

صلى الله عليه وسلم



دانشگاه آزاد اسلامی  
واحد پزشکی تهران

پایان نامه جهت دریافت دکتری حرفه ای

موضوع:

بررسی نحوه عملکرد، آگاهی و نگرش مسئولین و کارکنان داروخانه ها  
نسبت به برنامه های کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد در مصرف  
کنندگان تزریقی مواد در داروخانه های شهر تهران در سال ۱۳۸۶

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر بهنام فرهودی

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر سید عباس متولیان

نگارش:

الهام جعفری

شماره پایان نامه: ۲۰۰۴

سال تحصیلی: ۱۳۸۷

۱۵ ۳ ۴ ۵ ۶

کتابخانه دانشگاه آزاد اسلامی  
واحد پزشکی تهران

۱۳۸۷ / ۷ / ۲۸

### تقدیم به پدرم

که اگر چه خاطره ای از او در ذهنم نقش نبسته ولی همواره برایم اسطوره ای از حقیقت، انسان دوستی و راستی بوده است.

### تقدیم به مادرم

که برایم تجلی عشق خالصانه بود او که آغوش پر مهرش امن ترین مأمن زندگیم است.

### تقدیم به خاله و دایی بزرگوارم

که در لحظه لحظه فراز و نشیب راه زندگیم، تکیه گاه امن من بودند و به من آموختند که درستی، ایمان و گذشت را همواره سرلوحه زندگیم قرار دهم.

### تقدیم به پدر و مادر مهربان همسرم

به خاطر تمام مهربانی ها و دلسوزی هایشان

### تقدیم به زیباترین ترنم زندگیم

به همراه صبورم

همسر فداکارم

محمد عزیزم

### تقدیم به گل‌های معطر خاطر

تقدیم به یگانه خواهرم؛ افروز دوست داشتنی ام

تقدیم به برادرانم؛ ایمان عزیزم و علی شیرینم.

و تقدیم به تمام آنان که دوستشان دارم.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	<b>- فصل اول</b>
۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۵.....	بیان مسئله
	<b>- فصل دوم</b>
۵۷.....	روش انجام مطالعه
۵۷.....	نوع مطالعه
۵۷.....	جمعیت مورد مطالعه
۵۷.....	حجم نمونه
۵۷.....	معیارهای ورود به مطالعه
۵۷.....	معیارهای خروج از مطالعه
۵۷.....	روش انجام مطالعه
۵۸.....	روش آنالیز داده ها
	<b>- فصل سوم</b>
۵۸.....	تعریف مفاهیم
۵۹.....	اهداف مطالعه
۶۳.....	یافته ها
۷۸.....	بحث و نتیجه گیری
۸۱.....	پیشنهادات
۸۲.....	Abstract
۸۳.....	فهرست منابع و مأخذ

## چکیده

بررسی نحوه عملکرد، آگاهی و نگرش مسئولین و کارکنان داروخانه ها نسبت به برنامه های کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد در مصرف کنندگان تزریقی مواد در داروخانه های شهر تهران در سال ۱۳۸۶

دانشجو: الهام جعفری      استاد راهنما: جناب آقای دکتر بهنام فرهودی

استاد مشاور: جناب آقای دکتر سید عباس متولیان تاریخ دفاع: ۸۷/۱/۲۶

شماره پایان نامه: ۴۰۰۶      کد پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۵۲۱۳۲

این مطالعه یک بررسی مشاهده ای مقطعی توصیفی - تحلیلی است. در این مطالعه نحوه عملکرد، آگاهی و نگرش مسئولین فنی ۱۰۰ عدد از داروخانه های شهر تهران نسبت به برنامه های کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد در سال ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفت. سیارهای ورود آنها به مطالعه:

حداقل ۳ ماه سابقه کاری مسئولین فنی داروخانه در یکی از داروخانه های شهر تهران به عنوان مسئول فنی

روش نمونه گیری از طریق پرسشنامه بود و سپس جهت تعیین آگاهی، نگرش و نحوه عملکرد به پاسخ هر سؤال نمره ای داده شد و بر اساس نمره کسب شده آگاهی و نحوه عملکرد به دو گروه بالا و پایین و نگرش به سه گروه بالا، متوسط و پایین تقسیم شد و افراد مورد مطالعه در هر یک از گروههای فوق قرار گرفتند و نتایج مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج به دست آمده نشان داد، که هیچ ارتباطی بین جنسیت و نحوه عملکرد و آگاهی و نگرش مسئولین فنی داروخانه ها وجود ندارد.

نتایج حاصل نشان داد که هر چه سن مسئولین فنی داروخانه ها کمتر باشد آگاهی و نگرش بالاتر و عملکرد قوی تری دارند.

