

## سیاست های مبارزه با ایدز در ایران از دیدگاه سیاست گذاران و افراد کلیدی: یک مطالعه کیفی

**قباد مرادی:** استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

**مینو محرز:** استاد، مرکز تحقیقات ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**محمد مهدی گویا:** استادیار، مرکز مدیریت بیماری های واگیر، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

**معصومه دژمان:** استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

**سید احمد سیدعلی نقی:** دانشجوی دوره دکتری، مرکز تحقیقات ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**سحر خوش روش:** دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی

کردستان، سنندج، ایران

**حسین ملک افضلی اردکانی:** استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط:

malek179@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۱۰

### چکیده

زمینه و هدف: هدف مطالعه ی حاضر، بررسی دیدگاه سیاست گذاران و افراد کلیدی در خصوص سیاست های مبارزه با ایدز در کشور بود.

روش کار: در این مطالعه ی کیفی از روش نمونه گیری هدفمند استفاده گردید. جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه فردی و اخذ دیدگاه

سیاست گذاران و افراد کلیدی در زمینه ی ایدز صورت گرفت. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده شد.

نتایج: نتایج این مطالعه در سه دسته کلی شامل نقاط قوت و ضعف در سیاست گذاری و سیاست های موجود در ایران، نقاط قوت و ضعف

اجرای سیاست ها و عملکرد سازمان ها، و پیشنهادات در خصوص بهبود طراحی و اجرا و اعمال سیاست های جدید مبارزه با ایدز جمع

بندی و ارائه شد. این مطالعه نشان داد در سیاست گذاری ها، اجرای سیاست های موجود، عملکرد سازمان ها و طراحی سیاست های جدید

در زمینه ی مبارزه با بیماری ایدز، علاوه بر نقاط قوت، نقاط ضعف چشمگیری نیز وجود دارد.

نتیجه گیری: جهت دستیابی به اهداف توسعه ی هزاره (MDGs) در زمینه ی مبارزه با ایدز در کشور ایران لازم است سیاست ها و اقدامات

مطلوب تری در دستور کار دولت و سیاست گذاران حوزه ی سلامت کشور و دست اندرکاران مبارزه با ایدز قرار گیرد.

واژگان کلیدی: ایدز، سیاست، سیاستگذاری، مطالعه کیفی، ایران

### مقدمه

در اوایل دهه ابتدایی سال ۲۰۰۰ میلادی، ایدز به

عنوان علت اصلی مرگ ناشی از بیماری های عفونی و

همچنین چهارمین علت مرگ و میر در سراسر جهان معرفی

شد (Singler and Farmer, 2002). اهداف توسعه ی

هزاره (MDGs) به عنوان ابزارهای راهبردی کلیدی در

افزایش آگاهی، حمایت و تجدید تعهدات سیاسی جهت ارتقا

توسعه پایدار انسانی بر اساس یک توافق جهانی در دو دهه

پیش ایجاد شده است (Moradi, et al., 2011). یکی از

اهداف توسعه ی هزاره (MDGs) مبارزه با بیماری ها از جمله

ایدز می باشد که به صورت مستقیم و غیر مستقیم بر سایر

اهداف آن تأثیر به سزایی دارد. با وجودی که در بسیاری از

ایران طراحی و اجرا شد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین ترتیب که با توجه به سوابق و توسط تیم تحقیق شش نفر از سیاستگذاران و افراد کلیدی و صاحب نظر و مسلط به برنامه ایدز در سطح ملی انتخاب شدند.

داده‌های این مطالعه از طریق مصاحبه‌های عمیق جمع-آوری شد. در هر کدام از این جلسات در صورت موافقت شرکت کنندگان مصاحبه‌ها توسط دستگاه‌های رکورد الکترونیکی ثبت و ضبط می‌شد. همه بحث‌های ثبت و ضبط شده بعد از هر مصاحبه پیاده و تایپ می‌شد. شرکت کنندگان در مطالعه برای تصمیم‌گیری در مطالعه کاملاً مختار بودند و می‌توانستند هر زمان که تمایل به ترک مطالعه داشتند، مطالعه را ترک نمایند. برای رعایت نکات ایمنی و اخلاقی در تایپ و آنالیز مطالب به هر فرد یک کد داده می‌شد و از نوشتن اسامی افراد خودداری می‌شد.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده شد. این روش دارای ۵ مرحله به شرح ذیل می‌باشد: آشنایی با متن مصاحبه‌ها؛ شناسایی یک چارچوب موضوعی؛ نمایه کردن؛ ترسیم جداول؛ کشیدن نقشه و تفسیر. این شیوه به صورت اختصاصی برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعات حوزه سیاستگذاری طراحی گردیده است. پژوهشگران بعد از آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوعهای کلیدی را شناسایی نمودند و بر اساس آن یک چارچوب موضوعی تنظیم نمودند. در مرحله آشنایی یک خلاصه ارتباطی، محتوایی برای هر یک از مصاحبه‌ها طراحی شد. چارچوب موضوعی اولیه بر اساس ادبیات پژوهش، سوالات راهنمای مصاحبه‌ها و راهنمای موضوعی طراحی گردید. سپس تمام نوشته‌های مربوط به مصاحبه‌های فردی را بر اساس چارچوب موضوعی حاصل مورد بازبینی قرار دادند و بر اساس منبع موضوعی مناسب چیدمان محتوای مصاحبه‌ها انجام گرفت. در این مرحله بخش‌های مختلف داده‌های مربوط به مصاحبه‌ها بر اساس ارتباط موضوعی از طریق یک و یا چند کد نمایه

