



نگاهی به برنامه چهارم کنترل ایدز از منظر طراحی، اجرا و ارزیابی

در حال حاضر در دنیا حدود ۳۵ میلیون نفر با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند که ۵۴ درصدشان از وضعیت خودشان مطلع نیستند. ۴۷

سی و هشتمین جلسه از سلسله نشست‌های گفتگوهای راهبردی، در تاریخ سه‌شنبه سه اسفند ماه ۱۳۹۵، با سخنرانی آقای دکتر فرداد درودی مدیر تئوری دفتر برنامه مشترک سازمان ملل در مورد ایدز و با عنوان نگاهی به برنامه چهارم کنترل ایدز از منظر طراحی، اجرا و ارزیابی در سالن نشست‌های مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری برگزار شد. به‌منظور بهره‌مندی محققان و پژوهشگران حوزه سلامت، متن سخنرانی مذکور به شرح زیر ارائه می‌شود.

چهار محور اصلی ارائه دکتر فرداد درودی بدین شرح است:

(۱) مرور عناصر یک برنامه استراتژیک اجرایی

(۲) مروری بر وضعیت اپیدمی ایدز در دنیا و در کشورمان

(۳) شرح ویژگی‌های خاص برنامه استراتژیک چهارم کنترل ایدز

(۴) مرور دستاوردها و چالش‌های این برنامه.

استراتژی اجرایی

استراتژی اجرایی عبارت است از طراحی برنامه و روندی برای ایجاد یا رسیدن به نتایج عمده یا خاص. دو محور عمده استراتژی اجرایی، برنامه‌ریزی و اجراست. در هنگام برنامه‌ریزی ما باید چهار حوزه را مورد توجه قرار دهیم. جهت‌گیری، اعلام اهداف، اولویت‌ها و در نهایت برنامه کاری (که در اصل ترجمه اولویت‌های ماست). ذی‌نفعان و ذی‌ربطان متنوعی برای اجرای برنامه چهارم درگیر هستند. در نتیجه باید مزیت‌های نسبی اقدامات و مزیت‌ها و قابلیت‌های سازمان‌های درگیر مشخص باشد. اهداف نیز باید ویژگی‌هایی شامل معین و قابل اندازه‌گیری بودن و قابلیت دسترسی و زمانبندی مشخصی داشته باشد. قبل از تعیین هدف باید حوزه نتایجی را نیز در نظر گرفت (مثلاً در مورد ایدز مسئله اعتیاد یا بیماری‌های مقاربتی از جمله حوزه‌های نتایج هستند). تحلیل عوامل خارجی و داخلی (تحلیل روندها و فشارها) نیز در یک برنامه استراتژیک اهمیت ویژه‌ای دارد. افزون بر این‌ها نیز به ما کمک می‌کند که مخاطرات و فرصت‌های احتمالی را

مهم‌ترین چالش در اجرای برنامه استراتژیک

اما مهم‌ترین چالش در اجرای برنامه استراتژیک، از مسیر خارج شدن () است که می‌توان با پایش پیشاپیش آن را پیش‌بینی کرد. علل خارج شدن از مسیر عبارتند از: کوچک یا بزرگ شدن برنامه، عدم کفایت منابع، تغییر شرکای کاری و یا مأموریت سازمانی یا برنامه‌شان عوض بشود. همچنین اگر در حین برنامه تغییری در آن ایجاد شود باید بتوانیم تغییر را مدیریت کنیم. این تغییر می‌تواند در رویه‌ها، مجریان، بودجه، مدیران و قسمت‌های مختلف برنامه باشد. ولی هر تغییری که می‌خواهیم بدهیم بایستی اثر آن بر چهار امر اهداف استراتژیک، هزینه‌ها، زمان‌بندی و منابع را مورد توجه قرار دهیم.