نتایج حاصل همچنین بیانگر این مسئله بود که بین میزان مراجعه مصرف کنندگان تزریقی به داروخانه ها و آگاهی نگرش و نحوه عملکرد مسئولین فنی ارتباطی وجود ندارد.

در پایان پیشنهاد می شود که در صورت امکان مطالعات بعدی بر روی حجم بیشتری از نمونه ها (تعداد بیشتری از داروخانه ها) انجام شود و در مطالعات بر روی سایر عوامل مطرح شده در برنامه کاهش آسیب نظیر نحوه عملکرد داروخانه ها در توزیع کاندوم در داروخانه ها مورد مطالعه قرار گیرد.

## مقدمه:

اپیدمی ایدز در حال گسترش است. در حال حاضر HIV و ایدز بعنوان یکی از جدی‌ترین خطراتی است که سلامت جوامع بشری را تهدید می‌کند، نه تنها چالشی بسیار مهم در بخش سلامت بلکه در تمام جوانب اقتصادی اجتماعی و سیاسی است. نقش اعتیاد تزریقی در برخی کشورها از جمله کشور ما غیر قابل انکار است. طبق آخرین آمارهای منتشر شده توسط اداره کنترل ایدز تاکنون بیش از  $\frac{3}{5}$  مبتلایان به HIV در کشور ما از راه مصرف تزریقی مواد مبتلا شده‌اند، استفاده مجدد مشترک از سرنگ و سر سوزن و سایر وسایل تزریقی برای تهیه و تزریق مواد مخدر راه بسیار مؤثری برای انتقال HIV است. در کل دنیا حدود ۲-۳ میلیون نفر با سابقه مصرف تزریق مواد مبتلا به HIV هستند. تخمین زده می‌شود که در پایان سال ۲۰۰۵ حدود ۳۹ میلیون نفر در جهان مبتلا به عفونت HIV بوده‌اند و از این میان ۴ میلیون و یکصد هزار نفر در سال ۲۰۰۵ به این ویروس مبتلا شده‌اند. طبق آخرین آمار تا تاریخ ۸۵/۷/۱ تعداد موارد گزارش شده مبتلا به HIV و ایدز در ایران ۱۳۷۰۲ نفر بوده‌اند که از این میان ۹۱/۴٪ مرد بوده‌اند.

از میان موارد گزارش شده ۶۴/۶٪ از طریق استفاده از سرنگ و سوزن، ۷/۴٪ از طریق تماس جنسی، ۱/۸٪ از طریق خون و فرآورده‌های خونی ۵٪ از طریق مادر به کودک، ۲۵/۸٪ از طریق نامشخصی به این ویروس مبتلا شده‌اند.

در ارزیابی سریع سال ۱۳۷۸ حدود ۷۰٪ معتادین تزریقی سابقه تزریق مشترک داشتند. در ارزیابی سریع سال ۱۳۸۰، ۵۰٪ افراد طی ۱ الی ۲ ماه پیش از تحقیق از وسایل مشترک تزریق استفاده کرده بودند. با وجود آمار فوق و نیز شیوع ۵ تا ۱۰٪ گذشته است.

بدون وجود فعالیت‌های کاهش آسیب، شیوع HIV در مصرف‌کنندگان تزریق مواد می‌تواند ظرف ۱ الی ۲ سال از صفر تا بیش از ۴۰٪ افزایش یابد. طی ۲۰ سال اخیر تلاش‌های زیادی برای کنترل HIV و کاهش تاثیرات آن بر افراد، خانواده‌ها و جوامع صورت گرفته، اما اکنون این موضوع کاملاً

روشن است که این همه‌گیری از آنچنان پویایی و پیچیدگی برخوردار است که برای کنترل آن هیچ فرمول مشخص و ثابتی که بتوان آن را برای همه کشورها بکار برد وجود ندارد. در کشور ما حدود ۸۰٪ افراد بعلت طولانی بودن دوره بدون علامت که بطور متوسط ۱۰ سال است که منجر به عدم مراجعه به پزشک و عدم شناسائی به موقع و دریافت خدمات پیشگیرانه شده؛ از ابتلا خود به این ویروس آگاه نبوده و ناآگاهانه موجب انتشار ویروس به سایرین می‌شوند.

گسترش اپیدمی HIV نه تنها مصرف کنندگان تزریقی مواد، بلکه شرکای جنسی آنها را تهدید می‌کند و از این طریق انتشار به سایر اقشار جامعه و فرزندان و مادران مبتلا نیز گسترش می‌یابد.

