزان 7/15 درصد بوده است. (43) یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که تقریباً در تمام موارد اطلاعات مصاحبه‌شوندگان از راه‌های انتقال بیماری ایدز و نیز رد باورهای غلط بیشتر از مصاحبه‌شوندگان در مطالعه سال 1388 بوده است. (8) در این مطالعه نیز همانند مطالعه سال 1388 کمترین آگاهی، در مورد باورهای غلط در زمینه انتقال ویروس اچ‌آی‌وی بوده است. (8) همین مطالعه نشان می‌دهد درصد زیادی از زندانیان با وجود داشتن آگاهی از نقش کاندوم در جلوگیری از انتقال اچ‌آی‌وی هم‌چنان در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نمی‌کنند. (8) هم‌چنین احساس خطر در خصوص ابتلا به اچ‌آی‌وی نیز تأثیری در استفاده از کاندوم نداشته است. (8) بر اساس همین مطالعه از بین زندانیانی که سابقه برقراری رابطه جنسی در گذشته داشته‌اند، 5/24٪ در آخرین رابطه جنسی از کاندوم استفاده کرده‌اند. 1/19٪ زندانیانی که در زندان رابطه جنسی داشته‌اند، دسترسی به کاندوم را زندان ذکر کرده‌اند. (8) این یافته‌ها اهمیت تقویت اقدامات موثر در بالا بردن پوشش مداخلات کاهش آسیب در زندان‌ها را روشن می‌سازد.

مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند: اگر چه نشانه‌هایی وجود دارد که گاه این رفتار در سطح برخی نقاط کشور و به خصوص در محیط‌های بسته مثل زندان‌ها رخ می‌دهد (9-12) ولی در حال حاضر مطالعه‌ی مستند و قابل قبولی که به طور ویژه در این گروه انجام شده باشد در دست نیست. مقدمات مطالعاتی در این گروه جمعیتی شروع شده است.

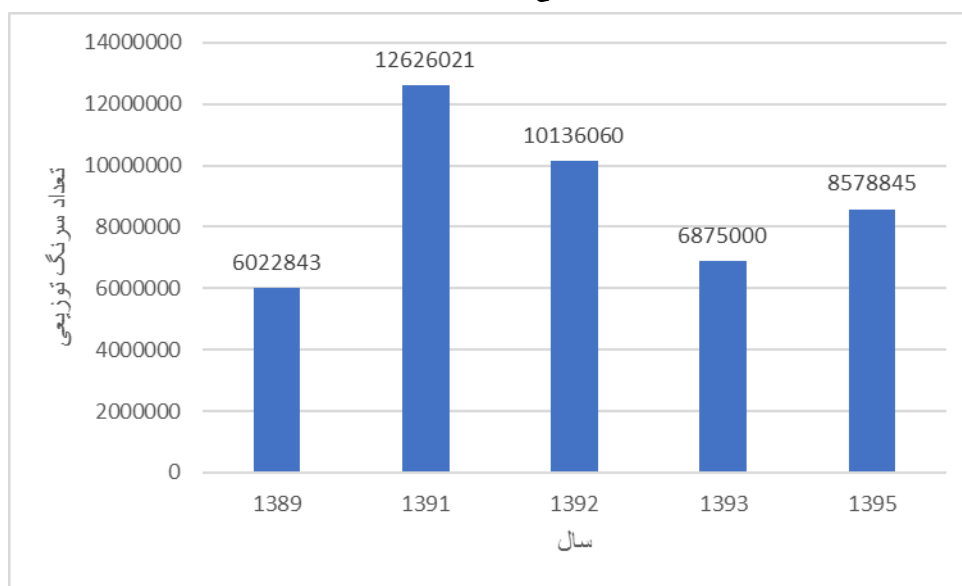
مصرف کنندگان تزریقی مواد: در پیمایش زیستی - رفتاری 1393، حدود 7/49٪ از مصرف کنندگان تزریقی مواد متاهل بوده یا سابقه ازدواج داشتند و 8/15٪ آن‌ها با همسران خود زندگی می‌کنند. (2) حدود 9/44٪ آنان در یک سال گذشته با همسر خود ارتباط جنسی داشته‌اند. در میان این افراد درصد استفاده همیشگی از کاندوم 3/20٪ بوده است. (2) در این مطالعه، 4/47٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد رابطه جنسی پولی داشته‌اند که 9/63٪ در یک سال اخیر بوده است. 5/16٪ مردان مصرف کننده تزریقی مواد در طول عمر خود با مردی دیگر رابطه جنسی داشته‌اند. تعداد شرکای جنسی در یک سال گذشته در کسانی که سابقه رابطه جنسی با شریک جنسی موقت غیر پولی و شریک جنسی با دادن پول یا کالا یا مواد داشته‌اند، به ترتیب در 4/62٪ و 4/76٪ موارد بیش از یک نفر بوده است. (2) درصد استفاده از کاندوم در آخرین تماس جنسی شریک جنسی پولی و موقت غیر پولی به ترتیب 5/39٪ و 3/31٪ بوده است. (2) به این ترتیب به نظر می‌آید باید تلاش‌های زیادی برای بهبود پوشش استفاده از کاندوم در پیش گرفته شود.

شرکای جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد: در مطالعه رفتاری - زیستی شرکای جنسی تزریقی کنندگان مواد در سه شهر مختلف در سال 1389، شرکای جنسی مصرف کنندگان مواد در آخرین تماس جنسی خود با شریک اصلی و غیراصلی خود به ترتیب در 60٪ و 25٪ موارد از کاندوم استفاده کردند.⁽⁴⁾

برنامه سرنگ و سوزن

تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر حدود 200000 نفر (170000-230000) برآورد شده است.^(44 و 45) تا شهریور 1395، بیش از 700 مرکز که تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی یا سازمان بهزیستی کشور بوده اند، به مصرف کنندگان تزریقی مواد، سرنگ و سوزن رایگان توزیع می کرده اند.^(33، 46) از جمله 289 مرکز گذری (DIC)، 116 مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، 279 پایگاه مشاوره و 34 مرکز مشاوره زنان شامل این مراکز بوده اند.^(33، 46) نمودار 11 نشان دهنده تعداد سرنگ و سوزن توزیع شده رایگان در سال‌های 1389 تا 1395 است.

نمودار 11- تعداد سرنگ و سوزن توزیع شده رایگان در سال‌های 1389 تا 1395^(33، 46)



با توجه به اینکه برابر ارزیابی‌های سریع مصرف مواد در ایران، برآورد تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد، 170000 تا 230000 نفر بوده است، تعداد سرنگ استریل رایگان توزیع شده به ازای هر مصرف کننده تزریقی مواد در سال‌های 1389، 1391، 1392، 1393 و 1395 بترتیب معادل 35-26، 77-55، 60-44، 40-30 و 50-37 بوده است که بنظر می رسد پوشش ارائه سرنگ و سوزن رایگان با میزان مطلوب تعریف شده (معادل 200 سرنگ در سال به ازاء هر مصرف کننده تزریقی) فاصله دارد. با اینحال باید در نظر داشت که اغلب مطالعات رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد^(9، 2، 47)، حاکی از آن بوده که داروخانه‌ها را یکی از منابع مهم تامین سرنگ و سوزن استریل برای آنان است. این منبع میتواند بخشی از میزان بالای استفاده از سرنگ و سوزن استریل در آخرین نوبت تزریق^(9، 2، 47)، علیرغم آنکه تعداد سرنگ و سوزن رایگان توزیع شده مطلوب نبوده را توجیه کند.

جدول 2 اطلاعاتی مبنی بر منابع تهیه ی سرنگ و سوزن را در طی یکسال قبل از مطالعه را در دو نوبت مطالعه رفتاری انجام شده در سال های 1389 و 1393 نشان می دهد.^(2و9) همانطور که مشاهده می شود دریافت سرنگ و سوزن رایگان در طی یکسال قبل از هر مطالعه، از حدود 70٪ در سال 89⁽⁹⁾ به 58٪ در سال 92⁽²⁾ رسیده است که تفاوت معنی داری از نظر آماری دارد. تفاوت در میزان تهیه ی سرنگ و سوزن از داروخانه با میزان معادل 25٪ در سال 89 و 51٪ در سال 92 نیز تفاوت معنی دار آماری نشان داده است. این در حالی است که نقش مراکز گذری و تیم های سیار در طی این مدت کم رنگ شده است. توجه به این اطلاعات، نیاز به تقویت هر چه بیشتر برنامه های سرنگ و سوزن را نشان می دهد تا دسترسی مصرف کنندگان تزریقی مواد به سرنگ و سوزن استریل افزایش یابد.