کشورها پیشرفت‌های قابل توجهی در زمینه‌ی مبارزه با ایدز حاصل شده است، اما هنوز مشکلات پیچیده‌ای برای کنترل و مقابله با ایدز وجود دارد (Waage, et al., 2010).

اعمال سیاست‌های مناسب برای مبارزه با ایدز می‌تواند در کنترل و مقابله با آن موفقیت‌آمیز باشد. بعضی از کشورها سیاست‌های مؤثری را برای مبارزه با ایدز اجرا نموده که شامل دسترسی رایگان بیماران به داروها، سنجش میزان موفقیت در برنامه‌ها به کمک چارچوب اولویت بندی شده‌ی ملی و بانک جهانی، درمان پیشگیرانه، پایش گسترده-ی وضعیت ایدز، ایجاد همکاری بین بخشی با هدف مبارزه با اپیدمی ایدز، هپاتیت B و C و همچنین ایجاد برنامه‌های خاص جهت رفع تبعیض و انگ اجتماعی مرتبط با ایدز می‌باشد، انجام موفقیت‌آمیز این سیاست‌ها منجر به کاهش چشمگیر موارد جدید و تقلیل پیامدهای منفی اقتصادی-اجتماعی در این کشورها شده است (Audet, et al., 2012)

اگرچه در ایران برنامه‌های راهبردی ۵ ساله‌ای انجام می‌شود و فعالیت‌های زیادی در زمینه مقابله با ایدز صورت گرفته، اما بر اساس آخرین بررسی‌های متون تاکنون مطالعه-ای در زمینه‌ی ارزیابی و ارزشیابی سیاست‌های مقابله با ایدز در ایران صورت نگرفته است. هدف این مطالعه بررسی سیاست‌های مبارزه با ایدز در ایران از دیدگاه سیاست‌گذاران است تا بدین وسیله با شناسایی نقاط قوت و ضعف سیاست‌گذاری‌ها، اجرای سیاست‌های موجود و عملکرد سازمان‌ها گامی مؤثر در جهت پیشبرد برنامه‌های MDGs به خصوص در مورد کنترل ایدز برداشته شود.

## روش کار

این مطالعه از نوع کیفی و بخشی از یک پروژه بزرگ در زمینه ادغام برنامه ایدز در نظام سلامت کشور است که با هدف شناسایی دیدگاه‌های مسئولین و افراد کلیدی در خصوص سیاست‌های مبارزه با ایدز در سال ۱۳۹۰ در

بخش اول: وضعیت کنونی سیاست گذاری و تصمیم گیری در خصوص مبارزه با ایدز در کشور: الف) نقاط قوت در سیاست گذاری و سیاست های موجود: این طبقه شامل زیر طبقه هایی بود که در جدول ۱ آمده است. از دیدگاه مصاحبه شوندهگان سیاست گذاری های کنونی در بعضی از زمینه ها موثر بوده است. یکی از مصاحبه شوندهگان معتقد بود "الان سیاست های خوبی داریم. در برنامه راهبردی سیاست هایی که برای کنترل ایدز هست اگر بهش عمل بشه و در همان راستا جلو بریم می تونه کامل و خوب باشه و نیازهای ما را جواب بده".

به نظر یکی از شرکت کنندگان سیاست های موجود باعث جلب رضایت **People Living With HIV/AIDS** (PLWHA) در زمینه دریافت خدمات درمانی شده است: "در مورد ارائه خدمات پزشکی یعنی درمانی واقعا خیلی خوب کار کردیم و داروها را به طور مجانی در اختیار گذاشتیم و در تمام ایران بالای ۱۸۰ تا مرکز بیماری رفتاری درست کردند که اینها همه واقعا خیلی خوب به مریض ها می رسند از نظر پزشکی". تعدادی از شرکت کنندگان به موارد مثبت رفع تبعیض این بیماران اشاره کرده اند که شامل بخشنامه قوه قضائیه در زمینه جرم زدائی از اعتیاد، وزارت کار در غیر قانونی بودن اخراج کارگران HIV مثبت، و بخشنامه سازمان بهزیستی در غیر قانونی بودن عدم پذیرش PLWHA می شد.

