

جنبه‌های پزشکی، بهداشتی و اجتماعی HIV/AIDS

پیشگیری رفتاری در HIV/AIDS

فهرست مطالب گفتار شانزدهم / دکتر محمدمهدی گویا

۲۰۱	مقدمه
۲۰۲	باید اعتقاد داشت که :
۲۰۲	باید دانست پیشگیری رفتاری:
۲۰۳	پیشگیری رفتاری یعنی:
۲۰۳	الف - پیشگیری رفتاری
۲۰۳	۱) تغییرات رفتاری به صورت انفرادی
۲۰۳	ارتقای استفاده از کاندوم در افراد خاص
۲۰۴	۲) کاهش خطر در سطح جامعه (Community risk reduction)
۲۰۴	آموزش عفونت HIV و راههای انتقال آن و توزیع کاندوم در بعضی جوامع
۲۰۴	آموزش‌های داخلی مدارس
۲۰۴	برنامه‌های Harm Reduction در معتادان تزریقی
۲۰۵	مشاوره و آزمایش داوطلبانه
۲۰۵	ب) راه‌های دیگر پیشگیری از عفونت HIV و AIDS
۲۰۵	درمان عفونت‌های آمیزشی
۲۰۶	مداخلات ساختاری و محیطی
۲۰۶	بحث و نتیجه گیری

پیشگیری رفتاری در AIDS/HIV (دیدگاه‌های جدید)

دکتر محمد مهدی گویا

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌ها

مقدمه

در حال حاضر پیشگیری رفتاری، موثرترین راه برای جلوگیری از گسترش بیشتر عفونت HIV شناخته شده است. پیشگیری رفتاری برای گروه‌های سنی مختلف برنامه‌های مخصوصی را براساس دیدگاه‌های مردم یک کشور طرح ریزی می‌نماید.

پیشگیری رفتاری، مقرون به صرفه است و می‌تواند به خوبی در کشورهایی که منابع محدودی در اختیار دارند راه‌گشا باشد. این را تجربه بسیاری از کشورهای در حال توسعه ثابت کرده است.

آنچه مسلم است اینکه در بسیاری از نقاط جهان همه‌گیری HIV/AIDS از کنترل خارج شده است. وضعیت رقت‌باری بر کشورهای در حال توسعه زیر صحرای آفریقا حاکم شده و رهبران این کشورها را با مشکلاتی روبرو ساخته که تاکنون نتوانسته‌اند راه‌چاره‌ای برای آن بیندیشند.

مردم مبتلا به این بیماری در عنفوان جوانی جان خود را از دست می‌دهند و خیل عظیمی از کودکان یتیم و گرسنه و بیمار، بار سنگینی را بر دوش دولت‌ها تحمیل می‌کنند و بدین ترتیب روز بروز سن ابتلای به عفونت نیز پائین‌تر می‌آید.

در حال حاضر افراد ۲۵ تا ۴۴ ساله بیش از سایر گروه‌های سنی، در خطر ابتلای به عفونت قرار دارند. اما این الگوی دموگرافیک در کشورهای زیر صحرای آفریقا تغییر کرده و پائین‌تر آمده است. نسلی که در آینده نقش والدین را در جامعه قرار است به عهده بگیرد در معرض بیشترین خطر قرار دارد.

در بعضی از روستاهای آفریقا فقط پدر بزرگ‌ها و مادر بزرگ‌ها و کودکان یتیم زندگی می‌کنند و دیگر پدر و مادری وجود ندارد زیرا همه آنها در اثر ابتلای به IDSA جان خود را از دست داده‌اند.

در بسیاری از کشورهای زیر صحرای آفریقا امید به زندگی (Life Expectancy) به کمتر از ۴۰ سال سقوط کرده و این شاخص بسیار مهم، هیچگاه در ۳۰ سال گذشته در این کشورها از چنین وضعیتی برخوردار

نبوده است. یک دختر بچه ۱۵ ساله در کشور اوگاندا ۶۰٪ احتمال دارد در اثر ابتلای به AIDS جان خود را از دست بدهد و اگر فکری اساسی نشود بزودی این بخش از جهان (کشورهای زیر صحرای آفریقا) خالی از سکنه خواهند شد. در حال حاضر تنها ۱۰٪ منابع تحقیقاتی و درمانی که صرف ایدز می‌شود، به ۹۰٪ موارد ابتلای به این بیماری که مربوط به کشورهای در حال توسعه است اختصاص می‌یابد. در کشورهای در حال توسعه منابع مالی محدود است و هیچیک از آنها نمی‌توانند ادعا کنند که استطاعت مالی برای درمان این بیماری را دارند. پس تنها واکسنی که برای این بیماری وجود دارد "پیشگیری رفتاری" است.