جدول 2: محل تامین سرنگ و سوزن استریل در مصرف کنندگان تزریقی مواد

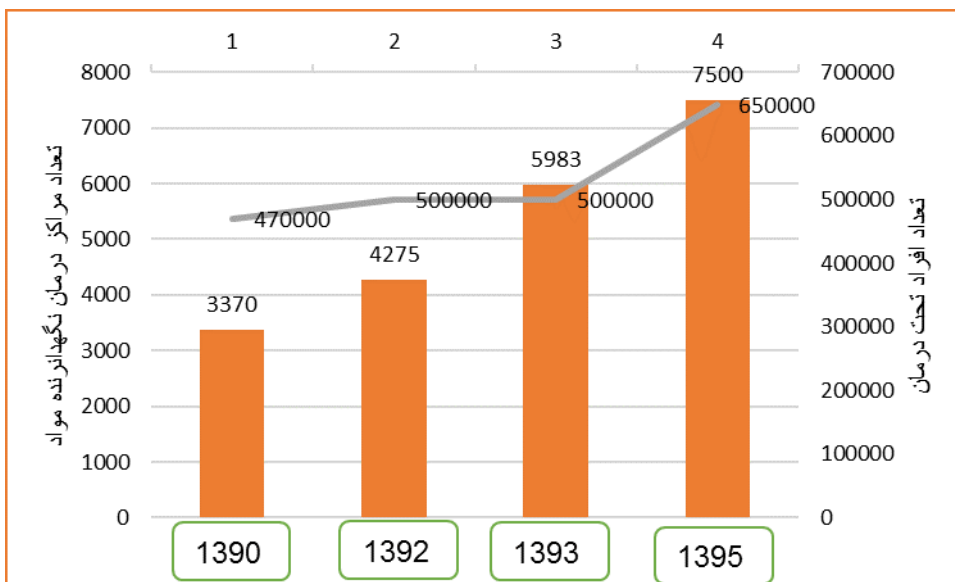
1389	1393	مطالعات سرولوژیک رفتاری اچ آی وی در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد ^(2و9)
دریافت سرنگ و سوزن رایگان* در یکسال گذشته		
1744 (69/7)	1331 (58/4)	بله
مکانی معمول تهیه سرنگ و سوزن نو در یکسال گذشته (چند گزینه ای)		
392 (24/9)	1205 (51/2)	داروخانه
1404 (71/7)	1027 (43/6)	مراکز گذری
262 (17/2)	229 (7/3)	گروه های سیار
231 (16/6)	147 (7/4)	مراکز مشاوره بیماری های رفتاری
79 (5/0)	56 (2/6)	دوستان/شریک جنسی
35 (1/7)	168 (5/5)	فروشنده های مواد
42 (3/0)	57 (1/7)	مراکز بهداشتی درمانی
* از طریق پرسنل، آموزش دهنده همسان، دوست و یا شریک جنسی که کاندوم یا سرنگ/سوزن را در قالب برنامه های ساماندهی معتادان مراکز گذری یا درمانگاه های بهداشتی توزیع می کنند.		

درمان نگهدارنده مواد

در پایان شهریور 1395، بیش از 7500 مرکز که تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی، بهداشتی و سازمان زندانها بوده اند به مصرف کنندگان تزریقی مواد، درمان نگهدارنده مواد ارائه می کرده اند.^(46 و 48) طبق گزارش دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات درمانی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، 7140 مرکز درمان نگهدارنده تحت نظارت این دانشگاه ها مشغول به کار بوده اند که 172 مرکز (2/4٪) متعلق به بخش دولتی و 6968 مرکز (97/6٪) متعلق به بخش خصوصی بوده است.⁽⁴⁸⁾ همچنین طبق گزارش سازمان بهداشتی کشور، 850 مرکز درمان نگهدارنده تحت نظارت این سازمان مشغول به کار بوده اند که 13 مرکز (1/5٪) متعلق به بخش دولتی و 837 مرکز (98/5٪) متعلق به بخش خصوصی بوده است.⁽⁴⁶⁾ احتمال همپوشانی در نظارت برخی از مراکز توسط دانشگاه ها و سازمان بهداشتی وجود دارد.⁽⁴⁶⁾ نمودار 12 تعداد مراکز درمان نگهدارنده مواد و تعداد افراد تحت پوشش آنها در طی 6 سال گذشته نشان می دهد. در پایان شهریور 1395، در کل مراکز درمان نگهدارنده در سطح کشور اندکی بیش از 640 هزار نفر مصرف کننده مواد از

درمان نگهدارنده مواد استفاده کرده اند.⁽⁴⁸⁾ از این میان حدود 497 هزار نفر تحت درمان نگهدارنده متادون، حدود 111 هزار نفر تحت درمان نگهدارنده با بوپرونورفین و حدود 32 هزار نفر تحت درمان نگهدارنده با تنتور تریاک بوده اند. از کل افراد تحت درمان نگهدارنده متادون، فقط حدود 32000 نفر (حدود 5٪) مصرف کننده تزریقی مواد و بقیه (95٪) مصرف کننده غیر تزریقی مواد بوده اند.⁽⁴⁸⁾ این نسبت نیاز به بهبود دارد. اگرچه گزارش ها و مطالعات متعددی در باره اثربخشی برنامه درمان نگهدارنده متادون وجود دارد،^(49 و 50) ولی ضرورت ارتقا کیفی این برنامه نیز مورد تاکید قرار گرفته است.

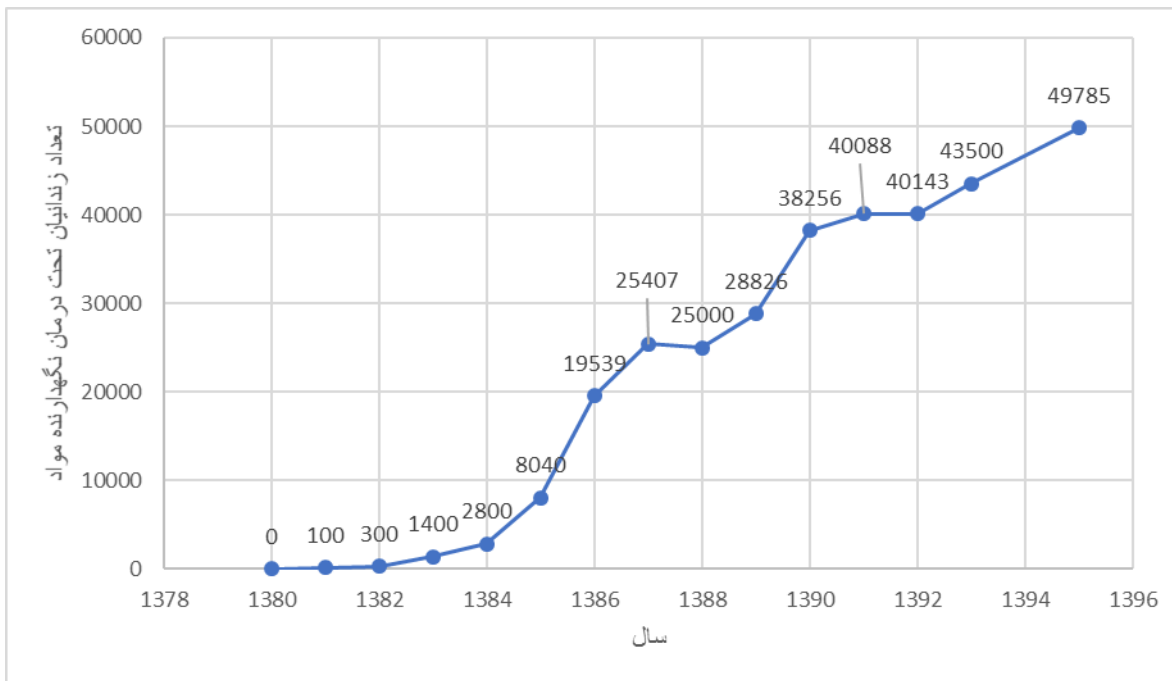
نمودار 12- روند تغییرات تعداد مراکز درمان نگهدارنده مواد و افراد تحت پوشش آن در سال های 1389 تا 1395⁽⁴⁶⁾



