Volume 25, Issue 6 (November- December 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

A scoping review of community-based interventions for the prevention and control of HIV/AIDS

Narguess Abdipour[1], Nastaran Keshavarz Mohammadi [2*]

1. Research Institute for Health Sciences and Environment, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Public Health, School of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 17 March 2025
Accepted for publication: 15 December 2025
[EPub a head of print- 8 September 2026]
Payesh: In Press

Abstract

Objective(s): Despite the implementation of the global 95-95-95 strategy to control the HIV epidemic, achieving these targets—particularly in Iran—remains challenging. International health promotion conferences have emphasized strengthening community action as a key strategy to realize the goal of "health for all." This study aimed to identify and analyze community-based interventions for HIV prevention and control by conducting a scoping review of relevant literature.

Methods: This study is a scoping review conducted using the five-step framework proposed by Arksey and O'Malley. A systematic search was carried out in PubMed and Google Scholar, focusing on English-language studies published between 2019 and 2024. Only full-text studies with experimental or quasi-experimental designs that evaluated the effectiveness of a community-based intervention in HIV prevention or control were included. The quality of the included studies was assessed using the RoB2 tool for individually randomized trials and the RoB2 CRT tool for cluster randomized trials. Community participation was evaluated using the IAP2 Public Participation Spectrum.

Results: A total of 280 studies were initially identified, of which 15 met the inclusion criteria and were reviewed. Most studies focused on interventions aimed at HIV control, such as early diagnosis and treatment. The interventions included a wide range of activities, from education and counseling to street festivals and door-to-door distribution of HIV test kits. In most studies, peers were actively involved in delivering the interventions. All studies reported varying degrees of effectiveness in achieving their intended outcomes. Community participation was generally at the levels of "involvement" and "collaboration." Financial incentives were frequently highlighted as effective tools to enhance engagement.

Conclusion: This review suggests that community-based interventions, particularly those involving active community participation and incentive mechanisms, can effectively contribute to achieving HIV prevention and control goals in Iran.

Keywords: Community based interventions, Health Promotion, AIDS, HIV, Prevention, Control, Scoping review

[*] Corresponding Author: School of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: n_keshavarz@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

سال بیست و پنجم، شماره ششم، آذر ـ دی ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

مرور دامنه‌ای مداخلات اجتماع‌محور در پیشگیری و کنترل اچ آی وی/ایدز

نرگس عبدی پور[۱]، نسترن کشاورز محمدی[۲*]

۱. پژوهشکده علوم بهداشتی و محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۲۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۷ شهریور ۱۴۰۵]
نشریه پایش: پیش انتشار

چکیده

مقدمه: با وجود اجرای برنامه جهانی ۹۵-۹۵-۹۵ برای مهار ایدز، دستیابی به این اهداف به‌ویژه در ایران با چالش‌هایی همراه است. در کنفرانس‌های بین‌المللی ارتقای سلامت، بر تقویت اقدام جمعی به‌عنوان راهبردی کلیدی برای تحقق سلامت برای همه تاکید شده است. این مطالعه با هدف بررسی مداخلات اجتماع‌محور در پیشگیری و کنترل ایدز، به مرور دامنه‌ای مطالعات انجام‌شده در این زمینه پرداخته است.

مواد و روش کار: این مطالعه یک مرور دامنه‌ای بود که با استفاده از روش پنج مرحله‌ای آرکسی و امالی انجام شد. جستجوی مطالعات در دو پایگاه PubMed و Google scholar و با تمرکز بر مطالعاتی که از سال ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۴ و به زبان انگلیسی منتشر شده، صورت گرفت. تنها مطالعات دارای متن کامل که به روش تجربی یا نیمه تجربی انجام شده و اثربخشی یک مداخله اجتماع محور را بر پیشگیری و کنترل ایدز ارزیابی کرده بودند، بررسی شدند. جهت ارزیابی کیفی مطالعات از دو ابزار RoB2 و ROB2 CRT استفاده گردید. میزان مشارکت اجتماع نیز با طیف مشارکت عمومی IAP2 بررسی شد.

یافته‌ها: از مجموع ۲۸۰ مطالعه یافت شده، ۱۵ مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. بیشتر مطالعات بر مداخلاتی با هدف کنترل بیماری ایدز (تشخیص به موقع و درمان) متمرکز بودند. در مطالعات، مداخلات متنوعی از آموزش و مشاوره تا برگزاری جشنواره‌های خیابانی و توزیع کیت‌های آزمایش درب منزل اجرا شده بود. در اکثر مطالعات همتایان بخشی از اجرای مداخله را برعهده داشتند. تمام مطالعات درجات مختلفی از اثربخشی مداخلات را در دستیابی به اهداف خود گزارش کرده بودند. میزان مشارکت جامعه در سطح «درگیر کردن» و «همکاری» ارزیابی گردید. همچنین مشوق‌های مالی به‌عنوان ابزاری موثر برای افزایش مشارکت معرفی شده‌اند.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که طراحی مداخلات اجتماع‌محور، همراه با مشارکت فعال جامعه و استفاده از مشوق‌ها، می‌تواند به‌طور مؤثری به دستیابی به اهداف برنامه‌های پیشگیری و کنترل ایدز در ایران کمک کند.

کلمات کلیدی: مداخلات اجتماع محور، ارتقای سلامت، ایدز، اچ‌آی‌وی، پیشگیری، کنترل، مرور دامنه‌ای

کداخلاق: IR.ZAUMS.REC.1403.148

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت و ا یمنی، گروه بهداشت عمومی
Email: n_keshavarz@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

مقدمه

از زمان گزارش هفتگی مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها در رابطه با پیدایش ۵ مورد پنومونی پنوموسیستیس در مردان همجنسگرا در سال ۱۹۸۱ تاکنون، گسترش ویروس اچ‌آی‌وی که در مراحل پیشرفته ابتلا، منجر به بیماری نقص سیستم ایمنی یا ایدز می‌شود، به قدری سریع اتفاق افتاده است [۱] که طبق آمارهای منتشر شده، تا سال ۲۰۲۳، به طور میانگین ۴۰/۴ میلیون نفر را به کام مرگ کشانده است [۲]. تنها در سال ۲۰۲۲، تعداد ۱/۳ میلیون نفر به ویروس اچ‌آی‌وی آلوده شدند و تعداد ۶۳۰ هزار مرگ و میر ناشی از آن نیز به ثبت رسید [۲،۳]. در ایران تا سال ۱۴۰۱، تعداد مبتلایان به بیماری ایدز ۴۶ هزار نفر تخمین زده شده و ۲۳۰۰ مورد مرگ و میر ناشی از این بیماری نیز به ثبت رسیده است. موارد جدید ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی در سال ۲۰۲۳، تقریبا ۲۹۰۰ نفر گزارش گردیده است. کشور ایران از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰، به کاهش ۲۱ درصدی روند ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی دست یافت اما از سال ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۲ ابتلا به اچ‌آی‌وی با یک روند افزایشی روبه‌رو شده است[۴].

امروزه ایدز همچنان یک مسئله مهم بهداشت عمومی در سطح جهان است. با اینکه هیچ درمانی برای بیماری ایدز وجود ندارد اما با دسترسی به پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت موثر، اپیدمی ایدز می‌تواند به یک وضعیت مزمن قابل کنترل تبدیل شده و می‌توان افراد مبتلا را قادر ساخت تا زندگی طولانی و سالمی داشته باشند [۵]. پیشگیری از ابتلاء و انتقال ویروس اچ‌آی‌وی شامل پیشگیری قبل از مواجهه (PrEP)، پیشگیری پس از مواجهه (PEP)، استفاده از کاندوم، انجام ختنه پزشکی در مردان و استفاده از سرنگ استریل در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر می‌شود [۶]. پیشگیری قبل از مواجهه یک ابزار قدرتمند در مهار انتقال عفونت اچ‌آی‌وی است و شامل مصرف روزانه یک قرص ضد رتروویروسی (ARV) علاوه بر سایر اقدامات رفتاری پیشگیرانه برای جلوگیری از عفونت اچ‌آی‌وی است و یک سازوکار حفاظتی برای افرادی است که اچ‌آی‌وی آنها تشخیص داده نشده است، اما ممکن است به دلیل سبک زندگی خود در خطر ابتلا به عفونت باشند[۷]. پیشگیری پس از مواجهه نیز به معنای مصرف داروهای اچ‌آی‌وی در عرض ۷۲ ساعت (۳ روز) پس از قرار گرفتن در معرض احتمالی اچ‌آی‌وی برای جلوگیری از عفونت اچ‌آی‌وی است [۸]. کنترل هم شامل تشخیص و درمان به موقع است [۲]. در سال ۱۹۹۴ برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی/ایدز یا به اختصار (UNAIDS) تلاش‌ها و منابع ۱۱ کارگزاری سازمان ملل متحد را برای متحد کردن جهان علیه ایدز گرد هم آورد [۹]. این سازمان اهدافی برای سال ۲۰۲۵ تعریف نمود که به اهداف ۹۵-۹۵-۹۵ درصد معروف شد. به این معنی که تا سال ۲۰۲۵ میلادی، ۹۵ درصد افراد آلوده به اچ‌آی‌وی از شرایط خود آگاه شوند، ۹۵ درصد مبتلایان تحت درمان ضدرتروویروسی قرار گرفته و ۹۵ درصد آنان بار ویروسی سرکوب شده داشته باشند [۱۰]. در این راستا از کشورها خواسته شد که هر کشوری با راهبردهای مناسب خود شرایطی فراهم کند که این اهداف تا سال ۲۰۲۵ تامین شود [۱۰]. در ایران تنها ۵۷ درصد مبتلایان از وضعیت خود آگاهند، ۳۷ درصد از مبتلایان تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گرفته و تنها ۳۱ درصد از مبتلایان دارای بار ویروسی سرکوب شده هستند که با هدف ۹۵-۹۵-۹۵ فاصله‌ی زیادی دارد [۴].