یکی از علل اشتراک در وسایل تزریق توسط مصرف کنندگان مواد عدم دسترسی به وسایل تزریق استریل است، لذا از جمله راهکارهایی که می‌توان جهت کاهش شیوع HIV در مصرف کنندگان تزریقی مواد به کار برد در دسترس قرار دادن سرنگ استریل در اختیار مصرف کنندگان تزریقی مواد است. بیشترین روشی که در دنیا برای تسهیل در توزیع سرنگ و سوزن استفاده می‌شود تیم‌های سیار است. اما صاحب نظران دنیا معتقدند که بایستی از روشهای مختلف برای در دسترس قرار دادن سرنگ و سوزن جهت مصرف کنندگان تزریقی مواد استفاده کرد.

هزینه جلوگیری از ابتلا به عفونت HIV توسط برنامه‌های تعویض سرنگ بین ۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ دلار برآورد شده که به طور قابل ملاحظه‌ای از مبلغ برآورد شده ۱۹۰۰۰۰ دلار هزینه‌های درمانی یک فرد HIV مثبت کمتر است.

در آخر برخی مصرف کنندگان تزریقی بخاطر شناسائی شدن بعنوان یک مصرف کننده تزریقی مواد و برخی بخاطر ترس از دستگیری و جریمه‌های نقدی یا احتمال دستگیری در حین حمل سرنگ از محل‌های SPE از برنامه‌های SPE دوری می‌کنند. لذا آگاهی از سایر روش‌ها و راههایی که ممکن است برای مصرف کنندگان مواد بعنوان منبع تامین سرنگ استفاده شود یک لزوم است. ما در این مطالعه سعی داریم تا به بررسی نقش و میزان همکاری داروخانه‌ها جهت کاهش میزان شیوع HIV

در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از طریق در اختیار قرار دادن سرنگ و سرسوزن به افراد مصرف‌کننده تزریقی مواد پردازیم.



## بیان مسئله:

در حال حاضر همه گیری اچ آی وی و ایدز به عنوان یکی جدی ترین خطراتی که سلامت جوامع بشری را تهدید میکند نه تنها چالشی بسیار مهم در بخش سلامت بلکه در تمامی جوانب اقتصادی، اجتماعی و سیاسی است. این همه گیری از آن دسته بیماریهای عفونی است که خوشبختانه عامل بیماریزای آن مشخص شده است و مقاومت پایینی دارد. این ویروس تنها در بدن انسان قادر به ادامه حیات است. راههای انتقال این ویروس بخوبی شناخته شده است و راه پیشگیری آن دشوار نیست. مرگ و میر ناشی از این بیماری معمولاً زودرس نیست و افراد مبتلا به این ویروس ممکن است برای مدت طولانی به زندگیشان ادامه دهند ولی می توانند در این مدت بیماری را به دیگران انتقال دهند. امروزه بشر با همه گیری گسترده اچ آی وی در بخش بزرگی از دنیا روبرو است به گونه ای که تخمین زده میشود که در پایان سال ۲۰۰۵، حدود سی و نه میلیون نفر در جهان به عفونت اچ آی وی مبتلا بوده اند و از این میان چهار میلیون و یکصد هزار نفر تنها در سال ۲۰۰۵ به این ویروس مبتلا شده اند}. اکثر ۵۷۰.۰۰۰ کودک زیر ۱۵ سالی که هر سال بدلیل ابتلا به ایدز جان خود را از دست میدهند، از طریق انتقال از مادر به کودک به این بیماری مبتلا شده اند، اما راه عمده انتقال در کل دنیا راه انتقال جنسی است. طی بیست سال اخیر تلاشهای زیادی برای کنترل اچ آی وی و کاهش تاثیرات آن بر افراد، خانواده ها و جوامع صورت گرفته اما اکنون این موضوع کاملاً روشن است که این همه گیری از آنچنان پویایی و پیچیدگی برخوردار است که برای کنترل آن هیچ فرمول مشخص و ثابتی که بتوان آن را برای همه کشورها بکار برد وجود ندارد. پاسخ به این سوال که چه چیز موجب شده ایدز از یک بیماری عفونی ساده تبدیل به یک فاجعه جهانی شود موضوع مهمی است که باید در برنامه ریزی برای کنترل بیماری در

جامعه در نظر گرفته شود. توجه خاص به راههای اصلی انتقال بیماری یعنی تماس جنسی و استفاده از ابزار مشترک در حین مصرف تزریقی مواد مخدر، موجب میگردد تا بتوان بیماری را در زمره بیماریهای رفتاری نیز دسته بندی نمود. رفتارهایی که با خصوصی ترین زوایای زندگی فردی انسانها مرتبط است. لذا طبیعی است که سکوت و پنهانکاری از مشخصه های این بیماری باشد. این موضوع با توجه به ماهیت این بیماری و دوره طولانی بدون علامت که بطور متوسط حدود ده سال است منجر به عدم مراجعه به پزشک، عدم شناسایی به موقع و عدم دریافت خدمات پیشگیرانه میشود. بدین ترتیب مثلا در کشور ما حدود ۸۰ درصد افراد از ابتلای خود به این ویروس آگاه نبوده و ناآگاهانه موجب انتشار ویروس به سایرین می شوند.

