

# تحلیل عوامل مؤثر در ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) در ایران

## با استفاده از مرور سیستماتیک، متا آنالیز و Generalized Impact Fraction

دکتر سحرناز نجات: \* استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر علی فیضزاده: دستیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر شبنم اصغری: دستیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر عباسعلی کشتکار: دستیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر رامین حشمت: دستیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سیدرضا مجذزاده: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش

سال ششم شماره اول زمستان ۱۳۸۵ صص ۴۵-۵۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۴/۴

### چکیده

ابتلا به HIV با سرعت بالایی در جهان و ایران در حال گسترش است. در کشورهای همچون ایران که همه‌گیری عمومی نشده و در گروههای خاصی متمرکر است، پیشگیری از گسترش آن به جمعیت عمومی از اهمیت فراوانی برخوردار است. در این میان ضروری است اولویت‌بندی پژوهش‌ها و مداخلات پیشگیرانه، مبتنی بر شواهد علمی باشد و فراوانی محلی عوامل مؤثر بر ابتلا را مدنظر قرار دهد. در این طرح با انجام مرور سیستماتیک، شیوع و قدرت اثر سه عامل خطر «رفتار پرخطر جنسی»، «اعتیاد تزریقی» و «کمبود دانش و نگرش مناسب در مورد نحوه انتقال بیماری» بررسی گردید و اولویت‌های پژوهشی با درنظر گرفتن فاصله اطلاعاتی موجود و مورد نیاز مشخص شد. به رغم وجود ناهمگونی اطلاعات، از نتایج متا آنالیز یا در برخی موارد سناریوهای فرضی به عنوان محتمل‌ترین گزینه جهت محاسبه شاخص (Generalized Impact Fraction - GIF) استفاده شد. محاسبه این شاخص نیازمند اطلاع از شیوع و قدرت اثر مشکل یا هریک از عوامل خطر و همچنین سطح مقابل واقع شیوع می‌باشد. مقدار عددی این شاخص بیانگر میزان درصد کاهش بار بیماری به دنبال تغییر شیوع از میزان موجود به میزان مقابل واقع می‌باشد. در حالی که سطح مقابل واقع شیوع، موضوعی ذهنی است که به روش‌های مختلفی قابل برآورد است. در این بررسی، از ۹۳ مطالعه موجود، ۵۳ مطالعه دارای معیارهای انتخاب بودند. شیوع آگاهی ضعیف در جمعیت عمومی ۲۹/۳ درصد برآورد شد. GIF مربوط به مصرف تزریقی مواد در خارج از زندان‌ها ۱۲ درصد، GIF مربوط به مصرف تزریقی مواد در داخل زندان‌ها ۷۵ تا ۱۶ درصد و GIF مربوط به رفتار پرخطر جنسی به علت فقدان اطلاعات ضروری محاسبه نگردید. با توجه به فاصله اطلاعاتی موجود، مهم‌ترین اولویت‌های پژوهشی برای سیاست‌گزاری‌های مبتنی بر شواهد، تعیین شیوع اعتیاد تزریقی و رفتار پرخطر جنسی (ارتباط جنسی با بیش از یکنفر برای کسب پول، حمایت، یا هر چیز دیگر یا ارتباط جنسی مرد با مرد) در جامعه و بروز HIV در این دو گروه و سایر گروه‌های درمعرض خطر و نیز تقویت شواهد علمی برای تعیین اثر هریک از عوامل خطر و بررسی هزینه - اثربخشی مداخله‌های مختلف پیشگیرانه شامل آموزش و اطلاع‌رسانی و کاهش آسیب می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** ویروس نقص ایمنی اکتسای، مرور سیستماتیک، متا آنالیز

\* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انتستیتو تحقیقات بهداشتی، دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی

تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۳

E-mail: sahar\_nejat@tums.ac.ir

## مقدمه

شواهد موجود، اولویت‌های پژوهشی کشور را روشن می‌سازد [۴]. یکی از شاخص‌های مورد استفاده برای مدل مقابله واقع، (GIF) Generalized Impact Fraction است که محاسبه آن نیازمند اطلاع از شیوع و قدرت اثر مشکل یا هر یک از عوامل خطر و همچنین سطح مقابله واقع شیوع می‌باشد. مقدار عددی این شاخص، بیان گر میزان درصد کاهش بار بیماری به دنبال تغییر شیوع از میزان موجود به میزان مقابله واقع می‌باشد. سطح مقابله واقع شیوع، موضوعی ذهنی است که به روش‌های مختلفی قابل برآورده است [۴]. مطالعه حاضر با هدف اولویت‌بندی پژوهش‌ها و مداخله‌های سلامت برای مقابله با بروز ابتلا به HIV در ایران و با استفاده از مدل تحلیل مقابله واقع انجام شده است. هرچند عوامل خطر متعددی برای انتقال این ویروس وجود دارد، اهمیت و قابلیت مداخله بر روی سه عامل خطر «رفتار پرخطر جنسی (به‌طور اخص به معنی «تن‌فروشی») یا «ارتباط جنسی با بیش از یک نفر برای کسب پول، حمایت، یا هر چیز دیگر» و ارتباط جنسی مرد با مرد»، «اعتیاد تزریقی» و «کمبود دانش و نگرش مناسب در مورد نحوه انتقال بیماری» بیشتر از سایر عوامل به نظر می‌رسد. اکثر مطالعات قبلی نیز به این سه مقوله پرداخته بودند ولی با این وجود هیچ‌گاه در کنار یکدیگر و برای تصمیم‌سازی مورد استفاده قرار نگرفته بودند، لذا تنها این سه عامل در طبقات مختلف برای این منظور مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. برای تخمین شیوع و قدرت اثر هر یک از سه عامل خطر مورد نظر نیز از مرور سیستماتیک منابع و به دنبال آن متأالیز سنتیک استفاده می‌شود.

## مواد و روش کار

برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، تمامی منابع و بانک‌های اطلاعاتی الکترونیک و غیر الکترونیک داخلی و خارجی که در دسترس بودند به همراه تمامی مؤسسات و مراکز مهم و صاحب‌نظران امر، مورد جستجو و پرسش قرار گرفتند. این منابع عبارت‌اند از: Cochran Library, Iran-Doc, IranMedex, Embase, Medline, مجله‌ها (داخلی و خارجی)، مراکز دولتی (وزارت بهداشت، مطبوعات، سازمان بهزیستی، وزارت ارشاد، سازمان امور زندان‌ها، مراکز تحقیقاتی)، مراجع و مأخذ مقاله‌های یافته شده، سازمان‌های غیر دولتی، صاحب‌نظران و سازمان‌های جهانی (WHOها و UNها).

طبق برآوردهای سازمان بهداشت جهانی تا دسامبر ۲۰۰۳ میلادی بیش از ۴۰ میلیون نفر در جهان به ویروس نقص ایمنی اکتسای (HIV) مبتلا شده‌اند. رقم فوت‌شدگان بر اثر این عفونت بیش از ۲۲ میلیون نفر بوده است. بیش از ۹۰ درصد از مبتلایان جدید متعلق به کشورهای در حال توسعه هستند. اگر چه مسئله HIV/AIDS در ایران هنوز در ظاهر وسعت شدیدی نیافته است که بتوان آن را مهم‌ترین مشکل و معضل بهداشتی جامعه به حساب آورد، اما با عنایت به انتشار سریع بیماری، مبارزه و شواهد علمی از اهمیت فراوانی بخوردار است [۱]. هدف هر نظام سلامتی، ارتقای سطح تندرنستی یا کاهش مرگ، بیماری و معلولیت بوده و در این راستا پژوهش باستی به عنوان ابزاری برای کارایی بیشتر نظام سلامتی، در خدمت این هدف قرار گیرد.

در یک نظام سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر شواهد، اولویت‌بندی مداخله‌های سلامت باید مبتنی بر نتایج پژوهش‌هایی باشد که با هدف پاسخ‌دهی به پرسش‌های مشخص این نظام شکل گرفته باشند. اولویت مداخله برای مقابله با مشکلات سلامت، از جمله عوامل خطرساز بیماری‌ها، به سه مؤلفه شدت تأثیر این عوامل بر سلامت عمومی جامعه، میزان قابلیت پیش‌گیری از آن‌ها، و هزینه اثربخشی تک‌تک مداخلات بستگی دارد. یکی از روش‌هایی که در حال حاضر برای اولویت‌بندی مداخله‌ها استفاده می‌شود روش تحلیل مقابله واقع (Counterfactual Analysis) است که از دو مؤلفه اول استفاده می‌کند [۲].