از ابتدای همه‌گیری ایدز جهت رسیدن به هدف جهانی «بدون ایدز»، مداخلات و راهبردهای گوناگونی معرفی و اجرا شده است که می‌توان آنها را در انواع مداخلات پزشکی، رفتاری، اجتماعی تقسیم نمود. مداخلات اولیه بهداشت عمومی بر درک بیولوژی ویروس و میزبان آن، انسان، متمرکز بود. یکی از اولین راهبردهایی‌هایی از این دست، راهبرد ABC است که به سرواژه‌های انگلیسی "پاکدامنی و پرهیز از رابطه جنسی"، "وفاداری به شریک جنسی" و "استفاده از کاندوم" اشاره دارد. این راهبرد در اواخر دهه ۱۹۸۰ میلادی توسط برنامه ملی کنترل ایدز اوگاندا مطرح شد[۱۱]. به تدریج مشخص شد که بروز عفونت به رفتار و عوامل اجتماعی، اقتصادی و ساختاری گسترده‌تری وابسته است و هنگام طراحی مداخلات کنترلی این بیماری عفونی، باید مجموعه این عوامل را در نظر گرفت [۱۲]. بنابراین تاکید بسیاری بر رفع موانع اجتماعی و قانونی به منظور ارائه خدمات و ادغام ارائه خدمات اچ‌آی‌وی با سایر خدمات مورد نیاز افراد مبتلا به ایدز و جوامع در معرض خطر برای سالم ماندن و ایجاد معیشت پایدار می‌شود [۱۰].

در اولین کنفرانس بین المللی ارتقای سلامت که در سال ۱۹۸۶ در اتاوا برگزار شد، منشوری صادر گردید که ضمن تعریف ارتقای سلامت به عنوان فرایند قادرسازی مردم برای افزایش کنترل بر سلامت خود، ۵ راهبرد مهم برای ارتقای سلامت معرفی کرد که بعد از وضع قوانین سالم و ایجاد محیط حمایت کننده از سلامت، سومین راهبرد مهم تقویت اقدام جمعی توسط اجتماع بود [۱۳].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

در منشور بانکوک نیز که سال ۲۰۰۵ تدوین و منتشر شد، بر تقویت اقدام توسط اجتماع تاکید گردید و آن را یکی از تعهدات مهم جوامع برای ارتقای سلامت برشمرد [۱۴]. مداخلات اجتماع محور، از روش‌های مهم تقویت اقدام اجتماع است و به **مداخلات چندجزئی** اشاره دارند که به طور کلی راهبردهای تغییرات فردی و محیطی را در محیط‌های مختلف ترکیب می‌کنند [۱۵]. در این نوع مداخلات، اعضای خود اجتماع شامل گروه‌های آسیب‌پذیر و در حاشیه، می‌توانند نیازها را تعیین کرده و راه‌حل‌ها را شناسایی کنند. این افراد از دانش و شایعاتی که در حال گردش است آگاه هستند، می‌توانند بینشی در مورد استیگما و موانع ساختاری ارائه دهند و در موقعیتی هستند که می‌توانند با دیگران همکاری کرده و پاسخ‌های جمعی طراحی کنند [۱۶].

با وجود تلاش‌های جهانی برای کنترل همه‌گیری ایدز، از جمله اهداف سه گانه ۹۵-۹۵-۹۵، هنوز دستیابی کامل به این اهداف در بسیاری از کشورها از جمله ایران با چالش‌هایی مواجه است. یکی از راهبردهای مهم برای عبور از این چالش‌ها، طراحی و اجرای مداخلات اجتماع‌محور است که به مشارکت فعال افراد و گروه‌های محلی در فرایندهای پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری متکی است. با این حال، مطالعات پیشین بر اثربخشی یک مداخله خاص یا در یک جمعیت مشخص تمرکز داشته‌اند و تصویر جامع و طبقه‌بندی‌شده‌ای از انواع مداخلات اجتماع‌محور، نحوه مشارکت اجتماع، دامنه، اثربخشی، عوامل موفقیت و چالش‌های اجرای این مداخلات در سطح جهانی ارائه نکرده‌اند. بنابراین، جهت انجام این مطالعه، روش مرور دامنه‌ای به‌عنوان رویکردی مناسب‌تر برای شفاف سازی ابعاد گسترده این موضوع و سازمان دهی اطلاعات موجود، انتخاب شد. با توجه به این شکاف ها، این مطالعه با هدف شناسایی مداخلات اجتماع محور در زمینه پیشگیری و کنترل ایدز، بررسی دامنه و نوع مداخلات، چگونگی مشارکت اجتماع، میزان اثربخشی و استخراج درس‌های آموخته‌شده برای طراحی مداخلات آتی، به‌ویژه در راستای تحقق اهداف برنامه ۹۵-۹۵-۹۵ در ایران، انجام شده است.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مرور دامنه‌ای است که هدف از انجام آن بررسی مداخلات اجتماع محور در زمینه پیشگیری و کنترل اچی ای وی و ایدز و ارزیابی دامنه مطالعات، انواع مداخلات به کاررفته، سطح مشارکت و تاثیرات این مداخلات در جوامع مختلف و استخراج درس‌آموخته‌های جهانی است که در چارچوب روش ۵ مرحله‌ای آرکسی و امالی انجام شد [۱۷]. این مراحل عبارتند از: طراحی سوال تحقیق، شناسایی مطالعات، انتخاب مطالعات مرتبط، ثبت و جمع‌آوری داده‌ها و جمع‌بندی، خلاصه سازی و گزارش یافته‌ها.

در مطالعه حاضر، مقالات انگلیسی زبانی که در پایگاه‌های معتبر خارجی منتشر شده بود، مورد جستجو قرار گرفتند. برای انجام این مطالعه، پایگاه داده PubMed و Google Scholar به عنوان منبع اصلی جستجو انتخاب شدند. کلید واژه‌های Community based intervention، HIV، Prevention و control و Mesh termهای آنها برای شناسایی مطالعات مورد استفاده قرار گرفتند. جهت جستجوهای عمیق‌تر، راهبردهای جستجو با ترکیب عبارات فوق و استفاده از عملگرهای AND و OR و NOT ایجاد شد. از عملگر بولی NOT برای جدا کردن مطالعات مرتبط با سل استفاده گردید. جدول ۱ مراحل ساخت راهبرد جستجو در پایگاه PubMed را نشان می‌دهد. مرور انجام شده شامل مطالعاتی است که در پنج سال گذشته (از ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۴) منتشر شده‌اند. تنها مطالعاتی مورد بررسی قرار گرفتند که به روش تجربی یا نیمه تجربی انجام شده و اثربخشی یک مداخله اجتماع محور را بر پیشگیری و کنترل ایدز ارزیابی کرده بودند. بعد از جستجو، تمام مطالعات یافت شده به نرم‌افزار اندنوت وارد گردید و موارد تکراری حذف شدند. ابتدا عنوان و چکیده هر مقاله مورد بررسی قرار گرفت و مطابقت مقاله با معیارهای ورود بررسی شد. مطالعاتی که به نظر می‌رسید مطابقتی با هدف و معیارهای ورود ندارند، کنار گذاشته شدند. در نهایت مطالعات باقی مانده، از نظر کیفی مورد بررسی قرار گرفتند. فرایند غربالگری اولیه مطالعات توسط نویسنده اول انجام شد. در مواردی که ابهام یا تردید وجود داشت، تصمیم گیری نهایی با مشورت بین دو نویسنده صورت گرفت. همچنین برای افزایش دقت و اعتبار فرایند، نویسنده دوم به‌صورت تصادفی بخشی از مطالعات غربال‌شده را مجدداً بازبینی نمود. برای ارزیابی کیفی مطالعات واردشده در این مرور دامنه‌ای، از دو ابزار معتبر استفاده شد. ابزار Revised Cochrane Risk of Bias Tool (RoB2) برای ارزیابی مطالعات کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده به کار رفت که خطر سوگیری را در پنج دامنه اصلی شامل فرایند تصادفی‌سازی، انحراف از مداخلات، داده‌های خروجی ناقص، اندازه‌گیری پیامدها و گزارش‌دهی نتایج بررسی می‌کند. همچنین از Revised Cochrane Risk of Bias Tool for Cluster-Randomized Trials (RoB2 CRT) برای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

ارزیابی مطالعات تصادفی کنترل‌شده خوشه‌ای استفاده شد. این نسخه اصلاح‌شده از RoB2 با در نظر گرفتن پیچیدگی‌های طراحی خوشه‌ای، علاوه بر پنج دامنه مشابه با ابزار اصلی، عوامل مرتبط با خوشه‌بندی را نیز لحاظ می‌کند. هر مطالعه بر اساس نوع طراحی آن با یکی از این ابزارها ارزیابی شد و مطالعاتی که در تمام یا بیشتر دامنه‌های ابزار انتخابی در سطح خطر سوگیری پایین قرار داشتند، به‌عنوان مطالعات با کیفیت بالا طبقه‌بندی شدند. یک مطالعه برای پذیرش باید در تمام یا اکثر این دامنه‌ها به عنوان خطر سوگیری کم طبقه‌بندی شود [۱۸]. معیارهای ورود مطالعه عبارت بودند از: ۱) مطالعات باید مداخلات اجتماع محور برای پیشگیری و کنترل ایدز را بررسی کرده و نتایج مرتبط با شیوع ایدز یا بهبود وضعیت سلامت عمومی جامعه را گزارش کرده باشند. ۲) تنها مطالعات تجربی یا شبه‌تجربی که به صورت شاهددار انجام شده‌اند، انتخاب شدند. ۳) فقط مطالعات منتشر شده به زبان انگلیسی بررسی شدند. ۵) مطالعاتی که در پنج سال گذشته (از ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۴) منتشر شده‌اند، شامل جستجو شدند. مطالعات مقطعی، مورد-شاهدی، همگروهی، مرور نظام‌مند، فراتحلیل، مطالعات کیفی و پروتکل‌ها، مطالعاتی که مداخله آنها اجتماع محور نبود و مطالعاتی که دسترسی به متن کامل آنها امکان پذیر نبود، کنار گذاشته شدند. به منظور ثبت و جمع‌آوری داده‌ها، مطالعات در یک کاربرگ استخراج داده ثبت گردید. کاربرگ استخراج داده شامل نام نویسنده اول، کشور و سال انتشار مقاله، جمعیت هدف و حجم نمونه مورد مطالعه، حیطه مداخله، مداخلات صورت گرفته (پیشگیری، انجام آزمایش ایدز، شروع درمان ضدرتروویروسی، پایبندی به درمان و سرکوب بار ویروسی)، سطح مشارکت اجتماع و اثر بخشی مداخله بود.