تنها واکسنی که برای این بیماری وجود دارد "پیشگیری رفتاری" است

باید اعتقاد داشت که :

ایدز بیماری است که با رفتارهای پرخطر گسترش می‌یابد و بیشترین خطر متوجه کسانی است که رفتارهای جنسی پرخطر یا اعتیاد تزریقی یا هر دوی آنها را دارند و این رفتارها می‌توانند تغییر پیدا کنند. یک برنامه پیشگیری رفتاری مناسب به افراد در معرض خطر کمک می‌کند تا آنها با تغییر در رفتارهای خود احتمال انتقال عفونت HIV را به حداقل برسانند.

عوامل متعددی هستند که در پیشرفت سریع HIV/AIDS و انتقال آن دخالت دارند که لازم است با یک برنامه پیشگیری رفتاری موثر به حل آنها پرداخته شود. اگر مردم پی نبرند اینگونه رفتارها چگونه آنها را در معرض ابتلای به عفونت HIV و AIDS قرار می‌دهد هیچگونه احتیاطی درپیش نخواهند گرفت (استفاده از کاندوم، استفاده از سرنگ استریل و...) و طبیعی است که زمینه برای گسترش عفونت فراهم خواهد بود. افزایش فاحشه خانه‌ها، کاباره‌ها، محل‌های تزریق و استفاده از مواد مخدر و... مانند سوختی است که برای اتومبیل در حرکت عفونت HIV و AIDS عمل می‌کند و این مسئله بخصوص در کشورهایی که شیوع عفونت بالاست بارزتر می‌باشد.

اگر به موقع اقدام جهت تاسیس مراکزی برای درمان بیماری‌های آمیزشی، مشاوره و درمان سرپایی برای AIDS و HIV و اعتیاد، آزمایش‌های داوطلبانه HIV نشود، می‌بایستی در انتظار گسترش روزافزون عفونت بود. همه اینها تحت عنوان برنامه پیشگیری رفتاری با دیدی وسیع با درگیر شدن بخش‌های مختلف توسعه امکان پذیر خواهد بود.

باید دانست پیشگیری رفتاری:

- ۱) اثر بخش است و اکنون به عنوان موثرترین راه پیشگیری از این بیماری شناخته شده است.
- ۲) پیشگیری رفتاری برای جامعه مقرون به صرفه است.

۳) برای آنکه برنامه های پیشگیری رفتاری موثر واقع شود باید افراد مختلف جامعه بخصوص گروه های در خطر بطور مستقیم در آن درگیر شوند.

۴) تحقیقات در زمینه پیشگیری رفتاری باید توسط دیسپلین های مختلف، صورت گیرد و سازمان های مختلف مشارکت نمایند.

پیشگیری رفتاری یعنی:

- ۱) پیشگیری از تماس های جنسی پرخطر و پیشگیری از خطر در هنگام تماس جنسی
- ۲) آموزش جامعه به صورت وسیع از طریق رسانه ها و نوشتارها
- ۳) آموزش HIV و ایدز در سطح مدارس
- ۴) برنامه کاهش زیان (Harm Reduction) برای معتادان تزریقی
- ۵) مشاوره و آزمایش های داوطلبانه
- ۶) درمان عفونت های منتقله از طریق تماس جنسی (STI) همراه با آموزش های تغییر رفتار یا بدون آن

تجربیات کشورهای مختلف نشان می دهد پیشگیری های رفتاری تاکنون بیشترین اثر بخشی و کارایی را در زنان خود فروش و مشتریان آنها داشته است. در مورد کاهش زیان، مطالعات گسترده ای تاکنون انجام شده که بیشترین آنها در رابطه با معتادان تزریقی بوده است. شواهد بدست آمده در مورد مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT) نتایج امیدوار کننده ای به همراه داشته است. درمان STI در کاهش میزان بروز عفونت HIV بخصوص در همه گیری هایی که در مراحل زود هنگام خود هستند بسیار موثر بوده است. بطور کلی اقدامات انجام شده در زمینه تغییر رفتار در کشورهای کم درآمد و کشورهای با درآمد متوسط توانسته اند تاثیر بسزائی داشته باشند. این برنامه های بخصوص وقتی به صورت توأم و همراه با یکدیگر انجام می شوند کارایی بیشتری خواهند داشت. لازم است در این زمینه تحقیقات وسیعی توسط کشورهای در حال توسعه صورت گیرند.