بخشی از سیاست‌گذاری پژوهشی، اولویت‌بندی عنوانی پژوهشی برای استفاده از منابع محدود پژوهشی است و روش‌های مختلفی برای رسیدن به این هدف پیشنهاد شده و مورد استفاده قرار گرفته است که اکثر آن‌ها مبتنی بر نظرخواهی از خبرگان و صاحب‌نظران می‌باشد [۳] و متأسفانه در بسیاری از موارد، نتایج حاصل از این نظرخواهی‌ها از پایایی خوبی برخوردار نبوده، همچنین امکان تعیین روایی این روش‌ها نیز وجود ندارد. در نظامی که اولویت‌بندی مداخله‌های سلامت مبتنی بر شواهد انجام می‌شود، اولویت‌های پژوهشی چیزی به جز پرسش‌های پاسخ داده شده و شواهد مورد نیاز نخواهد بود. به این معنی که فاصله بین شواهد مورد نیاز برای تصمیم‌گیری به عنوان درون داد این نظام اولویت‌بندی و اطلاعات و

## معیارهای انتخاب

اولویت‌بندی پژوهشی نیز از فاصله اطلاعات موجود و اطلاعات مورد نیاز برای محاسبه GIF استفاده گردید.

### یافته‌ها

نتایج مرور سیستماتیک و متانالیز در سه قسمت جداگانه برای هر یک از عوامل خطر «کمبود دانش و نگرش مناسب در مورد نحوه انتقال بیماری»، «اعتیاد تزریقی» و «رفتار پرخطر جنسی» ارایه می‌گردد:

۱- کمبود دانش و نگرش مناسب در مورد نحوه انتقال بیماری از بین ۳۵ گزارش یافت شده، ۲۶ گزارش با توجه به معیارهای ورود انتخاب گردید و بر اساس گروههای هدف مطالعات موجود به شش زیرگروه تقسیم شد (جدول شماره ۱). از آن جا که اغلب مطالعات تنها به موضوع آگاهی پرداخته بودند، تنها اطلاعات مربوط به این موضوع در جدول ارایه شده و در متانالیز وارد گشته است. همان طور که مشاهده می‌شود براساس متانالیز، شیوع متوسط کمبود دانش در جمعیت عمومی  $29/3$  درصد است. به علت ناهمگونی بسیار زیاد در بین نتایج و عدم اطلاع از میزان تأثیر این کمبود دانش، چه در داخل و چه خارج از کشور، مقدار GIF برای این عامل خطر محاسبه نگردید.

۲- مصرف تزریقی مواد مخدر از بین ۴۸ گزارش یافت شده، ۱۷ گزارش با توجه به معیارهای ورود انتخاب گردید که بر اساس گروههای هدف مطالعات موجود به دو زیرگروه تقسیم‌بندی شد (جدول شماره ۲). همچنین در زمینه برآورده اثر علیتی عامل خطر سوء، مصرف تزریقی مواد در سطح کشور و در منابع جهانی مطالعه‌ای یافت نشد. با توجه به ناهمگونی کیفی و کمی بسیار زیاد اطلاعات، حتی در هر زیرگروه، انجام متانالیز صحیح تشخیص داده نشد و لذا انجام نگردید.

با توجه به این موضوع برای تخمین میزان تأثیر عوامل خطر تزریق و زندان و همچنین اثر متقابل بین این دو عامل و نیز تخمین مقدار GIF، تصمیم گرفته شد که محاسبه بر اساس سناریوهای حداقلی و حداکثری، انجام شود. برای این سناریوها چنانچه در زندان، شیوع HIV در بین مصرف‌کنندگان غیرتزریقی را یک بار ۱ درصد و یک بار  $3/3$  درصد [۳۱] و شیوع HIV در بین مصرف‌کنندگان تزریقی را یک بار ۴ درصد و یک بار ۲۴ درصد در نظر بگیریم [۳۴، ۳۵]. Odds Ratio برای تزریق در زندان یکبار حدود ۴ و یکبار حدود ۹ به دست می‌آید.