برای بررسی سطح مشارکت اجتماع در هر مطالعه، از طیف مشارکت عمومی IAP2 استفاده کردیم. طیف مشارکت عمومی IAP2یک چارچوب شناخته‌شده است که توسط انجمن بین‌المللی مشارکت عمومی طراحی شده است. این چارچوب به سازمان‌ها کمک می‌کند تا به‌طور مؤثر عموم مردم را در فرایندهای تصمیم‌گیری دخیل کنند. این طیف شامل پنج سطح مشارکت است که هر کدام میزان بیشتری از تأثیرگذاری عمومی بر تصمیمات را نشان می‌دهند. این پنج سطح به ترتیب عبارتنداز: ۱) اطلاع‌رسانی (ارائه اطلاعات متوازن و عینی به عموم برای یاری آنها در درک مسائل و راه‌حل‌ها)، ۲) مشاوره (جمع‌آوری بازخورد از عموم در مورد تحلیل‌ها، گزینه‌ها یا تصمیمات)، ۳) درگیر کردن (مردم در هر مرحله از فرایند درگیر شوند و اطمینان حاصل شود که نگرانی‌ها و خواسته‌های آنها در نظر گرفته شده است)، ۴) همکاری (با عموم در هر جنبه‌ای از تصمیم‌گیری، از جمله توسعه گزینه‌ها و شناسایی راه‌حل‌های مطلوب، همکاری شود)، ۵) توانمندسازی (فرایند تصمیم‌گیری به دست عموم باشد) [۱۹]. شایان ذکر است این مطالعه مروری بوده و با توجه به این که شامل داده‌های انسانی یا حیوانی نبود؛ برای اخذ کد اخلاق اقدام نشد.

یافته ها

در نتیجه جستجوها در بازه زمانی ۱۰ مهر تا ۲۷ آذرماه ۱۴۰۳، در مجموع ۲۸۰ مطالعه یافت شد که با حذف موارد تکراری به ۱۳۲ مقاله کاهش یافت. با بررسی عنوان و چکیده، ۱۰۱ مطالعه کنار گذاشته شد. از ۳۱ مقاله باقی مانده نیز که متن کامل آنها مورد بررسی قرار گرفت، ۱۶ مقاله در روند بررسی متن کامل و ارزیابی کیفی از مطالعه حذف شدند. در نهایت، ۱۵ مطالعه برای تحلیل نهایی وارد مطالعه شدند. از این تعداد، ۱۱ مطالعه در تمامی دامنه‌های ارزیابی کیفیت با سطح خطر سوگیری پایین ارزیابی شدند و ۴ مطالعه باقی‌مانده در بیش از سه دامنه دارای خطر سوگیری پایین بودند. با توجه به اینکه دامنه‌های دارای خطر سوگیری متوسط در این چهار مطالعه محدود و قابل قبول بودند، کیفیت کلی مطالعات وارد شده در محدوده قابل قبول و مناسب برای تحلیل نهایی تلقی گردید. در نهایت ۱۵ مطالعه وارد مطالعه حاضر گردیدند. مطالعات منتخب از بازه زمانی ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۴ منتشر شده بودند. در کل ۳ مطالعه بر روی پیشگیری از ابتلا به اچی ای وی/ ایدز، ۸ مطالعه تشخیص به موقع و درمان و ۴ مطالعه نیز به صورت همزمان بر پیشگیری و کنترل اچی ای وی/ ایدز تمرکز داشتند.

جدول شماره ۲ مطالعات مورد بررسی را به صورت اجمالی نمایش می‌دهد. جمعیت هدف در سه مطالعه گروه‌های کلیدی (همجنسگرایان، زنان روسپی و جمعیت در معرض خطر) بودند [۲۲-۲۰]. سه مطالعه نیز بر روی مبتلایان به عفونت اچ‌آی‌وی صورت گرفته است [۲۵-۲۳]. تمرکز یک مطالعه بر روی زنان سیاه‌پوست بود [۲۶] و سایر مطالعات نوجوانان و جوانان را مورد بررسی قرار داده بودند.

با توجه به اطلاعات جدول ۲، بیشتر مطالعات در سال ۲۰۲۱ میلادی و عمده مطالعات در قاره آفریقا و کشور آفریقای جنوبی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

انجام شده است. تمام جنبه‌های پیشگیری، درمان و کنترل ایدز مد نظر قرار گرفت. حجم نمونه مطالعات از ۸۴ نفر تا ۱۲۸۲۴۱ نفر متغیر بود. مطالعه شاناوبه و همکاران [۳۱]در دو کشور زامبیا و آفریقای جنوبی بزرگترین حجم نمونه را به خود اختصاص داده است. طول مدت انجام مطالعه با توجه به نوع طراحی مطالعه از ۹ ماه تا ۴ سال متغیر بود. محل اجرای مداخلات نیز بسته به نوع مداخله، یا منازل افراد شرکت کننده یا کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی بود. در برخی از مطالعات نیز در اماکن عمومی همچون کلیساها مداخلات اجرا گردید و انتخاب محل مداخله به ترجیحات افراد شرکت کننده وابسته بود.

همانطور که در جدول۳ قابل مشاهده است، مداخلاتی متنوع، بالغ بر ۱۷ نوع مداخله، در مطالعات طراحی و اجرا شده است، البته تعداد تنوع مداخلات در هر مطالعه از ۱ تا ۱۰ نوع مداخله متغیر بود. این مداخلات را می‌توان در گروه‌های مداخلات ارائه خدمات بهداشتی-درمانی، آموزشی-مشاوره‌ای، تشخیصی و درمانی گروه بندی نمود. رایج‌ترین نوع مداخلات، مداخلات آموزشی یا مشاوره‌ای بود با همتایان بود. در تمام مطالعات، همتایان وظایف متفاوتی از جمله ارائه خدمات پیشگیری[۳۱-۳۳، ۲۸،۲۹، ۲۵، ۲۲، ۲۱]، ارجاع افراد به مراکز درمانی [۳۰، ۲۸، ۲۵، ۲۲، ۲۱]، مشاوره و ترغیب افراد [۳۴، ۳۳، ۲۷-۳۱، ۲۲-۲۵]، آموزش و اطلاع‌رسانی [۳۴، ۲۹، ۲۸، ۲۶، ۲۲-۲۴، ۲۰] بر عهده داشته‌اند.

جدول ۴، فهرست انواع مداخلات را به صورت طبقه بندی بر اساس سطوح مختلف پیشگیری و کنترل ایدز نشان می‌دهد، همانطور که جدول زیر قابل مشاهده است، بیشتر مطالعات به طراحی و اجرای مداخلات در سطح پیشگیری و از دسته مداخلات آموزشی-مشاوره-ای پرداخته‌اند.

همانگونه که در نمودار ۱ قابل مشاهده است، در ارزیابی‌های صورت گرفته مشخص شد که سطح مشارکت در تمام مطالعات از دو سطح اطلاع‌رسانی و مشاوره فراتر رفته است اما مشارکت اعضای اجتماع در هیچ مطالعه‌ای به سطح توانمندسازی نرسیده است.

تقریبا تمام مطالعات درجات مختلفی از تاثیر مداخلات را پیشگیری و درمان بیماری ایدز گزارش داده‌اند با این حال تمام مطالعات در ارائه نتایج خود به صورت شفاف عمل نکرده بودند.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که ارائه خدمات پیشگیرانه از جمله استفاده از کاندوم، PrEP و PEP تحت تأثیر مداخلات انجام‌شده بهبود یافته است [۲۵-۲۹، ۲۱]. به عنوان نمونه، در مطالعه رابرتز و همکاران، میزان استفاده از PrEP در گروه مداخله تا ۵۸ درصد افزایش یافت [۲۷]. همچنین، کاکانده و همکاران افزایش قابل‌توجهی معادل ۲۸ درصد در پوشش PrEP و PEP گزارش کردند[۲۲].

در مطالعاتی که با هدف شناسایی افراد مبتلا و ارتقای پذیرش و انجام آزمایش اچ‌آی‌وی انجام شده‌اند، افزایش نرخ انجام آزمایش اچ‌آی‌وی از ۶ تا ۲۶/۵ درصد مشاهده شده است [۳۴, ۳۱]. به عنوان مثال، در مطالعه شاناوبه و همکاران، مجموعاً ۵۱۵ مورد جدید ابتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی شد [۳۱] و در مطالعه‌ای دیگر، پذیرش آزمایش اچ‌آی‌وی در گروه مداخله ۵۵ درصد افزایش یافت [۳۰]. همچنین، در نتیجه توزیع ثانویه کیت خودآزمایی در مطالعه هنسن و همکاران ۹/۱ درصد از افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی شناسایی شدند [۳۲]. در مطالعه‌ای دیگر نیز، میزان پذیرش کیت‌های خودآزمایی ارسالی به افراد، ۲۹ درصد افزایش داشته است [۲۰].

افزایش شروع درمان ضدرتروویروسی در میان افراد مبتلا نیز از ۱۲/۲ تا ۲۰ درصد متغیر گزارش شده است [۳۱, ۲۳]. افزون بر این، یافته‌ها نشان می‌دهند که مداخلات انجام‌شده موجب بهبود پایبندی به درمان ضدویروسی شده‌اند [۳۱، ۲۸، ۲۵، ۲۴]. با این حال، اغلب مطالعات تفاوت معنادار بین گروه مداخله و کنترل از نظر میزان سرکوب بار ویروسی گزارش نکرده‌اند [۳۳،۲۵، ۲۴].