آماري از مبتلایان به ایدز در جهان

در حال حاضر در دنیا حدود ۳۵ میلیون نفر با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند که ۵۴ درصدشان از وضعیت خودشان مطلع نیستند. این موضوع خاص ایران نیست. کلاً اچ‌آی‌وی به عنوان بیماری که همراه انگ و تبعیض هست این حالت را دارد. حدود شانزده میلیون نفر مطلع هستند که از میان آن‌ها حدود سیزده و شش دهم میلیون نفر تحت درمان اچ‌آی‌وی قرار دارند. به طور عمده سه اقدام بایومدیكال (زیستی-پزشکی) در مورد کنترل اچ‌آی‌وی انجام می‌شود. یکی پروفیلاکسی یا پیش‌گیری قبل از در معرض قرار گرفتن، دو ختنه پزشکی مردان و سوم درمان ضد ویروسی. مطالعات و مستندات نشان داده‌اند که درمان دارویی اچ‌آی‌وی با داروهای ضد ویروسی موثرترین مداخله پزشکی برای پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی هست. بنابراین امروزه مفهومی به نام درمان به عنوان پیشگیری مطرح شده است.

سه محور درمان اچ‌آی‌وی

درمان اچ‌آی‌وی سه محور را پوشش می‌دهد. پیش‌گیری از بیماری، پیش‌گیری از مرگ و پیش‌گیری از موارد جدید عفونت. اگر وضعیت فعلی در دنیا ادامه پیدا کند سالی دو و نیم میلیون نفر در جهان در میان بزرگسالان به عفونت اچ‌آی‌وی مبتلا می‌شوند (در حالی که اگر رویکرد مسیر شتابان اتخاذ شود می‌توان آن را به حدود دویست هزار نفر رساند). برنامه چهارم بر اساس اهداف نود نود طراحی شده است. به این معنی که نود درصد کسانی که با ویروس زندگی می‌کنند از وضعیت خودشان مطلع شوند؛ نود درصد آن‌ها درمان موثر بگیرند و نود درصد کسانی که درمان می‌گیرند سطح ویروس در خونشان به صورت موثری سرکوب شده باشد. بازه زمانی این برنامه تا سال ۲۰۲۰ است. بنابراین ما پنج سال فرصت داریم. توجیه اقتصادی هم دارد. چرا که بر اساس تجربیات و مطالعات جهانی هر یک دلار سرمایه‌گذاری بر روی پیشگیری از ایدز پانزده دلار برمی‌گرداند. (البته نیاز به سرمایه‌گذاری اولیه دارد ولی در ادامه دست‌آورد مالی بسیار مناسبی نیز خواهد داشت.)

در کشور ما از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ در مورد زنان درصد روند جنسی شیب رو به افزایش داشته است. در سال ۹۴ حدود ۳۴ درصد موارد جدید تشخیص داده شده زنان بودند. روند درصد سنی ما در طول سال‌ها زیاد تغییر نکرده است. کماکان گروه سنی پرخطرمان از حدود ۲۵ سال شروع می‌شود تا حدود ۳۶ سال که جمعیت کارا و زایای جامعه‌اند. تقریباً در همه کشورهای همین جمعیت تحت تأثیر قرار گرفته‌اند. برای همین است که ایدز بیماری است که می‌تواند اقتصاد کشور را متاثر کند. طبق آمار وزارت بهداشت موارد اعتیاد تزریقی و موارد رابطه جنسی در سال ۹۴ با هم برابر شد و در حال حاضر راه انتقال از طریق جنسی براساس آمار ثبت شده وزارت بهداشت در حال پیشی گرفتن است. به علاوه آمار نشان می‌دهد که مرگ سال اولمان حدوداً ده درصد است. این نشان می‌دهد که اپیدمی ما قدیمی است. به عبارت ساده‌تر، ما وقتی مریض‌هایمان را پیدا می‌کنیم که بیماری در آن‌ها خیلی پیشرفت کرده است و احتمالاً در این مدت بیماری را انتقال داده‌اند.