الف - پیشگیری رفتاری

۱) تغییرات رفتاری به صورت انفرادی

ارتقای استفاده از کاندوم در افراد خاص

در این رابطه ۶ مطالعه در گروه های اجتماعی خاص (پرخطر) در کشورهای در حال توسعه انجام شده که از این تعداد دو مطالعه به صورت تجربی (Experimental)، سه مطالعه به صورت (Prospective Cohort) و یک تحقیق نیز (Cross sectional) بوده است. چهار مطالعه از این تعداد که به صورت مداخله ای انجام شده در زنان خودفروش، یک مطالعه بر روی سربازان و نظامیان و یک مطالعه هم در دانش آموزان مدارس شبانه انجام شده است. بعضی از شرکت کنندگان در این برنامه ها حاضر به مشاوره و انجام آزمایشات داوطلبانه (VCT) هم شدند. اما هدف اصلی برنامه تنها ارتقای استفاده از کاندوم بوده است.

در سه مطالعه در گروهی که مداخله صورت گرفته بود. افزایش استفاده از کاندوم توسط زنان خود فروش به وضوح مشاهده گردید. جالب است بدانیم افزایش میزان استفاده از کاندوم هیچگونه ارتباطی با رایگان بودن یا نبودن آن و دسترسی به کاندوم نداشت. مطالعه دیگری نشان داده هر چه امکان دسترسی به کاندوم سهل تر باشد میزان استفاده از آن هم بیشتر می شود.

در مجموع در تمامی این مداخلات نشانه‌های موفقیت برنامه‌های ارتقای استفاده از کاندوم و کاهش میزان بروز عفونت HIV در گروه‌های پرخطر دیده شد.

۲) کاهش خطر در سطح جامعه (Community risk reduction)

آموزش عفونت HIV و راههای انتقال آن و توزیع کاندوم در بعضی جوامع

سه مطالعه در این رابطه صورت گرفته که در هر سه آنها عفونت HIV و راههای انتقال آن آموزش داده شده و کاندوم هم در بین افراد جامعه توزیع شده است. یکی از موفق ترین آن‌ها در شهر ماناگوا در پایتخت نیکاراگوئه و به صورت یک عملیات وسیع با مراجعه منزل به منزل و مدارس (Outreach) و ترتیب میتینگ‌های عمومی برای استفاده عموم مردم بود. پیامدهای آن استفاده بیشتر از کاندوم توسط مردان و زنان گروه‌های پرخطر گردید. دومین مطالعه در دو شهر در کشور اوگاندا صورت گرفت. اکثر ساکنین این دو شهر را مسلمانان تشکیل می‌دادند. در طی این برنامه سه هزار نفر از رهبران مذهبی و دستیاران آن‌ها تحت تعلیم قرار گرفتند و به آن‌ها آموزش داده شد که در هنگام مراجعه به منازل و در طی انجام مراسم عبادی در مورد عفونت HIV و AIDS صحبت کنند و به مردم آموزش دهند. بدینوسیله افزایش قابل توجه میزان استفاده از کاندوم بخصوص در مناطق شهرنشین مشاهده گردید. در همین مطالعه مشخص گردید پس از این آموزش‌ها پابندی به خانواده و ارزش‌های آن نیز تا حدود زیادی افزایش پیدا کرد. در مناطق روستایی کشور تایلند نیز اقدامات شایسته‌ای صورت گرفته است. کارکنان بهداشتی در روستاها با نمایش فیلم و تهیه پوستر و پمفلت و جلسات سخنرانی توانسته‌اند در آگاه سازی مردم نقش بسیار مهمی ایفا نمایند.

آموزش‌های داخلی مدارس

در تانزانیا ۱۲ ماه آموزش HIV و AIDS باعث افزایش چشمگیر آگاهی‌های دانش آموزان شده است. دانش آموزان در طول سال ۲۰ ساعت درس آموزش HIV و AIDS دارند که بعد از دوره ۶ ساله اول ابتدایی آغاز می‌شود و بدون پرده پوشی در مورد ایدز با آن‌ها صحبت می‌شود. در نامیبیا دانش آموزان در سنین بین ۱۵ تا ۱۸ سال آموزش می‌بینند. آموزش‌های چهره به چهره در راستای خویشتن داری و رفتارهای جنسی سالم جزء این برنامه‌ها قرار دارد.