مطالعه دیده‌وری زیستی- رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سال 1386 نشان می‌دهد از کسانی که در یک سال قبل از مطالعه تزریق کرده‌اند، 33٪ در زمان مطالعه تحت درمان نگهدارنده مواد بوده‌اند.⁽⁴⁷⁾ این عدد در مطالعه پیمایش زیستی - رفتاری در سال 1389، 42/6٪ بوده⁽⁹⁾ و در سال 1393 نیز معادل 42/1٪ بوده است⁽²⁾ که اگر چه حاکی از بهبود پوشش درمان نگهدارنده با متادون است، ولی بر ضرورت گسترش آن نیز دلالت می‌کند. بنظر می‌رسد نسبت افزایش تعداد مراکز درمان نگهدارنده در طی چند سال اخیر، بیش از نسبت تعداد افراد درمان نگهدارنده مواد بوده است. با توجه به افزایش پوشش درمان نگهدارنده در بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که در مطالعات سرلوزیک رفتاری بین سال های 1386 تا 1393 نشان داده شده است، شاید یکی از دلایل توجیه کننده افزایش طول درمان بوده، یعنی احتمالاً تعداد بیشتری از افراد از درمان های طولانی مدت تر بهره گرفته اند. همچنین احتمالاً میانگین تعداد افراد تحت درمان در هر مرکز در این سال ها کاهش یافته است. روند گسترش برنامه درمان نگهدارنده با متادون در زندانهای ایران طی سالهای 1380-1395 در نمودار 13 نشان داده شده است. تعداد زندانیان تحت درمان نگهدارنده متادون در شهریور سال 1395، به 49750 نفر رسیده است. با توجه به جمعیت بیش از 190000 نفری زندانیان و سهم بیش از 50 درصدی مصرف کنندگان مواد در کسانی که به زندان محکوم می‌شوند، به نظر می‌آید که علیرغم همه پیشرفت های قابل توجهی که رخ داده، هنوز بخش بزرگی از زندانیان نیازمند مداخلات مناسبند. وجود فهرست انتظار، دریافت مبلغی هرچند اندک در گروهی از افراد تحت درمان و مصرف همزمان آمفتامین ها برخی از مواردی است که نیاز به مداخله دارد. بنابر این حمایت

از برنامه های درمان نگهدارنده متادون برای گسترش پوشش آن هم در جامعه و هم در زندان، ضمن ارتقاء کیفیت آن یک ضرورت است.

نمودار 13- روند تغییرات تعداد افراد تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون در زندان های کشور از شروع آن در سال 1380



نکته مهم دیگر، نشانه هایی است که از افزایش مصرف ترکیبات آمفتامینی در مصرف کنندگان مواد و افراد تحت درمان نگهدارنده متادون حکایت می کند. بر اساس مطالعه مراقبت سرولوژیک و رفتاری در زندانیان در سال 1391 در مقایسه با همین مطالعه در سال 1388 مصرف مواد محرک آمفتامینی در یک ماه پیش از مطالعه، افزایش داشته است. بطوریکه مصرف این مواد در مطالعه سال 1388 در یک ماه پیش از مطالعه، 2/7٪ برآورد شده⁽¹⁰⁾ و این میزان در مطالعه سال 1391 به 11/6٪ رسیده است.⁽⁸⁾ از میان کسانی که در یک ماه پیش از مطالعه آمفتامین مصرف کرده بودن، 28٪ استفاده از آن به روش تزریق را گزارش کردند. در مطالعه دیده‌وری زیستی- رفتاری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در سال 1393، 20/7٪ آنانی که در یک ماه اخیر تزریق داشته اند، ماده مصرفی غالبشان در ماه گذشته، آمفتامین بوده است.⁽²⁾ از میان آنان، 21/1٪ در یک ماه گذشته شیشه نیز تزریق کرده اند. همچنین مصرف همزمان شیشه با سایر مواد نیز شایع است.⁽⁵¹⁾ چنین پدیده ای به خصوص در صورت گسترش بیشتر می تواند برنامه های بسیار موفقی که تاکنون در زمینه کاهش آسیب اجرا شده را به طور کامل به خطر اندازد.⁽⁵¹⁾ به نظر می آید لازم است در این زمینه باید مطالعاتی برای ارزیابی وضعیت و طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد علمی، راه اندازی شود.

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

وضعیت انگ و تبعیض

انگ و تبعیض یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار در همه گیری اچ آی وی است و برای کاهش آن انجام مداخلات و راه کارهایی در حیطه های مختلف شامل حیطه های ملی، اجتماعی، خانوادگی، آموزشی و بهداشتی درمانی ضروری است. در ایران اگرچه برخی رفتارهای بعضی از جمعیت های کلیدی منع قانونی دارد و از نظر عرفی نیز به طور معمول مورد پسندیده نیست، ولی هیچ منع قانونی و رویه ای برای ارائه خدمات به مبتلایان به اچ آی وی و جمعیت های کلیدی وجود ندارد و کلیه مراکز خدمات سلامت موظف به پذیرفتن و ارائه خدمات به آنان هستند. با این وجود، هنوز انگ و تبعیض نسبت به مبتلایان به اچ آی وی مشاهده می شود. در یک مطالعه کیفی که در سال 1389 بر روی 26 نفر از مبتلایان به اچ آی وی شامل 22 نفر مرد و 4 نفر زن انجام شد، افراد مورد مصاحبه به پیامدهای اجتماعی انگ و تبعیض نسبت به مبتلایان به اچ آی وی شامل طرد آنان از جامعه، اطرافیان و خانواده، محدودیت در فعالیت های اجتماعی و اشتغال، محدودیت برای تشکیل خانواده و حفظ آن و عدم امکان داشتن فرزند، استیگما از جانب کادر درمانی نسبت به بیماران و محدودیت در بهره مندی، پیامدهای روحی روانی شامل استرس و اضطراب شدید قبل از تشخیص قطعی بیماری، ایجاد افسردگی و گوشه گیری بعد از تشخیص قطعی بیماری، نگرانی دائمی در خصوص آینده و مدت زنده ماندن، آرزوی مرگ، افکار خودکشی و اقدام به آن، تاثیر فکر به بیماری بر زندگی روزمره و کابوس شبانه، پیامد جسمی شامل کاهش وزن و تاثیر بیماری ایدز بر چهره، کم شدن قوای جسمانی و ناتوانی در انجام کار، پیامدهای ناشی از تداخلات و عوارض داروهای آنتی رتروویرال و پیامد اقتصادی شامل صرف وقت برای کارهای تشخیصی و درمانی، صرف هزینه برای درمان، بی کاری ناشی از ابتلای به بیماری اشاره داشتند.⁽⁵²⁾

فعالیت هایی برای کاهش انگ و تبعیض اچ آی وی انجام شده است. در حال حاضر کمیته ای با مشارکت شرکای ملی و بین المللی به منظور حذف انگ و تبعیض و مقابله با چالش های آن تشکیل شده است. فعالیت های انجام شده متمرکز بر دو گروه کارکنان بخش سلامت و جمعیت عمومی بوده است. در سال 1395 به منظور کاهش انگ و تبعیض در جامعه، برای کارکنان مراکز ارائه خدمات سلامت، دوره های آموزشی متعدد برگزار شده، در روز ایدز بر کاهش انگ و تبعیض تمرکز گردیده، فعالیت های تبلیغی متعدد از جمله برنامه های آموزشی در صدا و سیما، توزیع پمفلت و پوستر، همایش های دانشجویی، نصب چادر و کمپین های خیابانی، تهیه کلیپ کاهش انگ و تبعیض ویژه مراکز ارائه خدمت، مسابقه های ورزشی، مقاله نویسی، نصب بیلبورد و پایگاه های سیار اطلاع رسانی (اتوبوس ایدز) اجرا شده است. همچنین آموزش و اطلاع رسانی در مدارس، دانشگاه ها، سازمانهای مختلف، نماز جمعه و توزیع پمفلت، آموزش طلاب، کارگران، سربازان و پرسنل نظامی، زندانیان، ورزشکاران، آرایشگران، رانندگان، کسبه و کودکان کار برگزار شده است.⁽³¹⁾ در مطالعاتی که در سال های اخیر انجام شده به نظر می آید که نسبت به برخی مطالعاتی که پیش از این وجود داشته، نگرش مردم بهبود یافته است. یک مطالعه کشوری که در میان 4868 نفر از افراد 15-29 ساله در سطح کشور در سال