مداخلات اجتماع‌محور زمانی بیشترین اثربخشی را دارند که مشارکت فعال اعضای جامعه، به‌ویژه همتایان، در تمامی مراحل طراحی، اجرا و ارزیابی مداخلات لحاظ شود. استفاده از مشوق‌های مالی و غیرمالی، ترکیب رویکردهای آموزشی، مشاوره‌ای و خدمات بهداشتی، و ارائه گزینه‌های متنوع برای دریافت خدمات، از جمله راهکارهای مؤثر در افزایش پذیرش این مداخلات است. برخی از مبتلایان مخصوصا در جوامع سنتی‌تر به علت ترس از انگ، برای درمان مراجعه نمی‌کنند، کاهش انگ اجتماعی از طریق راهبردهایی نظیر برگزاری رویدادهای اجتماعی، تولید محتوای آموزشی متناسب با ویژگی‌های فرهنگی و طراحی مداخلات متناسب با نیاز و ترجیحات افراد می‌تواند به ارتقای مشارکت افراد در برنامه‌های پیشگیری و درمان کمک کند. به عنوان مثال اگر تمهیداتی اندیشیده شود که فرد مبتلا بتواند محل دریافت خدمات خود را انتخاب نماید، همانگونه که در مطالعه کاکانده و همکاران [۲۲] انجام شده بود، می‌تواند اثرات ترس از انگ را در افراد کاهش دهد. علاوه بر این، همکاری نزدیک با رهبران محلی، سازمان‌های مردم‌نهاد و نهادهای بهداشتی در تسهیل اجرای برنامه‌ها نقش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

بسزایی ایفا می‌کند. تقریبا در تمام مطالعاتی که بر پیشگیری از ایدز متمرکز بودند دسترسی به وسایل پیشگیری همچون کاندوم یک مداخله پرتکرار بود. استفاده از کاندوم یکی از روش‌های مطمئن پیشگیری از انتقال عفونت اچ‌آی‌وی و سایر عفونت‌های منتقله جنسی است و توزیع کاندوم مردانه و زنانه، ترویج استفاده از آن و تلاش برای ایجاد تقاضا در مردم یکی از اقدامات لازم و ضروری کنترل بیماری ایدز است. در ایران طبق ماده ۵۱ قانون حمایت از جوانی جمعیت و خانواده مصوبه سال ۱۴۰۰، توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری (از جمله کاندوم) ممنوع اعلام شده است [۳۵] که این مسئله خود نشان دهنده اهمیت بازنگری برخی از سیاست‌های نظام سلامت است. با توجه به مطالعات، توزیع داروهای پیشگیری از ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی پیش یا پس از مواجهه یک اقدام پیشگیرانه خوب است که برای جمعیت‌های در معرض خطر کلیدی همچون کارگران جنسی می‌تواند یک راهبرد موفق باشد [۲۰]. جهت شناسایی افراد مبتلا، انجام غربالگری‌های گسترده در جمعیت‌های کلیدی در معرض خطر مانند مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، توزیع رایگان کیت‌های خود آزمایی در کنار ارائه مشوق‌ها، مشاوره‌ها از اقداماتی موفقیت آمیز به شمار می‌آیند البته انجام این آزمایش‌ها و غربالگری‌ها نباید تنها به شناسایی افراد مبتلا ختم شود. باید توجه داشت که هر چه فاصله میان آزمایش اچ‌آی‌وی و شروع درمان آن بیشتر شود، احتمال مراجعه افراد به مراکز درمانی کمتر خواهد شد [۲۱]، لذا مهم است که پس از شناسایی افراد مبتلا، مداخلاتی همچون ارجاع افراد به مراکز درمانی و پیگیری مدام و حمایت‌های اجتماعی صورت گیرد.

جدول ۱: مراحل ساخت راهبرد جستجو در پایگاه PubMed

Results	Search Details	Filters	Query
215	((("HIV"[MeSH Terms] OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome"[MeSH Terms] OR "hiv infections"[Title/Abstract] OR "AIDS"[Title/Abstract]) AND ("community based intervention"[Title/Abstract] OR "community based"[Title/Abstract] OR "community participation"[Title/Abstract]) AND "prevention and control"[MeSH Subheading]) NOT "Tuberculosis"[MeSH Terms]) AND (2019:2024[pdat])	from 2019 - 2024	(((((("HIV"[Mesh]) OR ("Acquired Immunodeficiency Syndrome"[Mesh])) OR (HIV Infections[Title/Abstract])) OR [Title/Abstract])))) AND ((((community based "AIDS"(intervention[Title/Abstract]) OR ("community based"[Title/Abstract])) OR ("community participation"[Title/Abstract])))) AND ("prevention and control" [Subheading])) NOT ("Tuberculosis"[Mesh])
1,544,274	"prevention and control"[MeSH Subheading]		"prevention and control" [Subheading]
213,121	"Tuberculosis"[MeSH Terms]		"Tuberculosis"[Mesh]
5,118	"community participation"[Title/Abstract]		"community participation"[Title/Abstract]
89,160	"community based"[Title/Abstract]		"community based"[Title/Abstract]
1,802	"community based intervention"[Title/Abstract]		community based intervention[Title/Abstract]
179,377	"AIDS"[Title/Abstract]		[Title/Abstract]"AIDS"
12,919	"hiv infections"[Title/Abstract]		HIV Infections[Title/Abstract]
79,586	"Acquired Immunodeficiency Syndrome"[MeSH Terms]		"Acquired Immunodeficiency Syndrome"[Mesh]
110,721	"HIV"[MeSH Terms]		"HIV"[Mesh]

جدول ۲: خلاصه مطالعات به دست آمده در ارتباط با مداخلات اجتماع محور پیشگیری و کنترل ایدز

نویسنده،کشور و سال	جمعیت هدف و حجم نمونه	مدت مطالعه	محل مداخله	هدف	مداخله	مشارکت اجتماع	سطح مشارکت	نتیجه
هنسن و همکاران [۳۲] (زامبیا،۲۰۲۰)	۹۱۰۵ نفر بالغ ۱۸ سال و بالاتر	۳ سال	منازل	افزایش آزمایش HIV	- توزیع کیت‌های خودآزمایی به افراد بالغ - توزیع بسته‌های پیشگیری - توزیع کیت‌های خودآزمایی HIV به سایر اعضای خانواده یا جامعه برای آزمایش HIV توسط مخاطبان اولیه ارجاع	توزیع اولیه کیت درب منزل توسط همتایان صورت گرفت. توزیع ثانویه در این مطالعه توسط افراد جامعه صورت گرفت.	درگیر کردن	شناسایی ۹/۱ درصد مبتلا به HIV در نتیجه توزیع ثانویه
کاتز و همکاران	۸۴ نفر از افراد	۱۱ ماه	فضاهای	شروع درمان	مداخله رفتاری مبتنی بر همتایان	شناسایی موانع و	همکاری	افزایش معنادار شروع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

نویسنده،کشور و سال	جمعیت هدف و حجم نمونه	مدت مطالعه	محل مداخله	هدف	مداخله	مشارکت اجتماع	سطح مشارکت	نتیجه
[۲۳] (آفریقای جنوبی،۲۰۲۱)	بالای ۱۸ سال مبتلا به HIV که درمان دارویی را شروع نکرده بودند		غیربالینی مانند کلیسا یا مراکز اجتماعی	ضدررتروویروسی	در هشت جلسه شامل: - جلسه اول: تمرکز بر ایجاد حس مشترک و درک مخاطب و با هدف شناسایی باور و نگرانی‌های مخاطبان در مورد درمان ضدرتروویروسی - جلسه دوم: تمرکز بر ارتقا انگیزش و اعتماد به نفس با هدف اعلام آمادگی برای درمان - جلسه سه تا هشت: حمایت از انگیزه‌ها، اعتماد به نفس و مهارت پرداختن به موانع - ارائه بسته پیشگیری از ایدز درب منزل	مشکلات از طریق مصاحبه با شرکت کنندگان، استفاده از گروه همتایان در آموزش و مشاوره		درمان ضدرتروویروسی در گروه مداخله
شاناوبه و همکاران [۳۱] (زامبیا و آفریقای جنوبی، ۲۰۲۱)	۱۲۸۲۴۱ نفر از نوجوانان ۱۰ تا ۱۹ ساله زامبیا و آفریقای جنوبی	۴ سال	منازل و مراکز بهداشتی	شناسایی افراد مبتلا و شروع درمان	- ارائه خدمات مشاوره و آزمایش HIV، خدمات پیگیری از مراقبت، توزیع کاندوم و ارجاع برای ختنه پزشکی تقویت فعالیت پیشگیری از HIV در مدارس با آموزش والدین و نوجوانان	استخدام مشاوران جوان، آموزش والدین و کارکنان کلینیک برای تعامل بهتر با نوجوانان	درگیر کردن	این مطالعه باعث دستیابی به هدف اول و دوم UNAIDS در زامبیا و آفریقای جنوبی در بین نوجوانان شد.
تانسر و همکاران [۳۰](آفریقای جنوبی، ۲۰۲۱)	۱۳۸۳۸ نفر از مردان بالای ۱۵ سال	-	منازل	تقویت انگیزه درونی و بیرونی برای انجام آزمایش HIV و پیوند مبتلایان به خدمات	- انجام آزمایش در منزل - مشوق مالی برای پیوند به مراکز درمانی در صورت مثبت شدن تست - استفاده از یک اپلیکیشن حمایت از تصمیم گیری برای آزمایش و مراجعه به مراکز خدمات درمانی ارسال SMS یادآور	همکاری نزدیکی با رهبران محلی و شوراهای جامعه جهت آگاه سازی عمومی، برای شناسایی نیازها، تنظیم پیام‌ها و انتخاب بهترین روش‌های ارائه خدمات و مشاوره به افراد	همکاری	- افزایش ۵۵ درصدی در پذیرش آزمایش HIV در خانه بوسیله مشوق مالی عدم تاثیر اپلیکیشن در پذیرش آزمایش
گوودریج و همکاران [۲۵] (کنیا، ۲۰۲۱)	۴۲۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری ایدز که درمان ART خود را شروع کرده‌اند.	-	کلینیک بهداشتی و کلیسا و مراکز اجتماعی	پایبندی به درمان ART و سرکوب باروریوسی	- برگزاری جلسات با هدف تقویت پایبندی به درمان، توزیع دارو و ارائه کاندوم و رسیدگی به مسائل مهم اعضا - ثبت اطلاعات بیماران در هر جلسه جهت شناسایی روند درمان و مشکلات بیماران جهت تصمیم‌گیری برای ارجاع به کلینیک	انتخاب افراد غیرمتخصص و آموزش به آنان جهت شناسایی علائم و نشانه هایی که منجر به ارجاع بیمار به کلینیک می‌شود و ارائه مشاوره غیر رسمی به افرادی که پایبندی به درمان آنان کمتر بوده است.	همکاری	- عدم تفاوت آماری معناداری در باروریوسی سرکوب شده بین دو گروه مداخله و کنترل - افزایش معنادار پایبندی به درمان در گروه مداخله
جانا و همکاران [۲۱] (هند،۲۰۲۱)	۱۳۴۹ نفر از زنان کارگر جنسی	۲ سال و ۱ ماه	منازل و کلینیک‌های بهداشتی	ترکیب پیشگیری قبل از مواجهه PrEP با سایر روش‌های پیشگیری از	- آزمایش HIV ، بارداری و سایر بیماریهای مقاربتی - دریافت هفتگیPrEP و بسته پیشگیری از کلینیک و پیگیری‌های مربوطه توسط	توزیع PrEP درب منزل توسط همتا و ارائه خدمات مشاوره و ارجاع به کلینیک	درگیر کردن	- افزایش میزان رعایت مصرف PrEP در زنان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