تعداد تخمینی افراد مبتلا به ایدز در کشور ما ۷۵ هزار نفر است. تعدادی که در پانزده سال گذشته شناسایی شده‌اند ۳۴ هزار نفر است که از میان آن‌ها حدود بیست و پنج هزار نفر زنده هستند. از این تعداد حدود یازده هزار نفر در یک سال اخیر مراجعه داشتند و فعال بوده‌اند. از این یازده هزار نفر در حال حاضر هشت هزار و دویست نفر تحت درمان هستند. یکی از اهداف برنامه استراتژیک چهارم کاهش بیست درصدی مرگ و کاهش ابتلای موارد جدید است. این برنامه برنامه‌ای کاملاً بین‌بخشی و با مشارکت بیست و سه دستگاه تدوین و اجرا می‌شود. این برنامه دارای پنج هدف نهایی و یازده هدف بینابینی، یازده استراتژی و ۱۳۰ هدف اختصاصی است. در اهداف اختصاصی سهم هر یک از شرکا به نحوی تعیین شده است که ما را به آن هدف نهایی نود نود نود برساند.

برنامه چهارم کنترل ایدز

فهرست استراتژی‌های برنامه چهارم عبارت است از آموزش و اطلاع‌رسانی، تأمین سلامت خون، پیشگیری از انتقال تزریقی، کاهش آسیب، پیشگیری از انتقال جنسی و ترویج استفاده از کاندوم؛ تشخیص مراقبت و درمان بیماری‌های مقاببتی، انجام تست، مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی، پیشگیری از انتقال ویروس مادر به کودک، مراقبت و درمان افراد مبتلا، حمایت و توانمندسازی، مراقبت و رصد اپیدمیولوژیک و تحقیقات کاربردی و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز. همچنین برنامه توسط اسناد بالادستی حمایت می‌شود. این برنامه در چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به تصویب رسید. سوم اسفندماه ۱۳۹۴ این جلسه با حضور ریاست محترم جمهور بود و تصویب این برنامه حمایت شخص رئیس‌جمهوری را به همراه داشت.

یکی از مشکلات سه برنامه قبلی این بود که هماهنگی، همکاری و پایش جمعی نسبت به اجرای برنامه کم بود. بنابراین در پاسخ به این مساله در برنامه چهارم کمیته‌ای به نام سیپ تشکیل شد که وظیفه نظارت بر حسن اجرای برنامه را بر

عهده دارد. برنامه کشوری ایدز شامل پنج زیرکمیته به شرح ذیل است؛ کمیته درمان، کمیته آموزش، کمیته حمایت، کمیته کاهش آسیب و کمیته پایش و ارزشیابی. کمیته کشوری سیپ نیز برای خودش یک سری شرح وظایف دید که عبارتند از تعیین ساختار، شرح وظایف اعضا، تعیین الگو برای دستور العمل‌ها، دریافت گزارش، دریافت گزارش از کمیته پایش ارزشیابی، تعیین منابع، بازبینی برنامه در زمان اجرا و همین‌طور آموزش و تشکیل کمیته‌های استانی. سیپ کشوری در مراکز استان مجریان بخش‌ها و دستگاه‌های مختلف استان را آموزش داده و از آن‌ها تعهد گرفته است که گزارش دوره‌ای از روند پیشرفت فعالیت‌ها ارائه کنند. این مکانیزم هیچ وقت وجود نداشت.

مشکل دیگر این بود که در برنامه‌ریزی‌های بین‌بخشی هماهنگی بین سازمان‌ها وجود نداشت. اما در این برنامه ابتدا نتیجه منتظره معین شد و سپس سهم سازمان‌ها در نیل به آن نتیجه مشخص گردید. همچنین تدوین برنامه با مشارکت کامل مجریان بود. انجام نشد ولی تحلیل خلاها و تحلیل وضعیت موجود انجام شد. از طرف دیگر ذی‌ربطان و شرکای دارای نفوذ نیز که کمتر در دسترس بودند شناسایی و فعال شدند. همچنین خدماتی که قرار است ارائه شوند در قالب یک بسته استاندارد تعریف شدند که همه دستگاه‌ها همین بسته استاندارد را ارائه می‌دهند. کار دیگری که سازمان‌ها کردند این بود که منابع و شکاف بودجه‌ای خودشان را نیز تعیین کردند اما مشخص نبودن چگونگی پر کردن آن‌ها یک معضل برنامه بوده است.

