

۱۳۹۳-۱۳۸۹

سومین
برنامه ملی استراتژیک
کنترل بیماری ایدز
جمهوری اسلامی ایران
۱۳۸۹-۱۳۹۳



کمیته تدوین برنامه استراتژیک :

بنا بر تصمیم کمیته پایش و ارزشیابی ، مسئولیت تدوین سومین برنامه استراتژیک بر عهده اعضا گروه فنی کمیته پایش و ارزشیابی برنامه استراتژیک ایدز قرار گرفت .
و به این ترتیب " کمیته تدوین برنامه استراتژیک " با وجود زیر گروه های فنی به شرح ذیل تشکیل شد

گروه فنی : این گروه متشکل از کارشناسان و صاحب نظرانی بود که از نظر فنی پیش نویس های مورد نیاز برای تدوین برنامه را در سطوح مختلف اعم چهارچوب برنامه ، تحلیل وضعیت موجود ، تعیین استرژیکها و اهداف بلند مدت ، میان مدت ، سالیانه ، و شاخص های پایش و ارزشیابی ، مبنای بودجه بندی ، طراحی برنامه های نرم افزاری مورد نیاز را بر عهده داشتند

کمیته تدوین برنامه استراتژیک : این سطح از کمیته که نهاد اصلی سیاستگذاری در تدوین برنامه استراتژیک می باشد متشکل از مدیران رده بالا سازمانهای شریک برنامه بوده و پیش نویس ها و گزارش های تهیه شده در حیطه های مختلف تهیه شده توسط گروه های فنی را ارزیابی کرده و مورد تصویب نهایی قرار می دهند .

گروه فنی :

سرپرست : دکتر هنگامه نامداری تبار – کارشناس مسئول پایش و ارزشیابی اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت

اعضا : به ترتیب حروف الفبا

آقای دکتر پرویز افشار: نماینده دفتر فقر زدائی وزارت رفاه و تامین اجتماعی

خانم زهرا اصفهانی - نماینده دفتر مداخله و بازتوانی سازمان بهزیستی و عضو کمیته پایش و ارزشیابی

خانم معصومه بااوش: نماینده دفتر فقر زدائی وزارت رفاه و تامین اجتماعی

خانم مریم ریحانی - نماینده دفتر سلامت و تندرستی آموزش و پرورش و عضو کمیته تدوین برنامه

آقای دکتر رادفر - مدیر عامل موسسه سلامت و فرهنگ و عضو کمیته پایش و ارزشیابی

آقای دکتر رضائی - معاون بهداشت اداره کل بهداشت و درمان اضطراری جمعیت هلال احمر

خانم سعیده زاهد انارکی - کارشناس اداره کنترل ایدز و عضو کمیته پایش و ارزشیابی

آقای دکتر حمید صاحب- نماینده شورای سیاستگذاری صدا و سیما

آقای دکتر رامین علاسوند - نماینده اداره بهداشت و درمان سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور و عضو کمیته پایش و ارزشیابی

آقای مهندس عمادی :نماینده دفتر فقر زدائی وزارت رفاه و تامین اجتماعی

آقای دکتر بهنام فرهودی - مشاور فنی برنامه و عضو کمیته پایش و ارزشیابی

آقای دکتر مهدی قمبری محمدی - نماینده امور درمان اعتیاد ستاد مبارزه با مواد مخدر

خانم دکتر کیانوش کمالی - کارشناس مسول اداره کنترل ایدز و عضو کمیته پایش و ارزشیابی ایدز

خانم دکتر افسر کازرونی - مدیر گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری های دانشگاه علوم پزشکی فارس و عضو کمیته پایش و ارزشیابی
خانم دکتر مهسا گیلانی پور - نماینده دفتر سلامت روانی و اجتماعی وزارت بهداشت

خانم نسرين گودرزی- نماینده مرکز امور اجتماعی و صیانت از حقوق شهروندی وزارت کشور و عضو کمیته پایش و ارزشیابی

خانم دکتر شیما محسنی - نماینده دفتر سلامت روانی و اجتماعی وزارت بهداشت- عضو کمیته پایش و ارزشیابی

کمیته تدوین برنامه استراتژیک:

رئیس کمیته : دکتر محمد مهدی گویا - رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر و رئیس کمیته فنی پایش و ارزشیابی ایدز

دبیر کمیته : دکتر عباس صداقت - رئیس اداره کنترل ایدز و دبیر کمیته فنی پایش و ارزشیابی ایدز

اعضا : روسا و مسئولین

اداره کل بهداری ناجا

اداره بهداشت و درمان سپاه پاسداران

برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز

جمعیت هلال احمر

دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله

دفتر ترانزیت و پایانه های مرزی

دانشگاه علوم پزشکی ارتش

ستاد ملی توانمندسازی وزارت مسکن و شهرسازی

سازمان بنادر و کشتیرانی (اداره ایمنی و بهداشت)

سازمان انتقال خون ایران

سازمان بهزیستی (دفتر مداخله و بازتوانی)

سازمان زندان‌ها (اداره کل بهداشت و درمان)

سازمان ملی جوانان

سازمان تبلیغات اسلامی

ستاد کل نیروهای مسلح (اداره بهداشت و درمان)

صدا و سیما (شورای سیاست‌گذاری)

کمیته امداد امام خمینی (ره)

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی (معاونت فرهنگی)

وزارت کشور (مرکز امور اجتماعی و صیانت از حقوق شهروندی)

وزارت بهداشت (دفتر بهداشت روان و اعتیاد)

وزارت بهداشت (مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت)

وزارت علوم (دفتر مرکزی مشاوره)

وزارت آموزش و پرورش (دفتر سلامت و تندرستی)

وزارت رفاه و تامین اجتماعی (دفتر فقر زدایی)

فهرست

مقدمه و بیان مسئله

بخش اول: تجزیه و تحلیل وضعیت (Situation Analysis)

- وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری در کشور
- ارزیابی پاسخ ملی
- تحلیل برنامه استراتژیک دوم

بخش دوم: بررسی و انتخاب استراتژی (Strategy Formulation)

- تعیین اهداف کلی
- تعیین اهداف میان مدت
- شرح نحوه تعیین استراتژی های انتخابی
- استراتژی های اصلی

بخش سوم: به اجرا گذاردن استراتژی ها (Strategy Implementation):

۱-۳- اهداف اختصاصی یا سالیانه (Annual Objectives):

- شرح اهداف اختصاصی یا سالیانه
- ماتریس زمانبندی اهداف اختصاصی یا سالیانه
- تعیین اهداف کمی سالیانه

۲-۳- بودجه بندی (Budgeting):

- بودجه بندی بر اساس استراتژیها و تعیین سهم هر استراتژی
- بودجه بندی بر اساس اهداف سالیانه و تعیین سهم هر هدف
- بودجه بندی بر اساس سازمانها و شرکای برنامه و تعیین سهم آنها

بخش چهارم- برنامه پایش و ارزشیابی (Monitoring & Evaluation Plan):

- ساختار و نظام پایش و ارزشیابی
- ماتریس نحوه ارزیابی شاخصهای out come نهایی
- ماتریس نحوه ارزیابی شاخصهای out come
- ماتریس نحوه ارزیابی شاخصهای out put ,input

ضمائم :

ضمیمه اول - برنامه سال اول به تفکیک گروه های هدف :

- جمعیت عمومی و جوانان
- مصرف کنندگان مواد
- زنان در معرض بیشترین آسیب
- مبتلایان به HIV

ضمیمه دوم - برنامه سال اول به تفکیک شرکابرنامه :

- وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی
- سازمان بهزیستی
- سازمان زندانها
- جمعیت هلال احمر
- وزارت آموزش و پرورش
- وزارت رفاه (کمیته امداد و سازمانهای بیمه گر)
- نیروهای مسلح (ارتش ، سپاه ، نیروی انتظامی)

ضمیمه سوم - برنامه عملیاتی پایش و ارزشیابی سال اول:

- ساختار اجرایی برنامه
- شاخص های اصلی و کمکی برنامه:
- تعریف شاخص
- نحوه محاسبه شاخص
- استاندارد داده های مورد نیاز جهت محاسبه شاخص ها
- تعیین ابزارهای جمع آوری داده های
- تعیین منابع جمع آوری داده های مورد نیاز به تفکیک هر سازمان
- ابزارهای جمع آوری داده و راهنمای تکمیل
- ابزار کنترل کیفی جمع آوری داده ها
- برنامه زمانبندی نحوه اندازی گیری شاخص ها
- تعیین نحوه انتشار
- جدول بودجه برنامه پایش و ارزشیابی

بخش اول:

تجزیه و تحلیل وضعیت

(Situation Analysis)

مستندات وضعیت موجود:

اطلاعات جغرافیایی، جمعیتی و اقتصادی: کشور جمهوری اسلامی ایران، کشوری با گستردگی جغرافیایی وسیع است. مطابق سرشماری ۱۳۸۵، در تقسیمات کشوری، ایران دارای ۳۳۶ شهرستان، ۱۰۱۶ شهر، ۸۸۹ بخش و ۲۴۰۰ دهستان بوده است.

طی سالهای اخیر نسبت جمعیت شهر نشین رشدی مداوم داشته است. در حال حاضر بیش از ۶۸٪ جمعیت کشور شهرنشین هستند. جمعیت ایران یک جمعیت جوان است. در سال ۱۳۸۵، تعداد جمعیت ۱۵ تا ۲۵ سال بیش از ۱۷۷۳۰۰۰۰ نفر و تعداد جمعیت ۱۵ تا ۴۹ سال حدود ۴۳۰۵۰۰۰۰ نفر بوده است.

اقتصاد ایران، اقتصادی در حال رشد است و با مشکلاتی همچون تورم و بیکاری روبروست. **اطلاعات سیاسی:** مسئولیت امور اجرایی کشور بر عهده رئیس جمهور است که ریاست هیئت دولت را بر عهده دارد. بودجه کشور به صورت سالانه برنامه ریزی می گردد و لایحه بودجه سالانه کشور توسط هیئت دولت تهیه و برای تصویب به مجلس ارائه می شود [۱].

قوانین مرتبط با همه گیری: در زمینه قوانین مرتبط با همه گیری اچ آی وی، گرچه قوانین اختصاصی در ارتباط با حمایت از مبتلایان به اچ آی وی و آیدز وجود ندارد، اما در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بر برابری افراد در مقابل قانون، بر وظیفه دولت برای رفع تبعیض ناروا و برابری همه ملت در برخورداری از حقوق انسانی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی و حق برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی تأکید شده است [۱]. تاکنون برخی بخش نامه ها و مقررات برای محافظت از افراد مبتلا به اچ آی وی در مقابل تبعیض صادر شده است.

در زمینه قوانین و سیاستهای مرتبط با اعتیاد در دهه هفتاد شمسی تغییر دیدگاهی است نسبت به مسئله مواد از دیدگاه جرم نگر به دیدگاه بیماری نگر رخ داد. آئین نامه پیشگیری از اعتیاد در سال ۱۳۷۷ مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام، تأمین امکانات درمانی برای معتادان به مواد مخدر و حمایت از افراد در معرض خطر، تأمین امکانات درمانی برای معتادین در سراسر کشور را از وظایف وزارت بهداشت با هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور بر شمرده است. طبق قانون، مصرف کنندگان مواد مخدر که تحت درمان هستند مجرم تلقی نمیشوند [۲]. در ارتباط با کاهش آسیب نیز بخشنامه ای که توسط ریاست قوه قضائیه وقت صادر شد، که طی آن بر تسهیل توزیع سرنگ و وسایل بهداشتی برای تزریق مواد روانگردان تأکید شده است. قانون جدید مبارزه با مواد مخدر تحت بررسی است و هنوز به تصویب نهایی نرسیده است.

در زمینه سایر گروه های در معرض بیشترین خطر اگر چه مانع قانونی برای دسترسی آنها به خدمات پیشگیری و درمانی و مراقبتی وجود ندارد ولی به نظر می رسد شدت مجازات هایی که برای برخی از آنان مثل تن فروشان و MSM در نظر گرفته شده، با دسترسی آنان به این خدمات تداخلی جدی داشته باشد [۳].

مذهب: بیش از ۹۹/۵٪ کل جمعیت ایران مسلمان هستند. دین مبین اسلام دیدگاه هایی در زمینه ازدواج و تحکیم خانواده دارد که می تواند به کمک سلامت جنسی آحاد جامعه بیاید. همچنین فقه شیعه اجازه می دهد تا فقیه علاوه بر قرآن، ادله فقهی، عقل و سنت بتواند در کنار آنها از ادله دیگری به نام اجماع نیز استفاده کند. بر این مبنا، استفتائاتی از مراجع تقلید در باره فعالیتهای پیشگیری از اچ آی وی صورت گرفته که می تواند منجر به تسهیل ارائه خدمات شود [۴].

آموزش: بین سالهای ۱۳۵۵ و ۱۳۸۵، نسبت با سواد از ۴۷ درصد به ۸۵ درصد افزایش یافته است. اما هنوز قریب به ۱۰ میلیون بی سواد در کشور وجود دارد که این امر می تواند ناشی از پایین بودن پوشش سواد آموزی بزرگسالان باشد.

در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۱۳۸۷، ۱۴۴۸۵۶۰۴ دانش آموز در کشور در حال تحصیل بوده اند. ۷۴۷۴۰۸۱ نفر از آنان پسر و ۷۰۱۱۵۲۳ نفر دختر بوده اند. ۳۵۶۹۸۳۹ نفر در مقطع متوسطه عمومی و بقیه در مقاطع راهنمایی و دبستان تحصیل می کرده اند. با توجه به سرشماری جمعیت سال ۱۳۸۵، قریب به ۳/۵ میلیون کودک خارج از چرخه تحصیل قرار داشته اند [۵]. در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۱۳۸۷، ۲۰۸۹۲۸۳ نفر (۱۲۰۱۱۰۷ نفر مرد و ۸۸۸۱۷۶ نفر زن) در دانشگاه های دولتی و ۱۳۰۲۵۶۹ نفر (۷۳۴۶۱۹ نفر مرد و ۵۶۷۹۵۰ نفر زن) در دانشگاه آزاد مشغول تحصیل بوده اند. حدود ۲۱۴۰۰۰ نفر از این دانشجویان در رشته های پزشکی و بقیه در سایر رشته ها مشغول به تحصیل بوده اند.

با وجود بهبود نسبی سطح سواد، نتایج یک مطالعه که در باره سواد سلامت در ۵ استان کشور انجام شد حاکی از آن بود که سواد سلامت در ایران پائین است [۶].

ارتباطات: ارتباطات در ایران طی سالهای اخیر گسترش روز افزونی داشته است، در حال حاضر کمتر روستایی در کشور است که تحت پوشش تلویزیون و مخابرات نباشد. در سال ۱۳۷۹، حدود ۹۴٪ شهرنشینان و حدود ۷۷٪ روستاییان تلویزیون داشته اند [۷]. خبرگزاری ها، روزنامه ها و نشریات ادواری عمومی گهگاه سوژه هایی درباره آیدز منتشر می کنند که اغلب بدون دید تخصصی است. تعداد روزافزونی سایت و وبلاگ به آموزش و اطلاع رسانی به زبان فارسی در زمینه اچ آی وی می پردازند.

وضعیت زنان و الگوی خانواده: بر اساس گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۷-۲۰۰۸ برنامه عمران سازمان ملل متحد، جمهوری اسلامی ایران در شاخص توسعه جنسیتی بین ۱۵۷ کشور مورد بررسی در مکان هشتم و چهارم قرار داشته است [۸]. این شاخص در نقاط مختلف کشور یکسان نیست. برای مثال مطابق اطلاعات سازمان برنامه ریزی و مدیریت جمهوری اسلامی ایران، شاخص توسعه جنسیتی در بعضی از استان ها، مانند سیستان و بلوچستان، هرمزگان و زنجان، آشکارا پایین تر از میانگین ملی است.

در مطالعه ای که در ۵ استان کشور شامل جامعه شهری و روستایی ۱۸ سال و بالاتر انجام شده است، سطح سواد سلامت خام زنان پائین تر از سواد سلامت در مردان بوده است [۶]. بررسی روند تغییرات حاکی از افزایش نرخ مشارکت زنان در زمینه های مدیریتی و اقتصادی است [۸].

الگوی تشکیل خانواده، در اکثریت مطلق موارد به صورت ازدواج تک همسری است. اما مردان می توانند بیش از یک همسر دائم داشته باشند. اگر چه قانون حمایت از خانواده، آنرا محدود نموده است [۹]. نوع دیگر تشکیل خانواده ازدواج های موقت است. ازدواج های موقت می توانند برای مدت کاملاً محدود باشند و عملاً به تشکیل خانواده نیانجامند. مردان برای ازدواج موقت محدودیتی ندارند. آماری از ازدواج های موقت وجود ندارد ولی به نظر می آید اکثر ازدواج های موقت به تشکیل خانواده نیانجامد. نشانه های پراکنده ای وجود دارد که حاکی از آنست که این نوع ازدواج در صورتی که با آموزش برای رابطه جنسی ایمن و به خصوص استفاده از کاندوم همراه نباشد، می تواند با گسترش بیماری های آمیزشی همراه باشد [۱۰].

سفر و مهاجرت: اگر چه در مورد الگوی سفرهای ایرانیان به خارج از کشور اطلاعات دقیقی در دست نیست ولی آنچه مسلم است گروهی از ایرانیان در مسافرتها تفریحی یا کاری خارجی به

رفتارهای جنسی پرخطر دست می زنند. در سرشماری سال ۱۳۸۵، بیش از ۱۲ میلیون نفر طی ۱۰ سال قبل از سرشماری مهاجرت داشته اند. در همین سال بیش از ۱۲۵۰۰۰۰ نفر اتباع خارجی در ایران ساکن بوده اند که بیش از ۱۲۰۰۰۰۰ نفر آنها افغانی بوده اند [۵]. برآوردها حاکی از آنست که اعداد واقعی اتباع خارجی ساکن در ایران بیش از آن چیزی است که در سرشماری ها به دست می آید.

حاشیه نشینی: بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران در مورد واحدهای مسکونی، ۴ میلیون نفر در سکونتگاه های غیر رسمی ساکن هستند [۱۱]. در بررسی جمعیت و سلامت در سال ۱۳۷۹، روستاهای اطراف تهران عمده ترین محل استقرار مهاجرین از سایر نقاط کشور بوده است [۷]. با این وجود پدیده حاشیه نشینی در سال های اخیر فقط به تهران و سایر شهر های بزرگ محدود نمانده و به برخی از شهرهای کوچکتر هم گسترش یافته است [۱۲].

نگرانی از همراهی حاشیه نشینی با برخی از مسائل و مشکلات اجتماعی، گاه مسئولان را به اقداماتی واداشته که در مورد سودمندی آنها تردید بسیاری وجود دارد. به طور مثال در اسفند ۱۳۷۹ محله غربت در منطقه خاک سفید در شرق تهران تخریب شد. بعدها مطالعه ای در مورد سرمایه اجتماعی در ساکنین قبلی این محله انجام شد. سرمایه اجتماعی اهالی محله خاک سفید نسبت به گذشته (قبل از تخریب محله غربت) چه در ساکنین رانده شده و چه ساکنین مناطق مجاور کاهش یافته بود [۱۳].

ساختار شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی درمانی: ایران شبکه ای گسترده از مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی به خصوص در سطح روستاهای کشور دارد که می تواند محملی مناسب برای ارائه خدمات باشد [۱۴].

شاخص های سلامت: نرخ امید زندگی در دوره زمانی سالهای ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ برای مردان و زنان ۳۲/۵ درصد رشد داشته است [۵].

میزان پوشش تمام روش های ضد بارداری ۷۸٪ است [۷]. با این وجود در مطالعه ای که در مشهد در بین ۴۰۰ زن باردار انجام شده بود، ۳۵/۸٪ (۴۳ نفر) حاملگی شان ناخواسته بوده است [۱۵]. در همین زمینه در مطالعه ای در تهران، ۳۱٪ زنان باردار تحت مراقبت، به طور ناخواسته باردار شده بودند [۱۶]. میزان پوشش مراقبت های دوران بارداری ۹۵٪ است [۷].

داده های سیستم ثبت موارد شناخته شده اچ آی وی: اولین مورد ابتلا به اچ آی وی در ایران در سال ۱۳۶۵ گزارش شد. از آن پس تا سال ۱۳۷۴ در گزارش های سالیانه، موارد شناخته شده افزایشی اندک و تدریجی داشت. در سال ۱۳۷۵ با شناسایی همه گیری در برخی از زندان های 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 کاهنده داشته و متعاقباً ثابت مانده است [۱۷].

اولین مورد انتقال اچ آی وی از راه مصرف تزریقی مواد در سال ۱۳۶۸ شناسایی شد و تا سال ۱۳۷۴، هر ساله تنها حدود ۵-۱۰ مورد جدید انتقال اچ آی وی از این راه شناسایی گردید. ولی با وقوع همه گیری در مصرف کنندگان تزریقی مواد، انتقال از راه مصرف تزریقی مواد طی سال ۱۳۷۵ به میزان ۲۳ برابر نسبت به سال قبل از آن افزایش یافت و برای اولین بار به عنوان شایع ترین راه انتقال مطرح گردید و پس از آن به عنوان شایع ترین راه انتقال باقی مانده است. تعداد موارد ثبت شده انتقال از راه تزریق تا سال ۱۳۸۴ بطور مداوم افزایش یافته و در سال ۱۳۸۵ کاهشی در

حدود ۱۶٪ نسبت به سال قبل داشته و در سالهای بعد نسبتاً ثابت مانده و در سال ۱۳۸۷ سهم اعتیاد تزریقی در کل موارد ۷۶/۶ درصد بوده است [۱۷].

سهم راه انتقال جنسی در موارد شناسایی شده تا سال ۱۳۸۵ بطور نسبی ثابت مانده و 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. از آن پس این نسبت روندی فزاینده یافته و به حدود ۱۳٪ کل مبتلایان شناسایی شده در سال ۱۳۸۷ رسیده است. عمده این تغییر ناشی از افزایش شناسایی زنان مبتلاست [۱۷].

همچنین سهم راه ناشناخته انتقال نیز در موارد شناسایی شده در نیمه اول دهه هشتاد روندی فزاینده داشته و از ۸/۲٪ در سال ۱۳۷۷ به ۲۳/۷٪ در سال ۱۳۸۵ رسیده است و از آن پس روبه کاهش گذاشته و به ۹/۳٪ در سال ۱۳۸۷ رسیده است [۱۷]. در این زمینه فرضیه ذیل مطرح است که حداقل بخشی از افزایش موارد با راه ناشناخته انتقال به علت افزایش موارد انتقال جنسی بوده که به علت انگ ناشی از آن عملاً ناشناخته مانده است 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.

سهم اندک زنان در موارد شناسایی شده 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 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 بعلا 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 اگر چه در اکثریت مطلق استان‌ها شایع‌ترین راه انتقال تزریقی بوده ولی در یک استان سهم راه انتقال جنسی با راه انتقال تزریقی برابری داشته است [۴].

شیوع 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 اوایل 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 هشتاد شمسی، از سرعت رشد پرشتاب آن کاسته شد و به اعداد بسیار بالای مشاهده شده در برخی از مناطق دنیای فاقد هر گونه برنامه کاهش آسیب، نرسید. در سال ۱۳۸۶ به صورت میانگین ۱۴,۳٪ از مصرف کنندگان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت بوده اند. این میزان در استانهای مختلف از حداقل صفر تا ۳۵,۷٪ متغیر بوده است. در این میان در ۲ استان شیوع عفونت بین ۵ تا ۲۰٪ و در ۵ استان بیش از ۲۰٪ بوده است [۱۸].
۳. شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان نیز الگویی شبیه به آنچه در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ذکر شد، تجربه کرده است؛ اما مقدار شیوع همواره پایین تر بوده و در آخرین دیده‌وری زیستی- رفتاری در سال ۱۳۸۸ در مردان زندانی ۱/۲۷٪ و در زنان زندانی ۰,۷۵٪ بوده است [۱۹].

۴. داده‌های برخی مطالعات پراکنده حاکی از آن است که شیوع اچ‌آی‌وی در زنان تن‌فروشی که مصرف‌کننده تزریقی مواد نیستند، هنوز به ۵٪ نرسیده است. اگر چه نتایج پایش برنامه ملی در سال ۱۳۸۸ در ۱۰ استان حاکی از آن است که زنان تن‌فروشی برای دریافت خدمات مشاوره و

آزمایش به مراکز دولتی مراجعه نموده اند، در سالهای ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به ترتیب ۵٪ و ۷٪ مبتلا به HIV بوده اند [۲۰]. میزان همزمانی مصرف تزریقی مواد در این گروه در این مطالعه مشخص نیست. برخی گزارشات پراکنده در زنان تن‌فروشی که مصرف‌کننده تزریقی مواد هستند، حاکی از آن است که شیوع اچ‌آی‌وی در این گروه همچون سایر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است؛

۵. درباره شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند، مطالعات بسیار محدودند و نمی‌توانند به نتیجه‌گیری قابل تعمیم منجر شوند.

تخمین تعداد مبتلایان: در سال ۱۳۸۸ تعداد مبتلایان ۸۳۰۰۰ نفر برآورد گردیده است که حاکی از کاهش قابل توجه در شیب افزایش مبتلایان است و می‌تواند با موفقیت نسبی برنامه‌های کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد توجیه گردد [۲۱]. با این وجود اگرچه این یافته‌ها امید بخش است ولی در نتیجه‌گیری قطعی باید محتاط بود و ضمن ادامه و گسترش این برنامه‌ها، منتظر ارزشیابی‌های بعدی بود.

وضعیت بیماریهای آمیزشی: تعداد موارد گزارش شده بیماران آمیزشی بر اساس نظام گزارشدهی موارد شناسایی شده این بیماران در کشور، از زمان راه‌اندازی این سیستم تا سال ۱۳۸۵ که سیستم موجود مورد بازبینی قرار گرفته ۸ برابر شده و در فاصله سالهای ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۵ بطور متوسط سالانه ۱۷ درصد افزایش موارد برحسب سندروم مشاهده شده است [۲۲].

شیوع بیماریهای آمیزشی در جمعیت عمومی چندان بالا نیست و میزان شیوع برای انواع بیماریهای آمیزشی متفاوت بوده است. جدیدترین مطالعه در این گروه در تهران بر روی ۲۵۰۰ زن باردار با روش PCR نمونه ادرار صورت گرفته که میزان شیوع گنوکوک، کلامیدیا، تریکوموناس و مایکوپلاسما هومینیس به ترتیب ۰،۰۴، ۰،۱۶ و ۱،۱۲ درصد گزارش شده است [۲۳]. در مورد گنوکوک در بین ۶ مطالعه انجام شده در تهران، بیرجند، رشت، کرمانشاه و کرمان این میزان از ۰.۰۰۲-۰.۰۲ متفاوت است [۲۳]. در مورد سیفیلیس میزان شیوع بین صفر تا ۰،۰۶٪ گزارش شده است [۲۳]. میزان شیوع کلامیدیا در جمعیت عمومی زنان ۰،۰۷٪ تا ۲،۲۱٪ برآورد شده است [۲۳].

وضعیت سوء مصرف مواد: آخرین ارزیابی سریع سوء مصرف مواد که در سال ۱۳۸۶ صورت گرفته است، تعداد افراد وابسته به مواد را بین ۱،۱۰۰،۰۰۰ نفر تا ۱۲۰۰،۰۰۰ نفر تخمین می‌زند [۲۴]. مطالعات کوچک دیگری نیز وجود دارد که حاکی از شیوع قابل توجه مصرف مواد در ایران است.

در سال ۱۳۸۶ بر مبنای نتایج طرح ارزیابی سریع وضعیت مواد تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بین ۲۳۰،۰۰۰ نفر تا ۲۵۵،۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شود [۲۴]. نسبت مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به کل مصرف‌کنندگان آن در سال ۱۳۸۶، ۲۱،۳٪ برآورد شده است که در مقایسه با نتایج سال ۱۳۸۳ که ۱۲،۲٪ بوده است افزایش چشمگیری را نشان می‌دهد [۲۴]. سهم زنان مصرف‌کننده مواد نسبت به کل مصرف‌کنندگان آن کاهش یافته و از ۶،۹٪ در سال ۱۳۸۳ به ۵،۲٪ در سال ۱۳۸۶ کاهش پیدا کرده است [۲۴]. ۸۴،۳٪ از مصرف‌کنندگان تزریقی همیشه از سرنگ و سر سوزن استریل استفاده کرده اند [۱۸]. حدود ۱۱٪ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد نیز اگر چه از سرنگ استریل استفاده نمی‌کرده اند ولی فقط از سرنگ خود استفاده می‌نموده اند. مقایسه نتایج طرح ارزیابی سریع در سالهای ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ نیز اعداد مشابهی را نشان می‌دهد [۲۴، ۲۵]. درباره ی تعداد شرکای تزریقی در یکسال گذشته بر اساس نتایج طرح ارزیابی سریع وضعیت مواد در سال ۱۳۸۶ می‌توان گفت که در مجموع ۷،۸٪ از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد با ۱۰ نفر یا بیشتر سرنگ اشتراکی استفاده کرده اند. این نسبت در زنان ۱۰،۲٪ می‌باشد [۲۴]. همین مطالعه حاکی است که ۵۴٪ کسانی که در یک ماه قبل از مطالعه تزریق داشته اند، هر روز تزریق می‌

کرده اند، در ۸۲٪ موارد تعداد تزریق ها در هر روز بیش از یک بار بوده و میانگین تعداد دفعات تزریق ۲/۶_ +۳/۲ بار در روز بوده است.

رفتارهای جنسی:

جوانان: رابطه جنسی نالایمن در جوانان ناشایع نیست. مطالعه ای به صورت پیمایشی و با نمونه گیری تصادفی خوشه ای از ۲۰۰۰ نفر از نوجوانان و جوان سنین ۲۴- ۱۰ سال ساکن مناطق شهری هفت شهر کشور در سال ۱۳۸۷ انجام شد. در این مطالعه بیش از ۲۱٪ پسران و ۵/۵٪ دختران در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال، رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج داشته اند. در دختران در ۲۷/۶٪ و در پسران در ۵۷/۵٪ موارد تعداد شرکای جنسی بیش از یک نفر بوده است. بیش از ۵۸٪ پسران و حدود ۵۹٪ دختران گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال در آخرین رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج از کاندوم استفاده کرده اند. محل تهیه کاندوم در رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج در ۶۵٪ موارد داروخانه ها، در ۱۷٪ موارد از مراکز بهداشتی و در ۹٪ موارد از شریک جنسی دریافت کرده اند [۲۶].