نویسنده،کشور و سال	جمعیت هدف و حجم نمونه	مدت مطالعه	محل مداخله	هدف	مداخله	مشارکت اجتماع	سطح مشارکت	نتیجه
				HIV در میان زنان کارگر جنسی	کارکنان در صورت منفی بودن آزمایش - تحویل درب منزل PrEP و بسته پیشگیری توسط یک همتا هر دو روز یک‌بار و پیگیری‌های مربوطه توسط همتا در صورت منفی بودن آزمایش *نوع دریافت PrEP به انتخاب نمونه‌ها بود - - ارجاع در صورت مثبت بودن تست			
چانگ و همکاران [۳۳] (اوگاندا،۲۰۲۱)	۲۱۴۸ نفر از جوانان ۱۵ تا ۴۹ ساله	۳ سال و ۳ ماه	بازدید اول در منازل سپس در محل‌های پیشنهادی افراد	افزایش مشارکت در پیشگیری و درمان HIV	- ارائه خدمات در منزل توسط گروه همتا یا پیشاهنگ سلامت - انجام مصاحبه‌های انگیزشی و مشاوره به افراد - پشتیبانی از تصمیم گیری با استفاده از یک نرم افزار تلفن همراه	استفاده از گروه همتا برای مصاحبه انگیزشی و ارائه خدمات در منزل	درگیر کردن	- تفاوت معنی‌دار در پوشش مراقبت‌های HIV و پوشش ART ین دو گروه کنترل و مداخله - افزایش سرکوب ویروسی HIV و ختنه مردان در گروه مداخله - افزایش ۶ درصدی میزان انجام آزمایش در میان مردان و ۱۰ درصدی در میان زنان - افزایش معنی‌دار در میزان پیوند به مراقبت‌های درمانی در گروه مداخله
لیپمن و همکاران [۳۴](آفریقای جنوبی،۲۰۲۲)	۳۸۳۰۰ نفر از افراد ۱۸ تا ۴۹ ساله	۲ سال	-	افزایش تست HIV، پیوند با خدمات درمانی و ماندگاری در مراقبت و درمان	- کارگاه دو روزه و فعالیت های مبتنی بر جامعه مانند تئاتر خیابانی با تمرکز بر موضوعاتی مانند جنسیت، قدرت و سلامت؛ پیشگیری از HIV ؛ سواد درمانی؛ ارتباط سالم و روابط سالم؛ حقوق بشر، HIV و انگ اجتماعی؛ و اقدام برای تغییر.	استفاده از اعضای داوطلب جامعه در اجرای مداخله، تعامل با رهبران و ذی نفعان	درگیرکردن	
یانگ و همکاران [۲۰] (آمریکا، ۲۰۲۲)	۹۰۰ نفر از مردان همجنسگرا	۳ سال و ۷ ماه	-	اقدام برای آزمایش HIV	- تشکیل گروه آنلاین در فیس بوک و برقرای ارتباط افراد گروه مداخله به رهبران همتا و آموزش گروه مداخله توسط رهبران همتا - توزیع کیت خودآزمایی	انتخاب و آموزش ۷۹ نفر رهبر همتا درباره اپیدمیولوژی، ایجاد اعتماد بین غریبه‌ها، روش‌های تشویق به مشارکت	درگیر کردن	- پذیرش ۲۹ درصدی کیت خودآزمایی HIV و کاهش مصرف الکل در گروه مداخله - افزایش معنادار درخواست کیت تست HIV در گروه مداخله - عدم تفاوت معنادار در رفتارهای پرخطر جنسی بین دو گروه
کاکانده و همکاران [۲۲] (اوگاندا و کنیا،	۴۲۹ نفر از افراد بالای ۱۵ سال در معرض خطر	۱ سال و سه ماه	به انتخاب افراد شرکت کننده	پیشگیری قبل مواجهه و پیشگیری پس از	- آموزش و ارائه مشاوره در خصوص روش های پیشگیری از HIV توسط همتایان	اطلاع‌رسانی‌ها در خصوص مطالعه، جمع‌آوری داده	درگیرکردن	-افزایش قابل توجه ۲۸ درصدی پوشش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

نویسنده،کشور و سال	جمعیت هدف و حجم نمونه	مدت مطالعه	محل مداخله	هدف	مداخله	مشارکت اجتماع	سطح مشارکت	نتیجه
۲۰۲۲)				مواجهه	- ارائه خدمات به روش انتخابی (افراد می‌توانستند بین روش‌های پیشگیری و آزمایش HIV (خودآزمایی یا آزمایش رپید تست) و محل دریافت خدمات با توجه به شرایط خود یک روش را انتخاب کنند) - پشتیبانی ۲۴ ساعته: امکان تماس با یک پزشک به صورت ۲۴ ساعته جهت دریافت مشاوره فراهم بود. - ارجاع به خدمات بهداشتی یا مشاوره‌ای - جلسات مشاوره انفرادی انگیزشی با هدف ایجاد رابطه، آموزش روانشناختی و ارزیابی نیازهای مربوط به تعیین-کننده‌های اجتماعی سلامت توسط همتایان - ارجاع جهت رسیدگی به نیازهای برآورده نشده (مسکن، مواد غذایی) - تشکیل یک باشگاه حمایتی با ۸ جلسه مشاوره برای توانمندسازی توسط همتا و یک تسهیلگر - برگزاری رویدادهای اجتماعی توسط عاملان تغییر و پزشکان برای شرکای جنسی افراد مورد مطالعه - برگزاری یک رویداد آموزشی مصرف PrEP برای زوجین توسط عاملین تغییر و پزشکان جهت کاهش انگ مشارکت و ارائه مشوق جهت شرکت در رویداد ۴ نوع مداخله شامل: - گروه مراقبت استاندارد : ارجاع شرکت‌کنندگان به خدمات دوستانه برای جوانان و ایجاد امکان دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری، مشاوره HIV و درمان فوری HIV و پیشگیری پیش از تماس (PrEP) - گروه خدمات بهداشت جنسی و باروری (SRH): علاوه بر مراقبت استاندارد، انجام نمونه‌گیری شخصی برای آزمایش عفونت‌های مقاربتی (STIs) و ارجاع به خدمات	خانوارها، ارائه خدمات، آموزش و مشاوره و ارجاع افراد به مراکز درمانی توسط همتایان صورت گرفت.		پیشگیری پیش و پس از مواجهه در گروه مداخله
بوگارت و همکاران [۲۴] (آمریکا،۲۰۲۳)	۳۴۵ نفر از افراد بالای ۱۸ سال مبتلا به ایدز که برایشان درمان ART تجویز شده است.	۳ سال و ۱۱ ماه	محل سازمان خدمات HIV مبتنی بر جامعه	پایبندی به درمان		برگزاری جلسات مشاوره توسط همتایان	همکاری	افزایش دو برابری پایبندی به درمان و کاهش معنی‌دار استیگما و بی اعتمادی نسبت به پزشک
رابرتز و همکاران [۲۷] (کنیا، ۲۰۲۳)	۱۰۳ نفر از دختران نوجوان و زنان جوان	۹ ماه	محل‌های پیشنهادی افراد	افزایش استفاده از پیشگیری خوراکی قبل از مواجهه (PrEP)		برگزاری جلسات مشاوره توسط همتا	درگیرکردن	افزایش معنادار آغاز مصرف و پایبندی به مصرف PrEP در گروه مداخله
شاه‌منش و همکاران [۲۸] (آفریقای جنوبی، ۲۰۲۴)	۱۷۴۳ نفر از نوجوانان و جوانان ۱۶ تا ۲۹ ساله مناطق روستایی	۲ سال و ۴ ماه	کلینیک‌های بهداشتی	سطوح مختلف پیشگیری از HIV استفاده از وسایل پیشگیری، آزمایش HIV و شناسایی مبتلایان و درمان دارویی و پایبندی به درمان		استفاده از ۵۴ نفر رهبر همتا برای آموزش و ارائه اطلاعات بهداشتی به افراد، توزیع کاندوم و حمایت از پایبندی به درمان و ارجاع شرکت‌کنندگان به خدمات حمایتی	درگیر کردن	- ماندگاری بیشتر در درمان در شرکت‌کنندگانی که ترکیب خدماتSRH و حمایت همتایان را دریافت کردند. - افزایش تقاضا برای پیشگیری از HIV - عدم تأثیر قابل‌توجه بر کاهش شیوع HIV

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

نویسنده،کشور و سال	جمعیت هدف و حجم نمونه	مدت مطالعه	محل مداخله	هدف	مداخله	مشارکت اجتماع	سطح مشارکت	نتیجه
فیری و همکاران [۲۹] (زامبیا، ۲۰۲۴)	جوانان و نوجوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله ساکن شهر لوساکا	۲ سال و سه ماه	مراکز و کلینیک های بهداشتی و منازل	پیشگیری از HIV و شناسایی افراد مبتلا	جامع بهداشت جنسی و پیشگیری ازHIV - گروه حمایت همتایان: دسترسی به خدمات مراقبت و ارائه وسایل پیشگیری و کمک در زمینه پیگیری درمان یا استفاده از PrEP یا ART توسط همتایان - ترکیب SRH و حمایت همتایا: این گروه از مزایای هر دو مداخله بهره‌مند شدند. - - ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری در مرکز بهداشت - - تعریف سیستم کارت امتیازات پیشگیری جهت جمع‌آوری امتیاز در صورت استفاده از خدمات و کسب جوایز بهداشتی با توجه به امتیاز کسب شده جهت تشویق و ردیابی استفاده از خدمات - - مشارکت جامعه: ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری شامل آزمایشHIV ، غربالگری بیماری‌های مقاربتی ، جلسات آموزش جامع سلامت جنسی، جلسات آموزشی و تفریحی و ارائه کاندوم توسط کارکنان پشتیبانی همتایان و ناظران و پرستاران در مراکز - ۵ جلسه آموزشی به منظور افزایش آگاهی درباره خطرات HIV و بیماری‌های مقاربتی(STI) توسط همتا - آموزش مهارت‌های استفاده از کاندوم، آموزش مهارت‌های مذاکره جنسی و حفاظت از خود با استفاده از روش ایفای نقش - مداخله مبتنی بر ویدئو (ویدیوهای آموزشی با استفاده از شخصیت‌های زنان سیاه-پوست)	استفاده از همتایان در ارائه خدمات جنسی و باروری درب منزل	درگیر کردن	- افزایش قابل توجه پوشش و استفاده از خدمات سلامت جنسی و باروری در میان نوجوانان و جوانان - بیش از دو سوم افرادیکه کارت امتیاز دریافت کردند، حداقل یک خدمت کلیدی سلامت جنسی و باروری را از مراکز دریافت کردند.
اکریچ و همکاران [۲۶] (آمریکا،۲۰۲۴)	۳۵۲ نفر از زنان سیاه پوست	-	-	کاهش خطر ابتلا به HIV و بیماری‌های منتقله جنسی	مشارکت اعضای جامعه هدف در نیازسنجی، استفاده از تسهیلگران محلی در آموزش و اجرا مشارکت شرکت کنندگان در ارزیابی مداخله برای اصلاح و بهبود برنامه	همکاری	- افزایش پذیرش و تمایل و استفاده از PrEP در گروه مداخله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