1392 در 13 استان کشور انجام شد، حاکی از آن بود که 87/6٪ جمعیت مورد مطالعه با گوپه "افراد مبتلا به ایدز باید حمایت شوند و مورد درمان قرار گیرند"، 66/3٪ با گوپه "ایدز فقط مشکل معتادان تزریقی و افرادی مانند همجنس‌گراها و روسپی‌ها نیست." و 66/2٪ با این باور که "نباید از افراد خانواده‌ای که یکی از آن‌ها به ایدز مبتلا شده است، کناره‌گیری و دوری کرد" موافق بوده اند. در همین مطالعه 61/4٪ پاسخگویان با گوپه "بهترین راه پیشگیری از ایدز، قرنطینه کردن افراد مبتلا به آن است" و 60/2٪ با گوپه "بیمار مبتلا به ایدز موجب ننگ و سرافکندگی خود و خانواده‌اش است" مخالف بوده اند. در رتبه‌های بعدی 45/8٪ موافقت خویش را با گوپه "حاضر بر روی یک میز یا سفره با یک نفر مبتلا به ایدز غذا بخورم." و 38/3٪ با "حاضر با یک فرد مبتلا به ایدز همکار یا همکلاس شوم" ابراز داشته اند. سرانجام بر اساس همین مطالعه در مجموع نگرش 5/3٪ از افراد نمونه (260 نفر) نسبت به ایدز منفی بوده است. در مقابل 52/7٪ آنها (2567 نفر) نگرش مثبت نسبت به ایدز داشته اند. ضمن اینکه در سطح‌بندی نمرات نگرش به ایدز 41/9٪ افراد نمونه هم در سطح خنثی قرار گرفته اند.⁽⁵³⁾ در مطالعه دیگری که در سال 1395 در جمعیت عمومی شهر کرمان انجام شد، 79/8 درصد جمعیت مورد مطالعه انگ و تبعیض نسبت به بیمار مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی/ایدز را کم و 9/3 درصد آنرا را متوسط و 10/9 درصد آنرا زیاد می‌دانستند. در همین مطالعه تنها 8/1 درصد پرسش‌شوندگان معتقد بودند که نباید از مغازه دار مبتلا به اچ‌آی‌وی میوه و سبزی خرید و 5/4 درصد بر این نظر بودند که مبتلایان را باید قرنطینه کرد.⁽⁵⁴⁾ در DHS سال 1394-1395، به ترتیب 76/9٪، 48/1٪، 58/8٪ و 41/1٪ زنان مورد مطالعه حاضر بوده اند از یک عضو خانواده مبتلا به اچ‌آی‌وی مراقبت کنند، از مغازه دار مبتلا به اچ‌آی‌وی سبزی بخرند، معلم کودکان مبتلا به اچ‌آی‌وی باشد و ابتلای یکی از اعضای خانواده به اچ‌آی‌وی را فاش کنند. این درصدها برای مردان مورد مطالعه به ترتیب 69/6٪، 35/3٪، 46/9٪ و 44/3٪ بوده است. در مجموع 92/7٪ زنان مورد مطالعه و 88/4٪ مردان مورد مطالعه، حداقل به یکی از موارد فوق پاسخ آری داده بودند.⁽⁵⁵⁾

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

در زمینه آموزش جوانان و عموم جامعه فعالیت‌ها شامل ارائه آموزش محدود ایدز در مدارس، دانشگاه‌ها، پادگان‌ها، کارخانجات، اصناف، بیمارستان‌ها، مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی، خانه‌های بهداشت، زندان‌ها، پادگان‌ها، مراکز ترک اعتیاد، دوره‌های آموزش بهداشت خانواده در دانشگاه‌ها، دوره‌های آموزشی در برخی از فرهنگ‌سراها، برخی از برنامه‌های صدا و سیما، ارائه اجباری آموزش‌های مربوط به اچ‌آی‌وی و ایدز و سایر بیماری‌های آمیزشی برای همه زوجین در حال ازدواج، ارائه آموزش از طریق مراکز بهداشتی درمانی و همچنین برخی از فعالیت‌ها در زمینه آموزش همسانان بوده است. سایر فعالیتها در این زمینه شامل راه اندازی خطوط مشاوره تلفنی، راه اندازی و به روز رسانی دو سایت اطلاع رسانی در زمینه ایدز، ارائه پیامهای آموزشی از طریق شرکت‌های هواپیمایی در پروازهای داخلی و خارجی، مترو، پایانه‌ها و پارک سوارها و اتوبوس‌های بین شهری و درون شهری، قطارهای رجاء، ویدئو رسانه‌های خانگی، استفاده از همکاری هنرمندان و

ورزشکاران، برگزاری کمپین در زمینه ایدز و بیماری های آمیزشی در بعضی دانشگاه ها، برگزاری کارناوال های اطلاع رسانی در تهران و سایر شهرها، برپایی غرفه و چادرهای اطلاع رسانی در میادین و نقاط پر تردد در کشور و برگزاری تئاترهای خیابانی بوده است.⁽³¹⁾

از ابتدای سال 1394 تعداد 5 باشگاه سلامت و مشاوره نوجوانان و جوانان در پایتخت و سه شهر دیگر با حمایت صندوق کودکان سازمان ملل راه اندازی گردید. هدف این برنامه و باشگاه توانمندسازی نوجوانان و جوانان، آموزش مهارت های زندگی، پیشگیری از اعتیاد و اچ آی وی، سلامت روان، سلامت جنسی، مشاوره در خصوص رفتارهای مخاطره آمیز، تست اچ آی وی، آموزش و مشاوره والدین در خصوص فرزندپروری بود. گروه هدف برنامه نوجوانان و جوانان سن 10 تا 24 سال بوده که در سه گروه سنی 10-14 سال، 15-19 سال و 20-24 ساله ارائه خدمت انجام می شود. هدف اصلی این برنامه پیشگیری از ابتلا جدید اچ آی وی در نوجوانان و کاهش موارد مرگ ناشی از اچ آی وی در این گروه سنی است. بر اساس برنامه مشترک مرکز مدیریت بیماری های واگیر و صندوق کودکان سازمان ملل مقرر است در سال دو سال آینده (2017 و 2018) تعداد 4 باشگاه دیگر در کشور راه اندازی گردد. این باشگاه ها با واگذاری به بخش خصوصی و با نظارت مستقیم دانشگاه علوم پزشکی و وزارت بهداشت راه اندازی شده است. این برنامه اولین موردی که برنامه ای است که در زمینه ای مشابه در منطقه اجرا می شود و بسیار مورد استقبال و حمایت قرار گرفته است.⁽³¹⁾

همچنین در آذر تا دی ماه سال 1395، یک برنامه جامعه محور توسط دو سازمان مردم نهاد در تهران و در محدوده تحت پوشش 38 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی انجام شد. در این برنامه با راه اندازی اتوبوس های اطلاع رسانی به مراجعین خدمات ارائه شد. تعداد مراجعین به اتوبوس ها 45670 نفر بود که به آنها در زمینه اچ آی وی/ ایدز، راه های انتقال و عدم انتقال، کاهش انگ و تبعیض اطلاع رسانی شد، تعداد مشاوره های انجام شده 31597 بود و برای 20352 نفر آزمایش سریع اچ آی وی انجام شد.⁽³¹⁾

با این وجود به نظر می آید این فعالیت ها نیاز به ارتقاء کمی و کیفی دارد. در مطالعه ای در سال 1390، در مجموع فقط 20.6٪ پسران به همه سئوالات در باره راه های انتقال، پیشگیری و باورهای نادرست در باره اچ آی وی پاسخ صحیح داده بودند.⁽⁵⁶⁾

یک مطالعه کشوری که در میان 4868 نفر از افراد 15 تا 29 ساله در سطح کشور در سال 1392 در 13 استان کشور انجام شد، حاکی از آن بود که 41/8٪ از افراد نمونه مورد مطالعه نسبت به "راه های انتقال بیماری ایدز"، آگاهی بالا و 32/18٪ نیز آگاهی متوسط داشته اند، ضمن اینکه سطح آگاهی ضعیف 18/4٪ و 7٪ نیز در سطح کاذب بوده است.⁽⁵³⁾ در جدول 3 آگاهی نسبت به سئوالات استاندارد در مورد اچ آی وی بر اساس این بررسی خلاصه شده است.