ب) نقاط ضعف در سیاست گذاری و سیاست های موجود: این طبقه شامل زیر طبقه هایی بود که در جدول ۱ آمده است. به عقیده بعضی از شرکت کنندگان بعد از بیست سال فعالیت کشور در زمینه ایدز، تغییر در سیاست ها و وضع سیاست های جدید مورد نیاز، به کندی صورت می گیرد که شاید یکی از دلایل آن مثبت نبودن نگرش دولت به برنامه ایدز باشد: "نظام سلامت یک کشور مسئول سلامت همه آدم های جامعه است بدون اینکه در موردشون بخواد پیش قضاوت بکنه، بگه این معتاده این الکیه این قتل کرده. همه اینها سلامت شون بایستی

شد. مفاهیم، تضادها، نظریه ها، تجربه ها و تحقیق های انجام شده با هم مقایسه گردید و الگوها و روابط مورد نظر از یافته ها استخراج گردید.

برای کسب اطمینان از موثق بودن (Trustworthiness) چهار راهبرد اعتبار (Credibility)، قابلیت ثبات و اعتماد (Dependency)، قابلیت تأیید پذیری (Conformability)، و قابلیت انتقال (Transferability) به کار گرفته شد. برای افزایش اعتبار این مطالعه، شرکت کنندگانی وارد مطالعه می شوند که تجربه ای از موضوع مورد بحث یعنی HIV را داشته باشند. قابلیت ثبات و اعتماد با استفاده از نظرات همزمان دو محقق در کد گذاری و تحلیل متنهای مصاحبه محرز شد. بازنگری های انجام شده توسط محققین و تیم تحقیق باعث می شود که نتایج به ثبات برسد. برای افزایش قابلیت تأییدپذیری در جریان انجام تحقیق، **Thick description** انجام می شد. برای افزایش **Dependability** گزارش ها و دست نوشته های تحقیق به چند نفر محقق و کارشناس داده می شد تا نظرات آنها در زمینه تحقیق اخذ گردد. علاوه بر این سعی شد که قابلیت انتقال با فراهم کردن توصیف غنی از داده ها در این مطالعه تامین شود.

## نتایج

نتایج مطالعه در سه دسته کلی شامل نقاط قوت و ضعف در سیاست گذاری و سیاست های موجود در ایران در جدول ۱، نقاط قوت و ضعف اجرای سیاست ها و عملکرد سازمان هادر جدول ۲، و پیشنهادات در خصوص بهبود طراحی و اجرا و اعمال سیاست های جدید مبارزه با ایدز در جدول ۳ آمده است.

بسیاری از سازمان‌ها برنامه مدون و مستمری در رابطه با همکاری بین بخشی ندارند: "مشکل بزرگ ما اینه که وزارت بهداشت سیاست گذاری میکنه طبق آخرین متدهایی که توی تمام دنیا مورد تایید WHO هست و لازم برای کشورمون هست ولی متاسفانه بقیه اصلا همکاری نمی کنند." این مسئله باعث ایجاد ناهماهنگی‌های عمیق بین سازمان‌های درگیر می شود.

بخش سوم- پیشنهادات در خصوص بهبود طراحی و اجرا و اعمال سیاست های جدید مبارزه با ایدز در کشور: افراد صاحب نظر و مدیران کشوری که مورد مصاحبه قرار گرفتند پیشنهاداتی برای اعمال سیاست‌های جدید ارائه دادند. این طبقه شامل زیر طبقه هایی بود که در جدول ۳ آمده است. دسته‌ای از پیشنهادات شرکت کنندگان در مطالعه در

خصوص تدوین و یا تغییر قوانین حمایتی بود. این افراد معتقد بودند افراد مبتلا به ایدز می بایست مورد حمایت قرار گیرند: "خب یه قانون گزار بی طرف هم باید داشته باشیم که بتونه قوانین را بر اساس حقوق کلی بیماران پایه گذاری کنه. اگر ما حقوق اجتماعی بیماران را بهشون برگردونیم اصلا نیازی نیست که ما دنبال آنها بریم آنها ماها را پیدا می کنند و ماها ازشون کمک می گیریم.

آموزش و مشاوره نیز توجه و تمرکز بیشتری را می طلبند: "من فکر میکنم این مشاوره را باید فراتر از مراکز درمانی، به منزل بیمار، به محیط کار و خارج از آنها یعنی بیشتر اینها مورد مشاوره قرار بگیرند." مراکز خدمات همسان مانند باشگاه یاران مثبت باید تقویت شوند تا به توانمند سازی بیماران پردازند: "با این کارگاه‌ها و ایجاد جاهایی مثل Positive club میشه به اینها کمک کرد که ما داریم از اون راه این خدمات را میدیم. این در حقیقت این NGO یا Positive club ها خود بیماران ازشون استفاده کنیم می-تونند خیلی خوب این خدمات را ارائه بدنند". ادغام برنامه ایدز در سطح مراکز بهداشتی نیز می تواند در جهت گسترش خدمات موثر باشد: "ادغام در شبکه های بهداشتی درمانی به

توسط نظام سلامت تضمین شده باشه. در حال حاضر یه چنین چیزی نیست."