مطالعه ای در زمینه رفتارهای جنسی جوانان در هفت استان کشور در جوانان دختر و پسر مجرد در محدوده سنی ۱۵ تا ۲۹ سال با روش نمونه گیری تصادفی در سال ۱۳۸۵ صورت گرفته است [۲۷]. حجم نمونه بیش از ۷۰۰۰ نفر بود. بر اساس این مطالعه حدود ۶/۵٪ دختران و ۲۰٪ پسران آمیزش جنسی داشته اند. بر اساس همین مطالعه ۱۵/۹٪ مردان مجرد و ۴/۴٪ زنان مجرد بیش از ۱۹ سالگی آمیزش جنسی داشته اند. در چند مطالعه پراکنده دیگر در نقاط مختلف کشور نیز اعدادی مشابه بدست آمده است [۲۸-۳۱].

جمعیت عمومی: در مطالعه ای که از ابتدای زمستان ۸۱ تا پایان بهار ۸۳ در ۷ استان کشور بر روی افرادی که از اهدای خون معاف شده بودند انجام شد، شایعترین علت معافیت از اهدای خون، تماسهای جنسی نامطمئن اخیر (۱۷/۸٪) بوده است. شایعترین علت معافیت در مردان، تماسهای جنسی نامطمئن (۲۱/۳٪) بوده است [۳۲]. این مطلب در مقایسه با مطالعات مشابه در گذشته، نشان دهنده افزایش روند رفتار پرخطر جنسی در داوطلبان اهدای خون است [۳۲].

زنان تن فروش: تخمینی از تعداد زنان تن فروش وجود ندارد. در این گزارش تلاش شده برآوردی در این مورد ارائه شود و حداقل ۰/۳۲٪ زنان ۱۵-۴۹ ساله مطرح شده است.

در مورد روابط جنسی در زنان تن فروش، در مطالعه ای در تهران در سال ۱۳۸۶، میانگین تعداد مشتریان زنان روسپی ۷/۲ نفر در هر هفته بوده است. در نمونه مورد بررسی ۱۱/۱٪ افراد در زمان تحقیق متاهل بوده اند. در حالیکه ۴۲/۹٪ این افراد تجربه تاهل را داشته اند (شامل بیوه، مطلقه، جدا از همسر بدون طلاق). ۴/۳٪ وضعیت ازدواج موقت داشته اند. همچنین ۵۶/۶٪ شوهران آنها در ازدواج دائم، دارای سابقه مصرف مواد بوده اند. از مجموع زنانی که شوهرشان در ازدواج دائم اول سابقه مصرف مواد داشتند، ۳۳/۷٪ سابقه تزریق مواد توسط شوهران شان را تأیید کرده اند [۳۳]. بررسی توزیع فراوانی استفاده از کاندوم طی یک ماه پیش از اجرای این مطالعه در روابط جنسی زنان روسپی با مشتریان نشان می دهد که ۱۰/۹٪ از پاسخگویان هرگز و ۴۴/۲٪ آنها در بعضی مواقع از کاندوم استفاده کرده اند. تنها ۲۰/۸٪ پاسخگویان اظهار کرده اند که طی یک ماه گذشته همواره از کاندوم در رابطه جنسی با مشتریان استفاده می کرده اند. میزان استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی ۴۲/۵٪ بوده است. پیشنهاد دهنده کاندوم در آخرین رابطه جنسی، در ۶۴/۵ درصد موارد خود تن فروشان بوده اند، در ۲۰/۶

درصد از موارد تصمیم به استفاده از کاندوم به صورت مشترک توسط مشتری و روسپی گرفته شده و تنها در ۱۴/۸ درصد موارد مشتریان پیشنهاد دهنده استفاده از کاندوم بوده‌اند [۳۳]. در بین دلایل عدم استفاده از کاندوم در روابط جنسی تن فروشان با مشتریان، ۲۸/۹٪ از پاسخگویان در دسترس نبودن کاندوم را به عنوان علت اول، ۲۶/۷٪ پاسخگویان مخالفت مشتری را به عنوان علت دوم و ۱۸/۷٪ موارد اصولاً فکر نکردن به کاندوم در آن هنگام را به عنوان دلیل سوم ذکر کرده‌اند. هزینه کاندوم غالباً مانعی برای استفاده از کاندوم نبوده است. علاوه بر موارد فوق پاسخ دهندگان به عللی همچون « فکر نکردن به کاندوم»، « غیر منتظره بودن قرار »، « اعتماد به سلامت مشتری »، « یائسگی »، « عدم امکان حاملگی » و « عدم دخول در واژن هنگام رابطه جنسی » اشاره کرده‌اند [۳۳].

در مطالعه فوق بیش از نیمی از تن فروشان معتقدند مشتریان آنها در سنین میانسالی (۳۰ تا ۵۰ سال) قرار دارند. ۵۱/۶ درصد جمعیت نمونه اظهار داشته‌اند که مشتریانشان بیشتر متاهل هستند. ۲۵ درصد تن فروشان هم معتقد بوده‌اند که مشتریان آنها بیشتر مجردند [۳۳].

بر اساس همین مطالعه، ۲۳/۰ درصد از تن فروشان، قبل از شروع روسپیگری سابقه مصرف مواد داشته‌اند. همچنین ۱۰/۳ درصد از تن فروشان دارای سابقه مصرف مواد طی یکماه قبل از اجرای طرح، سابقه تزریق مواد نیز داشته‌اند که در ۱۰ درصد موارد از وسایل تزریق مشترک استفاده کرده‌اند [۳۳].

رابطه جنسی مرد با مرد: مطالعاتی که به طور ویژه به این موضوع پرداخته باشد بسیار اندکند. اما مطالعات زیادی وجود دارند که بر وجود رابطه جنسی مرد با مرد دلالت می‌کنند، اگر چه نمی‌توانند ابعاد آنرا نشان دهند. در چندین مطالعه در میان مردان مصرف کننده مواد، ۵ تا ۱۷٪ آنان سابقه رابطه جنسی با مردان دیگر داشته‌اند [۴، ۱۹، ۳۴، ۳۵]. همچنین در مطالعه ای دیگر در میان ۴۳۴ مرد دارای رفتارهای جنسی پرخطر، ۲۹٪ آنان رابطه جنسی با مردی دیگر را تجربه کرده بودند [۳۱].

مصرف کنندگان مواد: مطالعات حاکی از آن است که مصرف کنندگان مواد از نظر جنسی فعالند. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که رفتارهای جنسی با شرکای مختلف جنسی و بدون استفاده از کاندوم در روابط جنسی کاملاً شایع هستند. بیش از ۳۵٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد متاهلند [۲۴، ۲۵، ۳۵]. مصاحبه با کارکنان مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری حاکی از آن است که اغلب زنان مبتلا به ویروس نقص ایمنی همسران معتادان تزریقی هستند [۳۶]. طبق بررسی‌های انجام شده بیش از ۴۰٪ معتادان متاهل روابط جنسی خارج از زناشویی دارند [۲۴، ۲۵]. بیش از ۸۶٪ از مصرف کنندگان تزریقی مواد در طول عمر خود آمیزش جنسی داشته‌اند و ۵۹،۳٪ آنها در طول عمر خود دارای بیش از یک شریک جنسی بوده‌اند به گونه‌ای که ۲۷٪ بیش از ۵ شریک جنسی در طول عمر خود داشته‌اند. بیش از ۶۹٪ آنان در آخرین آمیزش خود با شریک جنسی ثابت خود از کاندوم استفاده نکرده‌اند. بیش از ۴۱٪ از مصرف کنندگان تزریقی مواد در یکسال قبل از مطالعه آمیزش جنسی به ازای پول داشته‌اند و فقط ۴۳،۵٪ از این افراد در آخرین باری که آمیزش به ازای پول داشته‌اند از کاندوم استفاده کرده‌اند. حدود ۱۴٪ از مردان تحت بررسی حداقل یکبار با مردان دیگر رابطه جنسی داشته‌اند. حدود ۷٪ آنان در زندان، حدود ۶۷٪ فقط در بیرون زندان و ۲۲٪ هم در زندان و هم در بیرون آن دست به این رابطه زده‌اند. تنها ۹،۶٪ از مصرف کنندگان تزریقی مواد که رابطه جنسی با همجنس خود داشته‌اند، در آخرین رابطه جنسی خود با مرد دیگر از کاندوم

استفاده کرده بودند [۳۵]. بر اساس نتایج همین مطالعه محل تهیه کاندوم در طی یکسال قبل از مطالعه در کسانی که از آن استفاده کرده بودند، 68.7% از داروخانه، 35.5% از مراکز گزری و تیم-های سیار، 16.9% از مراکز بهداشتی و 4.8% از طریق دوستان کاندوم بوده است [۳۵].

زندانیان: در مطالعه ای که در سال ۱۳۸۱ در ۷ زندان ایران انجام شد و ۱۲۰۰ نفر را شامل گردید، ۳۰/۷% به مصرف مواد در زندان ادامه داده اند و ۱۷% ادامه دهندگان مصرف مواد در زندان، پول مواد خود را از راه تن فروشی به دست آورده اند [۳۷]. در مطالعه ی بیولوژیک-رفتاری در سال ۱۳۸۸ در زندانهای حدود ۶۰% مردان مجرد و ۱۳/۵% زنان مجرد سابقه حداقل یک رابطه جنسی داشته اند. حدود ۲۲% مردان و ۲۷% زنان در زندان رابطه جنسی داشته اند. در بیش از ۷۰% مردان، رابطه جنسی با همسر و در اتاق ملاقات شرعی بوده است. به بیان دیگر می توان نتیجه گرفت که حدود ۱۶% مردان دارای رابطه جنسی با مردان دیگر در زندان بوده اند. در زنان حدود ۳۹% روابط جنسی در داخل زندان در چارچوب اتاق های ملاقات شرعی نبوده است. تنها ۹/۶% مردان و ۹/۷% زنان در آخرین رابطه جنسی در زندان از کاندوم استفاده کرده اند. در بیرون از زندان حدود ۳۰% مردان و ۱۵% زنان با فردی بجز همسر رابطه جنسی داشته اند. استفاده همیشگی از کاندوم در اینان به ترتیب در مردان و زنان، ۱۱/۳% و ۱۸/۲% بوده است [۱۹].

مبتلایان به اچ آی وی: در مطالعه ای بر روی ۱۴۷ نفر از افراد مبتلا به اچ آی وی در شهر خرم آباد در سال ۱۳۸۳ صورت گرفت، 71.5% از افراد متاهلی که با همسر خود رابطه جنسی داشتند، در رابطه جنسی خود همیشه از کاندوم استفاده می کردند. افراد متاهل نسبت به افراد مجرد در روابط زناشویی خود بیشتر از کاندوم استفاده می کردند [۳۸].

آگاهی و نگرش نسبت به اچ آی وی:

جوانان: مطالعه ای در ۲۰۰۰ نفر از نوجوانان و جوانان سنین ۲۴-۱۰ سال ساکن مناطق شهری هفت شهر کشور در سال ۱۳۸۷ انجام شد. در این بررسی در جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله، ۹۳/۱% در مورد امکان انتقال از طریق سوزن و سرنگ آلوده، ۸۳/۴% در مورد امکان انتقال به علت تماس جنسی بدون کاندوم، و به ترتیب ۴۲/۳% و ۴۵/۹% در مورد عدم امکان انتقال توسط نیش پشه و عطسه و سرفه آگاهی درست داشته اند. فقط ۱۵/۵% پسران و ۱۷/۵% دختران به همه سوالات فوق پاسخ صحیح داده اند. وضعیت آگاهی در دو جنس پسر و دختر تفاوت معنی داری نداشته است [۲۶]. دو متاآنالیز که سال های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۸ انجام شده [۳۹، ۴۰] نیز نتایجی مشابه داشته و در مجموع به نظر می آید آگاهی ها در زمینه های اثر کاندوم در پیشگیری از اچ آی وی و نقش سرنگ و سوزن بهبود یافته، اگر چه هنوز با اعداد مطلوب تا حدی فاصله دارد. اما درباره امکان سالم بودن فرد مبتلا بهبود آگاهی کمتر بوده و در زمینه آگاهی مرتبط با انگ و تبعیض یعنی راه های عدم انتقال ضعف آگاهی چشمگیر است. مطالعات حاکی از آنند منبع عمده اطلاعات در جوانان تلویزیون و سپس روزنامه ها، مجلات، و دوستان و همسالان بوده اند [۴۱-۴۵]. در اکثر این مطالعات سهم مدارس به عنوان منبع اطلاعات نسبتاً اندک و در حد ۶ تا ۲۰% بوده است [۴۱-۴۵].

مصرف کنندگان تزریقی مواد: درمورد مصرف کنندگان تزریقی مواد به نظر می آید که آگاهی هایشان در زمینه امکان ابتلا از راه استفاده از سرنگ مشترک بهبودی چشمیر داشته و در زمینه اثر کاندوم در پیشگیری از انتقال جنسی نیز بهبودی رخ داده، اما در زمینه راه های عدم انتقال نقص جدی در آگاهی ها وجود دارد [۴۶].

زنان تن فروش: مطالعه ای که در میان آنان انجام شده حاکی از آنست اغلب این زنان درباره ایدز مطالبی شنیده‌اند اما به دلایل مختلفی مانند اعتیاد و نیاز مالی اطلاعات خود را به کار نمی‌بندند [۳۳]. آگاهی از کاهش خطر انتقال با محدود کردن رابطه جنسی به یک شریک جنسی غیر مبتلا ۳۱٪، آگاهی از اثر کاندوم در پیشگیری ۶۶٪، آگاهی از مکان سالم بودن ظاهر فرد مبتلا ۵۷٪ و آگاهی از عدم امکان انتقال با نیش پشه ۴۵٪ بوده است [۳۳].

وضعیت زندان ها: اگر چه از اواسط دهه هشتاد شمسی تلاشهایی برای کاهش تعداد زندانیان صورت گرفت، و تعداد آنها به حدود ۱۴۰۰۰۰ زندانی در سال ۱۳۸۴ رسید، ولی این روند متعاقباً متوقف شد. در حال حاضر در بیش از ۲۳۰ زندان کشور حدود ۱۷۰۰۰۰ زندانی حضور دارند. در حال حاضر بیشتر زندانیان مرد هستند (بیش از ۹۶٪) و حدود ۴۵٪ زندانیان به علت جرم های وابسته به مواد در زندانها هستند.

تاکنون سابقه زندان و سابقه تزریق در زندان مهمترین عوامل خطر عفونت اچ آی وی در ایران بوده است [۳۵]. با این وجود طی سالهای اخیر چهره استفاده از مواد در زندانها با معرفی برنامه نگهدارنده متادون و گسترش آن تغییر قابل توجهی کرده است. در مطالعه ای که در چارچوب دیده وری بیولوژیک-رفتاری در سال ۱۳۸۸ در زندانهای کل کشور انجام شد، بیش از ۴۵٪ مردان و ۱۱/۵٪ زنان در یک ماه قبل از مطالعه در زندان مواد استفاده کرده بوده اند. اما استفاده از روش تزریق در مردان ۱/۲٪ و در زنان صفر بوده است. حدود ۵۶٪ مردان و بیش از ۹۰٪ زنانی که در یک ماه قبل از مطالعه مواد استفاده کرده بودند، تحت درمان نگهدارنده مواد بوده اند. در مقابل، استفاده از مواد در یک ماه قبل از دستگیری در مردان حدود ۸۷٪ و در زنان حدود ۹۴٪ و استفاده از روش تزریق در استفاده کنندگان مواد در همین بازه زمانی در مردان و زنان به ترتیب حدود ۱۴٪ و ۵٪ بوده است. تنها حدود ۹/۵٪ مردان و ۱۱٪ زنانی که در یک ماه قبل از دستگیری در بیرون از زندان مواد استفاده می کرده اند، تحت درمان نگهدارنده متادون بوده اند [۱۹].

سایر گروه های در معرض خطر یا در معرض خطر بیشتر

۱. در یک مطالعه در سال ۱۳۸۷، در میان ۴۰۰ راننده ترانزیت، کسی مبتلا به اچ آی وی نبود [۴۷].

۲. در یک مطالعه دیگر اظهار شده که در بعضی مناطق تهران مصرف مواد در بین کودکان خیابانی تا ۸۰٪ می رسد و چنین گفته می شود که ۶۰ درصد از دختران فراری در يك هفته ي اول فرار از منزل قربانی رفتارهاي جنسي می گردند [۴۸].

۳. در یک مطالعه در سال ۱۳۸۷، از میان ۴۷۷ پناهنده افغانی، یک نفر به اچ آی وی مبتلا بود [۴۹].

۴. در مورد شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد نگرانی هایی وجود دارد. شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد در یک مطالعه حدود ۵/۴٪ تخمین زده شده است. در این بررسی مهمترین عامل خطر برای ابتلا به اچ آی وی در مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد رابطه جنسی بدون کاندوم بوده است [۳۵]. در مطالعه دیگری فراوانی ابتلاء به عفونت HIV در مصرف کنندگان غیرتزریقی مواد ۶/۳٪ بوده است. در این مطالعه، سابقه زندان و انجام خالکوبی ارتباط معنی داری را با ابتلای به عفونت HIV نشان نداده است در حالی که وجود رابطه جنسی با غیرهمسر با یا بدون تبادل پول یا ماده مخدر نیز رابطه معنی داری با ابتلا به عفونت HIV

نشان داده شده است [۵۰]. هر چند نگرانی هایی در مورد تعمیم پذیری نتایج مطالعات فوق به همه مصرف کنندگان غیر تزریقی وجود دارد ولی مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد مخدر نیز به واسطه رفتار های پرخطر جنسی خویش در معرض ابتلا به اچ آی وی هستند و نباید به فراموشی سپرده شوند.

تبعض وانگ درمورد اچ آی وی:

انگ و تبعض نسبت به مبتلایان به اچ آی وی هنوز چشمگیر است. در یک مطالعه در تهران، افزایش چشمگیر بیکاری افراد بعد از مشخص شدن وضعیت HIV در آنان دیده شده است (افزایش بیکاری از ۵٪ به ۵۲٪) [۵۱]. مطالعه دیگری در سال ۱۳۸۱ حاکی از آن بود که ۹۰٪ مبتلایان تجربه احساس انگ در اجتماع و ۶۰٪ احساس تبعض در تماس با دستگاه های دولتی و نیمی از آنان احساس رضایت از برخورد کارکنان بخش سلامت داشته اند [۵۲]. بر اساس نتایج مطالعه انجام شده در زندان قزل حصار در سال ۱۳۸۶، افرادی که از خدمات MMT استفاده می کنند، از انگ دیگر زندانیان و گاه کارکنان زندان رنج می برند. در این رابطه، اچ آی وی مثبت بودن و یا ابتلا به ایدز، بی پولی و فقر و نیز فروش سکس از جمله مواردی بوده که منجر به انگ در استفاده کنندگان از MMT بوده است [۵۳]. در مطالعه ای که با نمونه گیری تصادفی خوشه ای در ۲۰۰۰ نفر از نوجوانان و جوان سنین ۲۴- ۱۰ سال ساکن مناطق شهری ۷ شهر در سال ۱۳۸۷ انجام شد، ۳۵٫۶٪ از آنان موافق با هم کلاس یا همکار بودن با فرد مبتلا بوده اند، ۴۵٪ افراد مبتلا را مایه شرمندگی خانواده خود و ۴۵٫۱٪ افراد مبتلا را گناهکار می دانسته اند [۲۶].

۲. مستندات پاسخ ملی

تاریخچه پاسخ ملی: پس از شناسایی اولین مورد ابتلا به اچ آی وی در سال ۱۳۶۶، پاسخ به آن در کشور با تشکیل شورای عالی ایدز در سال ۱۳۶۷ شروع شد. پاسخ کشوری در ابتدا عمدتاً بر ارائه خون سالم، ارائه برخی از خدمات درمانی و راه اندازی سیستم ثبت موارد متمرکز بود. متعاقباً رعایت احتیاطات همه جانبه نیز بر آن افزوده شد. با شروع همه گیری اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در اواسط دهه هفتاد شمسی برخی فعالیت های کاهش آسیب های ناشی از مواد هم شروع شد. ولی تا انتهای دهه هفتاد، فعالیت های کنترل اچ آی وی عمدتاً به صورت فعالیتهای مجزا به اجرا در می آمد و در چارچوب یک برنامه استراتژیک نبود. در سال ۱۳۸۰، برای نخستین بار در سطح ملی برنامه استراتژیک پنج ساله برای سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۱ توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری نسبی سایر دستگاه ها تدوین گردید. این برنامه فاقد طرحی برای پایش و ارزشیابی آن بود. به هنگام اجرا نیز نتوانست به تصویب هیئت دولت برسد و عملاً به طور کامل به اجرا در نیامد. در انتهای سال آخر آن به صورت گذشته نگر تلاشی برای پایش آن صورت گرفت و گزارشی به این منظور منتشر شد [۵۴].

برنامه دوم برای سال های ۱۳۸۶-۱۳۸۸ و به صورت ۳ ساله تدوین شد. این برنامه مشتمل بر ۱۰ استراتژی بود و با مشارکت سازمان های شریک برنامه تهیه شد. این برنامه اگر چه به تصویب دولت نرسید، اما برای اجرای آن تلاش شد. از سال دوم برنامه ای برای پایش و ارزشیابی آن تدوین شد و چندین پروژه برای ارزشیابی آن در زمینه مصرف کنندگان مواد، تن فروشان، مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند و عملکرد مراکز مشاوره بیماری های رفتاری به اجرا درآمد. در سال انتهایی نیز برنامه پایش آن، اگرچه به صورت گذشته نگر به اجرا درآمد [۵۵].

پاسخ کشوری بر اساس استراتژی های برنامه دوم استراتژیک در زیر آمده است:

استراتژی اول: آموزش، اطلاع رسانی

فعالیت های آموزشی و اطلاع رسانی برای گروه های هدف مختلفی در برنامه استراتژیک پیش بینی شده بود. در مجموع به نظر می رسد دسترسی به بعضی از گروه ها امکان پذیر نبوده ، در بسیاری از گروه ها علی رغم فعالیت های انجام شده نظام ثبت مشخصی وجود نداشته و یا نظام ثبت کفایت لازم برای استخراج داده های مورد نیاز را نداشته ؛ لذا محاسبه شاخص های پوشش برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی امکان پذیر نبوده و تنها در دو گروه هدف (دانش آموزان و زندانیان) شاخص پوشش فعالیت آموزشی مطابق تعریف استاندارد کمیته پایش و ارزشیابی کشوری محاسبه شده است. در زمینه آموزش دانش آموزان بر اساس گزارش سازمانها به نظر می رسد که برخی برنامه های آموزش در باره اچ آی وی و ایدز، ویژه جوانان شامل دوره های آموزش بهداشت خانواده در دانشگاهها، ارائه محدود آموزش ایدز در مدارس، دوره های آموزشی در برخی از فرهنگ سرا ها ، برخی از برنامه های صدا و سیما، ارائه اجباری آموزشهای مربوط به اچ آی وی و ایدز و سایر بیماریهای آمیزشی برای همه زوجین در حال ازدواج، دوره های آموزشی هلال احمر و همچنین برخی از فعالیت ها در زمینه آموزش همسانان بوده است . از اثرات این برنامه ها اطلاعات کاملی در دست نیست . وجود مقاومت در ارائه شفاف برخی مطالب آموزشی مرتبط با اچ آی وی و ایدز به خصوص روشهای پیشگیری در رفتارهای پرخطر جنسی یکی از چالشهای مهم موجود در راه آگاه سازی جوانان است.

در مورد جمعیت عمومی نیز آموزش و اطلاع رسانی در استانها از سالها پیش بوسیله دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور بوسیله انتشار متون مکتوب انجام می شده است. برنامه های اطلاع رسانی بخصوص در روز جهانی ایدز، به صورت گسترده تر و جدی تر اجرا میگردد. استفاده از برنامه های صدا و سیما نیز یکی از راه های مهم ارائه اطلاعات به جمعیت عمومی بوده است. در مورد زنان تن فروش فعالیت های پراکنده ای در این زمینه شروع شده است. عمده این فعالیت ها بر پایه آموزش همسانان، ارائه خدمات در مراکز مخصوص زنان ویژه تحت پوشش بهزیستی و همچنین مراکز گذری بوده است. بدلیل عدم وجود نظام ثبت مشخص برای فعالیت های آموزشی در این گروه ، برنامه پایش سالیانه قادر به اندازه گیری شاخص پوشش خدمات آموزشی به گروه مذکور نشد [۵۶].

آموزش و اطلاع رسانی ویژه مصرف کنندگان تزریقی مواد بوسیله کلینیکهای مثلثی، برنامه های سیار ، مراکز آموزش جامعه مدار، مراکز آموزش هلال احمر، زندانها، مراکز گذری و سازمانهای مردم نهاد ارائه میگردد [۵۷]. اما در حال حاضر نمی توان تخمین کاملی از میزان پوشش آنها ارائه کرد. هر چند به نظر می آید این پوشش با حد مطلوب فاصله داشته باشد. بدلیل عدم وجود نظام ثبت مشخص برای فعالیت های آموزشی و احتمال دوباره شماری برنامه پایش سالیانه قادر به جمع آوری متغیر تعداد مصرف کننده تزریقی مواد آموزش دیده نبود و لذا شاخص پوشش فعالیت های آموزشی در این گروه قابل محاسبه نیست [۵۶].

سازمان زندانها فعالیت هایی برای آموزش و اطلاع رسانی داشته است. آموزشها به صورت کلاس، آموزش چهره به چهره ، آموزش همسانان و راه اندازی 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 می کنند [۵۶]. در مجموع به نظر می رسد شاخص های محاسبه شده پوشش کافی نداشته است.

استراتژی دوم: تامین سلامت خون

غریبالگری خونهای اهدایی، حذف خون جایگزین استفاده از سیستم خودحذفی محرمانه و عدم خونگیری از اهداکنندگان با احتمال خطر با ارزیابی پزشک منجر به کاهش در میزان آلودگی در خونهای اهدایی شد [58].

استراتژی سوم: احتیاطات استاندارد و کنترل عفونت

دستورالعمل مربوط به احتیاطات استاندارد برای مراکز ارائه خدمات درمانی و یا بهداشتی تهیه و منتشر شده است و برخی برنامه آموزشی نیز در این زمینه به اجرا در آمده است [۵۶]. با این وجود نشانه هایی وجود دارد که حاکی از آنست که آگاهی و عملکرد در میان پرسنل کمتر از حد مطلوب است. در یک مطالعه عملکرد کارکنان یک بیمارستان آموزشی در ۷۵٪ موارد زیر سطح قابل قبول بوده است [۵۹]. نتایج بعضی از مطالعات حاکی از آن است که میزان مواجهه شغلی نیز قابل توجه می باشد. در یک مطالعه میزان مواجهه بطور متوسط ۰/۵۳ بار به ازاء هر نفر در یک سال، مواجهه شغلی مشاهده شده است.

بر اساس شواهد پراکنده به نظر می رسد فراهمی و دسترسی به ابزارهای مورد نیاز احتیاطات استاندارد در سالهای اخیر بهتر شده است [۵۶].

استراتژی چهارم: مشاوره و آزمایش داوطلبانه

مراکز ارائه دهنده مشاوره: تا سال ۱۳۸۷ در ۲۰۴ شهرستان از ۳۳۶ شهرستان کشور (۶۱٪) حداقل یک مرکز یا پایگاه ارائه دهنده مشاوره و آزمایش اچ ای وی توسط دانشگاه های علوم پزشکی کشور راه اندازی شده است (مجموعاً ۳۶۱ مرکز) [۵۶]. این نسبت در سال ۱۳۸۴، ۲۶٪ بوده است [۴]. در ۸۵ زندان از زندانهای کشور نیز یک مرکز مشاوره توسط سازمان زندانها راه اندازی شده است [۵۶]. تعداد مراکز مشاوره زندانها در این سال نسبت به سال ۱۳۸۴، ۶۷٪ رشد کرده است [۴]. همچنین تا سال ۱۳۸۷، ۳۲ پایگاه مشاوره نیز توسط جمعیت هلال احمر در شهرستانهای مختلف راه اندازی شده است. اما از انتهای همین سال، تعدادی از مراکز تحت پوشش هلال احمر به فعالیت خود پایان داده اند [۵۶]. سازمان انتقال خون نیز در ۳۱ مرکز خود این خدمات را ارائه میدهد و دو سازمان غیردولتی نیز در این زمینه فعال بوده اند [۵۶].

رعایت داوطلبانه بودن و رازداری در آزمایشات: در باره رعایت داوطلبانه بودن و رازداری در آزمایشات اچ ای وی، یک گزارش توسط مشاوران سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۴ حاکی از آن بوده که روند مشاوره در این مراکز نسبتاً قابل قبول بوده، اگرچه محرمانه ماندن نتایج آزمایش اچ ای وی نیاز به توجه بیشتر داشته است [۳۶].

مشاوره و آزمایش داوطلبانه در جمعیت عمومی: در دومین برنامه ملی کنترل ایدز فراهم نمودن امکان دسترسی به خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه بعنوان هدف برای جمعیت عمومی پیش بینی شده است اما در خصوص پوشش انجام مشاوره و تست تشخیصی در جمعیت عمومی هدف گذاری نشده است [۵۶]. همانطور که گفته شد ۲۶۷ مرکز مشاوره در سطح شهرهای کشور و ۸۶ مرکز در زندانهای کشور به ارائه مشاوره و آزمایش اچ ای وی می پردازند.

مشاوره و آزمایش داوطلبانه در زنان باردار: در برنامه دوم استراتژیک دستیابی به افزایش پوشش خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ آی وی، برای زنان باردار پرخطر در نظر گرفته شده است. جهت دستیابی به این هدف مقرر شده که کلیه زنان باردار که به مراکز مراقبت های دوران بارداری مراجعه می نمایند از نظر وجود عوامل خطر ابتلا به HIV مورد ارزیابی قرار گیرند و در صورت وجود عوامل خطر جهت مشاوره و آزمایش به مراکز مشاوره ارجاع شده و تحت مشاوره و آزمایش قرار گیرند [۵۵]. نتایج پایش برنامه کشوری در سال ۱۳۸۸ حاکی از آنست که ۳۸٪ از زنان باردار تحت مراقبت از نظر عوامل خطر ارزیابی شده اند و ۱۹٪ افراد ارزیابی شده ، جهت مشاوره و آزمایش ارجاع شده اند که تنها ۰/۳٪ افراد ارجاع شده جهت انجام مشاوره و آزمایش به مراکز مشاوره مراجعه کرده و تحت مشاوره و آزمایش قرار گرفته اند. پوشش سه دهم درصدی مشاوره و آزمایش افرادی که ارجاع شده اند ، بسیار پائین است و بر لزوم بازبینی و نظارت دقیق تر بر فعالیتهایی که منجر به مشاوره و آزمایش موفق در زنان باردار می شوند، دلالت می نماید.