جدول ۳: مداخلات صورت گرفته در هر مطالعه

نوع مداخله	کاتز و همکاران [۲۳]	بوگارت و همکاران[۲۴]	رابرتز و همکاران [۲۷]	گوودریج و همکاران [۲۵]	یانگ و همکاران [۲۰]	شاه منش و همکاران [۲۸]	فیری و همکاران [۲۹]	تانسر و همکاران [۳۰]	کاکانده و همکاران [۲۲]	شاناوبه و همکاران [۳۱]	هنسن و همکاران [۳۲]	جانا و همکاران [۲۱]	چانگ و همکاران [۳۳]	اکریج و همکاران [۲۶]	لیپمن و همکاران [۳۴]	جمع
آموزش توسط همتایان	*	*			*	*	*		*					*	*	۸
مشاوره توسط همتایان	*	*	*	*		*	*	*	*	*			*		*	۱۱
آموزش توسط کارکنان بهداشتی-درمانی			*			*	*								*	۴
مشاوره توسط کارکنان بهداشتی-درمانی			*	*		*	*		*	*					*	۷
رویدادهای اجتماعی مانند تئاتر خیابانی جهت کاهش انگ و استگیما اجتماعی			*												*	۲
توزیع دارو (ART)				*								*				۲
توزیع بسته‌های پیشگیری (کاندوم/ PrEP یا PEP) توسط همتا در درب منزل یا سایر اماکن				*		*	*		*	*	*	*	*			۸
ارجاع (خدمات بهداشتی، درمانی/ اجتماعی)		*		*		*		*	*	*	*	*				۸
مداخله مبتنی بر وب از طریق پلتفرم فیس‌بوک					*											۱
غربالگری و آزمایش HIV						*			*	*		*				۴
آزمایش بیماری‌های مقاربتی						*						*				۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

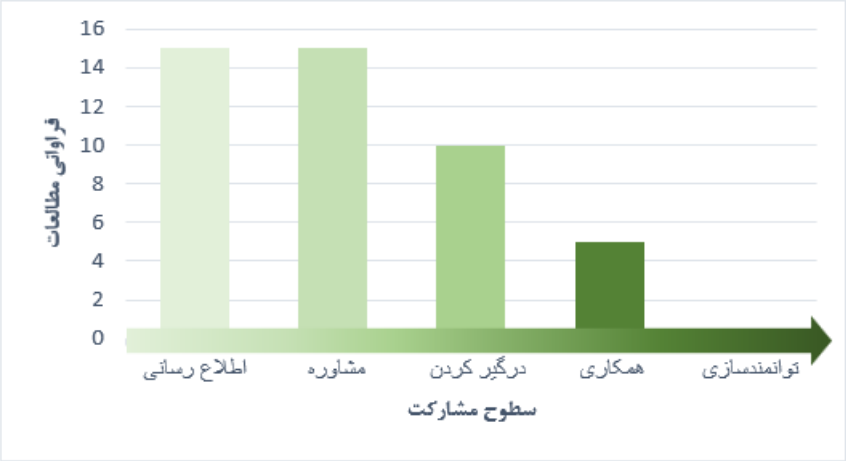
ارائه مشوق				*			*	*							۳
آزمایش HIV در منزل						*	*		*						۳
توزیع کیت خودآزمایی					*					*					۲
دسترسی و ارائه خدمات پیشگیری توسط مراکز بهداشتی درمانی					*	*		*	*						۴
ارسال SMS یادآور برای مراجعه به کلینیک							*								۱
۱۷ ارایه اپلیکیشن مشاوره به مبتلایان							*			*					۲
جمع	۲	۳	۵	۵	۳	۱۰	۷	۵	۷	۵	۴	۶	۳	۱	۵	

جدول ۴: دسته بندی مداخلات و اقدامات صورت گرفته در هر دسته

سطح	مداخلات	اقدامات صورت گرفته
پیشگیری	مداخلات ارائه خدمات بهداشتی-درمانی	توزیع کاندوم درب منزل توسط همتایان (درب منزل یا سایر اماکن)
		توزیع کاندوم در مراکز بهداشتی-درمانی یا واحدهای سیار
		توزیع داروی ضدترورویروسی جهت جلوگیری از ابتلا به عفونت HIV قبل از مواجهه (PrEP) توسط همتا (درب منزل یا سایر اماکن)
		توزیع داروی ضدترورویروسی جهت جلوگیری از ابتلا به عفونت HIV قبل از مواجهه (PrEP) در مراکز بهداشتی-درمانی یا واحدهای سیار
		توزیع داروی ضدترورویروسی جهت جلوگیری از ابتلا به عفونت HIV پس از مواجهه (PEP) توسط همتا (درب منزل یا سایر اماکن)
		ختنه پزشکی
		ارجاع افراد برای انجام ختنه پزشکی
		طراحی و تهیه کارت امتیاز برای نوجوانان و جوانان که به ازای دریافت خدمات بهداشتی، به آنان داده می‌شد و فرد می‌توانست به ازای امتیاز جمع‌آوری شده، اقلام بهداشتی تهیه نماید.
		آموزش توسط همتا (آموزش جامع سلامت جنسی، آموزش آشنایی با PrEP و PEP و نحوه مصرف آنها، آموزش نحوه استفاده از کاندم، آموزش روش‌های پیشگیری، آموزش مهارت مذاکره با شریک جنسی به روش ایفای نقش، آشنایی با بیماری‌های مقاربتی)
		مشاوره توسط همتا
		آموزش توسط کارکنان
		مشاوره توسط کارکنان
		رویدادهای اجتماعی مانند برگزاری تئاتر خیابانی جهت آگاه سازی و مبارزه با انگ و استیگما
	مداخلات آموزشی- مشاوره-ای	تهیه ویدئوهای آموزشی با کاراکترهای همتا به منظور افزایش آگاهی درباره خطرات HIV و بیماری‌های مقاربتی
		تهیه اپلیشکن‌های تلفن همراه جهت مشاوره و آموزش افراد
		آموزش و مشاوره از طریق پلتفرم فیس بوک
		برگزاری کارگاه آموزشی
		ایجاد حمایت اجتماعی (رسیدگی به نیازهای براورده نشده اجتماعی، رسیدگی به مشکلات افراد در روند درمان، حمایت از تصمیم جهت اقدام به درمان)
		ارسال پیامک یادآور جهت مراجعه افراد مبتلا به مراکز درمانی
		آموزش اولیا و انجمن مدارس برای تقویت فعالیت‌های پیشگیری از ایدز در مدارس
		آموزش پزشکان برای آشنایی با درمان ART
		ارائه سبدغذایی به افراد در صورت شرکت در جلسات آموزشی
		فراهم کردن مشاوره تلفنی ۲۴ ساعته برای افراد
کنترل	مداخلات تشخیصی	انجام غربالگری در جمعیت‌های کلیدی مانند کارگران جنسی
		انجام آزمایش HIV درب منزل توسط همتایان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

مداخلات درمانی	آزمایش HIV در مراکز سیار
	توزیع کیت خودآزمایی HIV
	آزمایش بیماری‌های مقاربتی
	در نظر گرفتن مشوق مالی برای افراد جهت شرکت در غربالگری‌ها و انجام آزمایش
	در نظر گرفتن تخفیف سوپرمارکتی برای افرادی که آزمایش HIV انجام دهند.
	شروع درمان ART
	ارائه خدمات پزشکی برای درمان HIV
	ارجاع مبتلایان شناسایی شده به مراکز درمانی
	برقراری تماس تلفنی با افراد جهت پیگیری روند درمان
	برگزاری جلساتی برای ثبت اطلاعات روند درمان با هدف تقویت پایبندی به درمان



نمودار ۱: فراوانی مطالعات در طیف مشارکت عمومی IAP2

شکل ۱: مراحل جستجو و گزینش مطالعات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

بحث و نتیجه گیری

یکی از چالش های مهم و معاصر نظام سلامت مبارزه با بیماری ایدز است که موارد بروز آن در حال افزایش است [۳۶]. این وضعیت نشان می‌دهد که نظام سلامت به طور جدی و فوری نیازمند طراحی روش‌های متفاوت و موثرتری برای مدیریت این بیماری است. یکی از راهبردهای جدید بهداشتی می‌تواند طراحی مداخلات اجتماع محور با استفاده از تجارب موجود داخلی و جهانی باشد [۳۷]. بررسی مطالعات نشان داد که مداخلات اجتماع محور می‌تواند بر شاخص‌های اهداف UNAIDS اثر گذاشته و وضعیت شاخص‌ها را بهبود ببخشند. تقریبا تمام مطالعات اثربخشی مداخله اجتماع محور را در دست‌یابی به اهداف پیشگیری و کنترل ایدز هر چند با درجات متفاوت تایید کرده‌اند.