اگرچه دردهه گذشته پاسخ جهانی به طور قابل توجهی افزایش و بهبود یافته اما هنوز نتوانسته است پاسخگوی ضروریات کنترل این همه گیری که به طور فزاینده ای رو به وخامت میگذارد باشد. بودجه های سالانه جهانی در فاصله زمانی ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ از ۲ میلیارد و یکصد میلیون به ۶ میلیارد و یکصد میلیون دلار یعنی به حدود سه برابر افزایش یافته است، اما این کافی نیست. هزینه های جهانی برای حمایت از برنامه های جامع کشورها شامل پیشگیری، مراقبت، درمان و حمایت تا سال ۲۰۰۸، به میزان سالانه حداقل ۲۲ میلیارد دلار تخمین زده میشود، در حالی که پیش بینی میشود که برای سال ۲۰۰۷ فقط ده میلیارد دلار قابل تامین خواهد بود. به این ترتیب با نگاهی خوش بینانه، فقط در این سال حدود ۱۲ میلیارد دلار کسری بودجه وجود خواهد داشت.

در سالهای اخیر مصرف تزریقی مواد در مناطقی که بالاترین سرعت گسترش اچ آی وی را داشته عامل اصلی گسترش ویروس بوده است. اما انتقال از طریق تماس جنسی کماکان

عمده ترین راه انتقال درکل جهان است و جوانان گروه اصلی مبتلایان به این ویروس هستند. اگرچه با استناد به اطلاعات سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۰۴-۲۰۰۳ در جهان، تعداد دانش آموزانی که در دوره تحصیلی راهنمایی آموزش ایدز را دیده اند حدود سه برابر افزایش یافته، اما با توجه به اینکه در سال ۲۰۰۴ حدود نیمی از افرادی که مبتلا شده اند، جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله بوده اند، هنوز از اهداف ایده آل بسیار دور هستیم. دختران و زنان به طور فزاینده ای در معرض بیشترین تاثیرات منفی همه گیری هستند و این نه تنها به دلیل عوامل بیولوژیکی است که آنها را در معرض خطر بیشتر قرار میدهد بلکه عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و قانونی نیز زمینه های آسیب پذیری زنان و دختران را فراهم مینماید. با وجود اینکه در سالهای اخیر تعداد زنانی که درجهان خدمات پیشگیری انتقال از مادر به کودک را دریافت میکنند ۷۰ درصد افزایش یافته اما هنوز هم کمتر از ۱۰ درصد مادران نیازمند به درمان پیشگیری، به این درمان دسترسی دارند و در نتیجه روزانه ۱۸۰۰ نوزاد جدید به عفونت ویروسی مبتلا میشوند.

بر اساس داده ها وضعیت همه گیری در اروپای شرقی و آسیای جنوب شرقی وخیم تر بوده و به سرعت رو به رشد میباشد. چهارمین موج همه گیری که از حدود سال ۱۹۹۵ در خاور میانه و آسیای مرکزی ظاهر گردیده در اوایل این قرن به حداکثر رسیده است و سرعت رشد آلودگی در آسیا چند برابر سایر قاره هاست. بدون اجرای کامل مداخلات پیشگیرانه ی اچ آی وی و ایدز پیش بینی میشود که تا سال ۲۰۱۰، بیست میلیون نفر در دو منطقه آسیای جنوب شرقی و پاسیفیک غربی به اچ آی وی مبتلا خواهند شد.

براساس تخمین ها، تا پایان ۲۰۰۵ تعداد کل مبتلایان به اچ آی وی در قید حیات در منطقه شمال آفریقا و مدیترانه شرقی که ایران نیز در آن قرار دارد، به ۴۴۰.۰۰۰ نفر (۲۵۰.۰۰۰-

۷۲۰۰۰۰) نفر رسیده است. تعداد بالغین و کودکانی که در این منطقه در سال ۲۰۰۵ به اچ آی وی مبتلا شده اند ۶۴۰۰۰ نفر تخمین زده می شود. این میزان افزایش موارد، منطقه ما را از نظر سرعت رشد اچ آی وی، در رتبه دوم جهانی قرار میدهد. در منطقه مدیترانه شرقی عامل عمده گسترش اچ آی وی، تماس جنسی و مصرف تزریقی مواد است. البته نقص اطلاعات در این منطقه و نیاز به ارتقاء نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و اطلاعات بیشتر و عمیقتر در خصوص راههای انتقال به روشنی احساس میشود.