برای مطالعه‌هایی که هدف آن‌ها تعیین شیوع بوده است، این معیارها عبارت بودند از: مکان مطالعه در ایران، زمان در ده سال اخیر و برخورداری محتواهای پژوهش از حداقل یکی از عوامل خطر هدف مطالعه. برای تحقیقاتی که هدف آن‌ها تعیین بزرگی اثر بود معیارها عبارت بودند از: مطالعه‌های تحلیلی داخلی و خارجی در ده سال اخیر برای تعیین رابطه هریک از عوامل خطر هدف مطالعه با ابتلاء HIV.

همچنین برای هر دو گروه مطالعه، معیار برخورداری از حداقل کیفیت قابل قبول با توجه به جمعیت مورد مطالعه، طراحی مطالعه، مقابله با سوگرای‌ها و نحوه برخورد با عوامل مخدوش‌کننده نیز یکی از معیارهای انتخاب بود.

### استخراج داده‌ها

پس از پیش‌آزمایی فرم‌های استخراج داده‌ها، فرم‌های نهایی مورد استفاده برای استخراج داده‌ها شامل گروه مورد بررسی، زمان و مکان مطالعه و شاخص برآورده استفاده شد. همچنین معیارهای کیفیت مطالعه نیز در فرم‌ها ثبت شده در هر فرم در پایان وارد جدول مستندات نهایی مطالعه می‌گردید.

### تحلیل کیفی و کمی داده‌ها

با استفاده از جدول مستندات و تحلیل عوامل مربوط به طراحی مطالعه، اجرا، آنالیز و گزارش دهی، در مورد قابلیت ترکیب مطالعات تصمیم‌گیری شد. برای تحلیل کمی ناهمگونی از روش‌های نموداری شامل Forest and Radial Plot و تست آماری مربع کای برای Nahnemگونی ( $\chi^2$  for Heterogeneity) استفاده شد. در مواردی که متانالیز انجام شد از طبقه‌بندی مطالعه‌ها و مدل Random Effect برای رسیدن به یک اندازه خلاصه شده استفاده گردید. با توجه به روی کرد انتخاب شده برای متانالیز که روی کرد سنتیک با هدف کمک به سیاست‌گذاری بود، علی‌رغم ناهمگونی‌های کمی در برخی موارد، اندازه خلاصه شده محاسبه گردید. در مواردی که ناهمگونی کیفی انجام متانالیز کمی را غیرمنطقی می‌کرد از آن صرف نظر شد. برای محاسبه GIF از رابطه‌ای که در مطالعه‌های مرتع ارایه شده بود استفاده گردید [۴۲].

از آن جایی که درون داده‌های لازم برای محاسبه GIF از متانالیز قابل استخراج نبود، در موردی که این شاخص محاسبه گردید از سناریوسازی و مدل‌سازی جهت تخمین بزرگی اثر و شیوع استفاده شد. درنتیجه اولویت‌بندی نقاط مداخله ممکن نگردید. برای

داده‌های موجود قابل تخمین است، برای مقدار آن در حالت مقابل واقع در حال حاضر تنها می‌توان از فرض استفاده کرد. کمترین میزان شیوع تزریق در زندان‌ها حدود ۱۰ درصد [۱۹] و بیشترین آن ۵۰ درصد [۳۵] بیان شده است، اگر فرض کنیم که بتوانیم شیوع تزریق در زندان را به ۳ درصد برسانیم (شیوع مقابل واقع)، در این دو حالت و با استفاده از دو سناریوی قبلی برای OR ۴ و ۹، مقادیر GIF بین ۰/۰۱۶ تا ۰/۷۵ خواهد بود. در خارج از زندان اگر میزان شیوع مصرف تزریقی را حدود ۱۰ درصد بدانیم، با استفاده از OR حدود ۳ و مقدار مقابل واقع شیوع ۳ درصد، به مقدار GIF ۰/۱۲ خواهیم رسید.