آزمایش داوطلبانه در زنان تن فروش: در سالهای ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به ترتیب حدود ۱۴٪ و ۱۷،۵٪ زنان تن فروش در مراکز دولتی تحت مشاوره قرار گرفته اند [۵۶]. در مطالعه ای که در زنان تن فروش شهر تهران در سال ۱۳۸۶ انجام شد، ۳۰/۳ درصد آنان سابقه انجام آزمایش تشخیص اچ آی وی را داشته اند. در ۲۱/۸ درصد موارد آزمایش را به صورت اجباری انجام داده اند [۳۳]. در همین مطالعه حدود ۵۹،۳٪ از تن فروشان اظهار داشته اند که برای انجام آزمایش ابتلا به ایدز می دانند که باید به کجا مراجعه کنند. از بین آنان، ۳۹٪ به درمانگاه یا بیمارستان و آزمایشگاه برای دریافت اطلاعات بیشتر و مشاوره درباره پیشگیری از ایدز اشاره کرده اند. ۱۲ درصد از تن فروشان از سازمان انتقال خون به عنوان محلی برای آزمایش تشخیص HIV نام برده اند [۳۳]. در مجموع با عنایت به محدودیت های فرهنگی که در راه ارائه خدمات به این گروه وجود دارد ، حداقل پوشش ۱۷٪ مشاوره و آزمایش داوطلبانه در ابتدا به نظر نسبتاً مطلوب است ، اما با توجه به روند رو به رشد شیوع HIV در این گروه و خطر وجود اپیدمی متمرکز در آنان که می تواند عامل گسترش سریعتر اپیدمی به جامعه عمومی باشد ، ضرورت برنامه ریزهای مدون برای افزایش پوشش خدمات پیشگیری و تشخیصی در این گروه امری ضروری است .

مشاوره و آزمایش داوطلبانه در مصرف کنندگان مواد: در مطالعه ای بین مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال ۱۳۸۶ ، مشخص شد که حدود ۴۰٪ آنان حداقل یکبار تحت آزمایش تشخیصی HIV قرار گرفته اند و حدود ۳۱٪ آنان از نتیجه تست خود مطلعند. حدود ۲۳٪ از این افراد آزمایش خود را در یک سال قبل از مطالعه انجام داده و از نتیجه آن مطلع بودند. بر اساس این مطالعه ۵۳٪ افراد برای انجام تست به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ، ۱۳٪ به بخش خصوصی ، ۹٪ به مراکز گذری مراجعه کرده اند ، ۹٪ در زندان تحت آزمایش قرار گرفته اند و ۱۰٪ آنان حین اهدا خون آزمایش شده اند [۶۰].

اگر چه آگاهی حدود یک سوم مصرف کنندگان تزریقی مواد در ایران از وضعیت HIV خود، پیشرفت چشمگیری نسبت به سالهای قبل است، اما همچنان در آن سال دو سوم این افراد از وضعیت HIV خود مطلع نبوده اند. این در حالی است که نتایج پایش برنامه ملی در سال ۱۳۸۸ نشان می دهد که علی رغم افزایش ۶۶٪ در تعداد مشاوره HIV در مصرف کنندگان تزریقی مواد مراجعه کننده به مراکز مشاوره ، تعداد آزمایشهای انجام شده فقط ۴٪ افزایش یافته است.

مشاوره و آزمایش دواطلبانه در زندانیان: در مطالعه ی دیده وری بیولوژیک-رفتاری سال ۱۳۸۸ در زندانهای کل کشور، حدود ۳۲٪ مردان زندانی و ۳۵٪ زنان زندانی سابقه انجام آزمایش اچ آی وی داشته اند. در این مطالعه مشخص نیست که آزمایش HIV در زندان و یا خارج از زندان انجام شده است [۱۹]. در همان مطالعه در پاسخ به سوال آگاهی از مکان هایی که امکان انجام آزمایش تشخیصی HIV را دارند، حدود ۴۷٪ مردان و ۵۶٪ زنان اطلاعات درست داشته اند.

مشاوره و آزمایش دواطلبانه در همسران مصرف کنندگان تزریقی مواد: بر اساس نتایج پایش برنامه ملی در سال ۱۳۸۸، ۲۹۹۰ نفر از همسران مصرف کنندگان تزریقی مواد تحت مشاوره قرار گرفته اند، که ۴۸٪ آنان آزمایش شده و از بین آزمایش شدگان ۹٪ نتیجه آزمایش مثبت داشته اند [۵۶]. با توجه به اینکه این گروه به شدت در معرض ابتلای به اچ آی وی هستند، میزان پوشش نیاز به بهبود فراوان دارد.

مشاوره و آزمایش دواطلبانه در همسران مبتلایان: بر اساس ارزیابی مراکز مشاوره بیماری های رفتاری که در نمونه ای شامل ۱۴ مرکز مشاوره در سطح کشور انجام شد، در متاهلین با پرونده فعال بغیر از افرادی که ابتلای همسر آنان به HIV ثابت شده است، در بقیه موارد تنها ۲۲٪ همسران بصورت مستمر تحت مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار داشته اند [۶۱].

استراتژی پنجم: کاهش آسیب

برنامه های درمان نگهدارنده: بر اساس نتایج پایش برنامه ملی در سال ۱۳۸۸ در ۱۰ استان؛ در انتهای سال ۱۳۸۷ مجموعاً به ۵۹۵۴۶ نفر توسط مراکز تحت پوشش دانشگاهها و سازمان بهداشتی، درمان نگهدارنده متادون ارائه شده است. در همان زمان در زندانهای این ۱۰ استان نیز ۱۸۵۰۱ نفر از این خدمت بهره مند شده بودند، در مجموع ۷۷۵۹۷ در کل کشور در انتهای سال ۱۳۸۷ تحت درمان نگهدارنده متادون بوده اند [۵۶].

مطالعه دیده وری زیستی- رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال ۱۳۸۶ نیز نشان می دهد که از کسانی در یک سال قبل از مطالعه تزریق کرده اند، ۳۳٪ در زمان مطالعه تحت درمان بوده اند [۶۲]. این نسبت حاکی از پیشرفتی شگرف است که باز هم نیاز به بهبود دارد.

برنامه های سرنگ و سوزن: مطالعه دیده وری زیستی- رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال ۱۳۸۶ نیز نشان می دهد که از کسانی که در یک ماه قبل از مطالعه تزریق نموده اند، ۶۲٪ آنان بیشتر موارد سرنگ و سوزن خود را از داروخانه تهیه کرده اند. کسانی که بیشتر موارد سرنگ و سوزن خود را از مراکز گذری و تیم های سیار کمک رسان تهیه نموده اند به ترتیب ۲۱٪ و ۶٪ بوده اند [۶۲].

استراتژی ششم: پیشگیری و مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی

نظام مراقبت اپیدمیولوژیک: به منظور ارتقاء نظام گزارشدهی بیماریهای آمیزشی در سال ۱۳۸۵ بررسی تکوینی بر روی این نظام انجام شد و با تعیین مهمترین نقاط قوت و ضعف [۶۳]، این نظام مورد بازبینی قرار گرفت و از سال ۱۳۸۶ سیستم جدید راه اندازی شد و تعاریف استاندارد به همراه برنامه نرم افزاری گزارشدهی و تحلیل، تهیه و به دانشگاههای علوم پزشکی ارائه شد [۶۴].

درمان بیماری های آمیزشی: به منظور استاندارد کردن نحوه برخورد بالینی به بیماران، راهنمای کشوری طراحی شده بر اساس رویکرد سندرومیک تهیه شده است و در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی قرار گرفته است [۶۵]. از آنجا که بیماران آمیزشی به طیف گسترده ای از مراکز ارائه

خدمات مراجعه میکنند این نیاز وجود دارد که آموزش‌های لازم در سطح بسیار گسترده ارائه گردد. از این رو وزارت بهداشت اقدام به تربیت هسته‌های آموزش‌گر در کلیه استانها نموده و با در اختیار قرار دادن متون و محتوای استاندارد در حال ارائه این آموزشها به محیطی‌ترین سطوح است. این راهنما در بسته آموزشی پزشک خانواده، کاردان و کارشناس نیز گنجانده شده است [۶۶].

برای ارائه خدمات به گروههای در معرض خطر، پروتکل ویژه برای مراکز مشاوره زنان در معرض آسیب تهیه شده و بصورت اختصاصی به پرسنل این مراکز به صورت پایلوت آموزش داده شده است. با توجه به گذشت زمان اندک از پایلوت این برنامه هنوز ارزیابی عملکرد این مراکز ممکن نیست.

استفاده از خدمات درمانی توسط تن فروشان: در یک مطالعه در میان زنان تن فروش تهران، ۴۱/۰ درصد آنان در ۱۲ ماه پیش از مطالعه ترشحات چرکی داشته اند. از بین آنها ۸۴/۴۸ درصد در آخرین نوبت داشتن این ترشحات به پزشک یا مراکز درمانی مراجعه کرده اند. در بین مراجعه کنندگان در ۶۲/۸ درصد موارد اولویت اول محل مراجعه برای درمان زخم، ترشح یا التهاب مطب خصوصی بوده است [۳۳].

آموزش درباره بیماری های آمیزشی: برای آموزش بیماریهای مقاربتی برنامه مستقلی وجود ندارد. در نظر بوده است که این برنامه بصورت ادغام یافته در برنامه های آموزشی HIV ارائه شود و در این خصوص تلاشهایی انجام شده است، از جمله می توان به متون آموزشی ویژه افراد دارای رفتار جنسی پرخطر که توسط سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت جهت آموزش مربیان و مراقبین تدوین شده است اشاره نمود. اما آمار فعالیت های آموزشی انجام شده در این خصوص در حال حاضر در دسترس نیست [۶۷].

کاندوم: بر اساس مطالعه ای که در سال ۱۳۸۶ در باره بازاریابی کاندوم در زمینه پیشگیری از اچ آی وی و بیماری های آمیزشی صورت گرفته، کاندوم در واحدهای تنظیم خانواده شبکه بهداشت و درمان کشور و نیز در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری، بطور رایگان در اختیار مراجعه کنندگان قرار می گیرد. در سال ۱۳۸۵، ۲ میلیون کاندوم در زندانها توزیع شده است. حدود ۸۰٪ از عرضه کاندوم در کشور توسط بخش دولتی و حدود ۲۰٪ آن توسط بخش خصوصی انجام می شود. البته مقایسه آمارهای مطالعه IMES (۲۰۰۶) و DHS (۲۰۰۰) حاکی از افزایش سهم بخش خصوصی در این رابطه است [۶۸].

نتایج بحث متمرکز گروهی با ۵۲ زن تن فروش و ۴۳ مشتری در شهر های تهران، شیراز، کرمانشاه، خرم آباد و بروجرد نشان داد که کاندوم هم برای زنان تن فروش و هم مشتریان آنها قابل تهیه است. وجود به طور میانگین ۹/۵ کاندوم در اتاق یا منزل هر زن تن فروش در یک مطالعه در تهران حاکی از دست رسی خوب آنان به کاندوم است [۶۸].

بر اساس نتایج پایش برنامه ملی در سال ۱۳۸۸ در ۱۰ استان، در سال ۱۳۸۶ حدود ۱ میلیون و در سال ۱۳۸۷ با افزایش ۵۰ درصدی حدود یک و نیم میلیون عدد کاندوم رایگان توسط مراکز ارائه دهنده خدمات سازمان بهزیستی و دانشگاههای علوم پزشکی به گروه های در معرض بیشترین خطر ابتلا به HIV و بیماران مبتلا به HIV توزیع شده است [۵۶]. با توجه به تخمین وجود حداقل ۳۳ هزار نفر زن تن فروش، مصرف کنندگان تزریقی مواد و ۴۱۳۹ نفر افراد مبتلا به HIV که در سال ۱۳۸۷ در این ۱۰ استان، تعداد کاندوم توزیع شده نسبت به واجدین شرایط دریافت کاندوم بسیار کم است. با این وجود بر اساس نتایج مطالعه ایی که در سال ۱۳۸۶ در زنان تن فروش انجام

شده است ،حدود ۴۰٪ این افراد در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کرده اند [۳۵]. همچنین مطالعات مختلف حاکی از آن است که در گروه تن فروشان ۲۰٪ و در افراد مبتلا به HIV ۹٪ بصورت مستمر و در مصرف کنندگان تزریقی مواد حدود ۱۷٪ در اغلب موارد از کاندوم استفاده می کنند [۶۸]. لذا به نظر می رسد که این افراد کاندوم مورد نیاز خود را از مراکزی غیر از مراکز ارائه خدمات تحت نظر سازمان بهزیستی و دانشگاه های علوم پزشکی تهیه می کنند. با توجه به این که یکی از اهداف اصلی برنامه کنترل ایدز در جامعه دستیابی به استفاده از کاندوم در ۱۰۰٪ نزدیکی های پرخطر است لذا توجه ویژه به ترویج رفتار جنسی سالم از جمله استفاده از کاندوم در برنامه ریزی های آتی امری اجتناب ناپذیر به نظر می رسد.

استراتژی هفتم : مشاوره ،مراقبت و درمان مبتلایان به HIV و خانواده آنها

پوشش دسترسی مراکز به مبتلایان شناسایی شده: ۳۸٪ افراد مبتلایان شناسایی شده در سال ۱۳۸۷، دارای پرونده فعال بوده اند [۶۱].

پوشش بیماریابی فعال ابتلا به سل: ۲۵٪ افراد دارای پرونده فعال، بوسیله مجموعه ای از خدمات شامل انجام PPD سالیانه ، تهیه نمونه خلط و انجام XRay، و تعیین تکلیف نهایی بیمار بر اساس نتایج اقدامات پارکلنیک فوق تحت پوشش بیماریابی سل قرار گرفته اند [۶۱].

کیفیت ارائه پروفیلاکسی سل به واجدین شرایط درمان: در ۲۸٪ افرادی که واجد شرایط دریافت پروفیلاکسی سل بوده اند ، شروع درمان به هنگام بوده و داروها را کامل دریافت دارو کرده اند [۶۱].

کیفیت ارائه درمان سل به واجدین شرایط درمان: در ۲۸٪ افرادی که واجد شرایط دریافت درمان سل بوده اند ، شروع درمان دریافت داروها و انجام آزمایش حین درمان به هنگام بوده است [۶۱].

کیفیت ارائه پروفیلاکسی PCP: در ۳۹٪ افرادی که واجد شرایط دریافت پروفیلاکسی PCP بوده اند ، شروع درمان به هنگام بوده و داروها را کامل دریافت دارو کرده اند [۶۱].

پوشش درمان ضد رتروویروسی: در انتهای سال ۱۳۸۷، ۱۰۸۲ نفر (شامل ۲۰۷ زن و ۸۶۵ مرد و ۱۰ نفر با جنسیت نامعلوم) تحت درمان ضد رتروویروسی بوده اند. در دی ماه ۱۳۸۸، این تعداد به ۱۴۸۵ نفر رسیده است (شامل ۲۸۷ زن و ۱۰۸۲ مرد و ۱۰ نفر با جنسیت نامعلوم). چنانچه افراد نیازمند درمان مطابق دستورالعمل کشوری، ۱۰ درصد کل مبتلایان (۸۰۰۰۰ نفر) و ۲۰ درصد مبتلایان شناسایی شده (حدود ۱۶۵۰۰ نفر) باشند، پوشش درمان به ترتیب بر اساس کل مبتلایان ۱۸/۵٪ و مبتلایان شناسایی شده ۴۵٪ خواهد بود. این پوشش نسبت به سه سال قبل دو برابر بهبود یافته است [۴۶].

دربین افرادی که تحت درمان ضد رتروویروسی قرار داشتند، در ۸۲٪ موارد رژیم درمانی و دوزاژ دارو مناسب و در ۶۹٪ موارد دریافت دارو به هنگام و در ۳۰٪ موارد انجام آزمایشات حین درمان کامل بوده است [۶۹].

بقا: بقا ۱۲ ماه پس از شروع درمان در سال ۱۳۸۷، ۷۰٪ بوده است. در سالهای قبل از آن، مقدار این شاخص همواره بیش از ۸۰٪ بوده است [۶۹]. به نظر می آید با افزایش تعداد افراد تحت درمان ، بقا بر درمان کم شده است. در تجزیه و تحلیل اولیه داده های سیستم ثبت موارد تحت درمان، به نظر می آید که طی سال های اخیر سهم نسبی مبتلایان به اچ آی وی که مصرف کننده مواد بوده و تحت درمان قرار گرفته اند، افزایش چشمگیر داشته است و با افزایش نسبت قطع درمان نیز همراه بوده است. از سوی دیگر مهمترین علل قطع درمان مرگ و عدم پایبندی به درمان بوده است. لذا

چنین به نظر می آید که توجه به نیازهای ویژه این گروه از بیماران می تواند در بهبود بقا بر درمان موثر باشد.

خدمات مرتبط با پیشگیری انتقال مادر به کودک: در ۱۳۸۷ مجموعاً ۲۵ زن باردار و در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۸، ۱۸ زن باردار تحت درمان ضد رترو ویروسی برای پیشگیری انتقال اچ آی وی از مادر به کودک قرار گرفتند [۶۹]. این نگرانی وجود دارد که بخش قابل توجهی از زنان مبتلا به اچ آی وی شناخته نشده اند و از ابتلاي خود بي خبر هستند [۴۶].

کیفیت ارائه خدمات پروفیلاکسی دارویی به مادر و کودک: در مردان باردار شروع پروفیلاکسی دارویی در ۳۹٪ موارد به هنگام و در ۶۱٪ موارد با دوزاژ و رژیم مناسب بوده و در ۵۵٪ موارد داروها را کامل دریافت کرده اند. همچنین ۳۹٪ نوزادان داروهای پروفیلاکسی را به هنگام و کافی دریافت کرده اند [۶۱].

پوشش خدمت واکسیناسیون: در بین افراد دارای پرونده فعال پوشش واکسیناسیون توام ۶۷٪، هپاتیت ۶۶٪، پنوموکوک ۱۲٪ و آنفلانزا ۴۲٪ بوده است [۶۱].

استراتژی هشتم: حمایت

در دومین برنامه استراتژیک کنترل ایدز اهداف و فعالیت هایی در زمینه توانمند سازی و حمایت از افراد مبتلا به HIV از جمله ایجاد پوشش خدمات بیمه ای، تامین سرپناه، حرفه آموزی و اشتغال زائی، کمک های مالی معیشتی برای افراد واجد شرایط پیش بینی شده بود. با توجه به اینکه کمیته حمایت و توانمند سازی در اواخر سال ۱۳۸۷ تشکیل شد، اغلب فعالیت های پیش بینی شده به جز ارائه محدود مسکن، کمک های مالی، اشتغال یابی و تلاش برای بهبود پوشش بیمه به مرحله اجرا در نیامد. کمیته حمایت به منظور هماهنگ کردن فعالیت ها در زمینه حمایت از مبتلایان، خانواده ها و افراد متأثر از آنان، به دبیری وزارت رفاه و تامین اجتماعی از سال ۱۳۸۷ تشکیل شد. در سال ۱۳۸۸ این کمیته تصویب نمود که همه افرادی که با اچ آی وی زندگی می کنند، به طور رایگان تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار گیرند. متعاقباً این مصوبه توسط وزیر رفاه و تامین اجتماعی به دستگاه های ذی ربط ابلاغ شد [۵۶].

از میزان پوشش این خدمات در حال حاضر اطلاعی در دست نیست. با این وجود نشانه هایی از مشکلات جدی وجود دارد. در یک مطالعه در سال ۱۳۸۳ صورت گرفت، ۹۴.۶٪ افراد مبتلا به اچ آی وی در شهر خرم آباد بعد از ابتلای به بیماری شغل خود را از دست داده بودند. ۸۴.۶٪ این افراد پس از مشخص شدن آلودگی آنها به HIV، متارکه کرده بودند [۵۶]. ۵۶.۵٪ از آنها از حمایت ضعیف خانواده برخوردار بودند [۷۰]. مطالعه دیگری نیز حاکی از آنست که کیفیت زندگی زنان مبتلا به اچ آی وی در شهر تهران در سال ۱۳۸۵، ۶۹٪ موارد پایین یا خیلی پایین بوده است [۷۱].

استراتژی نهم: برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده ها

وضعیت نظام ثبت و گزارش دهی: با شناسایی اولین مورد ابتلا به اچ آی وی در ایران، گزارش دهی و ثبت موارد مبتلا به اچ آی وی شروع شد. در این سیستم موارد شناسایی شده که ابتلای آنان توسط آزمایش های الیزا و وسترن بلات تایید شده توسط دانشگاه های علوم پزشکی به مرکز مدیریت بیماری های واگیر گزارش می شود و در اداره کنترل ایدز جمع آوری و در یک فایل نگه داری می شود. گزارش موارد، اطلاعاتی در مورد جنس، سن، روش ابتلا، وجود یا عدم وجود مرحله ایدز و مرگ را شامل میشود. آمار جمع بندی داده هر سه ماه یکبار توسط اداره کنترل ایدز منتشر می

شود. سیستم ثبت موارد شناسایی شده، در سال ۱۳۸۳ بازبینی شده و فرمهای گزارش گیری در این سال تغییر نمود. این سیستم در حال حاضر نیز تحت بازبینی است [۵۶].

نظام مراقبت رفتاری-زیستی: دیده وری های سرولوژیک در گروه های مختلف جمعیتی برای پایش تغییرات شیوع اچ آی وی در این جمعیت ها ی در معرض خطر از سال ۱۳۷۶ در ایران شروع شد. علی رغم وجود دستورالعمل های مرتبط در این زمینه با توجه به شفاف نبودن روش های اجرا و تغییرات متعدد آنها، تحلیل روند شیوع HIV با استفاده از نتایج پایگاههای دیده ور با دشواری همراه است و باید با احتیاط صورت گیرد [۵۶].

تا انتهای سال ۱۳۸۷، بیش از ۶۳۰ دیده وری در گروه های مختلف جمعیتی شامل مصرف کنندگان تزریقی مواد، زندانیان، زنان خیابانی، رانندگان کامیون، ملوانان، بیماران آمیزشی و زنان باردار انجام شده است و ۲۲۷۰۰۰ نفر در این دیده وری ها شرکت کرده اند [۷۲].

دیده وری بیولوژیک-رفتاری: در ارتباط با رفتارهای مصرف کنندگان تزریقی مواد، اولین دیده وری رفتاری-بیولوژیک در سال ۱۳۸۶ در بین این گروه طراحی و انجام شد. مطابق دستورالعمل موجود این دیده وری هر ۲ سال یکبار باید انجام شود و دومین دیده وری در گروه مذکور در سال ۱۳۸۸ در دست اجرا می باشد. علی رغم تغییراتی که در روش نمونه گیری ایجاد شده، تلاش بر این است که نتایج این دیده وری با دیده وری اول قابل مقایسه باشد [۷۲].

در سال ۱۳۸۷ مطالعه رفتاری - زیستی در بین زندانیان بصورت پایلوت در دو استان کشور انجام شد و بر اساس تجارب بدست آمده در این مطالعه در سال ۱۳۸۸ اولین مطالعه رفتاری زیستی در ۲۷ زندان از زندانهای کل کشور انجام شد [۷۲].

یک مطالعه کیفی مقدماتی در زنان تن فروش جهت انجام دیده وری رفتاری زیستی در بین این گروه در سال ۱۳۸۷ در دو استان کشور انجام شد. بر اساس نتایج مطالعات مذکور اولین دیده وری رفتاری - زیستی در بین گروه مذکور در سال ۱۳۸۸ در دست اجرا می باشد [۶۷]. در سایر گروههای هدف مانند مردانی که با مردان دیگر تماس جنسی دارند و یا جوانان، برنامه دیده وری رفتاری پیش بینی نشده است. با توجه به اینکه سازمان ملی جوانان اقدام به تکرار سالیانه مطالعاتی در زمینه آگاهی و نگرش وگاهی رفتار جوانان در زمینه های مختلف می نماید به نظر می رسد زمینه مناسبی برای گنجاندن سوالات دیده وری مرتبط با HIV در این مطالعات وجود دارد [۵۶].

پایش و ارزشیابی برنامه: کمیته پایش و ارزشیابی فعال است و بر اجرای پایش و ارزشیابی دومین برنامه استراتژیک کنترل ایدز، نظارت نموده است. نتایج این پایش و ارزشیابی آماده شده و در همین گزارش نیز از نتایج آن استفاده شده و عمده ترین ضعف آن، گذشته نگر بودن آن است [۵۶].

پژوهش ها: دو مطالعه که به کیفیت مطالعات انجام شده در زمینه اچ آی وی پرداخته حاکی از آن است که متدولوژی و نحوه گزارش مطالعات نیاز جدی به بهبود دارد و همچنین در انجام مطالعات باید توجه کافی به اولویت ها شود [۴۰، ۷۳].

استراتژی دهم: تقویت زیر ساخت های لازم

جلب حمایت مسئولین: از شروع اولین برنامه استراتژیک تلاشهای مفیدی در جهت جلب حمایت سیاستگذاران و روسای سه قوه انجام شد و در برنامه دوم نیز ادامه یافت. این جلب حمایت در خصوص بعضی از گروههای هدف برنامه مانند مصرف کنندگان تزریقی مواد بسیار چشمگیر بوده است. با این وجود از آنجا که هنوز قوانین ثابت در این زمینه وضع نشده است لذا با تغییر مدیریت ها، خطر محدود شدن برنامه های مفید فوق و یا اجرای فعالیت های غیر کارشناسی وجود دارد. این

در حالی است جلب حمایت برای اجرا برنامه های کنترل عفونت در بعضی از گروه های آسیب پذیر و وضع دستورالعمل های لازم با مشکلات عدیده ای همراه بوده است. از جمله و به خصوص می توان به برنامه های ترویج سلامت جنسی در جوانان و زنان در معرض بیشترین آسیب اشاره نمود [۵۶]. برطرف نمودن مشکلات و خلا های قانونی به منظور کنترل ایدز: با توجه به اینکه تغییرات قوانین در کشور روندی طولانی است، علی رغم تلاش های بعمل آمده در این خصوص از جمله تلاش در جهت تغییر قوانین مرتبط با بیماری های آمیزشی و یا قوانین مبارزه با مواد مخدر، هنوز این تغییرات اعمال نشده است. علی رغم اینکه برنامه کنترل ایدز یکی از اهداف برنامه توسعه چهارم بود، متأسفانه در پیش نویس برنامه توسعه پنجم به طور مشخص به آن اشاره نشده است [۵۶]. منابع مالی نیروی انسانی: تامین کننده اصلی اعتبار جهت اجرای فعالیت های کنترل HIV تا کنون بودجه عمومی دولت است. مطابق گزارش اعلانیه تعهد سازمان ملل در سال ۱۳۸۸، بودجه عمومی هزینه شده از سوی دولت جمهوری اسلامی ایران جهت کنترل، پیشگیری، مراقبت و درمان اچ آی وی و ایدز از اول فروردین سال ۱۳۸۷ تا ۲۹ اسفند همان سال در سرتاسر کشور مجموعاً حدود ۳۱۰ میلیارد ریال و بودجه هزینه شده توسط سازمان های بین المللی در همین زمینه مجموعاً حدود ۴۴ میلیارد ریال بوده است [۱۴].

ساختار اجرایی برنامه استراتژیک در کشور و استانها: کار گروه کشوری ایدز که قبلاً بعنوان زیرمجموعه شورا عالی ایدز در سطح کشور که هدایت تدوین و نظارت بر عملیاتی شدن برنامه استراتژیک ایدز را از طریق زیر کمیته فنی به عهده داشت، اکنون با حفظ وظائف قبلی بعنوان کارگروه فنی ایدز زیر مجموعه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بوده، همین وظیفه را به عهده دارد. وظیفه اصلی تهیه پیش نویس برنامه استراتژیک و عملیاتی نمودن برنامه به عهده زیر کمیته های فنی است که متشکل از کارشناسان سازمانها و نهادهای شریک برنامه و صاحب نظران می باشد. کمیته های فنی شامل کمیته های آموزش و اطلاع رسانی، مراقبت و درمان، حمایت و توانمند سازی، کاهش آسیب و پایش و ارزشیابی می باشند. اگرچه تشکیل این کمیته ها با هدف عملیاتی نمودن برنامه استراتژیک پیش بینی شده است اما نکته بسیار مهم و قابل توجه این است در اکثریت موارد علی رغم فعال بودن بعضی از کمیته ها، فعالیت آنها لزوماً در چهارچوب برنامه استراتژیک نمی باشد و یا تنها به بخشی از اهداف برنامه استراتژیک می پردازد [۵۶]. در سطح استانی نیز تشکیلات مشابهی پیش بینی شده که هدایت اجرای برنامه ها و هماهنگی بین بخشی را به عهده داشته باشد.

نقش سازمانهای غیر دولتی: سازمان های دولتی موجود در کشور که در حیطه اچ آی وی فعال هستند، عمدتاً فعالیتهای خود را بر آموزش و اطلاع رسانی متمرکز کرده اند و کمتر وارد مسئولیتهایی نظیر دفاع از حقوق انسانی بیماران یا مداخله مستقیم در مراقبت از بیماران می شوند. اما در زمینه ارائه خدمات پیشگیری به برخی از گروه های جمعیتی در معرض بیشترین خطر نقش آنها کلیدی بوده است. درباره ی مشارکت افراد اچ آی وی مثبت قابل ذکر است که به دلیل تبعیض و انگ اجتماعی موجود، افراد مثبت فعال در این حیطه عمدتاً افرادی هستند که از طریق انتقال از فرآورده های خونی یا از همسران خود مبتلا شده اند و شمار زیادی از کسانی که خود مصرف کننده تزریقی یا تن فروش بوده اند در بین فعالین این حوزه دیده نمی شود. این ترکیب در تشکیل شبکه سازمان های مردم نهاد مرتبط با اچ آی وی نیز دیده می شود. با وجود این به نظر می آید در چند سال گذشته توجه و اقبال سازمانهای غیردولتی به موضوع ایدز و اهمیت آن رو به گسترش و فزونی

است و در این میان نقش ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمانهای وابسته به سازمان ملل مثبت ارزیابی شده است "گزارش سازمانهای غیر دولتی ایران و HIV جهت ارائه دفتر UNAIDS در ایران".

دستورالعمل ها: از مجموع ۱۱ دستورالعمل های پیش بینی شده در دومین برنامه استراتژیک کنترل ایدز، ۶ مورد موجود و یک دستورالعمل در دست تهیه است و در مورد بقیه دستورالعمل های مورد نیاز (۴ دستورالعمل) اقدامی صورت نگرفته است [۵۶].