جدول 3: آگاهی نسبت به سئوالات استاندارد در مورد اچ آی وی در جوانان 15 تا 29 ساله⁽⁵³⁾

نسبت پاسخ درست		سوال
دختران	پسران	
70/3٪	66/4٪	ایدز از طریق با فرد مبتلا غذا خوردن منتقل میشود
29/0٪	43/0٪	ایدز از طریق نیش پشه منتقل میشود
80/3٪	39/1٪	یک فرد به ظاهر سالم ممکن است مبتلا به اچ آی وی باشد
59/4٪	61/4٪	استفاده از کاندوم در هر رابطه جنسی میتواند خطر انتقال اچ آی وی را کاهش دهد
72/9٪	77/3٪	محدود بودن شریک جنسی به یک فرد غیر مبتلا میتواند خطر ابتلا به اچ آی وی را کاهش

		دهد
9/0٪	19/6٪	میزان آگاهی صحیح درباره اچ‌آی‌وی (جواب صحیح به کلیه سئوالهای بالا)

در همین مطالعه، از میان 633 نفر (5/19٪ کل جمعیت مورد مطالعه) که گفته بودند رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی داشته‌اند، 7/21٪ (134 نفر) "هر بار" از کاندوم استفاده کرده‌اند، 4/15٪ (95 نفر) "تقریباً هر بار"، 3/35٪ (218 نفر) "بعضی اوقات" از کاندوم استفاده کرده‌اند. در نهایت 6/27٪ (170 نفر) هم کسانی هستند که "هرگز" در روابط جنسی مورد بحث از کاندوم استفاده نکرده‌اند. به نظر می‌آید برنامه‌های ترویج رفتارهای جنسی سالم باید تقویت شود. شایعترین دلایل عدم استفاده از کاندوم به ترتیب "در دسترس نبودن" با 5/29٪، "نبود احساس نیاز" 9/24٪ و "دوست نداشتن کاندوم" 1/22٪ ذکر شد. از مجموع 633 نفری که رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی داشته‌اند، 623 نفر آنها به سوالی در مورد وضعیت استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی خود جواب داده‌اند. مبتنی بر یافته‌ها 6/35٪ این افراد 222 نفر) در آخرین رابطه خود از کاندوم استفاده کرده‌اند. از مجموع 633 نفری که رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی داشته‌اند، 621 نفر آنها به سوال در مورد تجربه استفاده از مواد محرک و الکل قبل از رابطه جنسی جواب داده‌اند. بر اساس یافته‌ها، پاسخ 9/39٪ افراد (248 نفر) به این سوال مثبت است، یعنی قبل از رابطه جنسی خارج از ازدواج از مواد محرک و یا الکل استفاده کرده‌اند. این یافته باز هم بر ضرورت توجه به نقش احتمالی متامفتامین‌ها در گسترش جنسی اچ‌آی‌وی تاکید می‌کند.⁽⁵³⁾

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

تعهد ششم: بهره‌مندی از خدمات اجتماعی

ارائه حمایت

یکی از مهمترین قسمت‌های برنامه استراتژیک کنترل ایدز، فعالیت‌هایی در زمینه توانمندسازی و حمایت از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی از جمله ایجاد پوشش خدمات بیمه‌ای، تامین سرپناه، حرفه‌آموزی و اشتغال‌زائی، و کمک‌های مالی معیشتی برای افراد واجد شرایط است.⁽³⁹⁾ این فعالیت‌ها به منظور افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به اچ‌آی‌وی و کاهش خطر انتقال اچ‌آی‌وی از این افراد به سایر افراد جامعه بود. بر اساس این ایده، تاسیس باشگاه‌های مثبت در برنامه استراتژیک در نظر گرفته شد. چشم‌انداز باشگاه‌های مثبت این است که تمامی کسانی که در کشور با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند از حمایت‌های روانی اجتماعی برخوردار و شایسته‌ی منزلتشان برخوردار بوده و در این حیطه تفاوتی با دیگر آحاد جامعه نداشته باشند. باشگاه مثبت، محیطی ایمن هستند که در شهرستان‌های واجد شرایط و در کنار مراکز مشاوره رفتاری توسط بخش

غیردولتی دایر شده و به ارتقای خدمات مرتبط با پیشگیری مثبت و حمایت‌های روانی اجتماعی از کسانی که با و یا تحت تاثیر اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند، می‌پردازد.⁽⁵⁷⁾

در حال حاضر نزدیک به 48 باشگاه مثبت در کشور تاسیس شده است.^(31و46) فعالیت‌های باشگاه‌های مثبت در محورهای مختلف و حیطه‌های گوناگونی تعریف میشود. در حال حاضر فعالیت‌هایی که در این باشگاهها انجام می‌شود شامل این موارد است:⁽⁵⁷⁾ خدمات مرتبط با ایجاد محیط دوستانه، خدمات مرتبط با تقویت پیشگیری مثبت، خدمات مرتبط با اصلاح شیوه زندگی و ارتقای پایبندی به درمان، خدمات مرتبط با حمایت‌های روانی اجتماعی. تا تاریخ تیر ماه سال 1395، بیش از 7700 نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی و خانواده‌هایشان در 32 باشگاه تحت پوشش بهزیستی عضو بوده و خدمات دریافت می‌کرده‌اند.⁽⁴⁶⁾ همه فعالیت‌های برنامه ریزی شده در این باشگاهها، شامل آموزش مهارت‌های زندگی، حمایت‌های روانشاسی، آموزش‌های حرفه‌ای توسط خود مبتلایان به اچ‌آی‌وی مدیریت و اجرا می‌شوند.⁽⁵⁷⁾

یکی از برنامه‌های مهم دیگر در زمینه حمایت، تاسیس زیر کمیته حمایت اجتماعی با رهبری وزارت رفاه و امور اجتماعی است. این کمیته مسئولیت بیمه‌های سلامت برای همه مبتلایان به اچ‌آی‌وی و خانواده‌های آنها را برعهده دارد. همچنین برخی دیگر از قانون‌ها به منظور کاهش تبعیض اچ‌آی‌وی در کشور تنظیم شد، مثلاً ممنوعیت عدم تحصیل بچه‌های اچ‌آی‌وی مثبت برای شرکت در مدارس و کلاس‌های درس، ممنوعیت محدودیت‌های کاری و استخدامی مبتلایان به اچ‌آی‌وی، و حذف محدودیت‌های مربوط به مسافرت مبتلایان به اچ‌آی‌وی.⁽³¹⁾

سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور سالیانه به آموزش و توانمندسازی حرفه‌ای و شغلی 30 هزار نفر از کسانی که تحت مراقبت برای درمان اعتیاد و کاهش آسیب قرار گرفته‌اند، از طریق آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای در زندانها، کمپ‌ها، مراکز ترک اعتیاد مبادرت نموده و علاوه بر آن بصورت متمرکز و غیر متمرکز نسبت به ارائه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای و توانمندسازی زنان بویژه زنان سرپرست خانوار، کودکان خیابانی و اتباع خارجی اقدام نموده است.⁽⁴²⁾ همچنین سازمان بهزیستی کشور از 196 کودک یتیم ایدز حمایت کرده و خدمات حمایتی و مراقبتی به آنها ارائه می‌کند.⁽⁴⁶⁾

تعهد هفتم: ارائه خدمات توسط نهادهای جامعه محور

از ابتدای سال‌های دهه هشتاد شمسی، در اولین برنامه استراتژیک کشوری برای کنترل ایدز، استفاده از نهادهای جامعه محور برای ارائه خدمات به گروه‌های هدف پیش‌بینی شده بود.⁽³⁶⁾ در همه برنامه‌های استراتژیک کشوری که در سال‌های بعد تدوین شد نیز این روند ادامه یافته است.^(36،39،58،59) اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در ایران با کمک سازمان‌های غیردولتی شروع شد و برنامه ریزی برای گسترش و اجرای آن با کمک سازمان‌های غیردولتی بوده است.⁽³¹⁾ در حال حاضر همه 289 مرکز گذری (DIC) که در سطح کشور مشغول ارائه خدمات به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و همه 34 مرکز ویژه زنان آسیب‌پذیر که به زنان تن‌فروش ارائه خدمات می‌کنند، توسط سازمان‌های غیردولتی اداره می‌شوند.⁽³¹⁾ این مراکز تحت حمایت و نظارت کیفی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) یا سازمان بهزیستی کشور هستند.⁽³¹⁾ همچنین برنامه درمان‌نگهدارنده مواد در ایران با مشارکت مستقیم و وسیع بخش خصوصی گسترش یافت.⁽³¹⁾ به گونه‌ای که در پایان شهریور 1395، از 7140 مرکز درمان‌نگهدارنده مواد که تحت نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی فعالیت می‌کرده‌اند، بیش از 97/5٪ آنها توسط بخش خصوصی اداره می‌شده است.⁽⁴⁸⁾ در همان تاریخ، از میان 850 مرکز درمان‌نگهدارنده مواد که

تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور بوده اند، حدود 98/5٪ توسط بخش خصوصی اداره می شده اند.⁽⁴⁶⁾ باشگاه های مثبت هم به طور کامل توسط مبتلایان به اچ آی وی اداره می شوند و خدمات حمایتی ارائه می کنند. اغلب فعالیت های مرتبط با آگاهی رسانی به جوانان و جمعیت عمومی که در بخش های "تعهد چهارم" و "تعهد پنجم" در این متن آمده نیز با مشارکت نهادهای جامعه محور اجرا شده است.⁽³¹⁾