برنامه‌های Harm Reduction در معتادان تزریقی

دو مطالعه در مورد Harm Reduction انجام شده و اثربخشی آن را مورد ارزشیابی قرار داده است. یکی

از آنها یک مطالعه رفتاری Cross Sectional و دیگری یک مطالعه Cohort بوده است. اولین مطالعه در کاتماندو پایتخت نپال و در یک مقیاس کوچک صورت گرفته و توسط کارکنان بهداشتی داوطلب جامعه سرنگ استریل بین معتادان تزریقی توزیع شده و بدین وسیله کوشش شده تا از استفاده از سرنگ و سوزن مشترک پرهیز شود که نتایج بسیار خوبی داشته و میزان عفونت HIV در معتادان تزریقی بسیار ناچیز باقی مانده است (مطالعه ۳ ساله) ۰ در مطالعه دوم نیز شیوع عفونت HIV در معتادان تزریقی هنگ کنگ و تایلند مورد مقایسه قرار گرفته است. در هنگ کنگ از سال‌ها قبل از اپیدمی ایدز در جهان تجویز متادون برای معتادان تزریقی به صورت سرپایی آغاز شده و کماکان ادامه دارد و برنامه توزیع سرنگ نیز به آن اضافه شده است ولی در تایلند این اقدامات صورت نگرفته و نشان داده شده که با توجه به وضعیت مشابه فرهنگی دو کشور تفاوت چشمگیری در میزان شیوع عفونت HIV در آن‌ها رخ داده و در هنگ کنگ شیوع عفونت بسیار پائین بوده است. یک مطالعه نیز که به تازگی در مدرس هندوستان انجام شده یک سری برنامه‌های خیابانی (Outreach) به اجرا در آمده و ابزار و لوازم ضد عفونی کردن سرنگ در اختیار معتادان تزریقی به صورت رایگان قرار داده شده و در کنار این برنامه معتادان را تشویق به مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT) کرده‌اند + متأسفانه تنها یک هشتم افرادی که با آن‌ها صحبت شده بود حاضر به مشاوره و آزمایش شدند اما از محلول ضد عفونی کننده سرنگ و همچنین کاندوم استفاده خوبی به عمل آمد.

مشاوره و آزمایش داوطلبانه

در این مورد ۹ مطالعه در دست انجام است. (در این برنامه‌ها مراجعه کنندگان در طی آموزش‌های بهداشتی جاری با عفونت HIV و راه‌های انتقال آن آشنا می‌شوند. برای آن‌ها فیلم نمایش داده و از روش‌های دیگر آموزش هم استفاده می‌شود و دیده شده که این روش، فوق‌العاده موثر بوده و میزان عفونت HIV و همچنین STI در بعضی از شهرها مثل "پونا" در هندوستان کاهش چشمگیر پیدا کرده است. این روش در هائیتی، رواندا و زئیر و بعضی از کشورهای آفریقایی دیگر و همچنین در مناطق بندری اسپانیا مورد آزمایش قرار گرفته و با موفقیت همراه بوده است. البته در بعضی مناطق زئیر و گامبیا هم دستاورد چندانی نداشته که تصور می‌رود روش‌های آموزش مناسب نبوده است.

ب) راه‌های دیگر پیشگیری از عفونت HIV و AIDS

آنچه مسلم است اینکه پیشگیری رفتاری تنها راه مقابله با عفونت HIV و AIDS نیست. در کنار پیشگیری رفتاری کارهای دیگری نیز می‌توان و باید انجام داد که به شرح مختصر آن‌ها خواهیم پرداخت:

درمان عفونت‌های آمیزشی

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه تاکنون به مسئله درمان عفونت‌های آمیزشی با دیدگاه مقابله با AIDS/HIV آن طور که باید و شاید توجه نشده است. در بعضی از کشورها درمان عفونت‌های STI به صورت برخورد سندرمیک (درمان بیماران تنها براساس علائم کلینیکی) باعث شده میزان عفونت HIV کاهش یابد. این

روش در تانزانیا با موفقیت همراه بوده و در بعضی مناطق روستایی این کشور میزان عفونت HIV در عرض دو سال تا ۴۲٪ کاهش یافته است. از سوی دیگر طول مدت ابتلای به عفونت‌های مقاربتی و میزان بروز مقاومت دارویی نیز کمتر شده و بدین ترتیب میزان آلودگی به STI نیز بطور قابل توجهی کمتر شده است. در اوگاندا نیز این روش بسیار موثر بوده و بخصوص میزان سیفیلیس و تریکومونیاژیس کاهش چشمگیری داشته است. هر چند درمان این عفونت‌ها بدون مشاوره و ارتقای استفاده از کاندوم جای سؤال دارد و مطالعات انجام شده در رابطه با درمان STI به تنهایی موفقیت چندانی را نشان نداده است.