بنا به گفته شرکت کنندگان استیگمای شدیدی در جامعه در زمینه HIV/AIDS وجود دارد: "انگ و تبعیض الان اصلا مشکل اصلی همه بیماران است خیلی کار زیادی در این مورد نکردیم." سیاست های موجود نیز در برطرف نمودن استیگما در جامعه موفق نبوده است چرا که برنامه ها برای رفع استیگما در کشور برنامه ریزی شده و منظم نیست: "بحث بیماری HIV هم که مطرح میشه یه سری انگ و تبعیض مضاعفی را اینها از بیرون دریافت می کنند یعنی از اعضای خانواده، محل تحصیل، محل کار و یا محل دریافت خدمات. این انگ و تبعیض هم کاملا مبتنی است بر نگرش و آگاهی مردم."

بخش دوم- وضعیت کنونی اجرای سیاست‌ها و عملکرد سازمان‌ها در خصوص مبارزه با ایدز در کشور: الف) نقاط قوت اجرای سیاست ها و عملکرد سازمان ها: این طبقه شامل زیر طبقه هایی بود که در جدول شماره ۲ آمده است.

یکی از نقاط مثبت در زمینه اجرای سیاست های کنونی، سهم شدن ایران در همکاری های بین المللی و منطقه ای در زمینه HIV/AIDS و همکاری با UNAIDS و Global found است: "خوشبختانه ما پیروی می کنیم از سیاست های سازمان ملل و دفتر برنامه مشترک HIV و همگام با آنها پیش می رویم".

همکاری با سازمان های بین المللی باعث تقویت استانداردها شده است: "می تونیم به جرات بگیم برنامه هایی که داشتیم به عنوان پیشرو و پیشگام است در بحث HIV. الان ما در کشورمون ۳ تا مرکز داریم که این ۳ تا مرکز از طرف سازمان جهانی بهداشت به عنوان مرکز منطقه ای معرفی شدند و تاییدیه گرفتند."

ب) نقاط ضعف اجرای سیاست‌ها و عملکرد سازمان‌ها: این طبقه شامل زیر طبقه‌هایی بود که در جدول ۲ آمده است.

جنبه های پیشگیری و آموزش نا کافی به چشم می خورد. یکی از مشکلات شناسایی شده در برنامه ایدز کشور ما عدم دسترسی گروه های واجد شرایط به خدمات مورد نیاز در زمان و مکان مناسب بود. این یافته ما با مطالعات دیگری همخوانی داشت. مثلاً مطالعه ای در ملایر نشان داده شد، مشاوره و تست داوطلبانه ی HIV و راه های پیشگیری از ایدز در مکان ها و جاهای مناسب به عنوان یک جز اساسی برنامه ی مبارزه با ایدز می تواند مهم باشد (Soko, et al., 2012).

یکی دیگر از مشکلات سیاست های مبارزه با ایدز در ایران، وجود استیگما و نگاه تبعیض آمیز به این افراد است. این یافته مطالعه ما با مطالعات دیگری همخوانی دارد. ۸۹/۱٪ کارکنان مراکز بهداشتی در رواندا، وجود تبعیض بین بیماران مبتلا به ایدز با سایر افراد جامعه را تأیید می کنند (Jean Baptis, 2008). از آنجا که چنین تبعیض هایی کاملاً مبتنی بر نگرش و آگاهی است باید سرمایه گذاری ها به نحوی مورد استفاده قرار گیرد که سبب تغییر نگرش ها و باورهای غلط در مردم شود، این موضوع در مطالعه ای دیگر مورد تأیید قرار گرفته است (Mozafarzade and Vahdaninia, 2008). پژوهشی در این زمینه نشان داد که ارتباط معنی داری بین شغل، آگاهی، نگرش و عملکرد افراد مورد مطالعه در مورد بیماری ایدز وجود نداشت (Audet, et al., 2012). البته همه مطالعات در این زمینه یافته های مشابه مطالعه ما را نشان نمی دهند مثلاً در مطالعه ای در آفریقای جنوبی نشان داده شد که بین سطح آگاهی بیشتر و نگرش مطلوب تر معلمان در مورد ایدز، ارتباط معنی داری وجود دارد (Paite, 2000).

بر اساس یافته های مطالعه ما در کشور ما نقش سازمان های غیر دولتی در اجرای سیاست های کنترل ایدز و حمایت از افراد مبتلا به ایدز بسیار کم رنگ است، در حالی که در آفریقای جنوبی فعالیت گسترده ی گروه های حمایتی به وفور

نظر نماید که مثلاً در خانه های بهداشت موثر باشد اما ادغامش در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی می تونه خوب باشه."