به طور کلی در همین برنامه چهارم با وجود تمام تجربیات برنامه‌های قبلی هنوز چالش‌هایی وجود دارد. مهم‌ترین چالش در این زمینه نیاز به منابع بیشتر است. در عین حال پروتکل‌ها عوض شده‌اند. برای مثال اکنون، طبق برنامه همه کسانی که مبتلا هستند باید درمان شوند. بنابراین ناگهان از رقم هشت هزار نفر به هفت و پنج هزار نفر نیازمند درمانی رسیده ایم که این نیاز به افزایش بودجه را به دنبال دارد. این برنامه برای نیل به هدف نود درصد شناسایی نیازمند امکانات و همکاری بین‌بخشی است. چالش دیگر این است که در زمان برنامه ریزی، مطالعات هزینه‌های اثربخشی اقدامات مختلف وجود نداشت؛ یعنی ما نمی‌دانستیم از نظر هزینه‌های اثربخشی کدام اقدام بهتر است؛ مثلاً کاندوم بدهیم بهتر است یا اقدامات دیگر. این مطالعات باید انجام شوند تا بدانیم کدام روش بیشترین اثربخشی را روی جمعیت هدف دارد.

بخش پرسش و پاسخ نشست

در بخش پرسش و پاسخ‌ها خانم دکتر محرز از دانشگاه علوم پزشکی تهران بر اهمیت تداوم کاهش آسیب تأکید کردند. به گفته ایشان سرعت انتقال ویروس ایدز از طریق تماس جنسی به طرز فزاینده‌ای رو به رشد است. ایشان دلیل اصلی آن را نیز عدم آموزش جوانان دانست و در این راستا نقش آموزشی و پرورشی و صداوسیما را پررنگ توصیف کرد. خانم دکتر محرز تعبیر سکوت مرگبار را برای بی‌توجهی این دستگاه‌ها به این معضل بکار بردند. در ادامه خانم دکتر احمدنیا نیز بر نقش رسانه‌ها تأکید کردند و از ضرورت برداشتن موانع و اجازه یافتن سخن گفتن از شیوه‌های انتقال در رسانه‌ها سخن گفتند.

دکتر تشکریان، مدیر کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌های کشور نیز مثالی را از فضای جنجالی که در این حوزه وجود دارد مطرح کردند. به گفته ایشان برای جلوگیری از شیوع از طریق سکس اگر در زندان‌ها کاندوم توزیع کنیم قطعاً جنجال درست خواهد شد. به گفته ایشان زندانی به صورت رایگان از هر نوع حمایتی برخوردار است ولی بلافاصله که پایش را از زندان بیرون می‌گذارد از هیچ حمایتی برخوردار نیست و همین سبب می‌شود که دوباره به سوی بزه کشیده شود. نکته بسیار مهمی که ایشان مطرح کردند و بسیاری از حضار بر آن صحنه گذاشتند مشکل عدم سوپیشینه است. این یک معضل اساسی است که مانع از یافتن شغل برای افرادی می‌شود که از زندان آزاد شده‌اند و قصد دارند به زندگی عادی بازگردند. به پیشنهاد دکتر تشکریان باید (دقیقاً برعکس وضعیت حاضر) ابتدا یک فرصت مثلاً پنج‌ساله به زندانی آزاد شده داده شود و سوپیشینه‌ای برایش در نظر گرفته نشود و اگر احیاناً دوباره مرتکب جرم شد سوپیشینه برای او در نظر گرفته شود.

دکتر پرویز افشار، معاون و سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری نیز به اهمیت مواد محرک جدید پرداختند. ایشان اشاره کرد که در مورد مواجهه با مواد مخدر سنتی تجربه داشتیم که مثلاً برای جلوگیری از شیوع، سرنگ بدهیم. ولی در مورد مواد جدید اساساً فرد آگاهی به وضعیت خودش ندارد که ما بخواهیم آموزش بدهیم. ایشان همچنین بر این نکته تأکید داشتند که برای تأمین نیروی انسانی لازم یقیناً باید سراغ مراکز خصوصی ارائه خدمات درمانی برویم. دکتر افشار در ادامه سخنانشان به یک بدفهمی بسیار خطرناک از موضع مقام معظم رهبری در مورد ازدیاد نسل اشاره کردند؛ مشکلی که باعث شده است روال ارائه خدمات کاهش آسیب همانند توزیع کاندوم برای مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر با مشکل روبرو شود. ایشان همچنین به یکی از تحقیقاتشان در مورد آموزش‌های سلامت مدار برای زندانی‌ها اشاره کردند که به موجب نتایج آن اگر این آموزش‌ها برای زندانی منفعتمحور نباشد اصلاً اثربخش نخواهد بود. (یعنی مثلاً تعداد ملاقات با خانواده‌های آن زندانی که این آموزش‌ها را به درستی می‌آموزد زیاد کنیم).