هم اکنون در نقاط مختلف دنیا، عوامل پیشبرنده همه گیری از یک منطقه به منطقه دیگر و در درون هر منطقه و کشوری متفاوت است و این خود دلیلی بر لزوم انعطاف پذیری در نحوه پاسخ به همه گیری است که باید با شرایط هر منطقه ای وفق داده شود. تجربه نشان میدهد که معدود کشورهایی که در کنترل اچ آی وی موفق بوده اند با در نظر گرفتن شرایط و نیازهای خاص کشورشان برای اصلاح شرایطی که مردم را نسبت به اچ آی وی و عوارض آن آسیب پذیر میسازد و همچنین بهره برداری از نقاط قوت موجود و مرتفع ساختن نقاط ضعف، برنامه ریزی و عمل نموده اند. برنامه ریزی برای کنترل اچ آی وی باید با در نظر گرفتن شرایط مختلفی که میتواند با گذشت زمان به سرعت تغییر کند و منطبق با وضعیت عینی و انعطاف پذیر صورت گیرد تا بتواند با تغییراتی که در وضعیت موجود رخ میدهد سازگار گردد و بطور واقع بینانه ای از کلیه منابع موجود بهره برداری نماید.

جمهوری اسلامی ایران همانطوریکه از نام آن پیداست کشوری است که اکثریت قریب به اتفاق جمعیت آن را مسلمانان تشکیل می دهند. شاید به جرات می توان گفت در هیچ کشوری شعائر مذهبی به اندازه کشور ما مورد ملاحظه قرار ندارد و به آن بها داده نمی شود. شاید در هیچ کشوری آموزش های دینی به اندازه ای که در کشور ما در همه عرصه ها

از سنین کودکی تا هنگام مرگ به آن پرداخته می شود وجود نداشته باشد. بهمین دلیل رفتارهای پرخطری که فرد را در معرض ابتلای به اچ آی وی قرار می دهد (مانند رفتارهای جنسی پرخطر و مصرف مواد) جزء رفتارهای ناپسند محسوب شده واز دید عموم مردم جامعه و همچنین از نظر قوانین موجود در کشور و اولی تر از همه آنها شرع مقدس پذیرفته نیست، با همه این احوال آنچه مسلم است این است که بهر حال خواهی نخواهی چنین رفتارهایی در جامعه ما نیز مثل همه کشورهای جهان وجود دارد و البته باید به این نکته توجه داشت که بعضی و/یا بخشی از این رفتارها خارج از اراده انسان بوده و عوامل دیگری مثل عوامل ژنتیکی و ارثی، مسائل روانی و مسائل عمیق اجتماعی نظیر فقر، بیسوادی، بیکاری، حاشیه نشینی اجتماعی در آن تاثیر گذار بوده و اینها درواقع آسیب دیده اجتماعی هستند. هدف از کاربرد این واژه آن است که قبل از آنکه هر گونه قضاوتی بکنیم همه ما انسانها وظیفه داریم به یاری فرد آسیب دیده بشتابیم. وظیفه نظام سلامت کشور نیز یاری رساندن به این آسیب دیدگان فارغ از هر گونه قضاوت می باشد و نباید لحظه ای درنگ شود و فرصت های باقی مانده برای آنها از دست برود. با طرح این دیدگاه یکی از مهمترین هدف های برنامه پیشگیری و مراقبت از اچ آی وی وایدز، افزایش دسترسی به صاحبان رفتارهای پرخطر است. بسیاری از آنها از چشم ما دور هستند ولی در کنار ما زندگی می کنند و اصطلاح زندگی زیرزمینی در مورد آنها پر براه نیست. اگر آنها مورد غفلت قرارگیرند، این حاشیه نشین های اجتماعی می توانند به یکباره عفونت اچ آی وی را از حالت متمرکز خود در گروههای خاص به میان مردم عادی جامعه ببرند. از سوی دیگر اگر چه در حال حاضر اصلی ترین راه ابتلای به اچ آی وی در کشور مصرف تزریقی مواد است، اما جامعه ما جامعه ای جوان است. جوانان از رفتارهای پرخطر از همه نوع آن استقبال می کنند. همانگونه که دوست دارند اتومبیل را با سرعت برانند، ممکن است به رفتارهای پرخطر دیگر دست بزنند و

البته در این میان ممکن است رفتارهای پر خطر جنسی در پیش گیرند و خطرات ناشی از مصرف مواد مخدر و محرک را اندک بیانگارند. اگر فرصت را از دست بدهیم دیری نخواهد پایید که راه انتقال جنسی با راه انتقال تزریقی برابری خواهد کرد.