از دیگر پیشنهادات شرکت کنندگان در مطالعه استفاده از نیروهای داوطلب و استفاده از NGO ها برای ارائه خدمات بود: "اگر شما فراخوان کنید خیلی از افراد جامعه راضی هستند بیایند مجانی بدون هیچ هزینه ای از شون استفاده کنند آموزش های دوره ای ببینند و اینها بروند آموزش بدهند تو جامعه."

به منظور اجرای هرچه بهتر سیاست های مبارزه با ایدز باید افراد مبتلا و خانواده های آنان را در فعالیت ها سهیم ساخت "یکی از چیزهایی که دنبال می کنیم بحث پیشگیری مثبت همین هست که خود افراد HIV مثبت بهترین کمک را برای هم کاهش انگ و تبعیض در جامعه و خانواده و محله شون داشته باشند و هم اینکه کمک بکنند به کنترل گسترش ویروس HIV."

## بحث

هدف مطالعه ی حاضر، بررسی دیدگاه سیاست گذاران و افراد کلیدی در خصوص سیاست های مبارزه با ایدز بود. این مطالعه نشان داد در سیاست گذاری ها، اجرای سیاست های موجود، عملکرد سازمان ها و همچنین طراحی و بهبود سیاست های جدید در کشور علاوه بر نقاط قوت، نقاط ضعف چشمگیری نیز وجود دارد که برای پیشبرد اهداف اساسی برنامه ی مبارزه با ایدز در ابتدا باید این مشکلات شناسایی شده و سپس راهکارهای مناسبی برای حل آنها ارائه شود.

اگر چه در خصوص سیاست گذاری های ایدز در کشور تاکنون اقدامات مؤثری صورت گرفته است ولی هنوز مشکلات عدیده ای در زمینه ی کارایی اندک سیاست های مبارزه با ایدز، نگرش منفی نسبت به بیماری ایدز، غفلت از

گزارش WHO هزینه های پیشنهاد شده جهت اجرای برنامه های مبارزه با ایدز در سال ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ بالغ بر ۱۷۵ میلیون دلار آمریکا تخمین زده شده است که با توجه به عدم افزایش بودجه در زمینه ی فعالیت های مبارزه با ایدز، برای پیشبرد اهداف جهانی باید به کاهش حجم برنامه های ایدز همراه با افزایش کارایی این برنامه ها بسنده نمود (WHO, 2012).

بر اساس یک مطالعه مشخص شد، سازمان های غیر دولتی (NGOs) با انجام فعالیت های داوطلبانه ای همچون برگزاری کارگاه های آموزشی، انتشار اطلاعات مرتبط با ایدز به افراد جامعه ارائه ی خدمات حمایتی نظیر مشاوره به افراد مبتلا به ایدز در پیشگیری و کنترل ایدز مؤثرند (Zareie, et al., 2013).

یافته های یک مطالعه در این زمینه نشان داد بیشترین منبع کسب اطلاعات در افراد مورد مطالعه نسبت به بیماری ایدز، برنامه های صدا و سیما بوده است (۵۹/۹٪). رادیو و تلویزیون جزء پرمخاطب ترین رسانه های موجود در کشور هستند، بنابراین به کمک تقویت برنامه های این دو رسانه ی تأثیر گذار، می توان با تخصیص بودجه ی کمتر، به نتایج مطلوبی تری در زمینه ی افزایش آگاهی مردم نسبت به بیماری ایدز دست یافت (Meybodi and Zarandi, 2008).

اگر چه نتایج ارائه شده در این مطالعه بخشی از نتایج یک مطالعه بزرگ تر بود از محدودیت های مطالعه این بود که تعداد افراد وارد شده به مطالعه کم بود. محققان دیگر می توانند با وارد کردن تعداد بیشتری از افراد و استفاده از روش های دیگر جهت دستیابی به یافته های مناسب، نتایج مطالعه خود را گسترده تر و مناسب تر ارائه دهند.

### نتیجه گیری

با یک جمع بندی می توان به این موضوع اشاره کرد که بیماری ایدز نه تنها یک مشکل بهداشتی است بلکه یک معضل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیز می باشد که نیازمند

مشاهده می شود و افراد مبتلا به ایدز از شبکه های حمایتی اجتماعی بهره مند می شوند (Simbayi, et al., 2007). در کشور ما یکی از گروه های پرخطر زندانیان هستند. بنابراین باید به این گروه توجه ویژه نمود. سازمان بهداشت جهانی، از آموزش بهداشت در زندان ها به عنوان یک عامل ضروری در بهداشت و سلامت زندانیان، پرسنل زندان ها و جامعه آنها نام می برد (Theodore, 1999). مطالعه ای در عربستان سعودی نشان داد، زندان ها یکی از مهم ترین مخازن شروع و گسترش عفونت HIV در جامعه هستند که این موضوع به علت شرایط نامساعد زندان ها به دلیل استفاده از سرنگ های مشترک در معتادین تزریقی، خالکوبی ها و چالش های جنسی و کمبود امکانات پزشکی در این مکان هاست (Saleh, et al., 2000). در پژوهشی که بر روی زندانیان در ایران انجام شد، مشخص شد برنامه های آموزش بهداشت در زندان ها سبب ارتقاء سطح آگاهی و عملکرد مناسب افراد در انجام رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز می شود (Karimy, et al., 2004).