با این وجود هنوز استفاده از نهادهای جامعه محور برای ارائه خدمات باید گسترش یابد و ظرفیت های استفاده نشده بسیاری وجود دارد. به طور مثال هنوز از ظرفیت بخش خصوصی در ارائه خدمات شناسایی و درمان مبتلایان به اچ آی وی استفاده نشده است. هر چند در چند سال اخیر اندیشه ی استفاده از آن، به تدریج در حال عملی شدن است.⁽³¹⁾

تعهد هشتم: سرمایه گذاری مورد نیاز

منابع مالی اجرای برنامه ی استراتژیک کنترل ایدز بر اساس جدول بودجه بندی این برنامه و از طریق سه منبع تأمین می شود که عبارتند از بخش عمومی (اعتبارات ملی)، بخش خصوصی و اعتبارات بین المللی. بر اساس گزارش ملی بررسی هزینه کرد کشوری در زمینه ی ایدز، در سال 2015 در مجموع 2,867,578,000,000 ریال (معادل 95,586,000 دلار) صرف هزینه های مرتبط با خدمات اچ آی وی شده است. سهم اعتبارات ملی در این هزینه کرد حدود 65/4٪، سهم بخش خصوصی 28٪ و سهم اعتبارات بین المللی 6/6٪ بوده است. از کل اعتبارات هزینه شده در برنامه کنترل اچ آی وی در سال 2015، حدود 76/2٪ اعتبارات صرف اجرای برنامه های پیش گیری از اچ آی وی، 13/7٪ در برنامه های مراقبت و درمان اچ آی وی، 8/8٪ برای مدیریت برنامه و تأمین زیرساخت های لازم و 0/8٪ برای تحقیقات هزینه شده است.⁽⁶⁰⁾

تعهد نهم: توانمندسازی برای آگاهی و دسترسی به خدمات حقوقی

در جریان اجرای برنامه های استراتژیک کشوری و به خصوص با شروع آخرین برنامه، شرکای برنامه به مواردی برخورد نمودند که آگاهی ناکافی از مسائل قانونی می تواند با دریافت خدمات توسط مبتلایان به اچ آی وی، افراد تحت تاثیر آن و جمعیت های کلیدی تداخل نماید.⁽³¹⁾ همچنین علیرغم آنکه هیچ قانونی وجود ندارد که مبتلایان به اچ آی وی را از دریافت حقوق شهروندی خویش بازدارد، همانطور که در قسمت "تعهد سوم" در این متن آمده، مبتلایان با برخی تبعیض ها روبرو بوده اند. این موارد منجر به آن شد که "کمیته فنی مراقبت و درمان مبتلایان به اچ آی وی" از زیر گروه های کمیته کشوری ایدز در آخرین نشست خود در اسفند 1395، تصویب نماید که راهنمایی در باره "اچ آی وی و قانون" تدوین شود.

این راهنما با این هدف تدوین خواهد شد که هم مبتلایان و جمعیت های کلیدی و هم ارائه دهندگان خدمات را با حقوق قانونی مبتلایان به اچ آی وی آشنا سازد. قرار است این راهنما تا خرداد 1396 آماده و منتشر شود.⁽³¹⁾

نکته بعدی وجود برخی موانع و خلاهای قانونی در زمینه برخی از موارد مثل جمعیت های کلیدی، کودکان زیر سن قانونی و آگاه سازی شرکاست که با توجه توصیه های اخیر سازمان جهانی بهداشت باید روندی داشته باشد که ارائه خدمات را ساده سازد. در جریان تدوین راهنمای "اچ آی وی و قانون" قوانین کشوری مرور خواهد شد و مواردی که نیاز به اصلاح دارد یا خلا قانونی وجود دارد، فهرست خواهد گردید تا برنامه ای برای تغییر آنها تدوین شود. به طور مثال در باره مصرف کنندگان مواد، اگر چه قوانین مبارزه با مواد در دو دهه گذشته تغییراتی نموده که ارائه خدمات را تسهیل نماید، اما بسیاری از شرکای برنامه معتقدند هنوز مواردی وجود دارد که باید در نسخه بعدی اصلاح گردد.⁽³¹⁾

تعهد دهم: دسترسی به خدمات بیماری های همراه

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

فعالیت ها در زمینه سل همراه با اچ آی وی

از سال 1384 در رهنمود کشوری مراقبت از مبتلایان به اچ آی وی، بخش هایی به سل فعال و سل نهفته اختصاص داده شد. از سال 1387 رهنمود ویژه ای برای "سل و اچ آی وی" تدوین شد که تاکنون سه بار بازبینی شده است. در این رهنمود توصیه شده که در هر ویزیت، مبتلایان به اچ آی وی از نظر علائم و نشانه های حاکی از سل فعال ارزیابی شوند. کسانی که در ارزیابی بالینی مشکوک به سل هستند باید طبق توصیه های رهنمود بررسی گردند. همچنین مبتلایان به اچ آی وی که سابقه درمان سل فعال یا نهفته ندارند، باید هر 6 تا 12 ماه با انجام آزمایش پوستی PPD، از نظر سل نهفته بررسی شوند. از سال 1393، ارائه آزمایش اچ آی وی برای کلیه مبتلایان به سل و افراد مشکوک به آن توصیه شد. زمان توصیه شده برای شروع درمان ضدرتروویروسی در این رهنمود، بسته به مرحله عفونت اچ آی وی حداکثر قبل از اتمام دوره درمانی سل است.⁽⁶¹⁾

در ارزیابی که از کاربران این رهنمود در سال 1395 به عمل آمد، مشاهده شد که به علت نحوه ارائه مطلب، کاربران در درک تفاوت های خدمات سل فعال و سل نهفته دچار دشواری بوده اند. این رهنمود در حال حاضر در حال بازبینی است و نسخه بعدی در خرداد 1396 منتشر خواهد شد.⁽³¹⁾

در دوره یکساله منتهی به انتهای شهریور 1395، از میان 2900 بیمار مبتلا به اچ آی وی که به تازگی وارد مراقبت شده بودند، برای 302 نفر درمان سل نهفته شروع شده بود. در همین دوره از میان 2900 بیمار فوق، ارزیابی های بالینی و

آزمایشگاهی به تشخیص سل فعال در 116 بیمار منجر شد. همچنین 170 نفر از مبتلایان به اچ آی وی درمان همزمان سل واچ آی وی دریافت کرده بودند.⁽³³⁾

فعالیت ها در زمینه واکسیناسیون و آنفلوآنزا

در رهنمودهای کشوری ارائه خدمات بالینی به مبتلایان به اچ آی وی، بخشی در باره واکسیناسیون وجود دارد که انجام واکسیناسیون روتین توام بزرگسال، هپاتیت بی، پرونار، پنووواکس، واکسن MMR در افراد با CD4 بالای 200 و آنفلوآنزا را توصیه کرده است.⁽⁶¹⁾ در یک مطالعه که در سطح کشور در 49 کلینیک مثلثی در سال 1394 انجام شد، از 9554 فرد مبتلا به اچ آی وی، 5336 نفر (56٪) واکسن آنفلوآنزا به صورت رایگان زده بودند. در دوره زمانی 2 آذر 1394 تا یکم بهمن 1394، 12 فرد مبتلا به اچ آی وی دچار عفونت حاد شدید مجاری تنفسی شده و بستری شده بودند. هیچ موردی از بستری در ICU و مرگ رخ نداده بود. نه نفر از این تعداد، سابقه واکسیناسیون آنفلوآنزا داشتند. در همین دوره زمانی 28576 نفر از جمعیت عمومی به علت عفونت حاد شدید مجاری تنفسی بستری شدند که برای 20276 نفر آزمایش آنفلوآنزا انجام شد. مجموعاً 1047 نفر فوت کردند و از میان آنان 254 نفر دارای آزمایش آنفلوآنزای مثبت بودند. نتایج این مطالعه به تاکید بر ارتقای واکسیناسیون آنفلوآنزا در مبتلایان به اچ آی وی و سایر گروه های در معرض خطر منجر گردید. برنامه واکسیناسیون آنفلوآنزا در سال های بعد نیز ادامه یافته است.⁽⁶²⁾

فعالیت ها در زمینه تشخیص و درمان هپاتیت های ویروسی

در رهنمودهای کشوری، بر انجام واکسیناسیون هپاتیت بی در مبتلایان به اچ آی وی تاکید شده است.⁽⁶¹⁾ این واکسیناسیون به طور گسترده انجام می شود ولی در حال حاضر اعداد دقیقی برای گزارش وجود ندارد.⁽³¹⁾ در همین رهنمودها بر انجام آزمایش HBs Ag، HBs Ab، و HBc Ab تاکید شده است.⁽⁶¹⁾ در دوره زمانی 31 شهریور 1394 تا 31 شهریور 1395، برای 2242 نفر درمان ضدرتروویروسی شروع شده که برای 573 نفر آزمایش های سرولوژی برای تشخیص هپاتیت بی در همین دوره زمانی انجام شده بود. از کل کسانی که برای آنان درمان ضدرتروویروسی شروع شده بود، برای 1239 نفر از زمان شروع مراقبت، آزمایش های سرولوژی هپاتیت بی انجام شده است.⁽³⁴⁾ با توجه به اینکه در دوره زمانی فوق تقریباً همه کسانی که درمان برایشان شروع شده، تنوفیر جزیی از رژیم درمانی بوده، چنین به نظر می آید که پوشش درمانی خوبی برای هپاتیت بی وجود داشته است.