جمهوری اسلامی ایران امروزه با مرحله بسیار حساسی از همه گیری اچ آی وی وایدز مواجه است. زیرا طی دهه گذشته شیوع روزافزون اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد، کشور را از مرحله با شیوع اندک به مرحله متمرکز رسانده و در حال حاضر نگرانی های جدی در خصوص افزایش شیوع اچ آی وی در گروه مصرف کنندگان تزریقی مواد، شرکای جنسی آنها و همچنین در سایر گروه های جمعیتی دارای رفتارهای پرخطر جنسی وجود دارد.

هر چند فعالیت های بسیار مفیدی در زمینه ارائه و گسترش خدمات اچ آی وی وایدز در سراسر کشور، جلب حمایت سیاستگذاران، اتخاذ تصمیمات کلیدی در امر کاهش آسیب در سطوح بالایی دولت و آموزش نیروی انسانی ماهر صورت گرفته است ولی به نظر می رسد علیرغم اقدامات فوق، ارتقاء کیفی و کمی این خدمات از اهمیت حیاتی در این برهه از زمان برخوردار باشد. برآوردهای بانک جهانی حاکی از آن است که در صورت عدم اقدام به موقع تولید ناخالص ملی در کشور در اثر گسترش اچ آی وی ممکن است تا سال ۲۰۱۵ حدود ۵٪ کاهش بیابد.

در این میان داشتن برنامه استراتژیکی که با دقت و حوصله و تا حد امکان با در نظر گرفتن تمامی جوانب تدوین شده باشد و بتواند مسیر اصلی فعالیتهای مرتبط با اچ آی وی وایدز را نشان دهد اهمیت به سزایی دارد.

## نگاهی کلی به همه‌گیری اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران

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

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

اولین مورد انتقال اچ‌آی‌وی از راه مصرف تزریقی مواد در سال ۱۳۷۱ شناسایی شد و تا سال ۱۳۷۴، هر ساله تنها حدود ۵ مورد جدید انتقال اچ‌آی‌وی از این راه شناسایی گردید. ولی با وقوع همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، انتقال از راه مصرف تزریقی مواد طی سال ۱۳۷۴ به میزان ۳۰ برابر نسبت به سال قبل از آن افزایش یافت و برای اولین بار بعنوان

شایع‌ترین راه انتقال مطرح گردید و پس از آن تعداد موارد ثبت‌شده انتقال از راه تزریق تاکنون بطور مداوم افزایش یافته و در سالهای بعد نیز بعنوان شایع‌ترین راه انتقال باقی مانده است. طبق آخرین آمار منتشره تا تاریخ ۸۶/۷/۱ مجموعاً ۱۶۰۹۰ نفر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در کشور شناسایی شده‌اند که از این تعداد ۶۶/۷٪ از موارد ابتلا به علت مصرف تزریقی مواد، ۷/۵٪ به علت رابطه جنسی، ۰/۵٪ از راه مادر به کودک و ۱/۵٪ به علت دریافت فرآورده‌های خونی بوده و راه انتقال در ۲۳/۷٪ از مبتلایان نامشخص بوده است. هرچند سهم راه انتقال جنسی در موارد شناسایی شده طی چند سال گذشته بطور نسبی ثابت مانده و در کل موارد گزارش شده در هر سال در حدود ۵ الی ۸ درصد بوده ولی عدد مطلق آن بطور مداوم افزایش یافته است و از ۵۰ نفر در سال ۱۳۷۹ به حدود سه برابر سال در ۱۳۸۵ رسیده است. همچنین سهم راه انتقال ناشناخته نیز در موارد شناسایی شده در چند سال گذشته افزایش یافته و از ۸/۲٪ در سال ۱۳۷۷ به ۲۳/۷٪ در سال ۱۳۸۵ رسیده است. در این زمینه فرضیه ذیل مطرح است که حداقل بخشی از افزایش موارد با راه انتقال ناشناخته به علت افزایش موارد انتقال جنسی بوده که به علت انگ ناشی از آن عملاً ناشناخته مانده است و بخشی دیگر 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. از کل موارد شناسایی شده، ۱۱۲۲ نفر در مرحله ایدز بسر می‌برند و ۲۱۲۱ نفر نیز فوت کرده‌اند. همچنین تا تاریخ ۸۶/۷/۱ از کل مبتلایان شناسایی شده، ۰/۳٪ در سن ۴ سال و کمتر و ۰/۵٪ بین ۵ تا ۱۴ سال بوده‌اند. سن بیشتر مبتلایان شناسایی شده بین ۲۵ تا ۳۴ سال (۴۰/۳٪) و سپس ۳۵ تا ۴۴ سال (۳۲/۲٪) بوده است. فقط ۵/۸٪ مبتلایان شناسایی شده زن بوده‌اند که می‌تواند ناشی از نقش عمده مصرف تزریقی مواد در همه‌گیری کشور ما و اندک بودن تعداد زنان مصرف‌کننده تزریقی مواد باشد. اما نگرانی‌هایی درباره حساسیت کمتر