۳. تحلیل مستندات وضعیت موجود و پاسخ بر اساس مدل SWOT:

قوت

۱. وجود زیرساختهای لازم برای برنامه های کاهش آسیب
۲. افزایش دانش نسبت به احتمال انتقال HIV از طریق سرنگ مشترک در مصرف کنندگان تزریقی مواد و جوانان،
۳. افزایش دانش نسبت به امکان پیشگیری از HIV بوسیله کاندوم در جوانان، مصرف کنندگان تزریقی مواد و زنان تن فروش،
۴. کاهش چشمگیر تزریق مواد در زندانیان
۵. وجود برنامه موفق تامین خون سالم
۶. موفقیت برنامه های کاهش آسیب در زمینه های :
 - ارتقاء رفتار تزریق سالم در بین مصرف کنندگان مواد
 - افزایش پوشش برنامه متادون
 - کند شدن روند افزایشی شیوع HIV
 - فراهم کردن بستر مناسب برای ایجاد رفتار جنسی سالم در بین مصرف کنندگان مواد
۷. افزایش فراهمی کاندوم
۸. تصویب قانون پوشش بیمه برای مبتلایان به HIV
۹. راه اندازی باشگاههای مثبت
۱۰. ارتقاء نظام پایش و ارزشیابی و مراقبت اپیدمیولوژیک HIV و ایدز:
 - وجود نظام ثبت گزارشدهی موارد ابتلا
 - راه اندازی برنامه های مراقبت رفتاری-سرولوژیک در مصرف کنندگان مواد، زنان دارای رفتارهای جنسی پرخطر، کودکان خیابانی
 - بازبینی نظام پایش بیماران
 - یکسان شدن تعاریف برای متغیرهای پایش برنامه کشوری
 - وجود نظام مراقبت سرولوژیک
۱۱. مشارکت مناسب اکثریت سازمانها و نهادهای مرتبط
۱۲. وجود کمیته ی فعال پایش و ارزشیابی در سطح کشور و هسته های پایش و ارزشیابی در برخی استان
۱۳. وجود کمیته ی تکنیکال مراقبت و درمان
۱۴. وجود دستورالعملهای کشوری در زمینه های مراقبت بالینی و درمان HIV، درمان نگهدارنده متادون

ضعف

۱. ضعف در استفاده موثر از ظرفیت رسانه ها در ارائه پیامهای صحیح در زمینه HIV
۲. محدودیت اطلاعات در زمینه گروههای دارای ارتباطات جنسی محافظت نشده

۳. میزان بالای باورهای نادرست در همه گروههای جمعیتی و نگرش منفی در جمعیت عمومی نسبت به مبتلایان به HIV
۴. میزان نامطلوب آگاهی از اثر بخشی کاندوم در مصرف کنندگان تزریقی مواد، جوانان و گروههای دارای ارتباطات جنسی محافظت نشده،
۵. ضعف برنامه های موجود در زمینه کودکان خیابانی
۶. انگ و تبعیض نسبت به مبتلایان HIV در خانواده، جامعه، محیط کار، مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی
۷. در برنامه های آموزش
 - به همه گروههای هدف برنامه پرداخته نشده
 - استاندارد آموزش برای هریک از این گروهها قبالا تعیین نشده
 - نیروی انسانی آموزش دیده کافی برای اجرای برنامه های پیش بینی شده وجود نداشته
 - پوشش برنامه های آموزش در گروههای هدفی که روی آنها کار شده کافی نبوده
 - تاثیر برنامه های آموزشی موجود در حد قابل انتظار نبوده (بندهای ۳، ۴ و ۶ فوق)
۸. پوشش ناکافی خدمات مشاوره و تشخیص HIV بعلت:
 - محدودیت جغرافیایی در دسترسی به این امکانات
 - زمانبر بودن پروسه انجام مشاوره
 - مشکل در تربیت نیروی ماهر در انجام مشاوره
 - کمبود آزمایشگاههای تشخیص طبی مورد قبول برای انجام آزمایشات HIV
۹. پوشش ناکافی درمان نگهدارنده متادون در مصرف کنندگان تزریقی علیرغم گسترش کلی این خدمت
۱۰. ضعف در ترویج رفتارهای سالم تر جنسی،
۱۱. پوشش پایین آموزش رفتار جنسی سالم در گروههای واجد شرایط
 - دسترسی سخت به گروههای هدف
 - مهارت ناکافی افراد آموزش دهنده
۱۲. ضعف در برنامه کنترل بیماریهای آمیزشی
 - ترویج رویکرد سندرومیک بدون داشتن اطلاعات پایه برای بومی سازی
 - ادغام نشدن برنامه کنترل بیماریهای آمیزشی در برنامه های جاری سلامت باروری در نظام شبکه
 - ضعف نظام جمع آوری اطلاعات برای برنامه ریزی کاربردی
 - مهارت ناکافی برای مراقبت و درمان شرکا جنسی
۱۳. پوشش ناکافی مراقبت و درمان:
 - مراجعه نکردن مبتلایان
 - عدم ثبات و ضعف سیستم تامین و توزیع دارو
 - ضعف تعاریف استاندارد برای چرخه های ارائه خدمات (پروتکل اجرایی)
 - همکاری نامناسب سطوح ارجاع
 - کمبود زیرساختهای کافی برای خدمات پاراکلینیک
۱۴. تاخیر در تهیه برنامه پایش و ارزشیابی و ارائه شاخصهای یکسان به کلیه سازمانها و نهادهای دست اندرکار
۱۵. عدم پایش برنامه در حین اجرا

۱۶. ناهماهنگی نظامهای ثبت و گزارشدهی منطبق بر شاخصهای پایش وارزشیابی دربین سازمانهای متولی

۱۷. تخصیص نیافتن کل اعتبار پیش بینی شده برای اجرای برنامه

۱۸. عدم تشکیل کمیته کشوری ایدز در سالهای اخیر

۱۹. توقف فعالیت کمیته آموزش و اطلاع رسانی

عدم وجود بخشی از دستورالعمل مورد نیاز و پیش بینی شده در برنامه استراتژیک

فرصت

۱. نگرش مثبت مسئولین ارشد کشور به ابعاد فنی و کارشناسی آسیبهای اجتماعی

۲. حمایت مراجع و رهبران مذهبی از برنامه های پیشگیری و حمایت از بیماران

۳. وجود بخشنامه های صریح و تسهیل کننده در زمینه مداخلات مرتبط با کنترل HIV

۴. تغییر روح قوانین مرتبط با اعتیاد از مجرم نگر به بیمار نگر

۵. گرایشات و باورهای مذهبی مردم

۶. گسترش روز افزون دسترسی به تکنولوژی ارتباطات شامل صدا و سیما

۷. وجود ساختار نظام یافته و گسترده ارائه خدمات اولیه بهداشتی

۸. کاهش turn over (چرخش) زندانیان

۹. وجود برخی ساختارهای مرتبط برای مداخله در کودکان خیابانی

۱۰. وجود زیرساخت های مناسب برای اجرای برنامه های احتیاطات استاندارد نظیر کمیته ها و

تیم های کنترل عفونت بیمارستانی

۱۱. مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات درمان نگهدارنده متادون،

۱۲. وجود مراکز آموزشی- پژوهشی دانشگاهی در زمینه های مراقبت و درمان، کاهش آسیب،

مراقبت اپیدمیولوژیک

تهدیدها

۱. جوان بودن جمعیت

۲. افزایش طلاق

۳. افزایش سن ازدواج

۴. ضعف قوانین موجود در زمینه HIV

۵. علیرغم اینکه HIV در برنامه چهارم توسعه جزء اهداف قرار داشته، در پیش نویس برنامه

پنجم در ذیل عنوان کلی کنترل بیماریهای واگیر گنجانده شده است.

۶. وجود سه و نیم میلیون کودک و نوجوان خارج از مدرسه

۷. وجود ۱۰ میلیون بی سواد

۸. تعداد زیاد جمعیت های متحرک

۹. مشکل قابل توجه حاشیه نشینی،

۱۰. دسترسی مشکل به جمعیت های در معرض بیشترین خطر

۱۱. روند رو به افزایش موارد شناسایی شده HIV از راه تماس جنسی

۱۲. روند رو به افزایش بیماریهای آمیزشی

۱۳. وجود مشکل اعتیاد در کشور

۱۴. تغییرات الگوی مصرف مواد به سمت مواد با پتانسیل تزریق و مواد محرک

۱۵. وجود رفتارهای جنسی خارج از چهارچوب ازدواج در جوانان، جمعیت عمومی، حتی

جمعیت متاهل

۱۶. گستردگی روابط جنسی مصرف کنندگان مواد

۱۷. میزان پایین استفاده از کاندوم

۱۸. بالا بودن تعداد زندانیان علیرغم تلاش برای کاهش ورود به زندان

۱۹. جمعیت قابل توجه کودکان کار و خیابان و قرار گرفتن این کودکان در معرض خطر HIV و بیماریهای آمیزشی
۲۰. وجود متولیان متعدد در برنامه احتیاطات استاندارد امکان نظارت بر اجرای برنامه فوق را محدود میکند.

۴. نتیجه گیری:

۱. با شناسایی اولین مورد ابتلا به اچ آی وی در سال ۱۳۶۶، همه گیری آن در ایران شروع شد. در ابتدا و در موج اول همه گیری، موارد شناسایی شده در هر سال اندک و به طور عمده از راه انتقال خون بود. پاسخ کشوری برای کنترل اچ آی وی با تشکیل شورای عالی ایدز در سال ۱۳۶۷ شروع شد. برنامه موفق تامین خون سالم، گسترش اچ آی وی از راه انتقال خون را عملاً متوقف ساخت. موفقیت پاسخ کشوری به موج اول اپیدمی، مرهون وجود یک سازمان مسئول با چندین دهه سابقه در زمینه ارائه خون سالم، حمایت مسئولین درجه اول و تامین منبع مالی کافی بود [۷۴]. با این وجود رجوع برخی از گروه های پرخطر برای اهدای خون جهت آگاهی از وضعیت اچ آی وی خویش، خطری است که برنامه سلامت خون را تهدید می کند [۳۳، ۳۵].

۲. همه گیری اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد از سال ۱۳۷۵ شناسایی شد. با توجه به ارتباط موج دوم همه گیری با یک رفتار پنهان و انگ دار در بخشی از اعضای به حاشیه رانده شده جامعه، یعنی مصرف کنندگان تزریقی مواد، کار پاسخ کشوری بسیار دشوار شد. به علت نگرش های متفاوت در مورد مصرف مواد، هماهنگی در مورد نحوه برخورد با مسئله با دشواریهایی زیادی همراه بود. اغلب راه حل در ایده جامعه عاری از رفتار های پرخطر و با برخورد قانونی با مصرف کنندگان مواد و صاحبان سایر رفتار های پرخطر پیگیری می شد. زندانی کردن مصرف کنندگان مواد و ایجاد اردوگاه ها و کمپ ها نمونه هایی از پیروی از این دیدگاه بود. تا چند سال اول پس از شناسایی همه گیری در مصرف کنندگان تزریقی مواد، علیرغم نگرانی های بسیار زیاد در باره آن، اقدام قابل توجه دیگری صورت نگرفت. متعاقباً با افزایش شیوع عفونت در این گروه، ایران از مرحله با شیوع اندک به مرحله با شیوع متمرکز وارد شد [۱۷]. اشتراک در تزریق و بخصوص اشتراک در تزریق در زندان عامل گسترش اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد بود [۳۵]. بدین ترتیب شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در اغلب نقاط کشور از ۵٪ گذشت [۶۲]. با روشن شدن ابعاد همه گیری اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد و نقش تعیین کننده زندانها برخی اقدامات برای کنترل همه گیری شروع شد. ابتدا برنامه های کمک به ترک مواد، تقویت شد. سپس برخی فعالیت های کاهش آسیب های ناشی از مواد شروع شد. همزمان تلاشهای بسیار مفیدی در جهت جلب حمایت سیاستگذاران و مسئولان عالیرتبه سیاسی و مذهبی شروع شد. نتایج این جلب حمایت در خصوص مصرف کنندگان تزریقی مواد بسیار چشمگیر بود و منجر به تسهیل بسیار در پیشبرد برنامه ها شد. در سال ۱۳۸۱ اولین برنامه ملی استراتژیک به صورت ۵ ساله تدوین شد و تلاش گردید تا با مشارکت شرکای برنامه، برنامه ای جامع برای کنترل اچ آی وی طراحی و اجرا شود. دومین برنامه هم به صورت ۳ ساله در سال ۱۳۸۶ ضمن تقویت مشارکت شرکای برنامه تدوین گردید. اگر چه این برنامه ها هیچگاه به طور کامل اجرا نشد، ولی به بهبود وضعیت کمک کرد. راه اندازی مراکز مشاوره اچ آی وی شدند [۵۶]، مراکز ارائه خدمات درمانی و مراقبتی اچ آی وی، مراکز گذری (DIC)، تیم های سیاری و مراکز درمان نگهدارنده متادون از جمله مهمترین اقداماتی است که برای افزایش پوشش خدمات انجام شده است. زندانها نیز همگام با برنامه های کشوری برای ارائه خدمات مشابه کوشیده اند و معمولاً با فاصله ای یکساله سعی در ارائه خدمات مشابه داشته اند و گاه سطح پوشش آنها بیش از بیرون زندان بوده است [۵۶]. ظرف سال های اخیر نشانه هایی جدی از تغییر رفتارهای مرتبط با تزریق در مصرف کنندگان تزریقی مواد مشاهده شده است. بدین معنی که تزریق مشترک مواد در مصرف کنندگان آن که بسیار شایع بود، طی سالهای اخیر کاهش یافته است. به گونه ای که در سال ۱۳۸۶، حدود ۹۴٪ آنانی که در یک ماه قبل از یک

مطالعه تزریق داشته اند، به شیوه ای ایمن تر تزریق کرده اند [۳۵]. به نظر می‌آید گسترش نسبی فعالیت‌های کاهش آسیب در جامعه و در زندان‌ها در این تغییر رفتار نقش داشته است. همچنین به نظر می‌آید با این تغییر رفتار بود که از سرعت رشد شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد کاسته شد و در حدود ۱۵٪ به طور نسبی تثبیت گردید [۳۵] و به اعداد بسیار بالای مشاهده شده در برخی از مناطق دنیای فاقد هر گونه برنامه کاهش آسیب نرسید.

۳. با این وجود هنوز هم عمده ترین عامل گسترش همه گیری در ایران مصرف تزریقی مواد است [۷۵]. تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد در ایران اندک نیست. در سال ۱۳۸۶ تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد بین ۲۳۰،۰۰۰ نفر تا ۲۵۵،۰۰۰ نفر تخمین زده شده است (حدود ۰/۳٪ جمعیت کشور) [۲۴]. در آخرین بررسی ها هنوز هم حدود ۶٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین تزریق مواد از روش تزریق استفاده می کرده اند. همچنین با وجود تلاش هایی که برای کاهش ورود معتادان به زندان شده، هنوز ورود آنها به زندان شایع است و یک سوم آنها سابقه زندان دارند [۲۴، ۲۵، ۳۵]. هنوز هم گاه راه اندازی اردوگاه های جدید برای مصرف کنندگان مواد مشاهده می شود. اگر چه مصرف تزریقی مواد در زندانها با اجرای برنامه های کاهش آسیب و به خصوص درمان نگهدارنده مواد کاهشی شگرف یافته، ولی هنوز هم بیش از ۱٪ زندانیان مرد در زندان تزریق می کنند [۱۹]. از سوی دیگر هم اکنون بین ۱۲۰۰۰۰۰ تا ۱۶۰۰۰۰۰ نفر مصرف کننده مواد در کشور زندگی می کنند که بالقوه می توانند به جمعیت مصرف کنندگان تزریقی مواد افزوده شوند [۲۵].

۴. در چند سال اخیر مشاهده نشانه هایی از افزایش انتقال جنسی اچ آی وی باعث ایجاد نگرانی هایی جدی در باره شروع موج سوم همه گیری یعنی گسترش جنسی اچ آی وی شده است. در طی این چند سال تعداد و سهم موارد مبتلایان شناسایی شده که از راه انتقال جنسی مبتلا شده اند، افزایش یافته است و سهم راه انتقال جنسی در سال ۱۳۸۷ به حدود ۱۳٪ کل مبتلایان شناسایی شده رسیده است [۱۷]. به نظر می آید وضعیت به گونه ایست که در صورت نبود اقدام به موقع و مناسب، شرایط برای گسترش جنسی اچ آی وی در ایران بسیار مساعد است. اگر جمعیت بیش از ۲۰۰۰۰۰ نفری مصرف کنندگان تزریقی مواد با شیوع ۱۵ درصدی اچ آی وی همراه با شیوع بالای روابط جنسی و تعدد شرکای جنسی در آنان را در نظر بگیریم، نگرانی از گسترش موج سوم همه گیری بسیار جدی خواهد بود. پژوهش ها حاکی از آنند که بیش از ۳۵٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد متاهلند [۲۴، ۲۵، ۳۵]. بیش از ۵۹،۳٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در طول عمر خود بیش از یک شریک جنسی داشته اند [۳۵]. بیش از ۴۱٪ از مصرف کنندگان تزریقی مواد در یکسال قبل از مطالعه آمیزش جنسی به ازای پول داشته اند [۳۵]. از سوی دیگر هر چند آگاهی های مصرف کنندگان تزریقی مواد در زمینه اثر کاندوم در پیشگیری از انتقال جنسی تا حدی بهبود یافته، اما عدم استفاده از کاندوم بسیار شایع است [۷۶]. حدود دو سوم نزدیکی های مصرف کنندگان تزریقی مواد با شرکای جنسی آنها شامل روابط جنسی با همسران، با تن فروشان و روابط جنسی گذرا با غیر تن فروشان بدون کاندوم بوده است [۳۵]. در کنار این بسیاری از آنان از مشاوره و آزمایش اچ آی وی بهره نبرده اند و فقط حدود یک سوم مصرف کنندگان تزریقی مواد در ایران از وضعیت HIV خود مطلعند [۳۵].

۵. عامل بالقوه دیگری که می تواند در صورت عدم اقدام به موقع منجر به گسترش جنسی اچ آی وی در جمعیت عمومی شود، رفتارهای جنسی آنان است. جمعیت ایران یک جمعیت جوان است [۵]. تمامی مطالعاتی که در چند سال گذشته در مورد رفتارهای جنسی جوانان شده، حاکی از شیوع قابل توجه رفتارهای جنسی پرخطر بوده است. در دو مطالعه در سطح کشور، یک پنجم پسران و ۶-۵٪ دختران ساکن در مناطق شهری و در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال، رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج داشته اند [۲۷، ۷۷]. بیش از یک چهارم این دختران و نیمی از این پسران، تعداد شرکای جنسی شان بیش از یک نفر بوده است [۷۷]. اگر چه آگاهی از اثر بخشی کاندوم در پیشگیری از اچ آی وی بهبود یافته [۳۹، ۴۰، ۷۷] و فراهمی آن نیز بهتر شده [۶۸]، تنها حدود سه

پنجم جوانان دارای رابطه جنسی خارج از ازدواج در آخرین رابطه خود از کاندوم استفاده کرده اند [۷۷]. در مورد کیفیت استفاده از کاندوم نیز نگرانی های جدی وجود دارد. همچنین یک پنجم مردانی که برای اهدای خون مراجعه کرده اند، به علت روابط جنسی نا ایمن از اهدای خون معاف شده اند [۳۲]. بیش از نیمی زنان تن فروش اظهار داشته اند که بیشتر مشتریان، مردان متاهل هستند [۳۳]. ارتباطات جنسی زنان تن فروش با شبکه مصرف کنندگان تزریقی مواد نگران کننده است. تنها حدود ۲۱٪ زنان تن فروش در یک ماه قبل از یک مطالعه، همواره از کاندوم در رابطه جنسی با مشتریان استفاده می کرده اند [۳۳]. خوشبختانه هنوز شیوع اچ آی وی در همه گروه های جمعیتی به جز مصرف کنندگان تزریقی مواد پایین است [۵۶]. اما گفته می شود مشاهده افزایش موارد بیماری های آمیزشی می تواند پیش قراول همه گیری اچ آی وی باشد و بر اساس نظام گزارشدهی موارد شناخته شده بیماری های آمیزشی در کشور، تعداد موارد گزارش شده بیماریهای آمیزشی براساس علامتی از زمان راه اندازی تا سال ۱۳۸۵ که سیستم موجود مورد بازبینی قرار گرفته ۸ برابر شده است [۲۲].

۶. پاسخ برای پیشگیری از انتقال جنسی اچ آی وی بسیار ضعیف بوده است. ضعف در استفاده موثر از ظرفیت رسانه ها در ارائه پیامهای صحیح در زمینه انتقال جنسی اچ آی وی باعث گردیده تا علیرغم گسترش روز افزون دسترسی به تکنولوژی ارتباطات شامل صدا و سیما، میزان آگاهی در باره آن در همه گروه های جمعیتی در حد مطلوب نباشد [۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۷۷]. نسبت استفاده از کاندوم در روابط جنسی پر خطر نیز بسیار نا مطلوب است [۳۳، ۳۵، ۷۷]. فعالیت های انجام شده در این زمینه کافی نبوده است [۵۶]. مهمترین علت این ضعف مخالفت بخشی از مسئولین بوده که معتقد به پرده دری طرح این مسائل بوده اند.

۷. اگرچه موارد شناسایی شده انتقال از مادر به کودک تاکنون اندک بوده ولی این نگرانی وجود دارد که که بخش عمده موارد ابتلا از این راه، به علت حساسیت ناکافی در نظام ارائه خدمات به مادران باردار در باره احتمال وجود مادران اچ آی وی مثبت و عدم احساس خطر در کسانی که در معرض ابتلا به اچ آی وی هستند، تاکنون شناسایی نشده اند.

۸. تاکنون برنامه پایش و ارزشیابی همزمان با برنامه استراتژیک انجام نشده است. اما تلاش های انجام شده از جمله بازبینی نظام پایش و ارزشیابی، یکسان شدن تعاریف برای متغیرهای پایش برنامه کشوری، اجرای جامع پایش و ارزشیابی دومین برنامه ملی استراتژیک برای کنترل ایدز و آموزش بخش وسیعی از کارشناسان در حین اجرای آن و راه اندازی برنامه های مراقبت رفتاری-زیستی در مصرف کنندگان مواد و زنان تن فروش، این امید را برانگیخته که همزمان با اجرای سومین برنامه ملی استراتژیک برای کنترل ایدز، پایش و ارزشیابی آن نیز اجرا گردد.

۵. استراتژی های پیشنهادی برای سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز در ایران:

با توجه با توجه به مؤلفه های اصلی که اپیدمی را در کشور ما به پیش می برد و پاسخی که تاکنون برای متوقف کردن آن در کشور اجرا شده است، راهبردهای زیر به عنوان استراتژیهای سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران پیشنهاد می شود:

استراتژی اول: آموزش و اطلاع رسانی

استراتژی دوم: تامین سلامت خون

استراتژی سوم: مشاوره و آزمایش داوطلبانه

استراتژی چهارم: کاهش آسیب

استراتژی پنجم: پیشگیری و مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی

استراتژی ششم: ترویج سلامت جنسی

استراتژی هفتم: مشاوره، مراقبت و درمان مبتلایان به HIV و خانواده آنها

استراتژی هشتم: حمایت

استراتژی نهم: برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده ها

استراتژی دهم: تقویت زیر ساخت های لازم

۶. راهکارهایی برای اجرایی نمودن استراتژی های پیشنهادی:

با توجه به مؤلفه های اصلی پیش برنده همه گیری اچ آی وی در ایران و پاسخی که تاکنون به آن داده شده، به نظر می آید موارد زیر باید برای اجرایی کردن استراتژی های پیش بینی شده در نظر گرفته شود:

۱. با استفاده از تجربه موفق جلب حمایت از برنامه های کاهش آسیب در مصرف کنندگان تزریقی مواد، اثرات سوء همه گیری اچ آی وی بر ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سلامت کشور در صورت عدم اعمال برنامه های پیشگیری و کنترل برای سیاستگذاران، برنامه ریزان، روحانیون و سایر گروه های کلیدی و جمعیت عمومی روشن شود. تا علاوه بر جلب حمایت آنان در جهت تأمین منابع کافی اعم از اعتباری، نیروی انسانی و تجهیزات و ایجاد ظرفیت لازم برای اجرای کامل فعالیتهای، نسبت به وضع قوانین حمایتی برای افراد مبتلا به اچ آی وی و وضع قوانین لازم برای فراهم نمودن تسهیلات بیشتر در جهت دسترسی به گروه های پرخطر فراهم شود.

۲. تخصیص نیافتن کل اعتبار پیش بینی شده برای اجرای برنامه های استراتژیک قبلی از موانع مهم عدم اجرای کامل آن بوده است. به نظر می آید دولت باید برای حداقل یک دوره ده ساله خود را به حمایت سیاسی و مالی کامل از برنامه های پیشگیری و کنترل اچ آی وی متعهد کند. اگرچه هزینه این کار ممکن است به نظر زیاد بیاید، اما اگر چنین نکنیم و همه گیری به جمعیت عمومی گسترش یابد هزینه های بسیار بیشتری پرداخت خواهیم کرد.

۳. متأسفانه در طول برنامه دوم استراتژیک کمیته کشوری ایدز تشکیل جلسه نداده و کاملاً فعال نبوده است. باید ساختار کمیته کشوری موجود بمنظور نیل به یک مدیریت واحد در سطح کلان برای اجرای فعالیتهای پیش بینی شده در برنامه استراتژیک کشوری و استفاده از آن برای جلب حمایت از برنامه های کنترل ایدز در سطوح عالی سیاست گذاری بازبینی، تقویت و حمایت شود.

۴. هنوز رفتارهای مرتبط با مصرف تزریقی مواد، مهم ترین عامل پیش برنده همه گیری در سطح کشور است، بنابراین کلیه برنامه ها و سیاست های مرتبط با مواد و اچ وی و باید اهداف مشابه یا بهم پیوسته داشته باشد و به گونه ای طراحی شود که باعث سوق دادن مصرف کنندگان مواد به سمت تزریق و به خصوص تزریق پرخطر نشود. کمیته کاهش آسیب می تواند در این زمینه نقش کلیدی ایفاء کند.

۵. ارتقاء تزریق سالم در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد مهم ترین جزء جلوگیری از انتقال اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد است. برنامه های کنترل اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد می تواند جزء موفق ترین برنامه ها باشد. علیرغم گسترش چشمگیر پوشش درمان نگهدارنده متادون در مصرف کنندگان مواد، پوشش ناکافی آن (۳۳٪) مصرف کنندگان تزریقی مواد در سال ۱۳۸۶) نیاز به بهبود دارد. توزیع سرنگ و سوزن نیز نیاز به بهبود دارد. تنها ۲۷٪ مصرف کنندگان مواد در آخرین تزریق خویش، سرنگ و سوزن را از مراکز ویژه ارائه این خدمات به این گروه دریافت کرده اند.

۶. برنامه های درمان مواد برای مصرف کنندگان تزریقی مواد باید گستره ای از درمان های مختلف از درمان های سم زدایی گرفته تا اجتماعات درمان مدار و درمان های نگهدارنده را شامل باشد ولی هسته اصلی آن در حال حاضر درمان نگهدارنده متادون است و این درمان باید در سطح کشور گسترش یابد.

۷. در یک بازه زمانی کوتاه دو تا سه ساله ضمن حمایت از مراکز مشاوره بیماری های رفتاری، کلینیک های درمان نگهدارنده متادون و مراکز گذری باید با افزایش تعداد تیم های سیاری که

بطور فعال بدنبال دسترسی به گروه هدف می روند، پوشش دسترسی و ارائه خدمات آموزش و توزیع سرنگ و سوزن به گروهی از مصرف کنندگان تزریقی مواد که خود برای دریافت سرنگ و سوزن مراجعه نمی کنند به ۱۰۰٪ برسد.

۸. مصرف کنندگان تزریقی مواد در ۶۲٪ موارد در بیشتر اوقات سرنگ و سوزن خود را از داروخانه تهیه کرده اند. برنامه های کاهش آسیب بر پایه داروخانه ها، دارای تجربه ای موفق در

برخی از کشورها بوده است. به نظر می آید می توان از این ظرفیت در ایران استفاده نمود.

۹. اگر چه طی سالهای اخیر چهره استفاده از مواد در زندانها با معرفی برنامه نگهدارنده متادون سایر برنامه های کاهش آسیب و گسترش آن تغییر قابل توجهی کرده است، اما هنوز باید به زندان ها به عنوان یکی از مهمترین اجزاء گسترش همه گیری در ایران نگریسته شود و به گسترش خدمات پیشگیری از اچ آی وی در زندانها پرداخت. همچنین باید به تلاش برای تغییر قوانین مبارزه با مواد مخدر به گونه ای که از راهی نمودن مصرف کنندگان مواد به زندانها به علت مصرف مواد جلوگیری شود، ادامه داد.

۱۰. در حال حاضر مهم ترین عامل نگرانی در مورد از کنترل خارج شدن کامل همه گیری اچ آی وی، رفتارهای پر خطر جنسی است که در بخش هایی از جوانان و جمعیت عمومی و برخی از گروه های جمعیتی مثل مصرف کنندگان تزریقی مواد، تن فروشان و مردان دارای روابط جنسی با سایر مردان دیده می شود. بنابر این باید سیاستگذاران، برنامه ریزان، روحانیون و سایر گروه های کلیدی و جمعیت عمومی را در این مورد حساس کرد و حمایت آنان را به خصوص در مورد ضرورت ترویج رفتار جنسی سالم تر به همه گروههای جمعیتی از جمله جمعیت های پر خطر و در معرض خطر جلب نمود.

۱۱. ترویج کاندوم، در کنار ترویج پرهیزمذاری و وفاداری جزیی تفکیک ناپذیر از ترویج رفتار جنسی سالم تر است. اگر چه در چند سال اخیر فراهمی و استفاده از آن بهبود یافته، ولی هنوز با حد مطلوب فاصله بسیار دارد. حتی آگاهی از سودهای کاندوم نیز با حد مطلوب فاصله دارد. ترویج استفاده از کاندوم نباید فقط به گروه های در معرض بیشترین خطر مثل تن فروشان و همسران افراد مبتلا به اچ آی وی محدود شود، بلکه هر کسی که ممکن است دست به رابطه جنسی بزند صرف نظر از اینکه این رابطه قانونی باشد مانند روابط جنسی مصرف کنندگان تزریقی مواد با همسرانشان یا روابط جنسی در چارچوب ازدواج های موقت یا روابط جنسی مشتریان تن فروشان با همسرانشان؛ یا آنکه غیر قانونی باشد مانند روابط جنسی جوانان مجرد، باید در مورد سودهای استفاده از کاندوم، نحوه به دست آوردن آن و نحوه استفاده صحیح از آن آگاه شوند و به استفاده از آن ترغیب گردند.