خانم دکتر نامداری نیز بر ضرورت پرداختن به شکاف‌های بودجه‌ای انگشت تأکید نهادند. به گفته ایشان اگر این منابع لازم فراهم نشود هر چقدر هم که برنامه خوب نوشته شده باشد به جایی نخواهد رسید. همچنین به گفته ایشان بحث کمپ‌های ترک اعتیاد یکی از عواملی است که (چه در زمینه ماده پانزده چه در زمینه ماده شانزده) برنامه اچ‌ای وی را به خطر انداخته است. دکتر عباسی رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و معاون حقوق بشر امور بین‌الملل وزیر دادگستری از موضعی حقوق بشری به بحث وارد شدند. به گفته ایشان جای خالی دستگاه‌های مرتبط با حقوق بشر در برنامه چهارم کاملاً واضح است. مخصوصاً که ما با پدیده‌ای مواجه هستیم که انگ یکی از معضلات اصلی آن است. به گفته ایشان برای مسائل قضایی که در این میان وجود دارد باید به صورت مستقیم‌تر با مسئولین قوه قضائیه وارد گفتگو شد؛ چرا که از طرف ایشان آمادگی برای چنین گفتگوهایی وجود دارد.

آقای رضازاده نیز همچون خانم نامداری به مشکل بودجه اشاره کردند. به گفته ایشان متأسفانه در بودجه پیشنهادی دولت این برنامه دیده نشده است و سازمان بهزیستی هم یک ریال بودجه برای ایدز نمی‌گیرد. مشخص است که با این وضعیت چنین برنامه‌ای موفق نخواهد بود. دکتر زنگانه مدیر کل پیشگیری‌های معاونت اجتماعی قوه قضائیه نیز همانند دکتر

عباسی عدم حضور اعضا و کمیته‌های مربوط به قوه قضائیه در تدوین برنامه چهارم را در شمار ضعف‌های آن برشمرد. همچنین به گفته ایشان برای رفع آسیب‌های ناشی از اجرای ماده شانزده قانون مبارزه با مواد مخدر آقای دکتر افشار به همراه سازمان بهزیستی و معاونت اجتماعی قوه قضائیه یک طرح خوبی تهیه کردند. همچنین به گفته ایشان باید سایه نگاه امنیتی انتظامی و قضائی از مباحث اجتماعی همچون معتادان متجاهر برداشته شود. چرا که رویکرد امنیتی انتظامی به این مسائل اسباب پیچیدگی بیشتر آن‌ها را فراهم می‌آورد و به زیرزمینی شدنشان کمک می‌کند. در مورد معضل عدم سو پیشینه نیز ایشان اذعان داشتند که در این خصوص طرحی با آقای وزیر در میان گذاشته شده است که برداشت ناصحیحی از مواد ۲۵ و ۲۶ از قانون مجازات اسلامی می‌شود که چنین نتایجی در بردارد.

خانم دکتر کازرونی رئیس اداره کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی وزارت بهداشت نیز اذعان داشتند که با توجه به مشکلات بودجه‌ای گویا باز هم وزارت بهداشت باید بار اصلی این برنامه را به دوش بکشد. این نکته نیز از سوی آقای عرفانی معاون مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت مطرح شد که شرط اول مراجعه بیماران مبتلا به ایدز جهت تشخیص و مراقبت جلب اعتماد افرادی است که از جامعه سلب اعتماد شده‌اند. این‌ها باید اعتمادشان جلب بشود. شرط اعتماد هم حمایت است. خانم قنواتی بر ظرفیت رسانه‌ها تأکید کردند و یک بار دیگر این پرسش را مطرح کردند که چرا این سکوت مرگبار شکسته نمی‌شود؟