سیستم شناسایی و ثبت موارد اچ‌آی‌وی و ایدز در زنان وجود دارد. از طرفی بروز همه‌گیری در استانهای مختلف کشور یکسان نبوده و تا تاریخ ۸۴/۷/۱ میانگین میزان بروز سالانه آن برای کل جمعیت برحسب موارد شناسایی شده از ۲/۳ نفر در صد هزار نفر تا ۱۰۳/۶ نفر در صد هزار نفر در استانهای مختلف متغیر بوده است. بنظر می‌آید این ناهمگونی بعلت تفاوت در شیوع رفتارهای پرخطر در مناطق مختلف و همچنین تفاوت در میزان ارائه خدمات منجر به شناسایی موارد باشد. حتی در مورد شایع‌ترین راه انتقال در کشور همگونی وجود ندارد یعنی اگرچه در اکثریت مطلق استانها شایع‌ترین راه انتقال تزریقی بوده ولی در یک استان سهم راه انتقال جنسی با راه انتقال تزریقی برابری داشته است.

### **شیوه اچ‌آی‌وی در گروههای مختلف:** در مجموع بررسی داده‌های سیستم ثبت موارد،

دیدهوری‌ها و مطالعات منفرد حاکی از آن است که:

۱- شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی پایین است. چنانکه در دیده‌وری‌های زنان باردار در طی این سالها موردی شناسایی نشده است.

۲- شیوع عفونت در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در اواخر دهه هفتاد و اوائل دهه هشتاد شمسی رشدی سریع را تجربه نمود و از حد بحرانی ۵٪ گذشت. اما به نظر می‌آید با گسترش نسبی فعالیتهای کاهش آسیب در زندانها و در جامعه در اواسط دهه شمسی جاری، از سرعت رشد پرشتاب آن کاسته شد و به اعداد بسیار بالای مشاهده شده در برخی از مناطق دنیای فاقد هرگونه برنامه کاهش آسیب، نرسید.

۳- شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان نیز الگویی شبیه به آنچه در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ذکر شد، تجربه کرده است.

۴- داده‌های برخی مطالعات پراکنده حاکی از آن است که شیوع اچ‌آی‌وی در زنان تن‌فروشی که مصرف‌کننده تزریقی مواد نیستند، هنوز پایین است و بطور قطع به حد بحرانی ۵٪ نرسیده است. 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.

۵- با وجود آنکه هنوز راه انتقال در اکثریت موارد شناخته شده، راه انتقال تزریقی است ولی در چند سال اخیر سهم نسبی راه انتقال جنسی و تعداد موارد شناسایی شده‌ای که از راه جنسی مبتلا شده‌اند، افزایش یافته و این حاکی از آن است که باید توجه ویژه‌ای به برنامه‌های پیشگیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی داشت. درصد بالایی از مردان مصرف‌کننده تزریقی مواد و مردان زندانی، متأهل هستند (۳۰ تا ۵۰٪). اگرچه مطالعات شیوع در همسران این دو گروه انجام نشده، ولی اکثر قریب به اتفاق زنانی که تاکنون از راه جنسی به اچ‌آی‌وی مبتلا و شناسایی شده‌اند، همسران این دو گروه بوده‌اند. موارد شناسایی شده در زنان همسر مبتلایان مرد از حدود ۶ مورد در سال ۱۳۸۰ (۰/۵٪) کل مبتلایان شناسایی شده در آن سال) به ۸۱ مورد (۲٪ کل مبتلایان شناسایی شده) در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است.

۶- درباره شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند، مطالعات بسیار محدودند و نمی‌توانند به نتیجه‌گیری قابل‌تعمیم منجر شوند.