۱۲. داروخانه ها مهم ترین محل فراهم نمودن کاندوم در برخی گروه های جمعیتی مثل تن فروشان و مصرف کنندگان تزریقی مواد بوده است و می توانند با توجه به گستردگی بسیار وسیع آنها در سطح کشور، محملی بسیار مناسب برای ترویج رفتار جنسی سالم باشند.

۱۳. میزان بالای باورهای نادرست در باره اچ آی وی در همه گروههای جمعیتی، نگرش منفی در جمعیت عمومی نسبت به مبتلایان به اچ آی وی و انگ و تبعیض نسبت به مبتلایان به آن در خانواده، جامعه، محیط کار و مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، بر ضرورت اجرای برنامه هایی برای اصلاح این وضع دلالت می کند.

۱۴. با توجه به آنکه علیرغم وجود تعداد قابل توجهی از مراکز مشاوره اچ آی وی، هنوز اکثر مبتلایان به آن شناسایی نشده اند، برنامه هایی برای گسترش پوشش آزمایش فوق با توجه ویژه به مصرف کنندگان مواد، زندانیان، تن فروشان، شرکای جنسی آنان و زنان باردار که متعلق به گروههای فوق یا شریک جنسی یکی از این گروهها هستند، تنظیم شود.

۱۵. به نظر می آید برای بهبود پوشش خدمات مشاوره و تشخیص اچ آی وی باید از گسترش مراکز ارائه آن با کمک گرفتن از مراکز تحت پوشش بخش خصوصی و ساده تر کردن روند ارائه آن کمک گرفت.

۱۶. ضروری است مبتلایانی که شناسایی می شوند از طریق ارجاع به مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبت و درمان اچ ای وی وایدز ، از این خدمات بهره مند شوند. برای این منظور لازم است پوشش درمان ضد رتروویروسی و بقاء بر درمان بهبود یابد.
۱۷. استفاده موثر از ظرفیت رسانه ها و به خصوص صدا و سیما در ارائه پیامهای صحیح در زمینه اچ آی وی و به ویژه آنچه در موارد مذکور در شماره های ۱۴، ۱۳، ۱۱ و ۱۶ این متن آمده ضروری است.
۱۸. با اجرای طرحهای پایلوت مناسبترین شیوه آموزش و اطلاع رسانی بمنظور نیل به انجام اقدامات فراگیر مداخله ای برای جوانان و جمعیت عمومی در سطح ملی در کوتاهترین زمان ممکن را تعیین و تدوین نمود. با توجه به اطلاعات موجود در حال حاضر بیشترین تمرکز باید بر صدا و سیما، مدارس و رسانه های عمومی باشد.
۱۹. فعال سازی کمیته آموزش و اطلاع رسانی برای هماهنگ سازی فعالیت ها در این زمینه و استفاده از آن به عنوان ابزاری موثر برای جلب حمایت در اولویت قرار گیرد.
۲۰. گسترش پوشش فعالیت های لازم در حدی که بتواند روند همه گیری را معکوس کند، بدون مشاکت بخش غیر دولتی و خصوصی و نمایندگان گروههای هدف امکان پذیر نیست. بنابر این باید زمینه لازم برای مشارکت فعال آنان را در تدوین سیاستها ، تعیین فعالیت ها ، اجرا و پایش و ارزشیابی آنها فراهم نمود.
۲۱. اجرای همزمان برنامه جامع پایش و ارزیابی در سطح کشور با سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز به عنوان یک الویت قطعی در نظر گرفته شود.

منابع

۱. *The Law of Islamic Republic of Iran*. 1368.
۲. *Addiction in Iran*. 1998, Majlis Research Center. p. 103.
۳. *Amendment of drug control act, ratified in 17.8.1386- The Expediency Discernment Council of the System*. 1998.
۴. بررسی وضعیت اچ آی وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران و پاسخ کشوری به آن. ۱۳۸۵، مرکز مدیریت بیماریها (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی).
۵. *Iran As Reflected by Statistics*. 2007, Tehran: Iran Statistic Center.
۶. Tehrani, A., et al., *Health literacy and influencing factors in five provinces in Iran*. Journal of Health Researchers R & D Institute, 2007. 4(1): p. 1-9.
۷. *Population and health in the Islamic Republic of Iran*. 2000, Ministry of Health and Medical Education: Tehran.

- ۸ Haghdoust, A., et al. *Macro strategy of women's health in The Islamic Republic of Iran 1388*. 2009 .
- ۹ *The low of Family Protection, article 16*. 1353.
- ۱۰ Zagroosi, J., *Characteristics of gonorrhoea in Kermanshah, Iran*. Sex Transm Infect, 2002. 2002(78): p. 460-461.
- ۱۱ افتخاری، ز، چهره‌نمایی بافت‌های اسکان غیررسمی و عوامل موثر در شکل‌گیری آن، در مجموعه مقالات حاشیه‌نشینی و اسکان غیررسمی. ۱۳۸۲، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی: تهران.
- ۱۲ محمدی، ی، et al، بررسی چالش‌های حاشیه‌نشینی در شهرستان کوهدشت، استان لرستان. فصل‌نامه پژوهش‌های جغرافیای انسانی، ۱۳۸۷، ۶۶: 98-85 p.
- ۱۳ Barghamdi, H., *Effect of destruction of "Ghorbat" district on social capital of residents of Khak Sefid*. Journal of Social Welfare, 2008. 7(28): p. 283-263.
- ۱۴ گزارش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت نهم (شهریور ۱۳۸۸-۱۳۸۴) - بخش‌های اول تا سوم. ۱۳۸۸
- ۱۵ منصوری، ع، ش. حسینی و س. دادگر، فراوانی حاملگی ناخواسته و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های شهر مشهد ۱۳۸۳. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۳۸۸، ۱۶(۱).
- ۱۶ مهری، گ.خ، et al، بررسی میزان شیوع حاملگی ناخواسته و برخی عوامل موثر بر آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی جنوب تهران. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، ۱۳۸۶، ۱۶(۵۹): 32-27 p.
- ۱۷ اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار ثبت موارد شناخته شده مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز. آذر ۱۳۸۸.
- ۱۸ Zamani, S. and R. Radfar, *Drug Use Characteristics and Prevalence of HIV/HCV/HBV Infections among Injecting Drug Users in Foulad-Shahr City in Isfahan Province, Iran*. 2008.
- ۱۹ نواده، س، et al، مراقبت سرولوژیک- رفتاری زندانیان در ایران ۱۳۸۸.
- ۲۰ اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. گزارش پایش برنامه ملی کنترل ایدز در سال ۱۳۸۷ اسفند ۱۳۸۸.
- ۲۱ اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. گزارش برآورد شیوع آلودگی به ویروس ایدز در ایران. تیر ۱۳۸۸.
- ۲۲ *A review of STI-related studies in Iran*.
- ۲۳ مجدزاده، ر، شیوع بیماری‌های آمیزی در زنان باردار تهران ۱۳۸۸.
- ۲۴ Narenjiha, H., et al., *Rapid situation analysis of substance abuse and dependence in Iran*. 2007, Center for substance abuse and dependence research (In association with Department of Cultural Affairs and Prevention of National Welfare Organization). p. 12.

- ۲۵ Narenjiha, H., et al., *Rapid situation analysis of substance abuse and dependence in Iran*. 2005.
- ۲۶ Shoghli, A., et al., *First National AIDS controls program monitoring and evaluation 1382-1384*, N.C.o.A.M.a. Evaluation, Editor. 2007.
- ۲۷ Hosseini, S., M. Khodadadi, and A. Navidi, *Premarital relationships among Iranian youth aged 15 to 29*, I.Y. Organization, Editor. 2006, Sina Research Institute for Behavioral Sciences.
- ۲۸ Khalaj Abadi Farahani, F. and F. EbadyfardAzar, *Comparison of peer and adult AIDS education on knowledge, attitude, and self-Efficacy among female high school students in distric 4 of Tehran between 2002-2003 using social -cognitive model theory* Iranian Journal of Fertility & Sterility, 2004. 82winter.
- ۲۹ Kolahi, A., *Myths and knowledge holes about modes of transmission and prevention of HIV/AIDS among the young population* Iranian Journal of Fertility & Sterility, 2004. 83 winter supplement.
- ۳۰ Mohammadi, M., et al., *Factors predicting high-risk sexual behavior among adolescents aging 15 to 18 years in Tehran*. Iranian Journal of Fertility & Sterility, 2004. 83 winter supplement.
- ۳۱ Zokaii, S. and A. Peighami, *Analysis of high-risk behaviors among youth with a focus on open sexual relationships (a case study in Tehran)*, I.Y. Organization, Editor. 2005: Tehran.
- ۳۲ Maghsoodloo ,M., M. Malekipour, and S. Nasizadeh, *Evaluation of deferral causes of blood donors and relevant factors*. Blood, 2006. 3(1): p. 9-16.
- ۳۳ مدنی, س., ارزیابی سریع وضعیت روسپی گری در شهر تهران با تاکید بر رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز. ۱۳۸۶.
- ۳۴ Eftekhar, M ,et al., *Bio-Behavioural Survey on HIV and its Risk Factors among Men Who Have Sex with Men in Tehran – 2006-07*. 2006-07.
- ۳۵ Zamani, S., et al., *High Prevalence of HIV Infection Associated With Incarceration Among Community-based Injecting Drug Users in Tehran, Iran*. J Acquir Immune Defic Syndr, 2006: p. 1-5.
- ۳۶ Burrows, D. and A. Wodak, *Harm Reduction in Iran; Issues in national scale-up*. 2005, WHO.
- ۳۷ Bolhari, J. and S. Mirzamani, *Evaluation of substance abuse in prisons of Iran*, S.p.e. center, Editor. 2002. p. 65.

- ۳۸ Masoodi, M. and A. Farhadi, *Level of social support provided by families of HIV/AIDS patients*. Yafte, 2006. 7(3,4).
- ۳۹ حقدوست, ع.ا., et al, تحلیل وضعیت آگاهی و نگرش نسبت به ویروس نقص ایمنی انسانی در جمعیت ایرانی: مرور ساختاریافته و فراتحلیل ۱۳۸۸.
- ۴۰ صحت, م. و آ. اسکندری, مرور سیستماتیک سنجش سطح آگاهی مردم ۱۵ تا ۴۵ ساله ایرانی در خصوص راه‌های انتقال و پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی. ۱۳۸۶.
- ۴۱ EbadyfardAzar, F., A. Barati, and M. Moosavipoor, *Information resources of highschool boys of AIDS in Tehran*. The Journal of Qazvin Univ. of Med. Sci., 2004. 30.
- ۴۲ Hadi, N. and K. Mirzaii, *A study of Shiraz High-School-Students' Awareness of AIDS*, 2004. Iranian South Medical Journal 2004. 7(1): p. 88-94.
- ۴۳ Montazeri, A., *AIDS knowledge and attitudes in Iran: results from a population-based survey in Tehran*. Patient Education and Counseling, 2005. 57.
- ۴۴ Panahandeh, Z. and S. Taremian, *Gilan Collage-Student Awareness and Attitudes on AIDS*. Medical Sciences University Journal, 2004. 13: p. 20-25.
- ۴۵ Tavoosi, A., et al. (2003) *Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students*. Volume, DOI: 10.1186/1471-2458-4-17
- ۴۶ گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز. دبیرخانه کارگروه کشوری ایدز. ۱۳۸۶, وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۴۷ Jabbari, H., et al., *Lack of HIV infection among truck drivers in Iran by rapid HIV test* 2009.
- ۴۸ Vahdani, P., et al., *Prevalence of HBV, HCV, HIV, and Syphilis among Homeless Subjects Older than Fifteen Years in Tehran*. Arch Iranian Med, 2009. 12(5): p. 483-487.
- ۴۹ Jabbari, H., et al., *Assessing the Prevalence of HIV among Afghan immigrants in Iran through rapid HIV testing in the field*. 2009.
- ۵۰ اکبری, م. و صداقت, گزارش فعالیت‌ها و دستاوردها درباره اچ‌آی‌وی و ایدز در جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۸۵, مرکز مدیریت بیماری‌ها- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۵۱ فلاحي, ح., et al, مثبت از خدمات دندانپزشکی و عوامل مؤثر بر آن HIV بهره‌مندی افراد. فصل‌نامه پایش, ۱۳۸۶. p. 65-59: (۱)۷
- ۵۲ Sherafat-Kazemzadeh, R., et al., *Iranian persons living with HIV/AIDS unveil the epidemic of stigma (an overview of patients' attitudes towards the disease and*

- community in first GIPA gathering in Tehran*). Arch Iranian Med, 2003. 6(2): p. 77-80.
- ۵۳ Zamani, S., *Methadone Maintenance Treatment (MMT) for Drug-using Prisoners in Ghezel Hesar Prison, Karaj, Iran*. 2008.
- ۵۴ اولین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی وایدز در جمهوری اسلامی ایران. ۸۵-۸۱.
- ۵۵ دومین برنامه ملی استراتژیک کنترل اچ‌آی‌وی وایدز در جمهوری اسلامی ایران. ۸۸-۸۶.
- ۵۶ گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اسفند ۱۳۸۸.
- ۵۷ Kumar, S., *Review of HIV prevention and care for injecting drug users in Islamic Republic of Iran*, W.H. Organization and R.O.f.t.E.M. Cairo, Editors. 2005.
- ۵۸ Cheraghali, A. and H. Abolghasemi, *Plasma fractionation, a useful means to improve national transfusion system and blood safety: Iran experience*. Haemophilia, 2009. 15(2): p. 487-493.
- ۵۹ Askarian, M., et al., *Assessment of Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Isolation Precautions Among Iranian Healthcare Workers*. Infect Control Hosp Epidemiol, 2005. 26(1).
- ۶۰ Zamani, S., et al., *Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran*. AIDS, 2004. 19: p. 709-716.
- ۶۱ نامداری، ه.، ارزیابی سریع فرآیندهای ارائه خدمات مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری. ۱۳۸۸.
- ۶۲ Zamani, S., *Integrated Bio-Behavioral surveillance for HIV Infection among Injecting Drug Users in Iran*. 2008.
- ۶۳ Asghari, S. and A. Feiz Zadeh, *Evaluation of STI surveillance in Iran*. 2006.
- ۶۴ دستورالعمل کشوری نظام مراقبت بیماری‌های آمیزشی، وزارت بهداشت. ۱۳۸۵.
- ۶۵ راهنمای تدابیر بالینی در عفونت‌های آمیزشی، وزارت بهداشت. ۱۳۸۵.
- ۶۶ بسته آموزشی تربیت مربی بیماری‌های آمیزشی، وزارت بهداشت. ۱۳۸۷.
- ۶۷ مصاحبه با کارشناسان اداره کنترل ایدز. ۱۳۸۸.
- ۶۸ Doroudi, F., *Condom social marketing for STI/HIV/AIDS prevention. A feasibility study and review*. 2007, Ministry of Health and Medical Education.
- ۶۹ اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ثبت موارد تحت درمان ضد رتروویروسی بهمن ۱۳۸۸.
- ۷۰ Masoodi, M. and A. Farhadi, *میزان حمایت اجتماعی خانواده از افراد HIV مثبت و مبتلایان به ایدز*. (Yafte(Lorestan), 2006. 7(3,4).

۷۱. Vize, O. and S. Moradi, *Quality of life and influencing factors in women with AIDS in Tehran*. Family Research, 2007. 2(8): p. 325-309.
۷۲. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. نتایج دیده‌وری‌های بیولوژیک در گروه‌های مختلف جمعیتی دی ۱۳۸۸
۷۳. اصولی، م. آ. اسکندری، و ا. احمدنژاد، بررسی کیفیت مستندات علمی اچ‌آی‌وی و ایدز در کشور ایران. ۱۳۸۸.
۷۴. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز. ۱۳۸۴، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۷۵. اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار سه ماهه اداره ایدز. مهر ۱۳۸۸.
۷۶. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. شاخص‌های عمده اقتصادی: سه ماهه دوم ۱۳۸۸. ۱۳۸۸.
۷۷. شغلی، ع. ر.، et al, بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای پرخطر نوجوانان مناطق منتخب کشور در ارتباط با عفونت اچ-آی‌وی/ایدز ۱۳۸۷.

بخش دوم:

بررسی و انتخاب استراتژی

(Strategy Formulation)

اهداف نهایی سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

- MO-1 :** تا پایان سال ۱۳۹۳ نسبت مبتلایان به ویروس HIV نسبت به کل جمعیت کشور در حد ۱۲/۰٪ باقی بماند .
- MO-2 :** تا پایان سال ۱۳۹۳ شیوع HIV در بین مصرف کنندگان تزریقی حداکثر در حد ۱۴,۳٪ باقی بماند
- MO-3 :** تا پایان سال ۱۳۹۳ شیوع HIV در بین زنان در معرض بیشترین آسیب حداکثر در حد کمتر از ۵٪ باقی بماند
- MO-4 :** تا پایان سال ۱۳۹۳ کمتر از ۱۳٪ از نوزادان متولد از مادران بارداری که با HIV زندگی می کنند ، مبتلا به ویروس HIV باشند.
- MO-5 :** تا پایان سال ۱۳۹۳ بیش از ۸۵٪ از مبتلایان به عفونت پیشرفته HIV و ایدز بیشتر از یک سال از زمان شروع درمان به درمان ادامه بدهند .

اهداف میان مدت سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

- IO-1 :** تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۵۰٪ در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله بتوانند هم روش های پیش گیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص می دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند
- IO-2 :** تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۵۵٪ در مصرف کنندگان تزریقی مواد بتوانند هم روش های پیش گیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص می دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند
- IO-3 :** تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۳۵٪ زنان در معرض بیشترین آسیب بتوانند هم روش های پیش گیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص می دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند
- IO-4 :** تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۹۰٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین تزریق خود از سرنگ و سوزن استریل استفاده کنند

IO-5 : تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۶۵٪ زنان در معرض بیشترین آسیب در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند

IO-6 : تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۷۵٪ افراد در ۱۵-۴۹ ساله که در ۱۲ ماه گذشته با بیش از یک نفر تماس جنسی داشته اند در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند

IO-7 : تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۵۰٪ تخمین افراد مبتلا به HIV شناسایی شده باشند

شماره هدف	سطح	حیطه	گروه هدف	عنوان اهداف نهایی و اهداف میان مدت	مقدار پایه	پیش بینی اهداف سالیانه				
						۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
MO-1	هدف نهایی	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	جامعه عمومی	تا پایان سال ۱۳۹۳ نسبت مبتلایان به ویروس HIV نسبت به کل جمعیت کشور در حد ۱۲/۰٪ باقی بماند .	0/12%	۱۲/۰٪	۱۲/۰٪	۱۲/۰٪	۱۲/۰٪	۱۲/۰٪
MO-2	هدف نهایی	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	مصرف کنندگان تزریقی مواد	تا پایان سال ۱۳۹۳ شیوع HIV در بین مصرف کنندگان تزریقی حداکثر در حد ۱۴,۳٪ باقی بماند	14.3%	۱۴,۳٪	۱۴,۳٪	۱۴,۳٪	۱۴,۳٪	۱۴,۳٪
MO-3	هدف نهایی	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	زنان در معرض بیشترین آسیب	تا پایان سال ۱۳۹۳ شیوع HIV در بین زنان در معرض بیشترین آسیب حداکثر در حد کمتر از ۵٪ باقی بماند	<5%	کمتر از ۵٪	کمتر از ۵٪	کمتر از ۵٪	کمتر از ۵٪	کمتر از ۵٪
MO-4	هدف نهایی	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	جامعه عمومی	تا پایان سال ۱۳۹۳ کمتر از ۱۳٪ از نوزادان متولد از مادران باردار که با HIV زندگی می کنند ، مبتلا به ویروس HIV باشند.	0.2	۰,۱۹	۰,۱۶	۰,۱۵	۰,۱۴	۰,۱۳
MO-5	هدف نهایی	مراقبت و درمان	مبتلایان به ویروس HIV	تا پایان سال ۱۳۹۳ بیش از ۸۵٪ از مبتلایان به عفونت پیشرفته HIV و ایدز بیشتر از یک سال از زمان شروع درمان به درمان ادامه بدهند .	70%	۷۲٪	۷۶٪	۸۱٪	۸۳٪	۸۵٪

شماره هدف	سطح	حیطه	گروه هدف	عنوان اهداف نهایی و اهداف میان مدت	مقدار پایه	پیش بینی اهداف سالیانه				
						۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
IO-1	هدف میان مدت	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	جامعه عمومی	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۵۰٪ در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله بتوانند هم روش های پیشگیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص می دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند	16.30%	۲۰٪	۲۵٪	۳۰٪	۴۰٪	۵۰٪
IO-2	هدف میان مدت	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	مصرف کنندگان تزریقی مواد	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۵۵٪ در مصرف کنندگان تزریقی مواد بتوانند هم روش های پیشگیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص می دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند	23.70%	۲۸٪	۳۵٪	۴۲٪	۵۰٪	۵۵٪
IO-3	هدف میان مدت	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	زنان در معرض بیشترین آسیب	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۳۵٪ زنان در معرض بیشترین آسیب بتوانند هم روش های پیشگیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص می دهند و هم باورهای غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند	7.90%	۱۰٪	۱۴٪	۲۰٪	۲۷٪	۳۵٪
IO-4	هدف میان مدت	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	مصرف کنندگان تزریقی مواد	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۹۰٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین تزریق خود از سرنگ و سوزن استریل استفاده کنند	74.50%	۷۸٪	۸۰٪	۸۳٪	۸۷٪	۹۰٪

شماره هدف	سطح	حیطه	گروه هدف	عنوان اهداف نهایی و اهداف میان مدت	مقدار پایه	پیش بینی اهداف سالیانه				
						۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
10-5	هدف میان مدت	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	زنان در معرض بیشترین آسیب	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۶۵٪ زنان در معرض بیشترین آسیب در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند	55%	۵۶٪	۵۷٪	۶۰٪	۶۳٪	۶۵٪
10-6	هدف میان مدت	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	جامعه عمومی	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۷۵٪ افراد در ۱۵-۴۹ ساله که در ۱۲ ماه گذشته با بیش از یک نفر تماس جنسی داشته اند در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند	55.40%	۵۸٪	۶۰٪	۶۵٪	۷۰٪	۷۵٪
10-7	هدف میان مدت	مراقبت و درمان	مبتلایان به ویروس HIV	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۵۰٪ تخمین افراد مبتلا به HIV شناسائی شده باشند	17.00%	۲۰٪	۲۵٪	۳۰٪	۴۰٪	۵۰٪

استراتژیهای سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

- S1 : استراتژی اول: آموزش، اطلاع رسانی
- S2 : استراتژی دوم : تامین سلامت خون
- S3 : استراتژی سوم : مشاوره و آزمایش داوطلبانه
- S4 : استراتژی چهارم : کاهش آسیب
- S5 : استراتژی پنجم : پیشگیری از انتقال جنسی
- S6 : استراتژی ششم : مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی
- S7 : استراتژی هفتم : مشاوره ،مراقبت و درمان مبتلایان به HIV و خانواده آنها
- S8 : استراتژی هشتم : حمایت وتوانمند سازی
- S9 : استراتژی نهم :برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده ها
- S10 : تقویت زیر ساخت های لازم

بخش سوم:

به اجرا گذاردن استراتژی ها (Strategy Implementation)

۱-۳- اهداف اختصاصی یا سالیانه (Annual Objectives)

اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران

S01	استراتژی اول: آموزش، اطلاع رسانی
001	S01 : حداقل ۵٪ برنامه های تلویزیونی در سطح ملی و استانی به آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV اختصاص یابد .
002	S01 : حداقل ۵٪ برنامه های رادیویی در سطح ملی و استانی به آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV اختصاص یابد .
003	S01 : واحدهای سیاستگذاری و اجرایی سازمانهای شرکا برنامه در کلیه شهرستانها حداقل یک برنامه استاندارد اطلاع رسانی عمومی در خصوص راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV داشته باشند
004	S01 : حداقل ۷۰٪ دانش آموزان مقطع دبیرستان و راهنمایی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.
005	S01 : راههای پیشگیری و ترویج در طول دوره آموزشی خود تحت آموزش استاندارد دانشجویان ۷۰٪ قرار گیرند HIV نگرش صحیح در خصوص
006	S01 : حداقل ۵۰٪ سربازان (در دوره آموزشی) در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.
007	S01 : حداقل ۷۰٪ داوطلبین جمعیت هلال احمر در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.
008	S01 : حداقل ۵۰٪ برنامه های آموزش در ازا هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در شهرستانها جهت جوانان سخت در دسترس برگزار شود .
009	S01 : حداقل ۸۰٪ شهرستانهای بالای ۳۰۰ هزار نفر در مناطق حاشیه نشین در سال برنامه های آموزشی استاندارد در قالب آموزش اجتماع مدار داشته باشند
010	S01 : حداقل ۳۰٪ مصرف کنندگان مواد تزریقی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و راههای کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.
011	S01 : حداقل ۲۵٪ همسر مصرف کنندگان مواد در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.

S01 O12	:	حداقل ۳۰٪ زنان در معرض بیشترین آسیب در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و راههای کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.
S01 O13	:	حداقل ۹۰٪ ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و اصول احتیاطات استاندارد قرار گیرند.
S01 O14	:	حداقل ۸۰٪ ازندانیان ورودی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و اصول کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.
S01 O15	:	حداقل ۲۰٪ از همسرزندانان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.
S01 O16	:	حداقل ۵۰٪ از پایانه ها (ترمینال های ، فرودگاه ، بنادر) در سال برنامه استاندارد اطلاع رسانی در خصوص راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.
S01 O17	:	حداقل ۵۰٪ از پناهندگان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.
S01 O18	:	حداقل ۴۰٪ از همسر مبتلایان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود قرار گیرند.
S01 O19	:	حداقل ۲۵٪ از کودکان خیابانی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود قرار گیرند.
S01 O20	:	حداقل ۷۰٪ مبتلایان شناسائی شده تا انتهای برنامه تحت آموزش استاندارد در خصوص بیماری ایدز و مهارت مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم را داشته باشند.

S02 : استراتژی دوم : تامین سلامت خون

S02 O01	:	حفظ ۱۰۰٪ پوشش غربالگری خون و فرآورده های خونی اهدا شده
---------	---	--

S03 : استراتژی سوم : مشاوره و آزمایش داوطلبانه

S03 O01	:	جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال بر اساس (استاندارد های تعیین سده) تا پایان برنامه به خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV دسترسی داشته باشند.
S03 O02	:	صد درصد افراد بالای ۱۵ ساله داوطلب تحت خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار بگیرند .

S03	O03	: حداقل ۷۰٪ زنان باردادر پرخطر تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گیرند
S03	O04	: حداقل ۴۵٪ درصد زندانیان تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار بگیرند .
S03	O05	: حداقل ۲۵٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند
S03	O06	: حداقل ۳۰٪ زنان در معرض بیشترین آسیب تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند
S03	O07	: حداقل ۲۰٪ همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد شناسائی شده تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند
S03	O08	: حداقل ۵/۰٪ سایر افراد در معرض خطر انتقال جنسی تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند.
S03	O09	: حداقل ۳۵٪ همسر مبتلایان شناسائی شده تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند
S03	O10	: حداقل ۶٪ بیماران مقاربتی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا گزارش شده تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند

S04 : استراتژی چهارم : کاهش آسیب

S04	O01	: تا پایان برنامه ۳۰٪ تزریق کنندگان مواد به سرنگ و سوزن به استریل به مقدار کافی دسترسی داشته باشند.
S04	O02	: حداقل ۲۰٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه تحت پوشش مستمر تحویل سرنگ و سوزن باشند.
S04	O03	: حداقل ۳۰٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند
S04	O04	: حداقل ۸۰٪ مصرف کنندگان تزریقی مبتلا به HIV شناخته شده تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند
S04	O05	: حداقل مصرف کنندگان تزریقی زندانی تا پایان برنامه تحت پوشش برنامه های کاهش آسیب (تحویل ابزار (سرنگ و سوزن)) قرارگیرند

S04 O06 : حداقل ۴۰٪ زندانیان مصرف کننده مواد تا پایان برنامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند

S05 : استراتژی پنجم : پیشگیری از انتقال جنسی

S05 O01 : صد در صد افراد متقاضی وسیله پیشگیری ، افرا (۱۵ تا ۴۹ ساله) براحتی امکان تهیه وسیله پیشگیری را داشته باشند .

S05 O02 : صدر صد زندانها امکان دسترسی به کاندوم در ملاقاتهای شرعی برای زندانیان وجود داشته باشد

S05 O03 : حداقل ۳۰٪ مصرف کنندگان تزریقی شناسائی شده تحت پوشش برنامه به کاندوم مقدار کافی دسترسی داشته باشند .

S05 O04 : حداقل ۲۰٪ مصرف کنندگان تزریقی شناسائی شده تحت پوشش برنامه دریافت مستمر وسیله پیشگیری قرار داشته باشند .

S05 O05 : تا پایان برنامه ۲۵٪ زنان در معرض بیشترین آسیب به کاندوم مقدار کافی دسترسی داشته باشند.

S05 O06 : حداقل ۱۰٪ زنان در معرض بیشترین آسیب دریافت مستمر وسیله پیشگیری قرار داشته باشند .

S05 O07 : حداقل ۷۰٪ مبتلایان به HIV شناسایی شده واجد شرایط ؛ تحت پوشش برنامه دریافت مستمر وسیله پیشگیری قرار داشته باشند

S06 : استراتژی ششم : مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی

S06 O01 : حداقل ۶۰٪ بیماران آمیزشی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی وزارت بهداشت تا پایان برنامه تحت مشاوره ، مراقبت و درمان صحیح رار گیرندو تست تشخیصی HIV را انجام داده باشند.

S06 O02 : حداقل ۶۰٪ بیماران آمیزشی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا مراجعه کننده به مراکز بهداری سازمان زندانها تا پایان برنامه تحت مشاوره ، مراقبت و درمان صحیح رار گیرندو تست تشخیصی HIV را انجام داده باشند.