در خارج از زندان، تنها داده‌های معتبر شیوع ۵ درصد برای معتادان غیر تزریقی و ۱۵ درصد برای افراد تزریقی بوده است و لذا مقدار OR تزریق در خارج از زندان حدود ۳ می‌شود که با توجه به تفاوت بین مقادیر OR در داخل و خارج از زندان منطقی است که نوعی اثر متقابل بین عوامل خطر تزریق و زندان را لحاظ کنیم و این نتیجه‌گیری با توجه به شناخت وضعیت تزریق در زندان‌ها منطقی به نظر می‌رسد. برای محاسبه GIF علاوه بر مقادیر OR به تعیین دو مقدار دیگر نیز وجود دارد:

یکی شیوع مشکل در حال حاضر (حال واقع) و دیگری شیوع مشکل در حالت مقابل واقع. در حالی که مقدار اول با استفاده از

جدول شماره ۱- مطالعات مورد استفاده در مورد شیوع آگاهی ضعیف

زمان	شیوع آگاهی ضعیف (درصد)	شیوع نگرش نامناسب (درصد)	نتیجه متانالیز آگاهی (محدوده اطمینان ۹۵%)
کارکنان سلامت	۳۴/۳	-	۲۷/۵
شیراز [۱۴]	۷۴/۴	-	(۱۱/۵-۴۳/۵)
بیزد [۷]	۴/۲	-	(۱۶۰/۲, <۰/۰۰۱)
کرج [۸]	۳/۷	۰/۵	
همدان [۹]	۱۳۷۵	۳۲/۲	۲۶/۷
بیزد [۱۰]	۱۳۷۸	۵۸/۲	(۱۱/۶-۴۱/۷)
تهران [۱۱]	۱۳۷۹	۴۶/۱	(۴۵۰/۱/۶, <۰/۰۰۱)
بابل (دو گروه) [۱۲]	۱۳۷۹	۴۸/۱ و ۲۰/۳	۵۶/۵ و ۴۸/۱
آستانه [۱۳]	۱۳۸۱	-	
تهران [۱۴]	۱۳۸۱	-	
تهران [۱۵]	۱۳۸۳	-	۳۱/۰
شیراز [۱۶]	۱۳۸۳	۹/۴	
زنگان [۱۷]	۱۳۷۷	۵۴/۷	۳۲/۶
دزفول [۱۸]	۱۳۸۱	۱۵/۱	(۱۵/۶-۴۹/۷)
کل کشور [۱۹]	۱۳۸۲	۲۸/۵	(۱۰/۴/۵۷, <۰/۰۰۱)
کرمانشاه [۱۳]	۱۳۸۱	۳۳/۳	۳۲/۱
تهران [۲۰]	۱۳۸۲	۳۸/۹	(۲۳/۱-۴۱/۲)
شیراز [۲۱]	۱۳۸۳	۲۵/۰	(۵/۰/۵۲, <۰/۰۸۰)
گرگان [۲۲]	۱۳۷۹	۵۶/۲	۲۴/۴
بروجرد [۲۳]	۱۳۸۲	۱۳/۰	(۱/۱-۴۷/۸)
ساری [۲۴]	۱۳۸۲	۵/۵	(۱۴۴/۰, <۰/۰۰۱)
آذربایجان غربی [۲۵]	۱۳۷۵	۴۴/۰	۲۹/۳
سنندج [۲۶]	۱۳۷۷	-	(۰/۴-۵۸/۶)
کرمانشاه [۲۷]	۱۳۷۹	۹۰/۰	(۱۲۰۰۰, <۰/۰۰۱)
تهران [۲۸]	۱۳۸۰	۱/۶	۲۲/۳
آستانه [۱۳]	۱۳۸۱	۲۴/۲	-
سراوان [۱۴]	۱۳۸۱	۳۲/۹	-
اسلام شهر [۱۳]	۱۳۸۱	۱۲/۷	-
تهران [۲۹]	۱۳۸۲	۱۳/۷	-
شیراز [۳۰]	۱۳۸۳	۱۱/۲	-