در کشور، سیاست های مربوط به گسترش ارائه ی خدمات پیشگیرانه و آموزش برای مبارزه با ایدز از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است، در مطالعه ای در یونان که به منظور پیشگیری از ایدز در جوانان انجام شد ۱۵ سال پس از اجرای سیاست- های پیشگیرانه، آگاهی افراد و انجام رفتارهای نسبتاً ایمن، رضایت بخش اعلام شد (Mozafarzade and Vahdaninia, 2008).

همچنین سهم شدن ایران در همکاری بین المللی و منطقه ای در زمینه ی ایدز و همکاری با UNAIDS و Global fund در زمینه ی اجرای سیاست های کنونی ایدز قابل توجه است که این همکاری ها سبب تقویت استانداردها در کشور شده اند. کشور ایران برای رسیدن به اهداف برنامه ی مبارزه با ایدز، نیازمند افزایش بودجه و تأمین اعتبار، متناسب با حجم خدمات می باشد. طبق

توجه بیشتر مسئولین و نهادهای ذیربط است. از جمله پیشنهادات لازم در زمینه مبارزه با ایدز می توان به تقویت برنامه های آموزشی ارائه شده در سطح عمومی، افزایش بودجه متناسب با حجم خدمات، توجه بیشتر به آموزش مدارس، تشویق افراد جامعه جهت ایجاد سازمان های غیر دولتی (NGOs) و هم چنین مشارکت بین بخشی بیشتر در سازمان های مربوطه، غنی نمودن برنامه های مرتبط با موضوع ایدز در رسانه ها، گسترش مراکز مشاوره و آموزش پیشگیری از ایدز، حمایت قانونی از گروه های پرخطر، افراد مبتلا و خانواده های آنها و بویژه ادغام گام به گام این برنامه در نظام سلامت اشاره نمود.

### تشکر و قدردانی

محققین این مطالعه از همکاری مرکز مدیریت بیماری های واگیر کشور، دفتر UNAIDS کشور و آقای دکتر درودی رئیس محترم این دفتر در ایران و شرکت کنندگان در مطالعه قدردانی به عمل می آورند.

منبع مالی: این تحقیق توسط مرکز تحقیقات ایدز ایران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و با حمایت مالی دفتر UNAIDS در ایران صورت گرفت.

جدول ۱- نقاط قوت و ضعف در سیاست گذاری و سیاست های موجود در ایران در زمینه ایدز- ۱۳۹۰

زیر طبقه‌ها	طبقه
<p>تسهیل دسترسی به خدمات در شهرهای بزرگ</p> <p>ایجاد زمینه برای درمان رایگان PLHIV علیرغم گرانی داروهای درمان ضد رتروویروسی</p> <p>رفع ضعف ها و کمبود ها در سیاست‌ها و قوانین و بهبود آنها</p> <p>جلب رضایت PLHIV در زمینه دریافت خدمات درمانی</p> <p>بهبود و گسترش دسترسی به مراکز مشاوره برای PLHIV</p> <p>طراحی برنامه راهبردی برای ایدز</p> <p>کامل و جامع بودن سیاست های کشوری</p> <p>تاثیرات مثبت رفع تبعیض برای بیماران</p> <p>بهبود سیاست ارائه خدمات رفاهی مانند بیمه درمانی</p> <p>دسترسی بخشی از گروه های پرخطر به خدمات مورد نیاز</p>	<p>نقاط قوت در سیاست گذاری و سیاست های موجود</p>
<p>عدم وجود برنامه مدون و مستمر در رابطه با همکاری بین بخشی</p> <p>کارایی اندک سیاست‌های کنونی مبارزه با ایدز در کشور</p> <p>مثبت نبودن نگرش دولت به برنامه ایدز</p> <p>نبود نظام جامع خدمات برای گروه‌های پرخطر و در معرض خطر</p> <p>تمرکز بر ارائه خدمت مراقبتی به PLHIV و غفلت از جنبه‌های پیشگیری</p> <p>عدم موفقیت در جلب حمایت PLHIV برای مشارکت در برنامه ها و ارائه خدمات</p> <p>عدم پوشش همه جنبه و نیازهای بیماران و افراد متأثر در سیاست‌های موجود</p> <p>عدم وجود سیاست‌گذاری های درست در آموزش به خصوص آموزش عمومی</p> <p>غیر قابل اندازه گیری بودن پیامدهای سیاست‌ها در کوتاه مدت به دلیل زمان بر بودن تاثیرات</p> <p>مشکل در سیاست گذاری به دلیل وجود انگ و تبعیض شدیدی در جامعه در زمینه HIV/AIDS</p> <p>ناتوانی سیاست‌های موجود در برطرف نمودن انگ در جامعه</p> <p>غیر نظام مند بودن تلاش ها و برنامه ها برای رفع انگ در کشور</p> <p>نگاه تبعیض آمیز بعضی از سیاست گذاران و تاثیرگذاری بر برنامه های مبارزه با ایدز</p>	<p>نقاط ضعف در سیاست گذاری و سیاست های موجود</p>