اما چهار مطالعه آینده نگر در رابطه با درمان عفونت‌های STI و ارتقای استفاده از کاندوم به صورت همزمان انجام گرفته که در هر چهار مطالعه دیده شده میزان عفونت HIV و همچنین انواع عفونت‌های منتقله از طریق تماس جنسی کاهش پیدا کرده است. این مطالعات در کینشازا در جمهوری دموکراتیک کنگو، در لاپاز در کشور بولیوی، در آفریقای جنوبی و در مومباسا صورت گرفته است.

مداخلات ساختاری و محیطی

تنها مداخله ساختاری انجام شده‌ای در کشورهای در حال توسعه انجام و منتشر شده در کشور تایلند بوده است. هدف این برنامه مداخله‌ای استفاده از کاندوم توسط ۱۰۰٪ فواحش در فاحشه خانه‌های آن کشور بوده است. گزارش‌های اولیه نشان می‌دهد ظرف ۲ سال (۱۹۸۹ تا ۱۹۹۱) میزان استفاده از کاندوم از ۱۴٪ به ۸۵٪ افزایش پیدا کرد و در دو سال بعدی (تا سال ۱۹۹۳) این میزان به ۹۱٪ رسید و میزان عفونت‌های منتقله از طریق تماس جنسی در مردان نیز ۷۹٪ کاهش پیدا کرد (گزارش مربوط به کلینیک‌های دولتی است). در مورد مداخله محیطی نیز تنها یک مطالعه در کشورهای در حال توسعه منتشر شده است که آنهم ارتقای استفاده از کاندوم به روش بازاریابی اجتماعی (Social Marketing) تبلیغ برای کاندوم بطور وسیع بوده است که نشان از موفقیت چنین برنامه‌هایی داشته است.

بحث و نتیجه گیری

هر چند تمامی این مطالعات و مداخلات با محدودیت‌هایی روبرو بوده اما دستاوردهای آن می‌تواند راهگشای مسئولین و سیاست‌گذاران برنامه‌های بهداشتی در کشور باشد. با این حال به شرح بعضی از نقاط قوت و ضعف آن‌ها خواهیم پرداخت:

۱) کسانی که در برنامه پیشگیری از یک بیماری مشارکت می‌کنند بیشتر از دیگران به تغییر رفتارهای خود اهمیت می‌دهند بنابراین نمی‌توان مجموعه آن‌ها را به عنوان نمادی از کل جامعه در نظر گرفت.

۲) در هر کدام از این مطالعات تورش‌هایی وجود دارد که ممکن است صاحب‌نظران امر را قانع نسازد اما آنچه مسلم است آنقدر جزئی است که در نتیجه مطالعات تاثیر گذار نخواهد بود.

۳) پی آمد اقدامات انجام شده عمدتاً با گزارش‌هایی که خود افراد درگیر داده‌اند اندازه‌گیری شده است و این خود دو نگرانی عمده به همراه دارد یکی اینکه ممکن است واقعا تغییر رفتاری صورت نگرفته و تنها گزارش تغییر رفتار باشد و دوم آنکه گزارش تغییر رفتار با گزارش کاهش موارد HIV همخوانی نداشته باشد که از این دومی اهمیت بیشتری دارد.

۴) بعضی این مطالعات بدرستی انجام شده‌اند اما نقایصی در تعیین گروه شاهد داشته‌اند که در مطالعات رفتاری معمولاً چنین تورش‌ی قابل انتظار است.

۵) هیچکدام از این مطالعات بیش از ۴ سال طول نکشیده‌اند و در مطالعات و مداخلات رفتاری این مدت زمان کم است و اثر بخشی چنین برنامه‌هایی در دراز مدت مشخص نیست.

۶) نهایت اینکه در همه این مطالعات علیرغم تمهیداتی که بکار برده می‌شود پاسخ‌ها به میزان زیادی ممکن است بدلیل ترس از مجازات، واقعی نباشند و این خود باعث تورش در نتایج می‌شود.