در رهنمودهای کشوری، بر انجام آزمایش HCV Ab در مبتلایان به اچ آی وی تاکید شده است.⁽⁶¹⁾ در دوره زمانی 31 شهریور 1394 تا 31 شهریور 1395، برای 2242 نفر درمان ضدرتروویروسی شروع شده که برای 1207 نفر آزمایش HCV Ab از زمان شروع مراقبت انجام شده بود.⁽³⁴⁾ در حال حاضر پوشش درمان هپاتیت سی بسیار پایین است. ولی از

اواسط سال 1395، برنامه ریزی برای اجرای برنامه ای گسترده برای حذف هیپاتیت سی در کشور شروع شده که امید می رود در سال 1396 فاز پایلوت آن اجرا شود. در مراحل مقدماتی این برنامه، رهنمودهای ملی در زمینه درمان هیپاتیت سی تدوین شده، داروهای ژنریک *direct acting agent* با قیمت نسبتا مناسب وارد بازار شده، طرح های پایلوت برای گروه های جمعیتی هدف از جمله زندانیان و مصرف کنندگان مواد آماده شده و مذاکرات برای تامین منابع مالی مورد نیاز در فاز *scale up* نیز انجام شده است.⁽³¹⁾ در دوره زمانی 31 شهریور 1394 تا 31 شهریور 1395، برای 2242 نفر درمان ضدرتروویروسی شروع شده که برای 573 نفر آزمایش های سرولوژی برای تشخیص هیپاتیت بی در همین دوره زمانی انجام شده بود.⁽³⁴⁾

فعالیت ها در زمینه غربالگری سرطان

در رهنمودهای کشوری، بر انجام غربالگری سرطان در مبتلایان به اچ ای وی با استفاده از ماموگرافی هر سه سال یکبار و پاپ اسمیر هر سال یکبار در زنان مبتلا و پاپ اسمیر مقعد هر 1 تا 3 سال تاکید شده است.⁽⁶¹⁾ در دوره زمانی 31 شهریور 1394 تا 31 شهریور 1395، از میان 3254 زن 30 تا 49 ساله مبتلا به اچ ای وی که تحت مراقبت بوده اند، برای 458 نفر آزمایش پاپ اسمیر انجام شده است.⁽³⁴⁾

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

در رهنمودهای کشوری، بر ارزیابی خطر بیماری های قلبی عروقی و فشار خون و انجام آزمایش های قند خون ناشتا و پروفایل چربی در مبتلایان به اچ ای وی به طور سالانه تاکید شده است.⁽⁶¹⁾ در حال حاضر آماری برای ارائه وجود ندارد.

فعالیت ها در زمینه غربالگری بیماری های آمیزشی

در رهنمودهای کشوری، بر انجام ارزیابی بالینی بیماری های آمیزشی و غربالگری سیفلیس در شروع مراقبت و سپس بر اساس نیاز در مبتلایان به اچ ای وی تاکید شده است.⁽⁶¹⁾ آزمایش سیفیلیس در شروع مراقبت وسیعا به بیماران ارائه می شود. به گونه ای که در یک مطالعه در چهار کلینیک مثلثی در شهر تهران مشاهده شد که از میان 400 بیمار مبتلا به اچ ای وی که در فاصله سال های 1387 تا 1393 تحت مراقبت بوده اند، برای همه آزمایش VDRL انجام شده بود و فقط مورد مثبت وجود داشت که آنهم تایید نشده بود.⁽⁶²⁾

1. استعلام از مجریان طرح " تخمین موارد اچ‌آی‌وی در ایران، 2016، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت اچ‌آی‌وی/ایدز(دانشگاه علوم پزشکی کرمان)، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، دفتر یوان ایدز در ایران"، اسفند 1395. (منتشر نشده)
2. حقدوست ع، ا، دانش ا و دیگران. (1393). مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان مواد به روش تزریقی در ایران (1393). مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح.
3. Rahimi-Movaghar A1, Amin-Esmaeili M, Haghdoost AA, Sadeghirad B, Mohraz M. HIV prevalence amongst injecting drug users in Iran: a systematic review of studies conducted during the decade 1998-2007. *Int J Drug Policy*. 2012 Jul;23(4):271-8. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.09.002. Epub 2011 Oct 14.
4. حق دوست ع، سجادی ل، علیپور ع، ذوالعلی ف، نواده س، میرزازاده ع، و سایرین (1391). مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ‌آی‌وی، اچ‌سی‌وی و اچ‌بی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی‌ها آنها در شهرهای تهران، شیراز و مشهد در سال 1389. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی). مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح.
5. حقدوست ع، ا، و سایرین. مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ‌آی‌وی در زنان آسیب‌پذیر ایران (1393-1394). مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح (منتشر نشده).
6. حقدوست ع، ا، سجادی ل، اصولی م، مصطفوی ا، خواجه کاظمی ر، میرزازاده ع، نواده س، ذوالعلی ف و سایرین (1391). مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ‌آی‌وی در زنان آسیب‌پذیر ایران (1388-1389). مجموعه انتشارات مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح.
7. حقدوست ع، ا و همکاران. مراقبت سرولوژیک - رفتاری زندانیان در ایران در سال 1395. گزارش اولیه طرح. (منتشر نشده)
8. حقدوست ع، ا و همکاران. مراقبت سرولوژیک - رفتاری زندانیان در ایران در سال‌های 1391-1392. گزارش طرح.
9. حقدوست ع، ا، اصولی م، سجادی ل، میرزازاده ع، نواده س، مصطفوی ا، خواجه کاظمی ر، ذوالعلی ف و سایرین (1391). مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان مواد به روش تزریقی در ایران (1388-1389). مجموعه انتشارات مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح.
10. نواده س، میرزازاده ع، حقدوست ع، ا، عرب‌نژاد س، فهیم‌فر ن، کمالی ک، و سایرین. مراقبت سرولوژیک - رفتاری زندانیان در ایران در سال 1388. گزارش طرح.
11. Shokoohi M, Mohammad, Baneshi MR, Haghdoost AA. Size estimation of most at risk population for HIV infection in Iran using network scale up. Project report.
12. Zamani S, Ono-Kihara M, Ichikawa S, Kihara M. Potential for sexual transmission of HIV infection from male injecting-drug users who have sex with men in Tehran, Iran. *Sex Transm Dis*. 2010 Nov;37(11):7. 8-15 doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181e2c73f.
13. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Haghdoost AA, Mohraz M. Evidence of HIV epidemics among non-injecting drug users in Iran: a systematic review. *Addiction* 2012 .Nov;107(11):1929-38. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03926.x. Epub 2012 Jun 15.
14. شغلی ع، محرز م. مطالعه زیست رفتاری کودکان کار و خیابانی شهر تهران در ارتباط با عفونت HIV/AIDS. مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1389. گزارش طرح.