## جدول ۲- نقاط قوت و ضعف اجرای سیاست ها و عملکرد سازمان ها- ۱۳۹۰

زیر طبقه	طبقه
<p>HIV/AIDS</p> <p>افزایش همکاری های بین المللی با UNAIDS و Global found</p> <p>تطابق اقدامات انجام شده و برنامه های راهبردی کشوری با سیاست های سازمان های جهانی</p> <p>عملکرد مناسب وزارت بهداشت در زمینه ارائه درمان به بیماران و ارائه خدمات رایگان ایدز</p> <p>عملکرد و همکاری قابل قبول اکثر سازمان ها در برنامه کنترل ایدز</p>	<p>نقاط قوت اجرای سیاست ها و عملکرد سازمان ها</p>
<p>اشکال در پیاده سازی و اجرای سیاست های وضع شده</p> <p>بروز مشکل در اجرای سیاست ها به دلیل تفاوت در دیدگاه های مسئولین</p> <p>اعمال سلیقه های شخصی در اجرای سیاست ها</p> <p>وجود ناهماهنگی های عمیق بین سازمان های درگیر</p> <p>بی نظمی در ارائه خدمات</p> <p>عدم ارائه آموزش مداوم و مطلوب توسط سازمان های آموزشی</p> <p>عدم ارائه آموزش عمومی مناسب توسط رادیو و تلویزیون</p> <p>نقش کم رنگ سازمان های غیر دولتی در اجرای سیاست های کنترل ایدز</p> <p>ارتباطات اندک بین المللی در زمینه همکاری های مربوط به مبارزه با ایدز</p> <p>عدم جذابیت سیاست های ارائه خدمات برای بیماران</p>	<p>نقاط ضعف اجرای سیاست ها و عملکرد سازمان ها</p>

جدول ۳- پیشنهادات در خصوص بهبود طراحی و اجرا و اعمال سیاست های جدید مبارزه با ایدز در ایران- ۱۳۹۰

زیر طبقه	طبقه
تدوین قانون حمایت از افراد PLHIV	پیشنهاد اعمال
تغییر قانون و حمایت های قانونی از گروه های پرخطر	سیاست های جدید
افزایش بودجه مبارزه با ایدز در کشور	در مقابله با ایدز
گسترش مراکز ارائه خدمات پیشگیری و آموزش و مشاوره در زمینه HIV/AIDS	
آموزش همگانی و ارائه آموزش و خدمات با کمک جامعه	
استفاده از نیروهای داوطلب و استفاده از NGO ها برای ارائه خدمات	
فراهم کردن امکان ارائه خدمات به افراد پرخطر و PLHIV با پوشش بیشتر در تعداد بیشتری از واحدهای بهداشتی و درمانی	
گسترش مشاوره در زمینه ایدز در جامعه و افزایش دسترسی به آن در خارج از مراکز درمانی و استفاده از مشاوره های تنظیم خانواده	
توانمند کردن بیماران در باشگاه یاران مثبت	
رفع استیگما و انگ زدائی	
هماهنگی بین بخشی در زمینه ارائه خدمات	
استفاده از تجربیات سایر ملل در مبارزه و کنترل ایدز	
فراهم کردن حمایت های اجتماعی از PLHIV و توجه به مشکلات اشتغال	
گسترش حمایت های روانی از PLHIV	
تشویق و ترغیب و آموزش خانواده ها برای حمایت از PLHIV	
تدوین سیاست هایی برای حمایت از PLHIV و مشارکت آنها در تدوین سیاست های کشوری ایدز	
جلب حمایت و همکاری نیروی انتظامی و قوه قضایی در زمینه انگ زدائی و کاهش تبعیض نسبت به بیماران	
تدوین سیاست هایی به منظور رفع تبعیض برای یافتن کار و شغل	
نیاز به حضور پررنگ تر نهادهای موثر در مبارزه با ایدز	

## References

Audet, CM., Blevins, M., Moon, TD., Sidat, M., Shepherd, BE., Pires, P., Vergara, A. and Vermund, SH., 2012. HIV/AIDS-related attitudes and practices among traditional healers in Zambézia Province, Mozambique. *J Altern Complement Med.* 18(12), pp. 1133-1141.