علیرغم همه محدودیت‌هایی که در بالا ذکر شد ما اعتقاد داریم این اولین بررسی جامع در مورد اقدامات مداخله‌ای پیشگیری از عفونت HIV در کشورهای در حال توسعه بوده و شواهد قانع‌کننده‌ای دال بر اثر بخشی اینگونه اقدامات در کاهش رفتارهای پرخطر بدست داده است.

این مطالعات نشان دادند که تشویق گروه‌های پرخطر در رابطه با استفاده از کاندوم نتیجه بخش بوده و علاوه بر کاهش عفونت HIV میزان عفونت‌های منتقله از طریق تماس جنسی را نیز کاهش داده است (مطالعه در زنان خود فروش، بانکوک و نایرونی و آبیجان). مطالعه ما نشان داد که برنامه مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT) اگر به درستی هدایت شود می‌تواند اثرات مثبتی در کاهش رفتارهای جنسی پرخطر و همچنین روی آوردن به روش‌های کم‌خطر تر مصرف مواد مخدر داشته باشد. این امر بخصوص (VCT) در زوج‌هایی که با هم مراجعه کرده بودند اثراتی به مراتب افزونتر داشت.

در مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه مردانی که بامردان دیگر تماس جنسی داشتند مورد مطالعه قرار نگرفته بودند. دلیل آن این است که در این کشورها دسترسی به چنین افرادی بسیار دشوار است و ننگ بودن این امر به مراتب بارزتر از کشورهای صنعتی پیشرفته می‌باشد. اما بهر حال بایستی این واقعیت را پذیرفت و راهی برای دستیابی و کمک به آن‌ها پیدا کرد. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه سن ابتلاء پائین و اکثر موارد عفونت در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال یافت می‌شود و زنان این کشورها بسیار آسیب پذیرتر از زنان کشورهای صنعتی پیشرفته هستند.

ما معتقدیم هر کشوری باید آسیب پذیرترین اقشار جامعه خود را در برابر عفونت HIV شناسائی کند و

برای آنها برنامه ریزی نماید. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه معتادان تزریقی مقام اول را در ابتلای به عفونت HIV کسب کرده‌اند. این امر بخصوص از قاره آسیا، کشورهای اروپای شرقی و آمریکای جنوبی بارزتر می‌باشد.

اعتیاد در اکثر کشورهای در حال توسعه غیر قانونی است و با آن برخورد قضایی می‌شود و این باعث شده تا برنامه‌های Harm Reduction در سطح بسیار محدودی به اجرا در آید. بهر حال در این کشورها مطالعه در مورد معتادان تزریقی و همچنین فواحش اهمیت فوق‌العاده زیادی دارد.

اکنون شواهد علمی قانع‌کننده‌ای وجود دارد که ابتلای به یک بیماری مقاربتی چه از نوع Ulcerative مثل هرپس ژنیتال یا سیفیلیس چه از نوع non Ulcerative و ترشحاتی مثل سوزاک، باعث ایجاد اختلال در فلور نرمال واژن شده و زمینه را برای ابتلای به عفونت HIV مستعد تر می‌سازد. بنابراین درمان صحیح و برنامه ریزی شده بیماری‌های منتقله از طریق تماس جنسی در کاهش انتقال عفونت HIV فوق‌العاده موثر است.

در مورد مداخلات ساختاری (Structural interventions) در کشورهای در حال توسعه ارزشیابی محدودی در رابطه با مشکلات مختلف بهداشتی انجام شده است. موفق‌ترین آنها سیاست استفاده ۱۰۰٪ فواحش از کاندوم در تایلند بوده است. البته این سیاست با مداخلات دیگری توأم بوده که مجموعه آنها باعث کاهش میزان شیوع عفونت HIV گردیده است و تفکیک آنها از یکدیگر کار دشواری است. اما میزان بیماری‌های آمیزشی نیز با اتخاذ این سیاست بطور چشمگیری کاهش یافته و این خود به نفع صحت اتخاذ چنین سیاستی می‌باشد. مداخلات محیطی (Environmental Interventions) نیز در پیشگیری از عفونت HIV بسیار مهم بوده است.