اما به گفته آقای دکتر گویا مطالعات نشان می‌دهد نود و پنج درصد کسانی که در کشور ما مبتلای به ایدز شده‌اند یا یک معتاد تزریقی یا یک زن تن‌فروش یا مواردی از این دست بوده‌اند. ایشان تأکید کردند که مبتلایان به ایدز در کشور ما از اول طردشده‌های اجتماع بودند. به همین دلیل خود ایدز هم طرد شد. مشکل ما از اول این بود. ما پنجاه شصت هزار نفر مبتلا به ایدز را نشناختیم. این برگترین چالش ماست. برای شناسایی نود درصدی باید انرژی ده برابر بگذاریم. مسئولین کشور ما باید بدانند که ما تا پنج شش سال آینده شاهد کاهش موارد نخواهیم بود زیرا سعی در شناسایی موارد پنهانی داریم که در طول سال‌های گذشته شناسایی نشدند. رفتارهای جنسی پرخطر در کشور ما در حال افزایش است. دلیلش هم این است که ما کشور جوانی داریم ولی شرایط ازدواج برای جوانان فراهم نیست. به گفته دکتر گویا تنها کشورهای موفق به کنترل این بیماری شدند که مبتلایان به آن را در آغوش گرفته‌اند. ایشان در مورد معتادان نیز همین نکته را تکرار کردند: وسط زیباترین شهر جهان شهر ونکوور کانادا هم چهل هزار نفر از همین‌هایی که ما در تهران می‌بینیم دارند زندگی می‌کنند. هیچ کس هم نمی‌آید بگوید که بیاییم ماشین بگذاریم و این‌ها را جمع کنیم ببریم در اردوگاه.

به گفته ایشان پنج سال پیش دوازده تا زیرمجموعه سازمان ملل نامه‌ای به کل رهبران جهان نوشتند و به صراحت گفتند که درست است که به زور گرفتن یا به زور درمان کردن معتادان را کنار بگذارید. دکتر گویا در مورد پذیرش دوباره معتادان در جوامع توسعه‌یافته گفتند: در کشورهای که مشکل بزرگشان در اجتماع اعتیاد است اگر یک نفر به هر نحوی اعتیادش را برطرف کرد، در اولویت اول شغلی قرار می‌گیرد. و اساساً چند درصد سهم همه کارخانه‌ها مال این آدم‌هاست.

در بخش انتهایی پرسش و پاسخ دکتر عباسی نیز چند نکته تکمیلی را فرمودند. به گفته ایشان بحث عدم سو پیشینه

اصلاً مبنای حقوقی ندارد. همچنین در حوزه قوانین نیز خیلی اشکالات زیادی وجود دارد و به وضوح نیاز به بازنگری احساس می‌شود. قانون بیماری‌های واگیردار و آمیزشی ما برای سال ۱۳۲۰ است. روشن است که به اچ‌آی‌وی که در سال‌های اخیر مطرح شده است در قانون ۱۳۲۰ نمی‌توانستند بپردازند. به علاوه یک کمیته‌ای هم اخیراً به نام حقوق، صلح و عدالت که یکی از کمیته‌های تخصصی کمیته ملی توسعه پایدار هست در وزارت دادگستری شکل گرفته است که نمایندگان دستگاه‌های مختلف هستند. به خیلی از این مسائل می‌شود آنجا پرداخت. دکتر فاضلی به عنوان پایان‌بخش برنامه یک جمع‌بندی کوتاه از مباحث مطرح شده بیان کردند و یک نکته جامعه‌شناختی تکمیلی به آن افزودند. به گفته ایشان ایدز در جامعه‌شناسی در ذیل مسائل بدخیم گنجانده می‌شود. ایشان مثال چاقی کودکان در استرالیا را زدند که تنها با برقراری یک گفتگوی اجتماعی حل می‌شود. در مورد ایدز هم همین است. تا زمانی که جامعه در مورد مسائلش گفتگو نکند هیچ چیزی قابل حل نیست.