15. Ataei B, Nokhodian Z, Babak A, Shoaie P, Mohhammadzadeh M, Sadeghi R. Seroprevalence of Hepatitis C (HCV) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection among street children in Isfahan, Iran. *Tehran Univ Med J*. 2010; 67 (11):816-811
16. SeyedAhmad SeyedAlinaghi, Abbas OstadTaghi Zadeh, et al. Prevalence of HIV infection and the correlates among beggars in Tehran, Iran. *Asian Pac J Trop Dis* 2013; 3(1): 76-78.
17. Zadeh AO, SeyedAlinaghi S, Hassanzad FF, Hajizadeh M, Mohamadi S, Emamzadeh-Fard S, Paydary K, Hosseini M. Prevalence of HIV infection and the correlates among homeless in Tehran, Iran. *Asian Pac J Trop Biomed*. 2014 Jan;4(1):65-8. doi: 10.1016/S2221-1691(14)60210-0.
18. محمد مهدی گويا، ناهید خادمی و همکاران. بررسی شیوع **HIV/AIDS** و رفتارهای پرخطر در زنان متکدی استان کرمانشاه سال 1395. گزارش طرح. منتشر نشده.
19. برنامه استراتژیک کنترل سل در جمهوری اسلامی ایران (1397 3139). اداره کنترل سل و جذام، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1393.
20. ناصحی م، آزاد منش ک و دیگران. بررسی شیوع سرمی عفونت اچ آی وی در بیماران مبتلا به سل در کشور در سال 2010. اداره کنترل سل و جذام، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
21. مویدی نیا س، محرز م و دیگران. بررسی شیوع اچ آی وی و رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ آی وی در میان ترانس سکسوال‌های زن (مرد به زن) در شهر تهران طی سال 1392-1393، (1393). گزارش طرح.
22. شغلی ع و فلاح نژاد م. (1391) بررسی اثربخشی ارزیابی رفتارهای پرخطر زنان باردار در شناسایی موارد **HIV** مثبت. گزارش طرح.
23. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار دیده وری‌های اچ‌آی‌وی. اسفند 1395. (منتشر نشده)
24. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آخرین آمار مربوط به عفونت اچ آی وی در جمهوری اسلامی ایران، نه ماه اول 1395، جهت استفاده عمومی، اسفند 1395.
25. دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلامیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اسفند 1385.
26. کارگروه کشوری کنترل اچ آی وی و ایدز. تحلیل وضعیت اچ آی وی/ایدز کشور و پاسخ ملی به آن. مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران. 1388.
27. Best practice in HIV/AIDS prevention and care for injecting drug abusers, the Triangular Clinic in Kermanshah, Islamic Republic of Iran. WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean Cairo, 2004.
28. کتابون طایری، هنگامه نامداری، کیانوش کمالی. نتایج ارزیابی سریع فرآیندهای ارائه خدمات در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، 1389، گزارش طرح.
29. کتابون طایری و هنگامه نامداری. گزارش مراقبت و درمان در جمهوری اسلامی ایران، اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1395. (منتشر نشده)
30. Behnam Farhoudi and Kianoosh Kamali. HIV Test-Treat-Retain Cascade Analysis. National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education, I.R.Iran, 2015. (Project report)
31. مصاحبه با کارشناسان اداره کنترل ایدز و مرور مستندات اداره کنترل ایدز، اسفند 1395. (منتشر نشده)
32. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت مراکز ارائه دهنده آزمایش اچ‌آی‌وی و تعداد آزمایش ارائه شده، اسفند 1395. (منتشر نشده)
33. استعلام در باره پایش خدمات ارائه شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی سرتاسر کشور، اسفند 1395. (منتشر نشده)

34. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت نرم افزار اطلاعات بیماران تحت مراقبت مبتلا به اچ‌آی‌وی. اسفند 1395. (منتشر نشده)
35. گزارش فعالیت برنامه بیماری‌یابی فعال اچ‌آی‌وی و سل در سازمان زندانها. معاونت سلامت و اصلاح و تربیت، اسفند 1395، گزارش اولیه طرح (منتشر نشده).
36. اولین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1381-1385). اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اسفند 1389.
37. دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلامیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اسفند 1393
38. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت اطلاعات برنامه ارتقای پیشگیری انتقال مادر به کودک. اسفند 1395. (منتشر نشده)
39. چهارمین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1397-1394). اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1394.
40. حقدوست ع، سجادی ل، اصولی م، مصطفوی ا، خواجه کاظمی ر، میرزازاده ع، نواده س، ذوالعلی ف و سایرین (1391). مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ ای وی در زنان آسیب پذیر ایران (1388-1389). مجموعه انتشارات مرکز مدیریت بیماری های واگیر (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح.
41. مدنی س، شادی طلب ژ، رئیس دانا ف و کامکار م. ارزیابی سریع وضعیت روسپیگری در شهر تهران با تأکید بر رفتارهای پر خطر مرتبط با ایدز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. 1386. گزارش طرح. (منتشر نشده)
42. استعلام در باره پایش خدمات ارائه شده از اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان ها و اقدامات تامینی و تربیتی، اسفند 1395. (منتشر نشده)
43. نواده س، میرزازاده ع، حقدوست ع، عرب‌نژاد س، فهیم‌فر ن، کمالی ک، و سایرین. مراقبت سرولوژیک - رفتاری زندانیان در ایران در سال 1388. گزارش طرح.
44. نارنجی ها، رفیعی ح، باغستانی ا، نوری ر، شیرین بیان پ، فرهادی م، وجدانی روشن ا و اعتمادی ح. گزارش ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران. موسسه داریوش، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران. 1384. 73-86.
45. نارنجی ها. گزارش ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران. موسسه داریوش، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران. 1386: 49-53.
46. استعلام در باره پایش خدمات ارائه شده از سازمان بهزیستی کشور، اسفند 1395. (منتشر نشده)
47. زمانی س و همکاران. مطالعه مراقبت ادغام‌یافته بیولوژیک و رفتاری عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد. 1386 گزارش طرح.
48. استعلام از اداره پیشگیری سوء مصرف مواد، دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار درمان نگهدارنده جایگزین. اسفند 1395. (منتشر نشده)

49. Mehdi Javanbakht, Alireza Mirahmadizadeh, and Atefeh Mashayekhi. The Long-Term Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment in Prevention of Hepatitis C Virus Among Illicit Drug Users: A Modeling Study. *Iran Red Crescent Med J.* 2014 Feb; 16(2): e13484.

50. Ghobad Moradi, Marzieh Farnia, Mostafa Shokoochi, Mohammad Shahbazi, Babak Moazen, and Khaled Rahmani. Methadone maintenance treatment program in prisons from the perspective of medical and non-medical prison staff: a qualitative study in Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2015 Sep; 4(9): 583-589.

51. Seyed Ramin Radfar, Sarah J. Cousins, Schwann Shariatirad, Alireza Noroozi, and Richard A. Rawson. Methamphetamine Use Among Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment in Iran; a threat for Harm Reduction and Treatment Strategies: A Qualitative Study. *Int J High Risk Behav Addict*. In press(In press): e30327.
52. حمیرا فلاحی، صدیقه السادات طوافیان، فریده یغمایی، ابراهیم حاجی زاده. بررسی پیامدهای ابتلای به ایدز در افراد اچ آی در ایران: پژوهش کیفی. فصلنامه پایش - سال دوازدهم شماره سوم خرداد تیر ۱۳۹۲: ۲۴۳-۲۵۳.
53. حقدوست ع، رفیعی راد ا و دیگران. (1393). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد درباره اچ ای وی و محرک‌های آمفتامینی (1392-1393). مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت HIV/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. گزارش طرح
54. حمیرا فلاحی و دیگران. بررسی انگ و تبعیض نسبت به بیماران مبتلا به اچ ای وی/عفونت ایدز از دیدگاه افراد جامعه، 1395. منتشر نشده.
55. گزارش اولیه دیده بانی سلامت کشور، مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت- سیمای سلامت و جمعیت در ایران در سال 1394. (منتشر نشده)
56. شغلی ع، رخشانی ف، موسوی نسب ن، مهاجری م، صداقت ع، گویا م. بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای پر خطر نوجوانان و جوانان مناطق منتخب کشوری در ارتباط با عفونت HIV/AIDS. تابستان 1387. گزارش طرح.
57. جایزه روبان قرمز دسترسی در سایت زیر:
http://www.redribbonaward.org/index.php?option=com_content&view=article&id=481&Itemid=331#.WMum6aIzPDc
58. دومین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1386-1388). اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.. اسفند 1389.
59. سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران (1389-1393). اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.. اسفند 1389.
60. Najafi B, et al. National AIDS Spending Assessment, 2016. AIDS Control Office, MOHME Center for Communicable Disease Management, 2016.
61. دستورالعمل‌های کشوری مراقبت بیماران مبتلا به اچ ای وی (1393)
 Accessed at: <http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&siteid=1&siteid=1&siteid=1&siteid=1&pageid=156&catid=64>
62. Influenza Vaccination in Identified People Living with HIV/AIDS and Health Care Providers of Triangular Clinics in I.R.Iran, 2015-2016, *Iranian Journal of Public Health*, in press.
63. مینا سعید نژاد. بررسی میزان شیوع سیفیلیس در بیماران HIV مثبت در مراکز مشاوره ای بیماری‌های رفتاری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران در شهر تهران سال 87-92. گزارش تز دکترای حرفه ای.