S07 : استراتژی هفتم : مشاوره ،مراقبت و درمان مبتلایان به HIV و خانواده آنها

S07 O01 : حداقل ۷۰٪ مبتلایان به HIV شناسائی شده تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات مشاوره و مراقبت بطورمستمر قرار گیرند

S07	O02	: حداقل ۷۵٪ مبتلایان به عفونت پیشرفته HIV و ایدز شناسائی شده تا پایان برنامه تحت پوشش درمان ضد رترو ویروسی قرار گیرند
S07	O03	: حداقل ۷۵٪ مبتلایان به HIV شناسائی شده زندانی تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات مشاوره و مراقبت بطور مستمر قرار گیرند
S07	O04	: درمان پیشگیرانه تا پایان برنامه تحت و نوزادان آنها شده شناسائی HIV زنان باردار مبتلا به ۷۵٪ قرار گیرند استانداردهای کشوری ضد رترو ویروسی مطابق
S07	O05	: خدمات بهداشتی درمانی در عرض کمتر از ۶ ساعت به درمان پیشگیرانه ضد مراکز ارائه دهنده ۱۰۰٪ از تماس دسترسی داشته باشند رترو ویروسی بعد
S07	O06	: حداقل ۸۰٪ افراد واجد شرایط از طریق خدمت مراقبت در منزل خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

S08 : استراتژی هشتم : حمایت و توانمند سازی

S08	O01	: حداقل ۱۵ درصد کودکان خیابانی تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات حمایتی (پوشش بیمه) مطابق استاندارد قرار گیرند
S08	O02	: حداقل ۹۰٪ مبتلایان به HIV واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات بیمه درمانی قرار بگیرند
S08	O03	: حداقل ۷۵٪ مبتلایان به HIV واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات حمایت های مالی معیشتی و کمک هزینه تحصیلی و کمک به ازدواج قرار بگیرند
S08	O04	: حداقل ۵۰٪ از یتیمان بازمانده از بیماری ایدز تحت پوشش برنامه های حمایتی نگهداری قرار گیرند
S08	O05	: ایجاد زمینه های اشتغال در جهت خودکفایی مالی و برخورداری از آموزشهای فنی حرفه ای برای حداقل ۲۵ درصد افراد آلوده و یا یکی از افراد خانواده های آنها تا پایان برنامه
S08	O06	: حداقل برای ۳۰٪ مبتلایان به HIV واجد شرایط تا پایان برنامه مسکن / سرپناه تامین شده باشد.

S09 : استراتژی نهم : برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده ها

S09	O01	: صد درصد داده های مورد نیاز برنامه در قالب یک نظام منسجم و یکپارچه جمع آوری ، ثبت ، آنالیز کردند و انتشار یابد.
-----	-----	--

S09 002 : صد در صد گروه‌های هدف مورد انتظار تحت دیده‌وری سرولوژیک قرار بگیرند

S09 003 : صد در صد گروه‌های هدف مورد انتظار تحت دیده‌وری رفتاری قرار بگیرند

S09 004 : صد در صد شاخص‌های ارزیابی برنامه در زمان تعیین شده محاسبه و مطابق استانداردهای تعیین شده انتشار یابند

S10 : استراتژی دهم: تقویت زیر ساخت های لازم

S10 001 : حداقل ۸۰٪ مبلغین و ائمه جماعات به منظور انتقال مفاهیم کنترل بیماری ایدز به جامعه تحت آموزش استاندارد قرار گیرند.

S10 002 : مسئولین کلیدی (مراجع تقلید، ائمه جمعه، روسای سه قوه، وزار وزارت خانه‌های مرتبط) تا پایان برنامه در فواصل زمانی مناسب حمایت (؟) خود را از برنامه‌های کنترل ایدز اعلام دارند.

S10 003 : ارتقا محیط قانونی برای کنترل ایدز

S10 004 : منابع مالی مورد نیاز جهت اجرا برنامه کنترل ایدز تامین گردد.

S10 005 : ساختار اجرایی تعریف شده در سطح کشوری و ۱۰۰٪ استانها از سال اول برنامه تشکیل و تا پایان برنامه باقی بماند

S10 006 : حداقل ۱۰٪ مدارس تا پایان برنامه قابلیت ارائه آموزش پیشگیری از ایدز مبتنی بر اصول مهارتهای زندگی را داشته باشند

S10 007 : صد در صد مراکز مشاوره (VCT) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند

S10 008 : صد در صد مراکز مشاوره و مراقبت و درمان سازمان زندانها مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند

S10 009 : صد در صد مراکز گذری (DIC) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۴ و ۵ راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند

S10 010 : صد در صد مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۵ و ۶ راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند

S10 011 : صد در صد مراکز درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین (MMT) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژی ۶ راه اندازی و تجهیز و نگهداری گردند

S10 012 : صد در صد تیم های یاری رسان (Outreach) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند

- 013 S10 : صد درصد؛ کلنیک های مثلثی(مراکز بهداشتی - درمانی مرجع) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ راه اندازی،تجهیز ونگهداری گردند
- 014 S10 : صد درصد باشگاههای مثبت مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۸ راه اندازی،تجهیز ونگهداری گردند
- 015 S10 : صد در صد دستورالعمل های مورد نیاز برنامه بصورت سالیانه تدوین و بازبینی گردند
- 016 S10 : افزایش تعدادسازمانهای غیر دولتی که بعنوان شریک برنامه کشوری در جهت تقویت پاسخ ملی به بیماری ایدز (کاهش آسیب ،حمایت و مشارکت افراد متأثر و....)توانمند شده اند
- 017 S10 : صددرصد مشاورین مورد نیاز مراکز مشاوره و آزمایش داوطلبانه مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.
- 018 S10 : صددرصد نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز DIC مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.
- 019 S10 : صددرصد نیروهای ارائه دهنده خدمت تیم های یاری رسان مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.
- 020 S10 : صددرصد نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.
- 021 S10 : صددرصد نیروهای ارائه دهنده خدمت باشگاههای مثبت مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.
- 022 S10 : صددرصد مشاورین و مراقبین مورد نیاز مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری مطابق استاندارد تحت آموزش قرار گیرند.
- 023 S10 : صددرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش دانش آموزان مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.
- 024 S10 : صددرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش دانشجویان مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.
- 025 S10 : صددرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش سربازان مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.
- 026 S10 : صددرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش داوطلبین جمعیت هلال احمر مطابق استاندارد تحت آموزش و بازآموزی قرار گیرند.

- 027 S10 : صدر درصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش پناهندگان مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.
- 028 S10 : صدر درصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش کودکان خیابانی مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.
- 029 S10 : صدر درصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش مبلغین مذهبی مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.
- 030 S10 : آموزی و باز مطابق استاندارد تحت آموزش STI درمانی دخیل در امر تشخیص و درمان پرسنل بهداشتی % 80 قرار گیرند.

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران						ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیننه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران				
O	S	گروه هدف	نام سازمان /سازمانهای متولی	عنوان اهداف میانی	مقدار پایه	میزان پیشرفت برنامه				
						1389	1390	1391	1392	1393
				استراتژی اول: آموزش، اطلاع رسانی						
O01	S01	عموم مردم	صدا و سیما	حداقل ۵/۰% برنامه های تلویزیونی در سطح ملی و استانی به آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV اختصاص یابد .		0.3%	0.3%	0.4%	0.4%	0.5%
O02	S01	عموم مردم	صدا و سیما	حداقل ۵/۰% برنامه های رادیویی در سطح ملی و استانی به آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV اختصاص یابد .		0.2%	0.3%	0.4%	0.4%	0.5%
O03	S01	عموم مردم	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی سازمان زندانها	۱۰۰% واحدهای سیاستگزاری و اجرایی سازمانهای شرکا برنامه در کلیه شهرستانها حداقل یک برنامه استاندارد اطلاع رسانی عمومی در خصوص راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV داشته باشند		100%	100%	100%	100%	100%

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
70%	60%	45%	35%	25%	5%	حداقل ۷۰% دانش آموزان مقطع دبیرستان و راهنمایی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	وزارت آموزش و پرورش	دانش آموزان	S01	O04
70%	60%	50%	40%	30%		۷۰% دانشجویان در طول دوره آموزشی خود تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	وزارت بهداشت وزارت علوم	دانشجویان	S01	O05
50%	40%	30%	25%	20%		حداقل ۵۰% سربازان (در دوره آموزشی) در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	نیروهای مسلح	سربازان	S01	O06
70%	60%	50%	40%	30%		حداقل ۷۰% داوطلبین جمعیت هلال احمر در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	جمعیت هلال احمر	داوطلبین جمعیت هلال احمر	S01	O07

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران						اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران					
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O	
1393	1392	1391	1390	1389							
50%	40%	30%	20%	10%		حداقل ۵۰% برنامه های آموزش در از هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در شهرستانها جهت جوانان سخت در دسترس برگزار شود .	وزارت بهداشت	جوانان سخت در دسترس	S01	O08	
60%	50%	40%	30%	20%		حداقل ۶۰% شهرستانهای بالای ۳۰۰ هزار نفر در مناطق حاشیه نشین در سال برنامه های آموزشی استاندارد در قالب آموزش اجتماع مدار داشته باشند	سازمان بهزیستی	جمعیت حاشیه نشین	S01	O09	
30%	25%	20%	15%	10%	5%	حداقل ۳۰% مصرف کنندگان مواد تزریقی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و راههای کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.	سازمان بهزیستی وزارت بهداشت	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S01	O10	
25%	20%	15%	10%	5%		حداقل ۲۵% همسر مصرف کنندگان مواد در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.	سازمان بهزیستی وزارت بهداشت	همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد	S01	O11	

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
30%	25%	20%	15%	10%		حداقل ۳۰% زنان در معرض بیشترین آسیب در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و راههای کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.	سازمان بهزیستی وزارت بهداشت	زنان در معرض بیشترین آسیب	S01	O12
90%	85%	80%	70%	60%	50%	حداقل ۹۰% ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و اصول احتیاطات استاندارد قرار گیرند.	سازمان بهزیستی وزارت بهداشت سازمان ندانها جمعیت هلال احمر نیروهای مسلح	کارکنان در معرض مواجهه شغلی	S01	O13
80%	75%	70%	65%	60%	50	حداقل ۸۰% ازندانیان ورودی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و اصول کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.	سازمان زندانها	زندانیان	S01	O14
20%	17%	14%	12%	10%		حداقل ۲۰% از همسرزندانیان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.	سازمان زندانها	همسر زندانی	S01	O15

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران						اسرآنژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران				
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
50%	40%	30%	20%	10%		حداقل ۵۰% از پایانه ها (ترمینال های ، فرودگاه ، بنادر) در سال برنامه استاندارد اطلاع رسانی در خصوص راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	راه و ترابری (پایانه ها)	مشاغل متحرک	S01	O16
50%	40%	30%	20%	10%		حداقل ۵۰% از پناهندگان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	وزارت بهداشت	پناهندگان	S01	O17
40%	35%	30%	25%	20%	15%	حداقل ۴۰% از همسر مبتلایان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود قرار گیرند.	وزارت بهداشت	همسر مبتلایان	S01	O18
20%	15%	10%	4%	1%		حداقل ۲۰% ازکودکان خیابانی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود قرار گیرند.	سازمان بهزیستی	کودکان خیابانی	S01	O19

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران						اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران				
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
70%	60%	50%	45%	40%	35%	حداقل ۷۰درصد مبتلایان شناسائی شده تا انتهای برنامه تحت آموزش استاندارد در خصوص بیماری ایدز و مهارت مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم را داشته باشند.	وزارت بهداشت	مبتلایان به HIV	S01	O20
استراتژی دوم : تامین سلامت خون										
100%	100%	100%	100%	100%		حفظ ۱۰۰% پوشش غربالگری خون و فرآورده های خونی اهدا شده	سازمان انتقال خون	دریافت کنندگان خون	S02	O01
استراتژی سوم :مشاوره و آزمایش داوطلبانه										

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیننه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران						اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران				
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
90%	80%	70%	60%	50%		۹۰%جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال بر اساس (استاندار های تعیین شده) تا پایان برنامه به خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV دسترسی داشته باشند.	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	عموم مردم	S03	O01
100%	100%	100%	100%	100%		۱۰۰% افرادبالای ۱۵ ساله داوطلب تحت خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار بگیرند .	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	عموم مردم	S03	O02
70%	60%	50%	40%	20%		حداقل ۷۰% زنان باردار پرخطر تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گیرند	وزارت بهداشت	عموم مردم	S03	O03
35%	30%	25%	20%	15%		حداقل ۳۵%درصد زندانیان تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار بگیرند .	سازمان زندانها	زندانیان	S03	O04

اسرانی‌ها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
25%	20%	15%	10%	5%		حداقل ۲۵% مصرف کنندگان تزریقی مواد تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S03	O05
25%	20%	15%	10%	5%		حداقل ۲۵% زنان در معرض بیشترین آسیب تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	زنان در معرض بیشترین آسیب	S03	O06
20%	15%	10%	7%	4%		حداقل ۲۰% همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد شناسائی شده تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد	S03	O07
۰,۵%	۰,۴%	۰,۳%	۰,۲%	۰,۱%		حداقل ۵/۰% سایر افراد در معرض خطر انتقال جنسی تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند.	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	افراد در معرض بیشترین خطر انتقال جنسی	S03	O08

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیننه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
35%	30%	25%	20%	15%	12%	حداقل ۳۵% همسر مبتلایان شناسائی شده تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند	وزارت بهداشت	همسر مبتلایان	S03	O09
6%	5%	4%	3%	2%	1%	حداقل ۶% بیماران مقاربتی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا گزارش شده تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند	وزارت بهداشت	بیماران مقاربتی	S03	O10
						استراتژی چهارم : کاهش آسیب				
30%	25%	20%	15%	20%		تا پایان برنامه ۳۰%تزریق کنندگان مواد به سوزن و سوزن به استریل به مقدار کافی دسترسی داشته باشند.	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S04	O01

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیننه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
20%	18%	15%	12%	5%		حداقل ۲۰%.مصرف کنندگان تزریقی تا پایان بر نامه تحت پوشش مستمر تحویل سرنگ و سوزن باشند.	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S04	O02
30%	25%	20%	15%	10%		حداقل ۳۰%مصرف کنندگان تزریقی تا پایان بر نامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S04	O03
80%	75%	70%	65%	60%		حداقل ۸۰%مصرف کنندگان تزریقی مبتلا به HIV شناخته شده تا پایان بر نامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند	وزارت بهداشت	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S04	O04
0%	0%	0%	0%	0%		حداقل مصرف کنندگان تزریقی زندانی تا پایان بر نامه تحت پوشش برنامه های کاهش آسیب (تحویل ابزار (سرنگ و سوزن)) قرارگیرند	سازمان زندانها	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S04	O05

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیننه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
40%	35%	33%	27%	25%		حداقل ۴۰% زندانیان مصرف کننده مواد تا پایان بر نامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند	سازمان زندانها	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S04	O06
استراتژی پنجم : پیشگیری از انتقال جنسی										
100%	100%	100%	100%	100%		۱۰۰% افراد متقاضی وسیله یشگیری ، افراد (۱۵تا۴۹ ساله) براحتی امکان تهیه وسیله پیشگیری را داشته باشند .	وزارت بهداشت	عموم مردم	S05	O01
100%	100%	100%	100%	100%		۱۰۰% زندانها امکان دسترسی به کاندوم در ملاقاتهای شرعی برای زندانیان وجود داشته باشد	سازمان زندانها	زندانیان	S05	O02

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیننه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
30%	25%	20%	15%	10%		حداقل ۳۰% مصرف کنندگان تزریقی شناسائی شده تحت پوشش برنامه به کاندوم مقدار کافی دسترسی داشته باشند .	وزرات بهداشت سازمان بهزیستی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S05	O03
20%	18%	15%	12%	5%		حداقل ۲۰% مصرف کنندگان تزریقی شناسائی شده تحت پوشش برنامه دریافت مستمر وسیله پیشگیری قرار داشته باشند .	وزرات بهداشت سازمان بهزیستی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S05	O04
25%	20%	18%	13%	10%		تا پایان برنامه ۲۵% زنان در معرض بیشترین آسیب به کاندوم مقدار کافی دسترسی داشته باشند.	وزرات بهداشت سازمان بهزیستی	زنان در معرض بیشترین آسیب	S05	O05
10%	8%	7%	5%	3%		حداقل ۱۰% زنان در معرض بیشترین آسیب دریافت مستمر وسیله پیشگیری قرار داشته باشند .	وزرات بهداشت سازمان بهزیستی	زنان در معرض بیشترین آسیب	S05	O06

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
O	S	گروه هدف	نام سازمان /سازمانهای متولی	عنوان اهداف میانی	مقدار پایه	میزان پیشرفت برنامه				
						1389	1390	1391	1392	1393
O07	S05	مبتلایان به HIV	وزارت بهداشت	حداقل ۷۰% مبتلایان به HIV شناسایی شده واجد شرایط ؛ تحت پوشش برنامه دریافت مستمر وسیله پیشگیری قرار داشته باشند		40%	45%	50%	60%	70%
استراتژی ششم : مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی										
O01	S06	بیماران مقاربتی	وزارت بهداشت	حداقل ۶%بیماران آمیزشی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -درمانی وزارت بهداشت تا پایان برنامه تحت مشاوره ، مراقبت و درمان صحیح رار گیرندو تست تشخیصی HIV را انجام داده باشند.		2%	3%	4%	5%	6%

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران						اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران				
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
6%	5%	4%	3%	2%		حداقل ۶%بیماران آمیزشی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا مراجعه کننده به مراکز بهداری سازمان زندانها تا پایان برنامه تحت مشاوره ، مراقبت و درمان صحیح رار گیرندو تست تشخیصی HIV را انجام داده باشند.	سازمان زندانها	بیماران مقاربتی	S06	O02
						استراتژی هفتم : مشاوره ،مراقبت و درمان مبتلایان به HIV و خانواده آنها				
70%	65%	60%	55%	50%	35%	حداقل ۷۰%مبتلایان به HIV شناسائی شده تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات مشاوره و مراقبت بطورمستمر قرار گیرند	وزارت بهداشت	مبتلایان به HIV	S07	O01
75%	70%	66%	63%	60%	50%	حداقل ۷۵% مبتلایان به عفونت پیشرفته HIV و ایدز شناسائی شده تا پایان برنامه تحت پوشش درمان ضد رتروو ویروسی قرار گیرند	وزارت بهداشت	مبتلایان به HIV	S07	O02

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
75%	70%	66%	63%	60%		حداقل ۷۵% مبتلایان به HIV شناسائی شده زندانی تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات مشاوره و مراقبت بطورمستمر قرار گیرند	سازمان زندانها	مبتلایان به HIV	S07	O03
75%	70%	66%	63%	60%		۷۵% زنان باردار مبتلا به HIV شناسائی شده و نوزادان آنها تا پایان برنامه تحت درمان پیشگیرانه ضد رترو ویروسی مطابق استانداردهای کشوری قرار گیرند	وزارت بهداشت	مبتلایان به HIV	S07	O04
100%	95%	90%	85%	80%		۱۰۰% مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در عرض کمتر از ۶ساعت به درمان پیشگیرانه ضد رتروویروسی بعد از تماس دسترسی داشته باشند.	وزارت بهداشت	کارکنان در معرض مواجهه شغلی	S07	O05
80%	70%	60%	50%	40%		حداقل ۸۰% افراد واجد شرایط از طریق خدمت مراقبت در منزل خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.	وزارت بهداشت	مبتلایان به HIV	S07	O06

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیننه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران						اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران				
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
استرانژی هشتم : حمایت وتوانمند سازی										
15%	10%	7%	5%	2%		حداقل ۵ درصد کودکان خیابانی تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات حمایتی (پوشش بیمه)مطابق استاندارد قرار گیرند	سازمان بهزیستی - خدمات درمانی	کودکان خیابانی	S08	O01
90%	72%	54%	36%	18%		حداقل ۹۰%مبتلایان بهHIV واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات بیمه درمانی قرار بگیرند	بیمه خدمات درمانی	مبتلایان به HIV	S08	O02
75%	60%	45%	30%	15%		حداقل ۷۵%مبتلایان بهHIV واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش خدماتحمایت های مالی معیشتی وکمک هزینه تحصیلی وکمک به ازدواج قرار بگیرند	بهزیستی ، کمیته امداد	مبتلایان به HIV	S08	O03

ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران						اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران				
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
50%	40%	30%	20%	10%		حداقل ۵۰% از یتیمان بازمانده از بیماری ایدز تحت پوشش برنامه های حمایتی نگهداری قرار گیرند	سازمان بهزیستی	مبتلایان به HIV	S08	O04
25%	20%	15%	10%	5%		۲۵%ایجاد زمینه های اشتغال در جهت خودکفایی مالی و برخورداری از آموزشهای فنی حرفه ای برای حداقل ۲۵در صد افراد آلوده و یا یکی از افراد وخانواده های آنها تا پایان برنامه	وزارت تعاون وزارت کار سازمان بهزیستی	مبتلایان به HIV	S08	O05
30%	24%	18%	12%	6%		حداقل برای ۳۰% مبتلایان بهHIV واجد شرایط تا پایان برنامه مسکن / سرپناه تامین شده باشد.	کمیته امداد سازمان بهزیستی	مبتلایان به HIV	S08	O06
						استراتژی نهم: برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده ها				

اسنرانژیه‌ها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
100%	100%	100%	100%	100%		صد درصد داده های مورد نیاز برنامه در قالب یک نظام منسجم و یکپارچه جمع آوری ، ثبت ، آنالیز گردند و انتشار یابد.	all	all	S09	O01
100%	100%	100%	100%	100%		صد در صد گروههای هدف مورد انتظار تحت دیده وری سرولوژیک قرار بگیرند	وزارت بهداشت	all	S09	O02
100%	100%	100%	100%	100%		صددر درصد گروههای هدف مورد انتظار تحت دیده وری رفتاری قرار بگیرند	وزارت بهداشت	all	S09	O03
100%	100%	100%	100%	100%		صد درصد شاخصهای ارزیابی برنامه در زمان تعیین شده محاسبه و مطابق استانداردهای تعیین شده انتشار یابدو	کمیته کشوری	all	S09	O04

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
استراتژی دهم: تقویت زیر ساخت های لازم										
80%	70%	60%	50%	40%		حداقل ۸۰% مبلغین و ائه جماعات به منظور انتقال مفاهیم کنترل بیماری ایدز به جامعه تحت آموزش استاندارد قرار گیرند.	سازمان تبلیغات اسلامی	مبلغین مذهبی	S10	O01
50%	40%	30%	20%	10%		۵۰% مسئولین کلیدی (مراجع تقلید ، ائمه جمعه روسای سه قوه ، وزار وزارت خانه های مرتبط) تا پایان برنامه در فواصل زمانی مناسب حمایت (؟) خود را از برنامه های کنترل ایدز اعلام دارند.	کمیته کشوری	all	S10	O02
						ارتقا محیط قانونی برای کنترل ایدز	کمیته کشوری	all	S10	O03

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیننه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
100%	100%	100%	100%	100%		۱۰۰%منابع مالی مورد نیاز جهت اجرا برنامه کنترل ایدز تامین گردد.	کمیته کشوری	all	S10	O04
100%	100%	100%	100%	100%		۱۰۰% ساختار اجرایی تعریف شده در سطح کشوری و ۱۰۰%استانها از سال اول برنامه تشکیل و تا پایان برنامه باقی بماند	کمیته کشوری	all	S10	O05
10%	8%	6%	4%	2%		حداقل ۱۰% مدارس تا پایان برنامه قابلیت ارائه آموزش پیشگیری از ایدز مبتنی بر اصول مهارتهای زندگی را داشته باشند	وزارت آموزش و پرورش	all	S10	O06
100%	100%	100%	100%	100%		۱۰۰%مراکز مشاوره(VCT) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ راه اندازی، تجهیز و نگهداری کردند	وزارت بهداشت، بهزیستی، جمعیت هلال احمر	all	S10	O07

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
100%	100%	100%	100%	100%		صددردمراکز مشاوره و مراقبت و درمان سازمان زندانها مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ راه اندازی ، تجهیز و نگهداری گردند	سازمان زندانها	زندانیان	S10	O08
100%	100%	100%	100%	100%		صد درصد مراکز گذری (DIC) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۴ و ۵ راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت، بهزیستی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S10	O09
100%	100%	100%	100%	100%		صد درصد مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۵ و ۶ راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت، بهزیستی	زنان در معرض بیشترین آسیب	S10	O10
100%	100%	100%	100%	100%		صد درصد مراکز درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین (MMT) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژی ۶ راه اندازی و تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت، سازمان زندانها ، بهزیستی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S10	O11

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
100%	100%	100%	100%	100%		صد درصد تیم های یاری رسان (Outreach) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ راه اندازی ، تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت،بهریستی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S10	O12
100%	100%	100%	100%	100%		صد درصد؛ کلنیک های مثلثی(مراکز بهداشتی - درمانی مرجع) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ راه اندازی،تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت	مبتلایان به HIV	S10	O13
100%	100%	100%	100%	100%		صد درصد باشگاههای مثبت مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۸ راه اندازی،تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت ،بهریستی	مبتلایان به HIV	S10	O14
100%	100%	100%	100%	100%		صد در صد دستورالعمل های مورد نیاز برنامه بصورت سالیانه تدوین و بازبینی گردند	کمیته کشوری	all	S10	O15

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
50%	40%	30%	20%	10%		افزایش تعداد سازمانهای غیر دولتی که بعنوان شریک برنامه کشوری در جهت تقویت پاسخ ملی به بیماری ایدز (کاهش آسیب ،حمایت و مشارکت افراد متأثر و....)توانمند شده اند	کمیته کشوری	all	S10	O16
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد مشاورین مورد نیاز مراکز مشاوره و آزمایش داوطلبانه مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت،سازمان زندانها ،بهبودی ،جمعیت هلال احمر	all	S10	O17
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز DIC مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت،بهبودی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S10	O18
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد نیروهای ارائه دهنده خدمت تیم های یاری رسان مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت،بهبودی	مصرف کنندگان تزریقی مواد	S10	O19
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت،بهبودی	زنان در معرض بیشترین آسیب	S10	O20
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد نیروهای ارائه دهنده خدمت باشگاههای مثبت مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت،بهبودی	مبتلایان به HIV	S10	O21

اسنرانژیها و اهداف کوتاه مدت سومین برنامه ملی کنترل ایدز ایران										
ماتریس میزان پیشرفت اهداف سالیانه سومین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز ایران										
میزان پیشرفت برنامه					مقدار پایه	عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	گروه هدف	S	O
1393	1392	1391	1390	1389						
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد مشاورین و مراقبین مورد نیاز مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری مطابق استاندارد تحت آموزش قرار گیرند.	وزارت بهداشت	مبتلایان به HIV	S10	O22
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش دانش آموزان مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	وزارت آموزش و پرورش	دانش آموزان	S10	O23
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش دانشجویان مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت وزارت علوم	دانشجویان	S10	O24
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش سربازان مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	نیروهای مسلح	سربازان	S10	O25
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش داوطلبین جمعیت هلال احمر مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	جمعیت هلال احمر	داوطلبین جمعیت هلال احمر	S10	O26
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش پناهندگان مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت	پناهندگان	S10	O27
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش کودکان خیابانی مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	سازمان بهزیستی	کودکان خیابانی	S10	O28
100%	100%	100%	100%	100%		صدردرصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش مبلغین مذهبی مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	سازمان تبلیغات اسلامی	مبلغین مذهبی	S10	O29
80%	60%	50%	40%	30%		۸۰ % پرسنل بهداشتی درمانی دخیل در امر تشخیص و درمان STI مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت	بیماران مقاربتی	S10	O30

۳- بودجه بندی (Budgeting):

بودجه بندی بر اساس استراتژیها و تعیین سهم هر استراتژی

بودجه بندی بر اساس اهداف سالیانه و تعیین سهم هرهدف

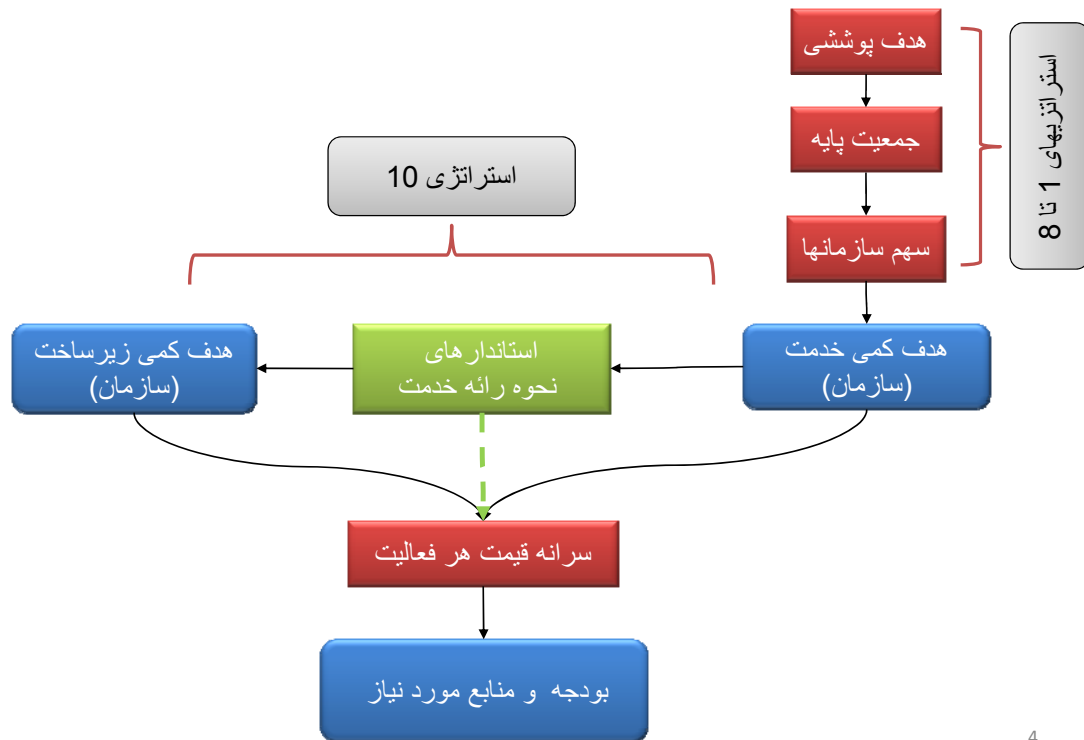
بودجه بندی بر اساس سازمانها و شرکای برنامه و تعیین سهم آنها

نحوه محاسبه بودجه :

در قالب طراحی یک برنامه نرم افزاری در محیط اکسل با قابلیت ذیل برآورد بودجه ۵ ساله انجام شد :