جدول شماره ۲- مطالعات مورد استفاده در مورد مصرف تزریقی مواد روان گردان

زمان	مصرف کنندگان تزریقی (درصد)	شیوع HIV در کل معتادین (درصد)	شیوع مصرف تزریقی در بین معتادین (درصد)	شیوع HIV در مورد استفاده
ازدروگاه بازپروری شیراز [۳۱]	۱۳۷۸	۰/۷۶	۴۴	۱/۲
اردوگاه های بازپروری [۳۱]	۱۳۷۹	-	-	-
کل کشور [۳۱]	۱۳۷۹	-	-	-
زندانیان جرایم مواد [۳۲]	۱۳۷۹	-	-	-
مخدر کل کشور [۳۲]	۱۳۸۱	-	-	-
زندان های کشور [۳۳]	۱۳۸۱	-	-	-
زندان های کشور [۳۴]	۱۳۸۱	-	-	-
زندان در استان تهران [۳۵]	۱۳۸۲	-	-	-
زندان های کل کشور [۱۹]	۱۳۸۲	-	-	-
زندان های کل کشور [۳۶]	۱۳۸۲	-	-	-
خارج از کشور [۳۷]	۱۳۷۷	-	-	-
زندان تهران [۳۸]	۱۳۷۹	۵	بیش از	-
تهران [۳۹]	۱۳۸۰	-	-	-
کشور [۴۰]	۱۳۸۱	۱۴	-	-
کشور [۴۱]	۱۳۸۱	۲۴ - ۲۵	-	-
کرمانشاه [۴۲]	۱۳۸۰	-	-	-
کشور [۳۷]	۱۳۸۲	۴۰۰۰ - ۹۰۰۰	زن (فراوانی)	-
کشور [۴۳]	۱۳۸۲	۲۴۲۰۰۰	(فراوانی)	-
کلینیک مثالی کرمانشاه [۴۴]	۱۳۸۱	۲۵	در بین کل معتادین	۳۱

جدول شماره ۳- مطالعات مورد استفاده در مورد رفتار پر خطر جنسی

زمان	تعداد زنان فروش گروه مورد بررسی	شیوع HIV در این گروه (درصد)
کشور [۴۶]	۶۰۰۰۰ (۴۰۰۰ - ۸۰۰۰۰)	-
کرمانشاه [۴۵]	۱۳۸۰-۸۲	زنان زندانی منكرياتی
کرمانشاه [۴۶]	۸۱	سال ۸۰ و نیمه اول
کرمانشاه [۴۶]	-	مراجعین داطلب مشاوره که رفتار جنسی مشکوک داشته‌اند
کرمانشاه [۴۶]	-	زنان روسپی خودمعرف
کهکیلویه [۴۶]	-	زنان کولی روسپی
چهارمحال [۴۶]	۱۳۷۹	زنان کولی روسپی
کشور [۴۶]	-	زنان ولگرد در زدامتگاهها
کشور [۴۶]	-	زنان و مردان در کلینیک STD
کشور [۱]	۵۰۰۰۰	-
یک شهرستان [۴۶]	-	مراجعین داطلب مشاوره که اعتیاد تزریقی نداشته‌اند
دو نفر (۹%)	-	-

### ۳- رفتار پر خطر جنسی

با توجه به این که موضوع رفتار جنسی پر خطر موضوعی حساس است، اکثر گزارش‌ها تنها به صورت تخمين‌هایی که در برخی موارد هیچ شاهدی بر صحبت آن‌ها وجود ندارد ارایه شده و هیچ مطالعه جامعی نیز در این زمینه انجام نشده است. لذا میزان روایی شاخص‌های ارایه شده در بسیاری از موارد تردید خواهد بود. یکی از مشکلاتی که در بررسی اطلاعات مربوط به رفتار پر خطر جنسی وجود دارد، نداشت تعریفی واحد از مسئله است. مطابق تعاریف مورد قبول در سطح بین‌المللی، «تن‌فروش» به فردی گفته می‌شود که در ازای پول، حمایت، یا هر چیز دیگر بدن خود را در اختیار فرد دیگر قرار می‌دهد.