ایجاد اشتغال برای نیروی کار مهاجر و خانواده‌های آنها باعث توانمندسازی آنان بخصوص زنان شده و از شدت گسترش فحشا و روی آوردن به اعمال غیر قانونی و جنایتکارانه و اعتیاد جلوگیری می‌نماید. بخصوص اگر این گونه اقدامات با آموزش توأم بوده و درمان STI استفاده از کاندوم هم به آن اضافه شود، دستاوردهای بهتری خواهد داشت. برنامه‌های بازاریابی اجتماعی (Social Marketing) که در بیش از ۴۰ کشور در حال توسعه به اجرا در می‌آید و از سال ۱۹۸۴ شروع شده (با موفقیت نسبی توأم بوده است) تبلیغ در جهت استفاده از کاندوم، جزئی از این برنامه است. برنامه‌های بازاریابی اجتماعی در کاهش بعضی از رفتارهای پرخطر نتایج خوبی داشته ولی در بعضی دیگر اثرات منفی داشته است. بنابراین نمی‌توان تنها اثرات مثبت آن را در نظر گرفت و لازم است با عمق بیشتری نسبت به آن نگرینده شود.

بررسی اقدامات پیشگیری از عفونت HIV در سطح ملی، نشان می‌دهد که بعضی کشورها مثل تایلند اقدامات شایسته‌ای انجام داده و به موفقیت‌هایی نیز دست یافته‌اند. در تایلند هر چند پاسخ دولت به عفونت HIV دیر شروع شده ولی بسیار گسترده بوده است. سازمان‌های مختلف با رهبری نخست وزیر آن کشور درگیر شدند و

دولت از برنامه استفاده ۱۰۰٪ از کاندوم و همچنین گسترش سرویس های خدمات سرپایی برای بیماری های آمیزشی، حمایت کامل نموده و آنتی بیوتیک های مورد نیاز این مراکز را در اختیار آن ها قرار داد. از سوی دیگر سازمان های غیر دولتی و بخش خصوصی نیز ائتلاف خوبی با دولت بوجود آوردند و بدینوسیله طیف وسیعی از فعالیت های پیشگیری به اجرا درآمد.

میزان بروز عفونت HIV در اوگاندا نیز بخصوص در گروه سنی جوانانی که در مناطق شهری و روستائی زندگی می کنند کاهش پیدا کرده است. مشکل می توان اظهار نمود که این کاهش بدلیل انواع مختلف مداخلات رفتاری بوده که ظرف ۱۰ سال گذشته به اجرا در آمده یا اقدامات Social Marketing برای کاندوم و یا درمان بیماری های مقاربتی در آن تاثیرگذار بوده و یا اینکه مشاوره و آزمایش های داوطلبانه توانسته باعث چنین کاهش شود. بهر حال اکثر این اقدامات با پشتیبانی دولت آن کشور و شخص نخست وزیر انجام پذیرفته است. کاهش میزان عفونت HIV در تانزانیا و زامبیا نیز موید آن است که این کشورها نیز اقدامات شایسته ای در این رابطه انجام داده اند.

در سنگال شیوع عفونت HIV کماکان پائین مانده است. تحقیقات رفتاری نشان میدهد میزان استفاده از کاندوم در این کشور نسبتا بالاست و از طرف دیگر جامعه سنگال بسیاری از مسائل اخلاقی را بیشتر از سایر کشورهای زیر صحرا رعایت می کند. مصرف الکل در این کشور مذموم است، مردان سنگالی ختنه می شوند، فواحش تحت مراقبت قرار دارند و دولت این کشور خیلی زود اقدامات پیشگیری را شروع کرده است. امکانات درمان بیماری های آمیزشی به صورت گسترده در اختیار مردم قرار دارد. مسائل جنسی در مدارس بنحو صحیحی به دانش آموزان، آموزش داده می شود. تحقیقات انجام شده در رابطه با اقدامات تغییر رفتار در جهت کاهش عفونت HIV در کشورهای در حال توسعه نشان می دهد. اولاً همان تعداد محدودی از این مداخلات که صورت گرفته دستاوردهای خوبی به همراه داشته است. (البته اکثر این مطالعات تنها براساس گزارش های خود این کشورها بوده و باید ارزیابی از طرف مجامع دیگر نیز صورت گیرد)، ثانياً لازم است مطالعه و علم پیشگیری رفتاری در این کشورها گسترش یابد و تحقیقات نیز در این رابطه امری حیاتی بوده و نقش رسانه های گروهی در این رابطه فوق العاده زیاد است و از سوی دیگر می تواند دوگانه باشد. (تاثیرات سوء نیز داشته باشد) و سوم آنکه لازم است برنامه های مداخله ای در افراد HIV مثبت تنظیم و مورد ارزشیابی قرار گیرد و این کاری است که در کشورهای پیشرفته اخیرا مورد توجه واقع شده است. زیرا پیدایش داروهای جدید و نوید واکسن موثر برای HIV و AIDS باعث شده که رفتارهای پرخطر بخصوص در مردان همجنس باز تشدید یابد و این جای نگرانی دارد و آخر آنکه علت محدود بودن ارزشیابی های علمی در مورد مداخلات پیشگیری از عفونت HIV در کشورهای در حال توسعه کم بودن تعداد محققین و آموزش ناکافی آنها در این رابطه است. مثلاً طی بررسی های به عمل آمده که هیچگونه ارزشیابی منتشر شده ای در رابطه با عفونت HIV و AIDS در کشورهای اروپای شرقی و آسیای میانه وجود ندارد، در حالی که اپیدمی در این کشورها به سرعت در حال گسترش است. گام اساسی در این رابطه تربیت محققین در کشورهای با درآمد متوسط و پائین است و لازم است توجه جامعه شناسان و اپیدمیوژیست های این