هدف اول UNAIDS به این موضوع اشاره دارد که افراد از وضعیت ابتلای خود به عفونت اچ‌آی‌وی آگاه شوند. تمام مطالعاتی که هدف آنها، افزایش آزمایش اچ‌آی‌وی بود، اثربخشی خوبی داشتند [۳۴، ۲۹-۳۲، ۲۰] که حتی تا افزایش ۵۵ درصدی نیز گزارش شده بودکه به واسطه ارائه مشوق مالی در کنار ارائه خدمات توسط گروه همتا حاصل شده بود. هدف دوم UNAIDS این است که افرادی که از وضعیت ابتلای خود به بیماری ایدز آگاه شده‌اند، درمان ضدترورویروسی را شروع نمایند. با بررسی صورت گرفته، مشخص شد که مداخلات اجتماع محور در پیوند افراد مبتلا به مراکز درمانی و شروع درمان ضدترورویروسی موفق بوده‌اند [۳۴، ۳۳، ۳۱، ۲۵، ۲۳]. مطالعه کاتز و همکاران [۲۳] بر روی مبتلایان به اچ‌آی‌وی که درمان خود را آغاز نکرده بودند صورت گرفته است. این مطالعه با شنیدن نیازها و مشکلات این افراد و استفاده از گروه همتا برای مشاوره و رفع موانع توانسته است میزان شروع درمان در گروه مداخله را به طور معنادار افزایش دهد. مطالعه لیپمن و همکاران [۳۴] نیز نشان می‌دهد که مبارزه با انگ یک راهبرد موفق برای افزایش پیوند افراد به مراکز درمانی است.

هدف سوم UNAIDS نیز به این اشاره دارد که افرادی که درمان ضدترویروسی خود را آغاز کرده‌اند به درمان پایبند بوده و به بار ویروسی سرکوب شده برسند. در بین ۵ مداخله اجتماع محوری که متمرکز بر این موضوع بودند، دو مطالعه موفق به دستیابی به این هدف نشده بودند، گرچه منجر به ایجاد تفاوت میان دو گروه مداخله و کنترل شده بوند اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود [۳۳، ۲۵]. در حالیکه در دو مداخله تفاوت‌های قابل توجهی در این شاخص (یعنی تعداد مبتلایانی که به بارویروسی سرکوب‌شده دست یافته‌اند) ایجاد شد [۳۴، ۲۴]. هدف سوم (سرکوب بار ویروسی) یک هدف بلندمدت است و دستیابی به آن نیازمند یک مطالعه در مدت زمان طولانی‌تری است لذا عدم گزارش تفاوت معنادار در نتایج مطالعات با این تفسیر قابل توجیه است. این مطالعه مجددا تایید می‌نماید که مداخلات اجتماع محور با تکیه بر ظرفیت‌های جوامع محلی، در کاهش شیوع ایدز، افزایش انجام آزمایش اچ‌آی‌وی، بهبود پایبندی به درمان ضدترورویروسی از اهمیت بسیاری برخوردار است. با این حال به نظر می‌رسد که دستیابی به هدف سرکوب بارویروسی، نیازمند مطالعات طولانی مدت‌تری است.

همانطور که در بخش یافته گزارش شد، فهرستی از انواع مداخلات اجتماع محور با اهداف متفاوت به دست آمد که می‌تواند مورد توجه مدیران و برنامه‌ریزان مسئول کنترل و مدیریت بیماری ایدز در کشور قرار گیرد. پر تکرارترین رویکرد مداخله، مشاوره بود. در حالیکه بیشترین تاثیر با ترکیب انجام آزمایش اچ‌آی‌وی با روش ارائه مشوق به دست آمده است. استفاده از مشوق نیز می‌تواند یک ابزار و راهکار مناسب برای افزایش مشارکت اجتماع و اثربخشی آن باشد. به نظر می‌رسد استفاده از همتایان در نقش مشاوران و ارائه‌دهندگان خدمات، یکی از عوامل موفقیت این مداخلات بوده است که ضمن ایجاد اعتماد، افراد بیشتری را برای مشارکت در برنامه‌ها جذب کرده است. به نظر می‌رسد همتایان به علت داشتن وجوه اشتراک فراوان با مشارکت کنندگان، راحت‌تر با افراد ارتباط موثر برقرار می‌کنند، در نتیجه افراد به همتایان سریع‌تر اعتماد می‌کنند، توصیه‌ها و پیام‌های آنان برای افراد، قابل پذیرش است، حمایت اجتماعی مناسب‌تری برای مشارکت‌کنندگان فراهم می‌آورد و سبب می‌شود افراد اجتماع حس مالکیت بیشتری نسبت به برنامه‌ها داشته باشند. ضمن اینکه همتایان در طراحی پیام‌ها و برنامه‌های متناسب با گروه هدف، کاهش هزینه‌های مالی و نیروی انسانی مورد نیاز به سیستم بهداشتی نیز کمک شایانی خواهد نمود. همچنین همتایان به علت دریافت آموزش و کسب تجربه، در پرداختن به سایر مسائل بهداشتی هم به یک سرمایه اجتماعی خوب تبدیل می‌شوند [۲۲، ۲۱]. بنابراین پیش نیاز کسب مزایای ذکر شده، افزایش سطح مشارکت افراد اجتماع در طراحی و اجرای مداخلات است. شایان ذکر است انتخاب همتایان نیز اگر توسط جمعیت هدف صورت بگیرد، تاثیر مداخلات بیشتر می‌شود. از آنجا که در بسیاری از جوامع مهم‌ترین مانع اقدام به دریافت خدمات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

پیشگیری و کنترل ایدز، انگ واستیگما است [۳۸]، لذا مبارزه با انگ و استگیما نیز یک راهبرد موفق برای افزایش پیشگیری و کنترل بیماری ایدز بوسیله افزایش آزمایش اچ‌آی‌وی و مراجعه فرد به مراکز درمانی و غیره خواهد بود.

در تمام مطالعات مورد بررسی اعضای اجتماع در مداخلات مشارکت داشتند و مشارکت اعضای اجتماع یا در اجرای مداخلات از قبل طراحی شده یا طراحی مداخله و اجرای آن دیده می‌شد. با این حال با توجه به طیف مشارکت عمومی IAP2، مشارکت اعضا در بیشتر مطالعات در میانه طیف قرار می‌گیرد. این بدان معناست که سطح مشارکت جامعه در مداخلات مشاهده‌شده، اگرچه قابل توجه بوده، اما در سطحی متوسط باقی مانده است. به نظر می‌رسد اگر میزان و کیفیت مشارکت به سطوح بالاتری می‌رسید و توانمندسازی و انتقال مسئولیت به اعضای اجتماع انجام می‌شد، احتمال دستیابی به موفقیت‌های بیشتری وجود داشت. این مسئله بر اهمیت تقویت مشارکت معنادار و فعال اجتماع در تمام مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخلات تأکید دارد

در کنار دستاوردهای مطالعات مورد بررسی، نقدهای متعددی نیز بر آنها وارد است. یکی از مهم‌ترین آن‌ها، کوتاه‌مدت بودن مدت مداخله با توجه به هدف مطالعه است. دستیابی به سومین هدف UNAIDS، یعنی سرکوب بار ویروسی، مستلزم پیگیری طولانی‌مدت و پایبندی مداوم به درمان است؛ در حالیکه مطالعاتی که بر روی این هدف تمرکز داشته‌اند، به علت مدت کوتاه مطالعه نتوانسته‌اند شواهدی قوی از اثربخشی مداخله بر این هدف گزارش نمایند. همچنین استفاده از مشوق‌های مالی گرچه در کوتاه‌مدت اثربخش بوده، اما در بلندمدت ممکن است موجب کاهش انگیزه در غیاب این مشوق‌ها یا سبب تغییر ناپایدار و زودگذر در رفتار گردد. لازم است که مشوق‌ها با دقت و به‌طور راهبردی طراحی شوند تا از ایجاد انگیزه‌های سطحی و وابستگی جلوگیری شود و حتی تاثیرات بالقوه منفی آن کاهش یابد. در تعیین مشوق، مخصوصا در ارتباط با بیماری‌هایی مانند ایدز، باید با توجه به جمعیت هدف، حساسیت-های ویژه‌ای به خرج داد. برای مثال تعیین مشوق مالی برای مصرف کنندگان مواد مخدر ممکن است به تشدید رفتارهای پرخطر دیگر منجر شود. از سوی دیگر، در استفاده از نتایج این مطالعه، باید به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و ساختاری بین کشورها نیز توجه نمود. در کشوری مانند ایران، اجرای مشابه این مداخلات با موانع زیادی روبه‌رو خواهد شد. برای مثال، برای کار بر روی برخی از جمعیت‌های کلیدی موانع و محدودیت‌های قانونی وجود دارد. از طرفی طراحی مداخلات اجتماع محور بر پایه مشارکت اجتماع صورت می‌گیرد. اما همانطور که موسوی نیز در مطالعه خود اذعان داشته، مشارکت اجتماعی در سطح کلان با مشکل مواجه است و علت آن عدم وجود زمینه‌های مناسب و عدم اعتماد میان شهروندان و دستگاه‌های دولتی است [۳۹]. از سویی دیگر، شواهد جهانی نشان می‌دهد که ترس از انگ و استیگما، مهمترین مانع در دستیابی به اهداف پایان دادن به همه‌گیری ایدز است [۴۰] و در کشور ایران که بافت فرهنگی و سنتی خاص خود را دارد، این مسئله شاید بیشتر از سایر کشورها مانعی در سر راه اجرای موفق چنین مداخلاتی خواهد بود. لذا پیش نیاز طراحی و اجرای مداخلات اجتماع محور در ایران، سیاستگذاری‌ها، ایجاد ظرفیت و زمینه لازم برای مشارکت اجتماعی و تلاش برای کاهش انگ و استیگما است. نتایج این مرور دامنه‌ای تاکید می‌کند که مداخلات اجتماع‌محور ابزارهای مؤثری برای پیشگیری، کنترل و درمان اچ-آی‌وی/ایدز هستند. این مداخلات با بهره‌گیری از پتانسیل جامعه، می‌توانند به‌طور مؤثر به اهداف ۹۵-۹۵-۹۵ UNAIDS کمک کنند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که برای بهبود وضعیت پیشگیری و کنترل ایدز در ایران، مداخلات اجتماع محوری طراحی شود که مشارکت اجتماع را در سطوح بالاتر طیف مشارکت عمومی به کارگیرد. برای افزایش استفاده از خدمات، لازم است که نیازها و مشکلات جمعیت‌های کلیدی شنیده شود و در طراحی و اجرای مداخلات از گروه‌های همتا استفاده گردد. ضمن اینکه تلاش برای کاهش انگ و استفاده از مشوق‌ها می‌توانند ابزارهای قدرتمندی در جهت دستیابی به اهداف پیشگیری و کنترل باشند.