۱. ابتدا اندازه جمعیت گروه های هدف برنامه در سال اول تعیین شده وارد برنامه می شود و تخمین این اندازه برای سالهای بعد با توجه به نرخ رشد هر گروه جمعیتی برآورد می شود.
۲. اهداف کمی در هر سال از حاصل ضرب اهداف پوششی (ماتریس اهداف کوتاه مدت یا سالیانه) در جمعیت پایه برای هدف در ۵ سال تعیین می گردد
۳. در خصوص اهداف پوششی که بصورت مشترک بین دو یا چند سازمان تعیین شده ، سهم هر سازمان در رسیدن به هدف تعیین می شود و از ضرب این سهم در اهداف کمی تعیین شده ، اهداف کمی در هر سال به تفکیک هر سازمان تعیین می شود.
- بدیهی است در صورت تغییر سیاست های هر سازمان با تغییر عدد سهم سازمان مربوطه ، اهداف کمی مطابق سیاست جدید سازمان مربوطه محاسبه می شود .
۴. براساس استانداردهای تعریف شده برای دستیابی به هر هدف کمی ، زیرساخت های مورد نیاز مانند تعداد مراکز یا نیروی انسانی آموزش دیده و به تفکیک هر سازمان برآورد میشود و در قالب اهداف کمی استراتژی دهم (تقویت زیر ساخت) وارد می شود.
۵. بر اساس استانداردهای تعریف شده برای رسیدن به هر هدف سرانه قیمت هر خدمت محاسبه می شود. (این سرانه ها با تغییر قیمت ها هر جز از فعالیت های قیمت سرانه ، قابل تغییر و اصلاح می باشد .)
۶. سرانه قیمت هر فعالیت در هدف کمی مربوطه ضرب شده و بودجه مورد نیاز برای دستیابی به اهداف سالیانه محاسبه می شود.
۷. از آنجا که مبنای محاسبه سرانه قیمت پایه سال ۱۳۸۹ است ، برآورد قیمت سالهای بعد در ضریب نرخ تورم (۲۰ %) ضرب می شود.
۸. برنامه قابلیت محاسبه سهم بودجه را به تفکیک استراتژیها ، اهداف سالیانه ، گروههای هدف ، حیطه های مختلف برنامه ، به تفکیک هر سازمان دارد.
۹. بر مبنای سهم هر هدف در هر سازمان جدولی طراحی شده است که میزان بودجه تخصیص داده شده به هر سازمان را به نسبت پیش بینی شده در برنامه برای هر سازمان محاسبه می نماید.
۱۰. بر اساس بودجه تخصیص داده شده ، اهداف پوششی قابل دستیابی متناسب با آن بودجه را برای هر سازمان و در مجموع برای کل سال محاسبه می شود.
۱۱. اختلاف اهداف پوششی قابل دستیابی با بودجه تخصیص داده شده و برآورد بودجه برنامه محاسبه می شود. به عبارت دیگر در صورتی که بودجه تخصیص یافته کمتر از پیش بینی بودجه مورد نیاز باشد ، به همان نسبت اهداف پوششی کمتر خواهد شد

متغیر های اصلی برنامه



4

مطابق چارت فوق ۵ متغیر اصلی در تعیین بودجه نهایی هر سازمان برنامه موثر است :

۱. ساینز جمعیت هدف (جمعیت پایه)

۲. اهداف پوششی

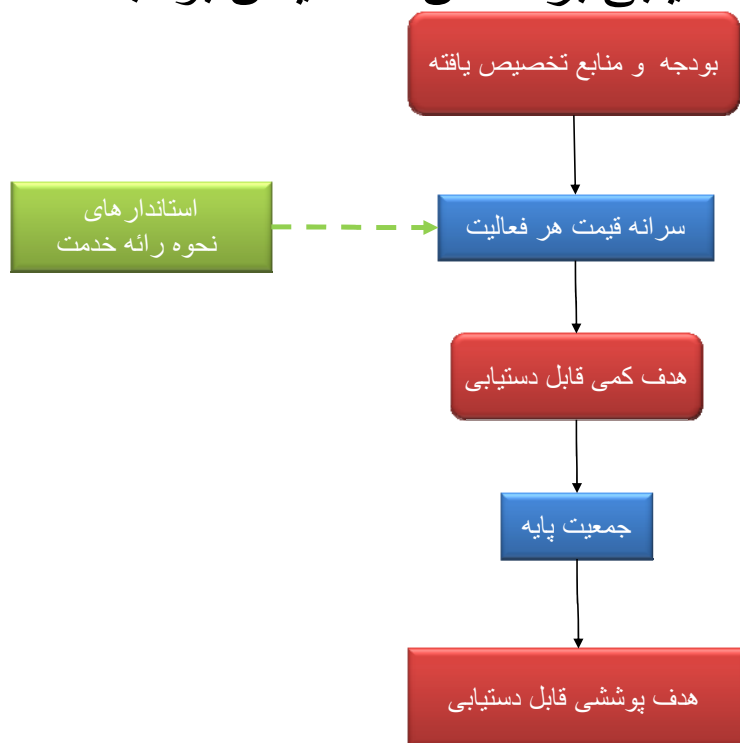
۳. سهم هر سازمان در دستیابی به اهداف پوششی تعیین شده (بعنوان مثال این سهم برای آموزش پرورش در آموزش دانش آموزان ۱۰۰ درصد است ولی این سهم برای سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت در نیل به اهداف کاهش آسیب می تواند از قلم متفاوتی مانند ۱۰٪ و ۹۰٪ یا ۵۰٪ . ۵۰٪ یا ۶۰٪ و ۴۰٪ یا... باشد اگر چه این متغیر در تعیین بودجه نهایی برنامه نقشی ندارد اما در تعیین بودجه مورد نیاز شرکا برنامه در مورد اهداف مشترک موثر است)

۴. استاندارد های کمی هر فعالیت بعنوان مثال هر DIC چند نفر را پوشش می دهد ، و یا نیروی انسانی مورد نیاز هر مرکز ارائه دهنده خدمت و...

۵. سرانه قیمت هر فعالیت در اینجا نیز روش استاندارد هر فعالیت در سرانه قیمت فعالیت تاثیر دارد بعنوان مثال تحویل روزانه دو یا سه سرنگ به مصرف کنندگان تزریقی بر سرانه قیمت کاهش آسیب سالیانه هر فعالیت موثر است .

لذا پس تعیین استانداردهای مناسب برنامه متغیرهای ۴ و ۵ ثابت می شوند . بدیهی است متغیر اول (جمعیت پایه) نیز قابل تغییر نیست . از آنجا که با تغییر متغیر سوم از بودجه مورد نیاز یک سازمان کم شده و به همان نسبت به بودجه مورد نیاز سازمان دیگر اضافه می شود ، لذا تنها متغیری که با تغییر آن می توان بودجه نهایی برنامه را کم یا زیاد نمود تغییر در متغیر دوم (اهداف پوششی) است و در آخرین مرحله پس از تعیین تخصیص اعتبارات هر سازمان برنامه این قابلیت را دارد که تعیین کند اهداف پوششی قابل دستیابی چقدر خواهد بود.

تعیین اهداف قابل دستیابی بر اساس تخصیص بودجه



بخش چهارم :

**برنامه پایش و ارزشیابی (Monitoring & Evaluation)
:(Plan**

– ساختار و نظام پایش و ارزشیابی

۱. ساختار و شرح وظائف کمیته پایش و ارزشیابی سومین برنامه کنترل ایدز :

تاریخچه: این کمیته از سال ۱۳۸۲ تشکیل شده بود که عمدتاً متشکل از کارشناسان و صاحبان نظران ی بود که لزوماً نماینده سازمانهای شریک برنامه استراتژیک نبودند ساختار کمیته کشوری پایش و ارزشیابی در سال ۱۳۸۶ مورد بازبینی اساسی قرار گرفت .

در حال حاضر کمیته مذکور متشکل از نمایندگان سازمانهای شریک برنامه شامل نمایندگانی از سازمان انتقال خون ، سازمان زندانها ، سازمان بهزیستی ، سازمان ملی جوانان ، سازمانهای غیر دولتی ، جمعیت هلال احمر ، وزارت کشور ، وزارت آموزش و پرورش ، وزارت علوم ، وزارت رفاه و تامین اجتماعی ، نیروهای نظامی و انتظامی ، صدا و سیما ، کمیته امداد ، ستاد مبارزه با مواد مخدر و وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماریها ، مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت ، اداره سلامت خانواده و جمعیت ، اداره سلامت روانی و اجتماعی از معاونت سلامت و نماینده معاونت پژوهشی و منتخبانی از نمایندگان دانشگاهها) ، مراکز تحقیقاتی مرتبط ، نماینده دفتر برنامه مشترک سازمان ملل در زمینه ایدز است ، که در دو سطح ملی و استانی فعالیت دارند .

الف - کمیته پایش و ارزشیابی در سطح ملی :

این کمیته با هدف تدوین پروتکل و تعیین شاخصهای اصلی و جزئی ، نحوه محاسبه و اندازه گیری شاخصها و روند اجرا و جمع آوری داده ها و تحلیل و انتشار آنها از سطح کشور فعالیت خود را آغاز کرد. باتوجه به اینکه کار این کمیته فنی و تخصصی بود ، زیر گروههای فنی در سه سطح به شرح ذیل تشکیل شدند (نمودار) :

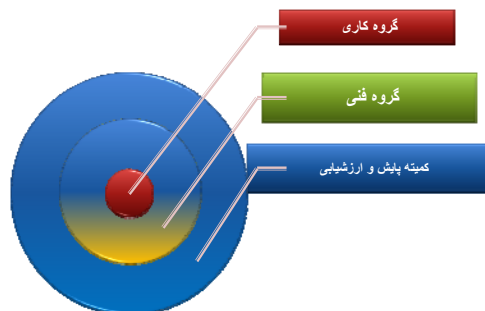
- **گروه کاری :** این گروه متشکل از ۴-۶ نفر از کارشناسان و صاحبان نظرانی است که از نظر فنی پیش نویس های مورد نیاز برای برنامه پایش و ارزشیابی را در سطوح مختلف اعم از مراحل تعیین و تعریف شاخص ها ، داده های مورد نیاز ، روشهای جمع آوری داده ها ، نحوه تحلیل و انتشار نتایج مبتنی بر منابع علمی تهیه می کنند.
- **گروه فنی :** این گروه که بنا به ماهیت تخصصی کار خود به ۴ زیر گروه به شرح زیر تقسیم شده است ، متشکل از کارشناسان فنی سازمانهای همکار برنامه و اعضا گروه کاری می باشند که پیش نویس های تهیه شده توسط گروه کاری را مورد ارزیابی قرار داده با امکانات اجرایی و نیازهای سازمانهای خود تطبیق می دهند :

۱. زیرگروه پیشگیری در جامعه عمومی
۲. زیرگروه پیشگیری درگروه با بیشترین خطر
۳. زیرگروه مراقبت و درمان
۴. زیرگروه حمایت و توانمندسازی

در این گروه در مجموع نمایندگان ۲۱ از شرکای برنامه عضو هستند که از بین آنان سازمانهایی که متولی محاسبه بیشترین تعداد شاخص ها هستند بعنوان هسته نظارتی - اجرایی انتخاب شدند تا اجرایی نمودن برنامه های پایش و ارزشیابی را هدایت کنند . این سازمانها عبارتند از وزارت بهداشت (اداره کنترل ایدز و اداره پیشگیری از سو مصرف مواد) وزارت آموزش و پرورش ، سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی ، سازمان بهزیستی ، جمعیت هلال احمر . ضمناً با توجه به نقش کلیدی وزارت کشور و استانداریها در امر هماهنگی سازمانها ، نماینده این وزارت خانه نیز به عضویت هسته مذکور در آمد.

- **کمیته پایش و ارزشیابی :** این سطح از کمیته که نهاد اصلی سیاستگزاری در برنامه پایش و ارزشیابی می باشد متشکل از مدیران رده بالا سازمانهای شریک برنامه بوده و پیش نویسها و گزارش های تهیه شده در حیطه های مختلف پایش و ارزشیابی تهیه شده توسط گروه های فنی را ارزیابی کرده و مورد تصویب نهایی قرار می دهند .

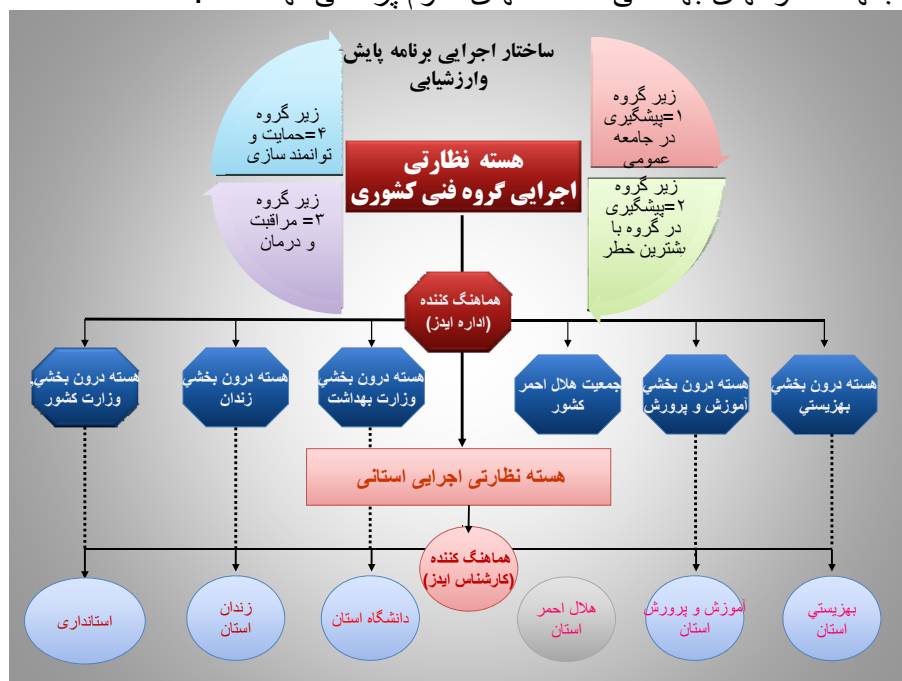
ساختار کمیته پایش و ارزشیابی



ب- کمیته پایش و ارزشیابی در سطح استانی

اگر چه کمیته استانی باید متشکل از روسای سازمانهای مشابه در سطح کشوری باشد اما اجرای برنامه پایش و ارزشیابی در این سطح عمدتاً توسط یک هسته اجرائی - نظارتی از نمایندگان سازمانهایی که بیشترین تعداد شاخص را در برنامه استراتژیک دارند متشکل از نمایندگان "سازمانهای بهزیستی، جمعیت هلال احمر، سازمان زندانها، آموزش و پرورش، دانشگاه علوم پزشکی و به ریاست استانداری صورت می گیرد. اعضا اصلی کمیته های استانی به منظور اجرایی نمودن برنامه مصوب کمیته کشوری در قالب کارگاههای آموزشی - توجیهی آموزش لازم را دریافت می نماید.

ضمناً ریاست کمیته های استانی پایش و ارزشیابی با دفاتر امور اجتماعی استانداریها و دبیری کمیته بعهدہ معاونتهای بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی نهاده شد.



۲. مراحل اجرای برنامه پایش و ارزشیابی برنامه استراتژیک کنترل ایدز:

۱. وظائف گروه کاری:

- تعیین شاخصهای مرتبط با وضعیت اپیدمی (input - output - outcome) و شاخصهای پایش و ارزشیابی برنامه و تطابق شاخصهای کشوری با شاخصهای بین المللی و یک سویه نمودن شاخصها به گونه ای که ضمن امکان تحلیل وضعیت کشور، امکان تهیه گزارشهای بین المللی نیز فراهم آید.
- تعیین تعاریف مورد قبول و یکسان شده برای هر شاخص و اجزای آن به گونه ای که منجر به تضمین اندازه گیری یکسان شاخصها در طول زمان شود.
- تعیین روشهای جمع آوری مورد قبول برای هر يك از شاخصها یا اجزای آنها به گونه ای که امکان انجام مطالعه های پیمایشی، گزارشدهی روتین برنامه ها، روشهای مورد قبول تخمین، یا ترکیبی از آنها را فراهم نماید.
- تهیه پیش نویس کتاب جامع پایش و ارزشیابی کشور: این کتاب مجموعه ای از کل شاخصهای پیشگفت است و بعنوان مرجع واحد در کل کشور برای اندازه گیری شاخصها استفاده می شود و نحوه جمع آوری متغیرها و امکان ارائه گزارشهای واحد و یکسان در سطح ملی و استانی را فراهم می آورد و علاوه بر آن راهنمای مناسبی برای طراحی پژوهشهای کاربردی می باشد.
- تهیه پیش نویس برنامه کاری جهت تعیین شاخصهای برون داد برنامه استراتژیک

• وظائف گروه های فنی

- ارزیابی و تکمیل اصلاح پیش نویس های تهیه شده توسط گروه کاری
 - مطابقت روشهای جمع آوری داده ها با امکانات موجود سازمانها، به این معنی که با توجه به اینکه از نظام های ثبت و گزارش دهی موجود امکان استخراج داده های مورد نیاز جهت محاسبه بعضی از شاخصها وجود نداشت، روشهای دیگری به غیر از پیشنهادات گروه کاری جایگزین شد.
- ### ۳. تشکیل هسته اجرایی - نظارتی:
- این هسته از بین اعضا گروه فنی و به منظور جمع آوری شاخصهای out put برنامه استراتژیک تشکیل شده است و اقدامات زیر را انجام نظارت و اجرا می نماید:

- نهایی سازی پیش نویس تهیه شده توسط گروه کاری
- تعیین لیست متغیرهای مورد نیاز برای ارزیابی برونداد های برنامه دوم استراتژیک
- استاندارد نمودن و ارائه تعاریف یکسان متغیرها
- تعیین منابع قابل دستیابی برای استخراج داده های
- تعیین روش استخراج داده ها از منابع تعیین شده
- طراحی فرم های جمع آوری داده ها
- تهیه راهنما جهت تکمیل فرم های جمع آوری داده
- طراحی برنامه نرم افزاری برای ورود و آنالیز داده ها
- طراحی برنامه نرم افزاری برای کنترل کیفی جمع آوری داده ها
- طراحی برنامه کاری نحوه عملیاتی نمودن برنامه پیشگفت شامل:

i. معرفی نمایندگان پایش و ارزشیابی استانی در هر سازمان

ii. تشکیل هسته های مشابه هسته کشوری درون استانها

iii. برنامه ریزی آموزش هسته های استانی و فاز بندی جمع آوری داده ها از استانها

iv. برنامه ریزی برای نظارت بر جمع آوری داده ها

۴. **تصویب نهایی برنامه پایش و ارزشیابی کشوری :** ۸ برنامه پایش و ارزشیابی تهیه شده توسط گروه های کاری و فنی شامل شاخص ها و نحوه اجرای برنامه توسط کمیته کشوری پایش و ارزشیابی نهایی و تصویب شد.

۵. **اجرای برنامه پایش و ارزشیابی سالیانه :**

مرحله ۱- تشکیل ساختارهای اجرایی برنامه در استانها : در استانها ، زیر کمیته های فنی پایش و ارزشیابی مشابه زیرکمیته کشوری تشکیل می گردد تا ضمن جمع آوری داده های لازم برای این برنامه ، سایر فعالیت های پایش و ارزشیابی در این استانها پیگیری کنند.

مرحله ۲- آموزش نیروهای عملیاتی : هسته های نظارتی - اجرایی تشکیل شده استانی در قالب کارگاه آموزشی جهت آشنایی با کلیات و اصول پایش و ارزشیابی و نحوه اجرای برنامه پایش و ارزشیابی کشوری آموزش دیدند . در ادامه مسئولین ورود داده ها و کارشناسان برنامه مراقبت ایدز دانشگاهها در یک کارگاه آموزشی دیگر به منظور آشنایی با برنامه نرم افزاری ورود و آنالیز داده ها آموزش می بینند.

مرحله ۳- جمع آوری داده ها : هسته های نظارتی - اجرایی آموزش دیده اقدام به جمع آوری داده های مورد نیاز برای ارزیابی برنامه در سال های مورد نظر در قالب فرمهای استاندارد جمع آوری داده ها نمودند.

مرحله ۴- کنترل کیفی جمع آوری داده ها : علاوه بر آنکه با استفاده از نرم افزار تهیه شده ، کنترل کیفی جمع آوری داده ها در حین اجرای برنامه انجام شد، نمایندگان سازمانهای عضو هسته نظارتی - اجرایی در سطح کشوری اقدام به نظارت مستقیم بر نحوه جمع آوری داده های سازمان متبوع خود در سطح استانها می نمایند.

مرحله ۵- نهایی کردن داده های جمع آوری شده : داده های جمع آوری شده از استانها جمع بندی می شود. سپس صحت داده های جمع آوری شده در این برنامه از طریق مقایسه با داده های موجود مشابه در سازمانها عضو هسته نظارتی - اجرایی در سطح ملی ارزیابی شده و داده های غیر قابل اعتماد از مطالعه حذف شد .

مرحله ۶- آنالیز داده های جمع بندی شده : شاخص های درون داد و برونداد مورد توافق کمیته کشوری در سطوح استانی و کشوری به تفکیک سازمانهای متولی و گروههای هدف برنامه محاسبه شد.

مرحله ۷- تجزیه و تحلیل شاخص ها و تهیه گزارش : شاخص های محاسبه شده توسط گروه کاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و ضمن مقایسه با نتایج حاصل از مطالعات دیگر ، تلاش شد تا سیمای پاسخ ملی به تصویر کشیده شود. و نتایج حاصل توسط گروه فنی جهت تهیه پیش نویس گزارش ملی و استانی مورد ارزیابی قرار گرفت. پیش نویس گزارش مذکور با لحاظ نمودن نظرات کارشناسی شرکا برنامه توسط گروه کاری تهیه و جهت تائید نهایی به کمیته کشوری پایش و ارزشیابی ارائه خواهد شد.

مرحله ۸- انتشار گزارش : کلیه نتایج حاصل از پایش و ارزشیابی دومین برنامه استراتژیک ملی در هر سال در قالب یک گزارش جامع انتشار خواهد یافت. و علنوه بر آن در قالب های زیر نیز استفاده و منتشر می شود:

i. گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره اعلانیه تعهد نشست ویژه سازمان ملل متحد در باره ایدز

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

iii. ارائه چکیده نتایج پایش و ارزشیابی جهت استفاده سیاستگذاران

بخش چهارم :

**برنامه پایش و ارزشیابی (Monitoring & Evaluation)
:(Plan**

– ماتریس نحوه ارزیابی شاخصهای input ,output

چکیده شاخص های اصلی پایش و ارزشیابی (core indicators)				عنوان اهداف نهایی و اهداف میان مدت	گروه هدف	حیطه	سطح	شماره هدف
تواتر زمانی	روش جمع آوری داده	عنوان شاخص	سطح شاخص					
۲ سال یکبار	Estimation	شیوع HIV در کل جامعه	Impact	تا پایان سال ۱۳۹۳ نسبت مبتلایان به ویروس HIV نسبت به کل جمعیت کشور در حد ۱۲/۰٪ باقی بماند.	جامعه عمومی	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	هدف نهایی	MO-1
۲ سال یکبار	BSS	شیوع HIV در مصرف کنندگان تزریقی	Impact	تا پایان سال ۱۳۹۳ شیوع HIV در بین مصرف کنندگان تزریقی حداکثر در حد ۱۴,۳٪ باقی بماند	مصرف کنندگان تزریقی مواد	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	هدف نهایی	MO-2
۲ سال یکبار	BSS	شیوع HIV در زنان در معرض بیشترین آسیب	Impact	تا پایان سال ۱۳۹۳ شیوع HIV در بین زنان در معرض بیشترین آسیب حداکثر در حد کمتر از ۵٪ باقی بماند	زنان در معرض بیشترین آسیب	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	هدف نهایی	MO-3
سالانه	گزارش گیری روتین	شیوع HIV در نوزادان متولد از مادر HIV	Impact	تا پایان سال ۱۳۹۳ کمتر از ۱۳٪ از نوزادان متولد از مادران باردار که با HIV زندگی می کنند ، مبتلا به ویروس HIV باشند.	جامعه عمومی	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	هدف نهایی	MO-4
سالانه	گزارش گیری روتین	بقاء یکساله بر درمان	Outcome	تا پایان سال ۱۳۹۳ بیش از ۸۵٪ از مبتلایان به عفونت پیشرفته HIV و ایدز بیشتر از یک سال از زمان شروع درمان به درمان ادامه بدهند .	مبتلایان به ویروس HIV	مراقبت و درمان	هدف نهایی	MO-5

چکیده شاخص های اصلی پایش و ارزشیابی (core indicators)				عنوان اهداف نهایی و اهداف میان مدت	گروه هدف	حیطه	سطح	شماره هدف
تواتر زمانی	روش جمع آوری داده	عنوان شاخص	سطح شاخص					
۲ سال یکبار	KAP Survey	آگاهی و نگرش جامعه عمومی	Outcome	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۵۰٪ در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله بتوانند هم روش های پیشگیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص می دهند و هم باور های غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند	جامعه عمومی	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	هدف میان مدت	IO-1
۲ سال یکبار	BSS	آگاهی و نگرش مصرف کننده تزریقی مواد	Outcome	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۵۵٪ در مصرف کنندگان تزریقی مواد بتوانند هم روش های پیشگیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص می دهند و هم باور های غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند	مصرف کنندگان تزریقی مواد	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	هدف میان مدت	IO-2
۲ سال یکبار	BSS	آگاهی و نگرش زنان در معرض بیشترین آسیب	Outcome	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۳۵٪ زنان در معرض بیشترین آسیب بتوانند هم روش های پیشگیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص می دهند و هم باور های غلط مهم در خصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند	زنان در معرض بیشترین آسیب	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	هدف میان مدت	IO-3
۲ سال یکبار	BSS	رفتار مصرف کنندگان تزریقی مواد	Outcome	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۹۰٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد در آخرین تزریق خود از سرنگ و سوزن استریل استفاده کنند	مصرف کنندگان تزریقی مواد	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	هدف میان مدت	IO-4
۲ سال یکبار	BSS	رفتار زنان در معرض بیشترین آسیب	Outcome	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۶۵٪ زنان در معرض بیشترین آسیب در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند	زنان در معرض بیشترین آسیب	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	هدف میان مدت	IO-5

چکیده شاخص های اصلی پایش و ارزشیابی (core indicators)				عنوان اهداف نهایی و اهداف میان مدت	گروه هدف	حیطه	سطح	شماره هدف
تواتر زمانی	روش جمع آوری داده	عنوان شاخص	سطح شاخص					
۲ سال یکبار	KAP Survey	رفتار جمعیت عمومی	Outcome	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۷۵٪ افراد در ۱۵-۴۹ ساله که در ۱۲ ماه گذشته با بیش از یک نفر تماس جنسی داشته اند در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند	جامعه عمومی	پیشگیری از ابتلا موارد جدید	هدف میان مدت	IO-6
سالی یکبار	Estimation و نظام گزارش گیری روتین	شناسایی مبتلایان	Outcome	تا پایان سال ۱۳۹۳ حداقل ۵۰٪ تخمین افراد مبتلا به HIV شناسایی شده باشند	مبتلایان به ویروس HIV	مراقبت و درمان	هدف میان مدت	IO-7

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

O	S	نام سازمان /سازمانهای متولی	عنوان اهداف میانی	نحوه محاسبه شاخص					استاندارد خدمت
				صورت	مخرج	روش	ابزار	تواتر زمانی	
			استراتژی اول: آموزش، اطلاع رسانی						
O01	S01	صدا و سیما	حداقل ۵/۰٪ برنامه های تلویزیونی در سطح ملی و استانی به آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV اختصاص یابد .	تعداد ساعات برنامه تلویزیونی پخش شده در خصوص ایدز	تعدادکل ساعت های برنامه های پخش شده	گزارش گیری روتین	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	استاندارد خدمت توسط صدا وسیما تعریف می شود
O02	S01	صدا و سیما	حداقل ۵/۰٪ برنامه های رادیویی در سطح ملی و استانی به آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV اختصاص یابد .	تعداد ساعات برنامه رادیویی پخش شده در خصوص ایدز	تعدادکل ساعت برنامه های پخش شده	گزارش گیری روتین	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	استاندارد خدمت توسط صدا وسیما تعریف می شود
O03	S01	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهبودی سازمان زندانها	واحدهای سیاستگزاری و اجرایی سازمانهای شرکا برنامه در کلیه شهرستانها حداقل یک برنامه استاندارد اطلاع رسانی عمومی در خصوص راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV داشته باشند	تعداد واحدهای سیاستگزاری و اجرایی که حداقل یک برنامه اطلاع رسانی عمومی داشته اند	کل واحدهای سیاستگزاری و اجرایی	گزارش گیری روتین	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	استاندارد خدمت : بعنوان یکی از این فعالیت ها شرکت در مراسم روز جهانی ایدز مد نظر قرار گرفته است

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
<p>استانداردهای آموزش :</p> <p>۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد .</p> <p>۲. حداقل زمان آموزش ۴ ساعت آموزش حضوری توسط مربیان آموزش دیده یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده است . (تنها در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد.)</p> <p>۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .</p>	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل دانش آموزان	تعداد دانش آموزانی که مطابق استاندارد آموزش دیده اند	حداقل ۷۰٪ دانش آموزان مقطع دبیرستان و راهنمایی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	وزارت آموزش و پرورش	S01	O04

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
<p>استانداردهای آموزش :</p> <p>۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد .</p> <p>۲. حداقل زمان آموزش ۲ ساعت آموزش حضوری توسط مربیان آموزش دیده یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده است . (تنها در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد.)</p> <p>۳. (روش های استاندارد از طریق ادغام در برنامه درسی تنظیم خانواده .)پیشنهاد کمیته</p>	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل دانشجویان	تعداد دانشجویانی که مطابق استاندارد آموزش دیده اند	۷۰٪ دانشجویان در طول دوره آموزشی خود تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	وزارت بهداشت وزارت علوم	S01	O05

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
<p>استانداردهای آموزش :</p> <p>۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد .</p> <p>۲. حداقل زمان آموزش ۲ ساعت آموزش حضوری توسط مربیان آموزش دیده یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده است . (تنها در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد.)</p> <p>۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .</p>	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل سربازان	تعداد سربازانی که مطابق استاندارد آموزش دیده اند	حداقل ۵۰٪ سربازان (در دوره آموزشی) در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	نیروهای مسلح	S01	O06