کشورها به این مسئله بسیار مهم جلب شود تا بتوانند چنین تحقیقاتی را سامان دهند.

علیرغم همه محدودیت‌ها ما نیاز به تحقیقات بیشتر داریم و معتقدیم همانطور که این مطالعه نشان می‌دهد پیشگیری از گسترش عفونت HIV در کشورهای در حال توسعه امری قابل دستیابی است. در همه این کشورها براساس اطلاعاتی که در مورد شیوع و بروز عفونت HIV در جمعیت‌های مختلف دارای رفتارهای پرخطر صورت می‌گیرد. می‌توان مداخلات موثری را انجام داد. کاهشی که اخیراً در میزان شیوع عفونت HIV در تایلند، اوگاندا و سنگال رخ داده این را تأیید می‌کند و بدیهی است کشورهای دیگر به راحتی می‌توانند دست به چنین مداخلاتی بزنند.

فرازهایی از متن ضمیمه ۱

اکثریت معتادان مراجعه کننده به مرکز مشاوره کرمانشاه، سوادی در حد راهنمایی و پائین تر داشته‌اند و بالاترین درصد مثبت شدن تست HIV در افراد بیسواد بوده و با بیشتر شدن میزان سواد، از درصد مثبت شدن تست کاسته شده است

تزریق، روش غالب در مصرف مواد مخدر در بین مراجعه کنندگان به مرکز بوده است، و عده‌ای از افراد نیز که در حال حاضر از روش‌های دیگر استفاده می‌کنند سابقه تزریق در گذشته را ذکر می‌کردند. که در این گروه ۳۱٪ سوارد، تست مثبت داشته‌اند و این در حالی است که در افرادی که سابقه تزریق نداشته‌اند (رفتارهای پرخطر دیگر مانند تماس جنسی، خالکوبی، زندان و...) این رقم معادل ۹٪ بوده است

بیشترین گروه سنی را افراد ۲۹-۲۰ ساله تشکیل می‌دهند، افرادی که در سنین کمتر از ۲۰ سالگی، معتاد شده‌اند و این در حالیست که هرچه سن شروع اعتیاد پائین تر بوده درصد آلودگی نیز در حد بالاتری قرار داشته است

فرازهایی از متن گفتار هفدهم

در پایان شهریور ۱۳۸۰ در واحد HIV/AIDS کرمانشاه جهت ۱۲۰۱ مورد شناخته شده پرونده اولیه تشکیل شده است که از این تعداد ۵۱۵ نفر بعلت نا مشخص بودن آدرس جهت پیگیری، زندان، سکونت در سایر شهرستانهای استان و... به این مرکز مراجعه نکرده اند. تعداد ۲۰۵ نفر آنان فوت کرده (۱۰۸ نفر آنان قبل از تاسیس و مراجعه به مرکز فوت کرده اند) و ۴۸۱ نفر بصورت فعال به مرکز مراجعه می کنند.

از ۱۰۴ نفر که CD۴ کمتر از ۲۰۰ دارند؛
۱۳ نفر تحت درمان ضد ویروسی قرار گرفته اند.
۱۶ نفر فوت کرده اند.
۷۵ نفر تحت درمان پروفیلاکسی (پیشگیری) قرار دارند

در ۲۵۶ خانواده حداقل یکی از والدین آلوده هستند
۴۲۰ کودک در خانواده ای زندگی میکنند که حداقل یکی از والدین آلوده هستند
۲۰۲ کودک بی سرپرست هستند
(۷۱ نفر یتیم و ۱۳۱ نفر جدایی والدین)