انجام این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود. یکی از محدودیت‌های مهم این مطالعه، عدم دسترسی به برخی از پایگاه‌های علمی معتبر بین‌المللی مانند Scopus و Web of Science بود. این موضوع ممکن است موجب شود بخشی از شواهد علمی منتشرشده در این پایگاه‌ها در مرور حاضر لحاظ نشده باشد. با این حال، PubMed به‌عنوان یکی از جامع‌ترین و تخصصی‌ترین پایگاه های اطلاعاتی در حوزه علوم پزشکی و سلامت به عنوان پایگاه اصلی مورد استفاده قرار گرفت و سعی شد که با بهره‌گیری از پایگاه تخصصی PubMed و موتور جستجوی Google Scholar، دامنه جستجو تا حد امکان گسترش یابد و پوشش مناسبی از مطالعات مرتبط حاصل گردد. همچنین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

محدودیت دیگر مطالعه، انجام فرایند غربالگری تنها توسط یک پژوهشگر بود. این امر می‌تواند خطر بروز سوگیری در انتخاب مطالعات را افزایش دهد. با این حال تلاش شد تا با رعایت دقیق معیارهای ورود و خروج، بررسی دوباره مطالعات و بازبینی مجدد توسط نویسنده دیگر این احتمال به حداقل برسد.

سهم نویسندگان

نرگس عبدی پور: طراحی مطالعه، انجام جستجو و فرایند غربالگری، جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها، نگارش مقاله

نسترن کشاورز محمدی: طراحی مطالعه، نظارت بر انجام پژوهش، تفسیر داده‌ها، بازبینی و ویرایش مقاله

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مروری، مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی پژوهشگرانی که با آثار ارزشمندشان زمینه‌ساز این مطالعه شدند، اعلام می‌دارند.

منابع

1. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men-New York City and California. Morbidity And Mortality Weekly Report 1981;30:305-308
2. World Health Organization. HIV statistics, globally and by WHO region 2023: Epidemiological fact sheet 2023. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf . Accessed date: 5 Dec 2024
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Fact sheet-Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic 2023. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf. Accessed date: 5 Dec 2024
4. World Health Organization. HIV country profile 2023. Available from: https://cfs.hivci.org/. Accessed date: 5 Dec 2024
5. World Health Organization. HIV and AIDS 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids. Accessed date: 18 Dec 2024
6. Eisinger RW, Fauci AS. Ending the HIV/AIDS Pandemic. Emerging Infectious Diseases 2018;24:413-416
7. Tetteh RA, Yankey BA, Nartey ET, Lartey M, Leufkens HG, Dodoo AN. Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: safety concerns. Drug Safety 2017;40:273-283
8. Sultan B, Benn P, Waters L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. HIV/AIDS-Research and Palliative Care 2014:147-158
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The UNAIDS Governance Handbook. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): Geneva, Switzerland, 2020
10. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2025 Aids Targets 2022. Available from: https://aidstargets2025.unaids.org/. Accessed date: 20 Dec 2024
11. Okware S, Kinsman J, Onyango S, Opio A, Kaggwa P. Revisiting the ABC strategy: HIV prevention in Uganda in the era of antiretroviral therapy. Postgraduate Medical Journal 2005;81:625-628
12. Johnson AM. Pandemic HIV and its legacy for medicine and global health. Clinical Medicine 2023;23:106-114
13. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion, 1986. World Health Organization. Regional Office for Europe 1986. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf. Accessed date: 20 Dec 2024
14. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals 2005;16:168-171
15. Petridou ET, Antonopoulos CN. Injury Epidemiology. In: Quah SR, editor. International Encyclopedia of Public Health. 2nd Edition. Academic Press: Oxford, United Kingdom, 2017
16. Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. Lancet 2020;395:1676-8
17. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal Of Social Research Methodology 2005;8:19-32
18. Higgins JPT, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Sterne JAC. Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2) [Internet]. London: Cochrane 2019. Available from: https://www.riskofbias.info. Accessed date: 25 Mar 2025
19. Burdett T. Community engagement, public participation and social impact assessment. In: Vanclay F, Esteves AM, editors. Handbook of Social Impact Assessment and Management. 1st Edition,

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

Edward Elgar Publishing: Cheltenham, United Kingdom, 2024
20. Young SD, Cumberland WG, Singh P, Coates T. A Peer-Led Online Community to Increase HIV Self-Testing Among African American and Latinx MSM: A Randomized Controlled Trial. Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2022;90:20-26
21. Jana S, Ray P, Roy S, Kadam A, Gangakhedkar RR, Rewari BB, et al. Successful integration of HIV pre-exposure prophylaxis into a community-based HIV prevention program for female sex workers in Kolkata, India. International Journal of STD & AIDS 2021;32:638-647
22. Kakande ER, Ayieko J, Sunday H, Biira E, Nyabuti M, Agengo G, et al. A community-based dynamic choice model for HIV prevention improves PrEP and PEP coverage in rural Uganda and Kenya: a cluster randomized trial. Journal of the International AIDS Society 2023;26:26195
23. Katz IT, Bogart LM, Fitzmaurice GM, Staggs VS, Gwadz MV, Bassett IV, et al. The Treatment Ambassador Program: A Highly Acceptable and Feasible Community-Based Peer Intervention for South Africans Living with HIV Who Delay or Discontinue Antiretroviral Therapy. AIDS And Behavior 2021;25:1129-1143
24. Bogart LM, Mutchler MG, Goggin K, Ghosh-Dastidar M, Klein DJ, Saya U, et al. Randomized Controlled Trial of Rise, A Community-Based Culturally Congruent Counseling Intervention to Support Antiretroviral Therapy Adherence Among Black/African American Adults Living with HIV. AIDS And Behavior 2023;27:1573-1586
25. Goodrich S, Siika A, Mwangi A, Nyambura M, Naanyu V, Yiannoutsos C, et al. Development, Assessment, and Outcomes of a Community-Based Model of Antiretroviral Care in Western Kenya Through a Cluster-Randomized Control Trial. Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2021;87:198-206
26. Goddard-Eckrich D, McCrimmon T, Bond K, Chang M, Hunt T, Hall J, et al. Effectiveness of a culturally tailored HIV intervention in promoting PrEP among black women who use drugs in community supervision programs in New York City: a randomized clinical trial. Addiction Science & Clinical Practice 2024;19:55
27. Roberts ST, Hartmann M, Minnis AM, Otticha SO, Browne EN, Montgomery ET, et al. Breaking down relationship barriers to increase PrEP uptake and adherence among adolescent girls and young women in Kenya: safety and preliminary effectiveness results from a pilot cluster-randomized trial. Journal of the International AIDS Society 2023;26:26198
28. Shahmanesh M, Chimbindi N, Busang J, Chidumwa G, Mthiyani N, Herbst C, et al. Effectiveness of integrating HIV prevention within sexual reproductive health services with or without peer support among adolescents and young adults in rural KwaZulu-Natal, South Africa (Isisekelo Sempilo):2008;2 factorial, open-label, randomised controlled trial. Lancet HIV 2024;11:449-460
29. Phiri MM, Schaap A, Hensen B, Sigande L, Simuyaba M, Mwenge L, et al. The impact of an innovative community-based peer-led intervention on uptake and coverage of sexual and reproductive health services among adolescents and young people 15-24 years old: results from the Yathu Yathu cluster randomised trial. BMC Public Health 2024;24:1424
30. Tanser FC, Kim HY, Mathenjwa T, Shahmanesh M, Seeley J, Matthews P, et al. Home-Based Intervention to Test and Start (HITS): a community-randomized controlled trial to increase HIV testing uptake among men in rural South Africa. Journal of the International AIDS Society 2021;24:25665
31. Shanaube K, Macleod D, Chaila MJ, Mackworth-Young C, Hoddinott G, Schaap A, et al. HIV Care Cascade Among Adolescents in a "Test and Treat" Community-Based Intervention: HPTN 071 (PopART) for Youth Study. Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine 2021;68:719-727
32. Hensen B, Schaap AJ, Mulubwa C, Floyd S, Shanaube K, Phiri MM, et al. Who Accepts and Who Uses Community-Based Secondary Distribution HIV Self-Testing (HIVST) Kits? Findings From the Intervention Arm of a Cluster-Randomized Trial of HIVST Distribution Nested in Four HPTN 071 (PopART) Communities in Zambia. Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2020;84:355-364
33. Chang LW, Mbabali I, Hutton H, Amico KR, Kong X, Mulamba J, et al. Novel community health worker strategy for HIV service engagement in a hyperendemic community in Rakai, Uganda: A pragmatic, cluster-randomized trial. PLoS Medicine 2021;18:1003475
34. Lippman SA, Pettifor A, Dufour MK, Kabudula CW, Twine R, Peacock D, et al. A community mobilisation intervention to improve engagement in

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]

HIV testing, linkage to care, and retention in care in South Africa: a cluster-randomised controlled trial. Lancet HIV 2022;9:617-626
35. Islamic Parliament Research Center of The Islamic Republic Of IRAN. Family and Younging population Protection Law 2022. Available from: https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266 [Persian]
36. Moradi G, Ghaderi E, Sargolzaei M, Fallahi H, Eybpoosh S, Tayeri K, et al. HIV/AIDS Surveillance System in the Islamic Republic of Iran: History, Structures and Processes. Iranian Journal of Epidemiology 2019;15:204-214 [Persian]
37. Keshavarz Mohamadi N, Bahreini F. A Review on the Role of Community Participation in Health Promotion Programs. Depiction of Health 2019;10:310-318 [Persian]
38. Ferguson L, Gruskin S, Bolshakova M, Rozelle M, Yagyu S, Kasoka K, et al. Systematic review and quantitative and qualitative comparative analysis of interventions to address HIV-related stigma and discrimination. Aids 2023;37:1919-1939
39. Mousavi MT. Social participation as component of social capital. Social Welfare Quarterly 2006;6:67-92
40. Nyblade L, Mingkwan P, Stockton MA. Stigma reduction: an essential ingredient to ending AIDS by 2030. Lancet HIV 2021;8:106-113

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-15]