با این تعریف بسیاری از مطالعه‌هایی که گزارش‌های آنها یافت شد، موارد خاص و انتها ای مسئله را مورد توجه قرار داده‌اند و مواردی چون برخی از انواع ازدواج موقت (که در تعاریف جهانی در گروه تن‌فروشی قرار می‌گیرد) یا رفتار پر خطر جنسی تقاضی (که در سطح جامعه روز به روز بیشتر شده ولی آماری از آن در دست نیست) لحاظ نشده‌اند. در مجموع تعداد ده گزارش به عنوان منبع اطلاعات مورد استفاده قرار گرفته است که متأسفانه زمان انجام بررسی در مورد بیشتر آنها نامشخص بوده است.

جدول شماره ۳ شاخص‌های تعداد زنان تن‌فروش و شیوع HIV در بین این افراد را در گزارش‌های مختلف نشان می‌دهد. در خصوص مشتریان زنان خیابانی (تعداد، تکرار، وضعیت تأهل، سن و غیره) در منابع مورد بررسی اطلاعی یافتن نشد. در مورد ارتباط جنسی مردان با مردان (هم‌جنس‌گرایی یا اشکال دیگر آن) نیز هیچ اطلاعی از منابع موجود به دست نیامد. به علت ناهمگونی کیفی بسیار زیاد در بین نتایج و عدم اطمینان از اعتبار مطالعات، هر چند امکان تخمین براساس حدسیات وجود داشت، ترجیح داده شد که از این حدس‌ها استفاده نشود. لذا مقدار GIF برای این عامل خطر محاسبه نگردید.

### بحث و نتیجه گیری

برای انجام مرور سیستماتیک در مجموع ۹۳ گزارش و مقاله مرتبط با موضوع‌های مورد بررسی طبق معیارهای اولیه انتخاب گردید که از بین آن‌ها پس از حذف ۴۰ گزارش و مطالعه غیر قابل استفاده، ۵۳ مطالعه در خصوص سه عامل خطر کمبود دانش و

وجود نگرش نامناسب، رفتارهای پر خطر جنسی و مصرف تزریقی مواد مخدر دسته‌بندی و بررسی شدند. هرچند محاسبه یک اندازه خلاصه شده در مورد کمبود آگاهی به علت وجود ناهمگونی، کمی از منظر متأنالیز تحلیلی مورد تردید بود، از روی کردن سنتیک استفاده شد. لذا می‌توان این اندازه را به عنوان بهترین برآورد در دسترس تلقی نمود. با این همه از آن جایی که محاسبه شاخص GIF علاوه بر شیوع عامل خطر، به بزرگی اثر آن نیز نیاز دارد، به علت عدم وجود حدس قابل اتکایی در این زمینه چه در مطالعات داخلی و چه در سایر مطالعات امکان محاسبه این شاخص فراهم نگردید. در مورد رفتارهای پر خطر جنسی، اعتبار بسیار پایین مطالعات و شواهد موجود و نیز ناهمگونی کیفی بین آن‌ها، انجام متأنالیز حتی برای رسیدن به یک حدس معقول نیز منطقی نبود.

همچنین تخمینی از بزرگی اثر این عامل خطر نیز وجود نداشت، لذا در این مورد اندازه خلاصه‌ای از شیوع مشکل و نیز شاخص GIF محاسبه نگردید. از آن جایی که اولویت‌بندی نقاط مداخله، نیازمند وجود برآورد مناسبی از GIF برای تمامی عوامل خطر می‌باشد، استفاده از تنها GIF محاسبه شده، برآورده که در مورد مصرف تزریقی مواد و اثر زندان انجام شده است، کمکی به اولویت‌بندی مداخله نخواهد کرد. لذا استفاده مناسب از این شاخص منوط به تخمین GIF برای سایر عوامل خطر است.

همچنین باید دقت کرد که این بررسی سیستماتیک، مطالعاتی را که طی ده سال گذشته انجام گردیده، پوشش داده است و این مطالعات به خوبی نمی‌توانند تغییری را که در اهمیت نسبی عوامل خطر در حال حاضر و سال‌های آینده شاهد هستیم و خواهیم بود منعکس نمایند. لذا در به کار بردن این نتایج برای سال‌های آینده باید این تغییرها را مد نظر قرار داد. از آن جایی که مهم‌ترین هدف کاربردی مطالعه حاضر ارایه خلاصه‌ای اطلاعاتی و پیشنهاد انجام مطالعات خاص برای پر کردن این خلاصه‌ها بوده است، در ادامه این دو موضوع، عوامل خطر به تفکیک ارایه می‌گردد.