**تخمین تعداد مبتلایان:** همچون سایر کشورها، در ایران نیز موارد شناسایی شده تنها بخشی از کل موارد ابتلاست. اگرچه تخمین تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی و گروه‌های در معرض آن در اکثر کشورهای دنیا با دشواریهایی همراه است، ولی این تخمین و همچنین

تخمین تعداد مبتلایان در هریک از گروههای جمعیتی که در معرض اچ‌آی‌وی هستند، یکی از شاخصهایی است که می‌تواند میزان موفقیت نسبی برنامه‌های پیشگیری را نشان دهد و در مشخص نمودن جهت‌گیری سیاستهای پیشگیری با توجه به وسعت هریک از گروههای در معرض خطر، شدت مشکل در هریک از این گروهها، تغییر وضعیت همه‌گیری در بین آنها و شناسایی نقاط کور برنامه تعیین‌کننده باشد. از سال ۱۳۸۲ تلاشهایی برای محاسبه تعداد مبتلایان در کشور صورت گرفته است. در این سال با استفاده از نرم‌افزار تخمین تعداد موارد اچ‌آی‌وی، کارشناسان و مدیران برنامهٔ کشوری ایدز، تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی در کشور را حدود ۳۰ تا ۴۰ هزار نفر برآورد کردند. در سال ۱۳۸۴ بر همین اساس تعداد مبتلایان به اچ‌آی‌وی در کشور حدود ۶۰ تا ۷۰ هزار نفر برآورد گردید. پیش‌بینی می‌شود این تعداد در سال جاری بیش از ۸۰.۰۰۰ نفر برآورد گردد که اگرچه نسبت به برآورد قبلی فزونی یافته ولی شیب افزایش بطور قابل توجهی کمتر شده که می‌تواند با موفقیت نسبی برنامه‌های کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد توجیه گردد. با این وجود اگرچه این یافته‌ها امیدبخش است ولی در نتیجه‌گیری قطعی باید محتاط بود و ضمن ادامه و گسترش این برنامه‌ها منتظر ارزشیابی‌های بعدی بود. علت این امر آن است که کیفیت و دقت تخمین بدست آمده، وابسته به کیفیت و دقت اطلاعاتی است که از تعداد افراد متعلق به هر گروه و شیوع اچ‌آی‌وی در آن گروهها وجود دارد. لذا طی سالها و با تقویت برنامه‌های نظام مراقبت در بین گروههای در معرض خطر، اطلاعات بدست‌آمده 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.

### ۳-۱۱. آمار اچ آی وی و ایدز در کشور

طبق آخرین آمار منتشره تا تاریخ ۸۵/۷/۱، تعداد موارد گزارش شده مبتلا به اچ آی وی و ایدز ۱۳۷۰۲ نفر بوده که از این میان ۹۶.۴ درصد مرد بوده اند. به این ترتیب شیوع بیماری در ایران به طور متوسط ۰.۲ (۰.۱-۰.۴) درصد جمعیت ۱۵ تا ۴۹ سال کشور می باشد. گروه سنی که بالاترین تعداد موارد را شامل میشود ۲۵ تا ۳۴ سال (۴۰.۵ درصد) و پس از آن ۳۵ تا ۴۴ سال (۳۱ درصد) است. از میان موارد گزارش شده ۶۴.۶ درصد از طریق استفاده مشترک از سرنگ و سوزن، ۷.۴ درصد از طریق تماس جنسی، ۱.۸ درصد از طریق خون و فرآورده های خونی، ۰.۵ درصد از طریق مادر به کودک و ۲۵.۸ درصد از طریق نامشخص به این ویروس مبتلا شده اند {۲۴}. بیش از ۹۹ درصد کسانی که از طریق تزریق مواد مبتلا شده اند مرد بوده اند، در حالیکه این میزان در میان مبتلایان از طریق تماس جنسی حدود ۶۰ درصد بوده است. تا تاریخ ۸۵/۷/۱، ۱۷۰۹ نفر از مبتلایان فوت نموده اند. هر چند سهم راه انتقال جنسی در موارد شناسایی شده طی چند سال گذشته بطور نسبی ثابت مانده و در کل موارد گزارش شده در هر سال در حدود ۵ الی ۸ درصد بوده ولی عدد مطلق آن بطور مداوم افزایش یافته است و از ۵۰ نفر در سال ۱۳۷۹ به حدود ۲۰۰ نفر فقط در سال ۱۳۸۳ رسیده است. همچنین سهم راه انتقال ناشناخته نیز در موارد شناسایی شده در چند سال گذشته بطور مداوم افزایش یافته و از ۸/۲٪ در سال ۱۳۷۷ به ۲۸/۱٪ در سال ۱۳۸۱ رسیده است. در این زمینه در کنار مشکلات مربوط به نظام مراقبت و نحوه گردآوری اطلاعات، فرضیه ذیل مطرح می باشد که حداقل بخشی از افزایش در مواردی که راه انتقال ناشناخته بوده به علت افزایش موارد انتقال جنسی رخ داده که به علت انگ و عار ناشی از آن عملاً ناشناخته مانده است.