Jean-Baptis, R., 2008. HIV/AIDS-related stigma, fear and discriminatory practices among healthcare providers in Rwanda. USAIDS, Available at: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADM901.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADM901.pdf). Access date: 10.1.2014

- Karimi, M., Niknamy, S., Haidarnia, A. and Ramazankhani, A., 2004. Effects of Health Education program on the AIDS preventive behaviors in prisoners. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, **8**(1), pp. 40-45.
- Meybodi, F.B. and Zarandi, M.M., 2008. Knowledge and Attitude of Couples, Referring to Kerman Pre-marriage Counseling Center, towards AIDS. *Strides Dev Med Educ*, **6**(2), pp.173-180.
- Moradi, G., Malekafzali, H., Naieni, K., Rashidian, A., Vazirian, P., Mirzazadeh, A. and Barati, H., 2011. HIV/AIDS Situation in Economic Cooperation Countries; Achievement and Gaps toward Millennium Development Goals. *Journal of Family and Reproductive Health*. **5**(1), pp.1-9.
- Mozafarzadeh, S. and Vahdaninia, M., 2008. Knowledge of high school girls about AIDS. *Payesh*, **7**(2), pp. 173-180.
- Palter, K., 2000. Knowledge and attitude about HIV/AIDS of a sample of school teachers in south africa. *psychol Rep*, **87**(3 Pt 2), pp. 1065-1066.
- Saleh, M., Alghadami, Y. and Alyahia, O., 1999. Impact of health education program on knowledge about AIDS and HIV transmission in student of secondary schools in Buraidah city , Saudi Arabia: an exploratory study. *East Mediter Health J*, **5**(5), pp.1068- 1075.
- Simbayi, L., Kalichman, S., Strebe, A., Cloete, A., Henda, N. and Mqeketo, A., 2007. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Science and Medicine* **64**(9), pp.1823-1831.
- Singler, J. and Farmer, P., 2002. Treating HIV in resource-poor setting. *Journal of American Medical Association*, **288**, pp.1652-1653.
- Soko, D., Umar, E., Noniwa, T. and Lakudzalal, A., 2012. HIV and AIDS workplace interventions; Gaps between policy and practice at the College of Medicine. *MMJ*, **24**(3), pp. 52-55
- Theodore, M., 1999. HIV/AIDS, STD and TB in correctional facilities: US Department of justice office programmes Washington. Available at: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/176344.pdf>. access date: 3.2.2014
- UNAIDS., 2010. Report on the Global AIDS Epidemic. Available at: [http://www.unaids.org/documents/20101123\\_GlobalReport\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf). Access date: 3.4.2014
- Wage, J., Banerji, R., Campnell, O., Chirwa, E., Collender, G. and Dieltiens, V., 2010. The Millennium Development Goals: A cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015 Lancet and London International Development Centre Commission. *Lancet*, **18**(3), pp. 991-1023.
- WHO., 2012. HIV Operational Plan 2012 - 2013 WHO's support to implement the Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS.
- Zareie, A., Mosavishandi, P. and Babamoradi, S., 2013. CSOs' Role in Promoting Health: A Case Study of NGOs' approaches to HIV/AIDS in Iran. *Asian Social Work and Policy Review*, **7**(1), pp.78-84.

## The view of point and perspective of policy makers about HIV/AIDS control policies in Iran-a qualitative study

**Moradi, GH., Ph.D.** Assistant Professor, Kurdistan Research Center for Social Determinants of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

**Mohraz, M., MD.** Professor, Iranian Research Center for HIV/AIDS, Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Gouya, MM., MD.** Associated Professor, Center for Communicable Diseases Control, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

**Dejman, M., Ph.D.** Assistant Professor, Social determinant of Health Research Centre, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

**SeyedAlinaghi, SA., Ph.D.** Iranian Research Center for HIV/AIDS, Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**KHoshravesh, S., MSc.** Student, Health Education and Health Promotion, Kurdistan Research Center for Social Determinants of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

**Malekafzali Ardakani, H., Ph.D.** Professor, Department of Epidemiology and Biostatic, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: malek179@gmail.com

Received: Dec 1, 2013

Accepted: Sep 14, 2014

### ABSTRECT

**Background and Aim:** The aim of the present study was to investigate the views of policy makers and key persons about national AIDS control politics.

**Materials and Methods:** This qualitative study used purposive sampling. To collect data, the perspectives of six experts about AIDS were inspected. Framework analysis was used to analyze the data.

**Results:** The results of this study showed that beside the strengths there are also significant weaknesses in making the policies, administering the existing policies, executing the programs in organizations, and planning new policies to control AIDS; hence these problems and weaknesses must be identified to achieve the main goals of AIDS control program.

**Conclusion:** AIDS is not only a health problem but a social, economical and cultural problem, which requires more attention from authorities and related organizations for developing and implementing policies in accordance with international guidelines. To achieve Millennium development goals (MDGs) in the context of AIDS it is essential for policy makers and key figures to consider more effective activities and measures in their agenda.

**Key Words:** HIV/AIDS, Policy, Policy makers, Qualitative study, Iran