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
استانداردهای آموزش : ۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد . ۲. حداقل زمان آموزش ۴ ساعت آموزش حضوری است. یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده نیز در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد. ۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل داوطلبین جمعیت هلال احمر	تعداد داوطلبین جمعیت هلال احمر که تحت آموزش استاندارد قرار گرفته اند	حداقل ۷۰٪ داوطلبین جمعیت هلال احمر در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	جمعیت هلال احمر	S01	O07
استانداردهای آموزش :؟	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد برنامه آموزشی مورد انتظار	تعداد برنامه آموزشی اجرا شده	حداقل ۵۰٪ برنامه های آموزش در ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در شهرستانها جهت جوانان سخت در دسترس برگزار شود .	وزارت بهداشت	S01	O08

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
<p>استانداردهای آموزش :</p> <p>۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد .</p> <p>۲. حداقل زمان آموزش ۲ ساعت آموزش حضوری است. یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده نیز در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد.</p> <p>۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .</p>	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد برنامه آموزشی مورد انتظار	تعداد برنامه آموزشی اجرا شده	حداقل ۸۰٪ شهرستانهای بالای ۳۰۰ هزار نفر در مناطق حاشیه نشین در سال برنامه های آموزشی استاندارد در قالب آموزش اجتماع مدار داشته باشند	سازمان بهزیستی	S01	O09

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
<p>استانداردهای آموزش :</p> <p>۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد .</p> <p>۲. حداقل زمان آموزش ۱ ساعت آموزش حضوری است یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده نیز در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد.</p> <p>۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .</p>	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل مصرف کنندگان تزریقی مواد	تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد که مطابق استاندارد آموزش دیده اند	حداقل ۳۰٪ مصرف کنندگان مواد تزریقی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و راههای کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.	سازمان بهزیستی وزارت بهداشت	S01	O10

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
استانداردهای آموزش : ۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد . ۲. حداقل زمان آموزش ۱ ساعت آموزش حضوری است .یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده نیز در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد. ۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل مصرف کنندگان مواد متاهل	تعداد همسر مصرف کنندگان مواد که مطابق استاندارد آموزش دیده اند	حداقل ۲۵٪ همسر مصرف کنندگان مواد در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.	سازمان بهزیستی وزارت بهداشت	S01	O11

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
<p>استانداردهای آموزش :</p> <p>۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد .</p> <p>۲. حداقل زمان آموزش ۲ ساعت آموزش حضوری است. یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده نیز در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد.</p> <p>۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .</p>	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل زنان در معرض بیشترین آسیب	تعداد زنان در معرض بیشترین آسیب که مطابق استاندارد آموزش دیده اند	حداقل ۳۰٪ زنان در معرض بیشترین آسیب در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و راههای کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.	سازمان بهزیستی وزارت بهداشت	S01	O12

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
<p>استانداردهای آموزش :</p> <p>۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد .</p> <p>۲. حداقل زمان آموزش ۴ ساعت آموزش حضوری است..</p> <p>۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .</p>	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل ارائه دهندگان خدمت	تعداد ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی که مطابق استاندارد آموزش دیده اند	حداقل ۹۰٪ ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و اصول احتیاطات استاندارد قرار گیرند.	سازمان بهزیستی وزارت بهداشت سازمان ندانها جمعیت هلال احمر نیروهای مسلح	S01	O13

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
استانداردهای آموزش : ۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد . ۲. حداقل زمان آموزش ۲ ساعت آموزش حضوری است یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده نیز در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد. ۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل زندانیان ورودی	تعداد زندانیان که تحت آموزش استاندارد قرار گرفته اند	حداقل% از زندانیان ورودی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و اصول کاهش آسیب و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.	سازمان زندانها	S01	O14

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
<p>استانداردهای آموزش :</p> <p>۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد .</p> <p>۲. حداقل زمان آموزش ۲ ساعت آموزش حضوری است. یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده نیز در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد.</p> <p>۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .</p>	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل زندانیان ورودی متاهل	تعداد همسر زندانی که تحت آموزش استاندارد قرار گرفته اند.	حداقل ۲۰٪ از همسر زندانیان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم قرار گیرند.	سازمان زندانها	S01	O15
<p>استانداردهای برنامه اطلاع رسانی آموزش :</p> <p>۴.</p>	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل ترمینال ها و پایانه ها	تعداد پایانه هایی که برنامه استاندارد اطلاع رسانی را داشته اند	حداقل ۵۰٪ از پایانه ها (ترمینال های ، فرودگاه ، بندر) در سال برنامه استاندارد اطلاع رسانی در خصوص راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	راه و ترابری (پایانه ها)	S01	O16

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
استانداردهای آموزش : ۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد . ۲. حداقل زمان آموزش ۲ ساعت آموزش حضوری است یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده نیز در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد. ۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل پناهندگان	تعداد پناهندگان آموزش دیده تحت آموزش استاندارد قرار گرفته اند.	حداقل ۵۰٪ از پناهندگان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV قرار گیرند.	وزارت بهداشت	S01	O17

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
استانداردهای آموزش : ۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد . ۲. حداقل زمان آموزش ۲ ساعت آموزش حضوری است یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده نیز در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد. ۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل مبتلایان به HIV متاهل	تعداد همسران افراد مبتلا به HIV که تحت آموزش استاندارد قرار گرفته اند.	حداقل ۴۰٪ از همسر مبتلایان در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود قرار گیرند.	وزارت بهداشت	S01	O18

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
<p>استانداردهای آموزش :</p> <p>۱. آموزش توسط مربی آموزش دیده باشد .</p> <p>۲. حداقل زمان آموزش ۲ ساعت آموزش حضوری است. یا آموزش مطابق استاندارد توسط مربیان همسان آموزش دیده نیز در صورت وجود ثبت و امکان حذف موارد تکراری در آمار منظور می گردد.</p> <p>۳. روش های استاندارد ارائه آموزش توسط سازمان متبوع تعیین می شود .</p>	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل کودکان خیابانی	تعداد کودک خیابانی که تحت آموزش استاندارد قرار گرفته اند.	حداقل ۲۵٪ از کودکان خیابانی در سال تحت آموزش استاندارد راههای پیشگیری و ترویج نگرش صحیح در خصوص HIV و نحوه مراقبت از خود قرار گیرند.	سازمان بهزیستی	S01	O19
						حداقل ۷۰٪ مبتلایان شناسائی شده تا انتهای برنامه تحت آموزش استاندارد در خصوص بیماری ایدز و مهارت مراقبت از خود و ترغیب استفاده از کاندوم را داشته باشند.	وزارت بهداشت	S01	O20
						استراتژی دوم : تامین سلامت خون			

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی		تعداد خون اهدا شده	تعدادخون غربالگری شده	حفظ ۱۰۰٪ پوشش غربالگری خون و فرآورده های خونی اهدا شده	سازمان انتقال خون	S02	O01
						استراتژی سوم: مشاوره و آزمایش داوطلبانه			
	۳ سال یکبار	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	تحقیق	کل جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال	تعداد افرادی از جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال که به خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه دسترسی داشته اند	جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال بر اساس (استاندارد های تعیین شده) تا پایان برنامه به خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV دسترسی داشته باشند.	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	S03	O01
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال	تعداد افرادی از جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال که به خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه دسترسی داشته اند	۱۰۰٪ افراد بالای ۱۵ ساله داوطلب تحت خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار بگیرند	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	S03	O02

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین زنان باردار پرخطر	تعداد زنان باردار پر خطری که تحت مشاوره قرار گرفته اند	حداقل ۷۰٪ زنان باردار پرخطر تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گیرند	وزارت بهداشت	S03	O03
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل زندانیان با رفتار پرخطر	تعداد زندانیان با رفتار پر خطر که تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گرفته اند	حداقل ۴۵٪ درصد زندانیان تحت پوشش خدمات مشاوره و آزمایش تشخیصی HIV قرار بگیرند .	سازمان زندانها	S03	O04
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل مصرف کنندگان تزریقی مواد	تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد که تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گرفته اند	حداقل ۲۵٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	S03	O05

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان / سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل زنان در معرض بیشترین آسیب	تعداد زنان در معرض بیشترین آسیب که تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گرفته اند	حداقل ۳۰٪ زنان در معرض بیشترین آسیب تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	S03	O06
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل همسر مصرف کنندگان تزریقی	تعداد همسر مصرف کنندگان تزریقی که تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گرفته اند	حداقل ۲۰٪ همسر مصرف کنندگان تزریقی مواد شناسائی شده تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	S03	O07
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل افراد در معرض خطر انتقال جنسی	تعداد سایر افراد در معرض خطر انتقال جنسی که حداقل یکبار تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گرفته اند	حداقل ۵۰٪ سایر افراد در معرض خطر انتقال جنسی تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند.	وزارت بهداشت جمعیت هلال احمر سازمان بهزیستی	S03	O08

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل همسر مبتلایان به HIV	تعداد همسر مبتلایان به HIV که تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گرفته اند	حداقل ۳۵٪ همسر مبتلایان شناسائی شده تا پایان برنامه تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار بگیرند	وزارت بهداشت	S03	O09
						استراتژی چهارم : کاهش آسیب			
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین تعداد سرنگ و سوزن مورد نیاز	تعداد سرنگ و سوزن توزیع شده	تا پایان برنامه ۳۰٪ تزریق کنندگان مواد به سرنگ و سوزن به استریل به مقدار کافی دسترسی داشته باشند.	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی	S04	O01
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل مصرف کنندگان تزریقی مواد که بصورت مستمر (مطابق استاندارد تعیین شده (سرنگ و سوزن دریافت کرده اند	تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد که بصورت مستمر (مطابق استاندارد تعیین شده (سرنگ و سوزن دریافت کرده اند	حداقل ۲۰٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان برنامه تحت پوشش مستمر تحویل سرنگ و سوزن باشند.	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی	S04	O02

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل مصرف کنندگان تزریقی	تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد که حداقل ۶ ماه تحت درمان جایگزین متادون قرار گرفته اند	حداقل ۳۰٪ مصرف کنندگان تزریقی تا پایان بر نامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی	S04	O03
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد افراد HIV مثبت شناسائی شده که مصرف کنندگان تزریقی مواد زهستند	تعداد افراد HIV مثبت شناسائی شده که مصرف کنندگان تزریقی مواد زهستند و تحت پوشش برنامه متادون قرار دارند	حداقل ۸۰٪ مصرف کنندگان تزریقی مبتلا به HIV شناخته شده تا پایان بر نامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند	وزارت بهداشت	S04	O04
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل مصرف کنندگان تزریقی زندانی	تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد زندانی که بصورت مستمر (مطابق استاندارد تعیین شده (سرنگ و سوزن دریافت کرده اند	حداقل مصرف کنندگان تزریقی زندانی تا پایان بر نامه تحت پوشش برنامه های کاهش آسیب (تحویل ابزار (سرنگ و سوزن)) قرارگیرند	سازمان زندانها	S04	O05

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل مصرف کنندگان تزریقی زندانی که ۶ ماه تحت درمان جایگزین متادون قرار گرفته اند	تعداد مصرف کنندگان تزریقی زندانی که ۶ ماه تحت درمان جایگزین متادون قرار گرفته اند	حداقل ۶۰٪ زندانیان مصرف کننده مواد تا پایان بر نامه تحت پوشش درمان نگهدارنده متادون قرار گیرند	سازمان زندانها	S04	O06
						استراتژی پنجم : پیشگیری از انتقال جنسی			
	۳ سال یکبار	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	تحقیق	کل افراد متقاضی استفاده از وسیله پیشگیری	تعداد افرادی که در صورت تمایل به راحتی در زمان مورد نیاز امکان تهیه وسیله پیشگیری را داشته اند	صد در صد افراد متقاضی وسیله پیشگیری ، افرا (۱۵ تا ۴۹ ساله) براحتی امکان تهیه وسیله پیشگیری را داشته باشند .	وزارت بهداشت	S05	O01
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	تحقیق	کل زندانیان متقاضی استفاده از وسیله پیشگیری	تعداد زندانیانی که در صورت تمایل به راحتی در زمان مورد نیاز امکان تهیه وسیله پیشگیری را داشته اند	صدر صد زندانها امکان دسترسی به کاندوم در ملاقاتهای شرعی برای زندانیان وجود داشته باشد	سازمان زندانها	S05	O02

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد کاندوم مورد نیاز	تعداد کاندوم توزیع شده	حداقل ۳۰٪ مصرف کنندگان تزریقی شناسائی شده تحت پوشش برنامه به کاندوم مقدار کافی دسترسی داشته باشند .	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی	S05	O03
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل مصرف کنندگان تزریقی	تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد که بصورت مستمر (مطابق استاندارد تعیین شده) وسیله پیشگیری دریافت کرده اند	حداقل ۲۰٪ مصرف کنندگان تزریقی شناسائی شده تحت پوشش برنامه دریافت مستمر وسیله پیشگیری قرار داشته باشند .	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی	S05	O04
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد کاندوم مورد نیاز	تعداد کاندوم توزیع شده	تا پایان برنامه ۲۵٪ زنان در معرض بیشترین آسیب به کاندوم مقدار کافی دسترسی داشته باشند.	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی	S05	O05

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

O	S	نام سازمان /سازمانهای متولی	عنوان اهداف میانی	نحوه محاسبه شاخص					استاندارد خدمت
				صورت	مخرج	روش	ابزار	تواتر زمانی	
006	S05	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی	حداقل ۱۰٪ زنان در معرض بیشترین آسیب دریافت مستمر وسیله پیشگیری قرار داشته باشند .	تعداد گروه در معرض خطر بیماریهای مقاربتی که بصورت مستمر (مطابق استاندارد تعیین شده) وسیله پیشگیری دریافت کرده اند	تخمین کل گروه در معرض خطر بیماریهای مقاربتی (زن و مرد)	گزارش گیری روتین	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	
007	S05	وزارت بهداشت	حداقل ۷۰٪ مبتلایان به HIV شناسایی شده وادشراط ؛ تحت پوشش برنامه دریافت مستمر وسیله پیشگیری قرار داشته باشند	تعدادمبتلایان به HIV که بصورت مستمر (مطابق استاندارد تعیین شده) وسیله پیشگیری دریافت کرده اند	تعداد کل مبتلایان شناسائی شده	گزارش گیری روتین	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	
			استراتژی ششم : مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی						
001	S06	وزارت بهداشت	حداقل ۶۰٪بیماران آمیزشی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی وزارت بهداشت تا پایان برنامه تحت مشاوره ، مراقبت و درمان صحیح رار گیرندو تست تشخیصی HIV را انجام داده باشند.	تعداد بیماران آمیزشی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که که تحت مشاوره و مراقبت و درمان صحیح (مطابق استاندارد تعیین شده)قرار گرفته اند	تعداد کل مصرف بیماران آمیزشی مراجعه کننده	گزارش گیری روتین	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد کل مصرف بیماران آمیزشی زندانی	تعداد بیماران آمیزشی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی زندان که که تحت مشاوره و مراقبت و درمان صحیح (مطابق استاندارد تعیین شده) قرار گرفته اند	حداقل ۶۰٪ بیماران آمیزشی مبتلا به زخم تناسلی و ترشح مجرا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی سازمان زندانها تا پایان برنامه تحت مشاوره ، مراقبت و درمان صحیح رار گیرندو تست تشخیصی HIV را انجام داده باشند.	سازمان زندانها	S06	O02
						استراتژی هفتم : مشاوره ،مراقبت و درمان مبتلایان به HIV و خانواده آنها			
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد کل مبتلایان به HIV به شناسائی شده	تعدادمبتلایان به HIV و ایدز که تحت تحت مشاوره و مراقبت مطابق استاندارد های کشوری قرار گرفته اند	حداقل ۷۰٪مبتلایان به HIV شناسائی شده تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات مشاوره و مراقبت بطورمستمر قرار گیرند	وزارت بهداشت سازمان زندانها	S07	O01
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد کل مبتلایان به ایدز شناسائی شده	تعدادمبتلایان به عفونت پیشرفته HIV و ایدز که تحت درمان ضدترتروویروسی (مطابق استاندارد تعیین شده) قرار گرفته اند	حداقل ۷۵٪ مبتلایان به عفونت پیشرفته HIV و ایدز شناسائی شده تا پایان برنامه تحت پوشش درمان ضدترتروویروسی قرار گیرند	وزارت بهداشت	S07	O02

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد کل مبتلایان به HIV زردانی شناسائی شده	تعداد مبتلایان به HIV و ایدز زردانی که تحت مشاوره و مراقبت مطابق استاندارد های کشوری قرار گرفته اند	حداقل ۷۵٪ مبتلایان به HIV شناسائی شده زردانی تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات مشاوره و مراقبت بطور مستمر قرار گیرند	سازمان زندانها	S07	O03
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد کل مبتلایان به HIV باردار شناسائی شده	تعداد مبتلایان به HIV و ایدز باردار و نوزادانشان که تحت مشاوره و مراقبت مطابق استاندارد های کشوری قرار گرفته اند	۷۵٪ زنان باردار مبتلا به HIV شناسائی شده و نوزادان آنها تا پایان برنامه تحت درمان پیشگیرانه ضد رترو ویروسی مطابق استانداردهای کشوری قرار گیرند	وزارت بهداشت	S07	O04
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی	تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی در عرض کمتر از ۶ ساعت به درمان پیشگیرانه ضد رترو ویروسی بعد از تماس دسترسی دارند	۱۰۰٪ مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در عرض کمتر از ۶ ساعت به درمان پیشگیرانه ضد رترو ویروسی بعد از تماس دسترسی باشند.	وزارت بهداشت	S07	O05

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد افراد نیازمند خدمت مراقبت در منزل	تعداد افرادی که خدمت مراقبت در منزل را دریافت داشته اند	حداقل ۴۰٪ افراد واجد شرایط از طریق خدمت مراقبت در منزل خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.	وزارت بهداشت	S07	O06
						استراتژی هشتم : حمایت وتوانمند سازی			
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل کودکان خیابانی	تعداد کودکان خیابانی که مطابق استاندارد تعیین شد تحت حمایت قرار گرفته اند	حداقل ۱۵٪ کودکان خیابانی تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات حمایتی (پوشش بیمه)مطابق استاندارد قرار گیرند	سازمان بهزیستی - خدمات درمانی	S08	O01
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل زنان متأثر از HIV بی سرپرست /بد سرپرست شناسائی شده	تعداد مبتلایان به HIV واجد شرایط که مطابق استاندارد تعیین شد تحت پوشش بیمه قرار گرفته اند	حداقل ۹۰٪ مبتلایان به HIV واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات بیمه درمانی قرار بگیرند	بیمه خدمات درمانی	S08	O02

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

O	S	نام سازمان /سازمانهای متولی	عنوان اهداف میانی	نحوه محاسبه شاخص					استاندارد خدمت
				صورت	مخرج	روش	ابزار	تواتر زمانی	
003	S08	بهبودی ، کمیته امداد	حداقل ۷۵٪ مبتلایان به HIV واجد شرایط تا پایان برنامه تحت پوشش خدمات حمایت های مالی معیشتی و کمک هزینه تحصیلی و کمک به ازدواج قرار بگیرند	تعداد زنان متأثر از HIV بی سرپرست /ید سرپرست و کودکان آنها که مطابق استاندارد تعیین شد تحت حمایت قرار گرفته اند	تخمین کل مبتلایان HIV واجد شرایط شناسائی شده	گزارش گیری روتین	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	
004	S08	سازمان تربیت بدنی جمعیت هلال احمر	فراهم نمودن امکان دسترسی به برنامه های تفریحی و ورزشی برای حداقل ۱۰ درصد افراد آلوده و خانواده های آنها تا پایان برنامه	تعداد افراد مبتلا به HIV واجد شرایط که مطابق استاندارد تعیین شد تحت پوشش برنامه های تفریحی و ورزشی قرار گرفته اند	تخمین کل مبتلایان HIV واجد شرایط شناسائی شده	گزارش گیری روتین	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	
005	S08	سازمان بهزیستی	حداقل ۵۰٪ مبتلایان به ایدز در فاز انتهایی بیماری که منجر به مرگ می گردد از پوشش حمایتی برای مراقبت توسط خانواده یا مراقبین غیر خانواده قرار گیرند	تعداد افراد مبتلا به عفونت پیشرفته HIV در فاز انتهایی بیماری که مطابق استاندارد تعیین شد تحت پوشش برنامه های تفریحی و ورزشی قرار گرفته اند	تخمین کل مبتلایان به عفونت پیشرفته HIV واجد شرایط شناسائی شده	گزارش گیری روتین	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل بیماران HIV شناسائی شده	تعداد بیماران به جای مانده از ایدز HIV واجد شرایط که مطابق استاندارد تعیین شد تحت پوشش برنامه های حمایتی قرار گرفته اند	حداقل ۵۰٪ از بیماران بازمانده از بیماری ایدز تحت پوشش برنامه های حمایتی نگهداری قرار گیرند	سازمان بهزیستی	S08	O06
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل مبتلایان HIV واجد شرایط شناسائی شده	تعداد مبتلایان به HIV واجد شرایط که مطابق استاندارد تعیین شد تحت پوشش جرفه آموزی و اشتغال قرار گرفته اند	ایجاد زمینه های اشتغال در جهت خودکفایی مالی و برخورداری از آموزشهای فنی حرفه ای برای حداقل ۲۵ درصد افراد آلوده و یا یکی از افراد و خانواده های آنها تا پایان برنامه	وزارت تعاون وزارت کار سازمان بهزیستی	S08	O07
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تخمین کل مبتلایان HIV واجد شرایط شناسائی شده	تعداد مبتلایان به HIV واجد شرایط که مطابق استاندارد تعیین شد تحت پوشش تامین مسکن /سرپناه قرار گرفته اند	حداقل برای ۳۰٪ مبتلایان به HIV واجد شرایط تا پایان برنامه مسکن / سرپناه تامین شده باشد.	کمیته امداد سازمان بهزیستی	S08	O08
						استراتژی نهم: برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده ها			

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	تحقیق	کل سازمانهای شرکای برنامه	تعداد سازمانهای شرکای برنامه که دارای نظام جمع آوری منسجم اطلاعات هستند	صد درصد داده های مورد نیاز برنامه در قالب یک نظام منسجم و یکپارچه جمع آوری ، ثبت ، آنالیز گردند	all	S09	O01
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل گروه های هدف مورد انتظار	تعداد گروههای هدف که تحت دیده وری سرو لوژیک قرار گرفته اند	صد در صد گروههای هدف مورد انتظار تحت دیده وری سرولوژیک قرار بگیرند	وزارت بهداشت	S09	O02
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	کل گروه های هدف مورد انتظار	تعداد گروههای هدف که تحت دیده وری رفتاری قرار گرفته اند	صددر درصد گروههای هدف مورد انتظار تحت دیده وری رفتاری قرار بگیرند	وزارت بهداشت	S09	O03
؟	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد کل شاخص های مورد نظر	تعداد شاخصهای ارزیابی محاسبه شده دز زمان تعیین شده	صد درصد شاخصهای ارزیابی برنامه در زمان تعیین شده محاسبه شوند	کمیته کشوری	S09	O04

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)									
O	S	نام سازمان /سازمانهای متولی	عنوان اهداف میانی	نحوه محاسبه شاخص					استاندارد خدمت
				صورت	مخرج	روش	ابزار	تواتر زمانی	
			استراتژی دهم :تقویت زیر ساخت های لازم						
O01	S10	سازمان تبلیغات اسلامی	حداقل ۸۰٪مبلغین و ائمه جماعات به منظور انتقال مفاهیم کنترل بیماری ایدز به جامعه تحت آموزش استاندارد قرار گیرند.	طلاب و مبلغین مذهبی که آگاهی صحیح در خصوص بیماری ایدز) بر اساس استاندارد تعیین شده (را دار هستند	کل طلاب و مبلغین مذهبی	گزارش گیری روتین	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	
O02	S10	کمیته کشوری	مسئولین کلیدی (مراجع تقلید ، ائمه جمعه روسای سه قوه ، وزار وزارت خانه های مرتبط) تا پایان برنامه در فواصل زمانی مناسب حمایت (؟)خود را از برنامه های کنترل ایدز اعلام دارند.	تعداد بار اعلام حمایت ؟	تعداد مورد انتظار اعلام حمایت؟	تحقیق	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	استاندارد باید تعیین شود مثلا وزیر بهداشت حداقل سالی ۴ بار رئیس جمهور سالی یکبار و....
O03	S10	کمیته کشوری	ارتقا محیط قانونی برای کنترل ایدز			تحقیق	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	سالیانه	

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	تحقیق	کل منابع مورد نیاز	نابع مالی و انسانی مورد نیاز جهت اجرا برنامه کنترل ایدز که تامین شده	منابع مالی مورد نیاز جهت اجرا برنامه کنترل ایدز تامین گردد.	کمیته کشوری	S10	O04
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	تحقیق	تعداد کل استانها	تعداد استانهای که ساختار اجرایی را مطابق استاندارد تشکیل داده اند	ساختار اجرایی تعریف شده در سطح کشوری و ۱۰۰٪ استانها از سال اول برنامه تشکیل و تا پایان برنامه باقی بمابد	کمیته کشوری	S10	O05
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد کل مدارس	تعداد مدارس که قابلیت آموزش پیشگیری مبتنی بر مهارتهای زندگی را دارند	حداقل ۱۰٪ مدارس تا پایان برنامه قابلیت ارائه آموزش پیشگیری از ایدز مبتنی بر اصول مهارتهای زندگی را داشته باشند	وزارت آموزش و پرورش	S10	O06
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد مرکز مورد انتظار	تعداد مرکز VCT استاندارد موجود	صددردمراکز مشاوره (VCT) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ راه اندازی ، تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت، بهزیستی جمعیت هلال احمر	S10	O07

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد مرکز مورد انتظار	تعداد مراکز مشاوره و مراقبت و درمان سازمان زندانها مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ راه اندازی ، تجهیز و نگهداری گردند	صد درصد مراکز مشاوره و مراقبت و درمان سازمان زندانها مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ راه اندازی ، تجهیز و نگهداری گردند	سازمان زندانها	S10	O08
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد مرکز مورد انتظار	تعداد مرکز DIC استاندارد موجود	صد درصد مراکز گذری (DIC) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۴ و ۵ راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت، بهزیستی	S10	O09
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد مرکز مورد انتظار	تعداد مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب موجود	صد درصد مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۵ و ۶ راه اندازی تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت، بهزیستی	S10	O10
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد مرکز مورد انتظار	تعداد مرکز MMT استاندارد موجود	صد درصد مراکز درمان نگهدارنده با داروهای جایگزین (MMT) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژی ۶ راه اندازی و تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت، سازمان زندانها ، بهزیستی	S10	O11

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد تیم های مورد انتظار	تعداد تیم های یاری رسان استاندارد موجود	صد درصد تیم های یاری رسان (Outreach) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ راه اندازی ، تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت، بهزیستی	S10	O12
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد مرکز مورد انتظار	تعداد کلینیک مثلثی استاندارد موجود	صد درصد؛ کلینیک های مثلثی (مراکز بهداشتی - درمانی مرجع) مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت	S10	O13
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد باشگاه مورد انتظار	تعداد باشگاههای مثبت استاندارد موجود	صد درصد باشگاههای مثبت مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف استراتژیهای ۱ و ۸ راه اندازی، تجهیز و نگهداری گردند	وزارت بهداشت، بهزیستی	S10	O14
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	تحقیق	تعداد دستورالعمل های مورد نیاز	تعداد دستورالعمل تهیه شده	صد در صد دستورالعمل های مورد نیاز برنامه بصورت سالیانه تدوین و بازبینی گردند	کمیته کشوری	S10	O15

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	تحقیق	کل تعداد سازمانهای غیر دولتی توانمند شده در سال قبل	تعداد سازمانهای غیر دولتی جدید که بعنوان شریک برنامه کشوری در جهت تقویت پاسخ ملی به بیماری ایدز (کاهش آسیب ،حمایت و مشارکت افراد متاثر و....)توانمند شده اند	افزایش تعدادسازمانهای غیر دولتی که بعنوان شریک برنامه کشوری در جهت تقویت پاسخ ملی به بیماری ایدز (کاهش آسیب ،حمایت و مشارکت افراد متاثر و....)توانمند شده اند	کمیته کشوری	S10	O16
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری رونین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد نیروی آموزش دیده	صدردرصد مشاورین مورد نیاز مراکز مشاوره و آزمایش داوطلبانه مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت،سازمان زندانها ،بهبیستی جمعیت هلال احمر	S10	O17
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری رونین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد نیروی آموزش دیده	صدردرصد نیروهای ارائه دهنده خدمت مراکز DIC مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت،بهبیستی	S10	O18

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد نیروی آموزش دیده	صدر در صد نیرو های ارائه دهنده خدمت تیم های یاری رسان مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت، بهزیستی	S10	O19
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد نیروی آموزش دیده	صدر در صد نیرو های ارائه دهنده خدمت مراکز مشاوره و مراقبت زنان در معرض بیشترین آسیب مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت، بهزیستی	S10	O20
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد نیروی آموزش دیده	صدر در صد نیرو های ارائه دهنده خدمت باشگاههای مثبت مطابق استاندارد تحت آموزش /بازآموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت، بهزیستی	S10	O21
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد نیروی آموزش دیده	صدر در صد مشاورین و مراقبین مورد نیاز مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری مطابق استاندارد تحت آموزش قرار گیرند.	وزارت بهداشت	S10	O22

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد مربی آموزش دیده	صدر درصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش دانش آموزان مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	وزارت آموزش و پرورش	S10	O23
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد مربی آموزش دیده	صدر درصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش دانشجویان مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت و وزارت علوم	S10	O24
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد مربی آموزش دیده	صدر درصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش داوطلبین جمعیت هلال احمر مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	جمعیت هلال احمر	S10	O26
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد مربی آموزش دیده	صدر درصد مربیان مورد نیاز جهت آموزش پناهندگان مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	وزارت بهداشت	S10	O27

ماتریس شاخص های پایش و ارزشیابی اهداف کوتاه مدت (سالیانه)

استاندارد خدمت	نحوه محاسبه شاخص					عنوان اهداف میانی	نام سازمان /سازمانهای متولی	S	O
	تواتر زمانی	ابزار	روش	مخرج	صورت				
	سالیانه	فرم گزارش گیری سالیانه پایش و ارزشیابی	گزارش گیری روتین	تعداد نیروی مورد نیاز	تعداد مربی آموزش دیده	صدر در صد مربیان مورد نیاز جهت آموزش کودکان خیابانی مطابق استاندارد تحت آموزش و باز آموزی قرار گیرند.	سازمان بهزیستی	S10	O28