#### ۱- کمبود دانش و نگرش نامناسب:

- با توجه به این که شیوع آگاهی ضعیف در مطالعات اخیر بسیار کمتر از شیوع نگرش نادرست بوده است، به نظر می‌رسد که به رغم وجود برنامه‌های آموزشی که موفق به ارتقای دانش مخاطبین خود شده‌اند، این ارتقای دانش چندان نتوانسته است به بمبود نگرش تبدیل شود.

- در برخی از شرایط، به عنوان مثال زندان‌ها و کلینیک‌های مثلثی و سایر پایگاه‌های دیده‌وری، امکان انجام مطالعات ساختاریافته‌تر وجود دارد، ولی متأسفانه در بسیاری موارد چنین اتفاقی نیافتاده است و گزارش‌های موجود هم نشان‌گر عدم رعایت دستورالعمل‌های موجود برای پایگاه‌های دیده‌وری، که در بسیاری موارد خود نیاز به بازبینی دارد، است. لذا نتایج به دست آمده فاقد تکرارپذیری ضروری جهت تعیین روند و برنامه‌ریزی می‌باشد. این مسئله به صورت خاص در مورد نظام ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات HIV/AIDS موجود صادق است. با توجه به اهمیت بسیار زیادی که این اطلاعات می‌تواند برای سیاست‌گزاران و برنامه‌ریزان داشته باشد، بازبینی دستورالعمل‌ها، آموزش دست‌اندرکاران جمع‌آوری اطلاعات و نظارت کیفی بیش‌تر بر اجرای مناسب آن‌ها و اصلاح ساختار اطلاعاتی جاری از جمع‌آوری و ثبت اطلاعات تا تفسیر و گزارش به موقع آن‌ها ضروری است. همچنین ارایه‌ی گزارش‌ها به صورت تفکیک موارد جدید از قدیم و نه صرفاً به صورت تجمعی می‌تواند کمک بسیار زیادی به تعیین نیم‌رخ آخرين وضعیت اپیدمیولوژیک داشته باشد.

- علی‌رغم این‌که رفتارهای پرخطر جنسی مرتب‌اً سهم بیش‌تری از علت انتقال HIV در سطح جامعه را به‌خود اختصاص می‌دهند، اطلاعات و مطالعات در این زمینه بسیار کم و پراکنده است و حتی در آخرین گزارش ادواری مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۸۳ راه انتقال در حدود ۴۰ درصد موارد، ناشناخته اعلام شده بود، که به‌نظر می‌رسد سهم مهمی از این بخش به ارتباط پرخطر جنسی مربوط باشد. توجه بیش‌تر به انجام مطالعات خاص در زمینه شیوع و خصوصیات رفتارهای پرخطر جنسی می‌تواند کمک زیادی به شناسایی این عامل خطر و برنامه‌ریزی برای مقابله با آن بنماید.

مهم‌ترین نقاط ضعف مطالعه موجود به شرح زیر است:

نخست عدم اطمینان از پوشش کامل تمامی گزارش‌ها و مطالعات موجود توسط پژوهش‌گران که علت اصلی آن حساس بودن بسیاری از موضوعات مورد بررسی و عدم همکاری کامل برخی از سازمان‌ها و مراجع ذی‌ربط می‌باشد.

دومین نقطه ضعف مطالعه، عدم امکان تعیین ارزش کیفی هر یک از گزارش‌ها و مطالعات مورد استفاده بوده است که یکی از علل مهم آن استفاده از گزارش‌های شفاهی یا گزارش‌های مکتوب غیرسازمان‌یافته می‌باشد.

لذا بازبینی روش‌ها و برنامه‌های آموزشی موجود با هدف ارتقای نگرش و بهبود عملکرد علاوه بر افزایش آگاهی باید مد نظر قرار گیرد.

- پرسشنامه استانداردی برای بررسی دانش و نگرش در سطح کشور و در گروه‌های مختلف مورد نیاز است که پایایی و روایی چنین پرسشنامه‌ای باید طی مطالعات مشخصی ثابت شده باشد.

- برای بررسی روند تغییرات، نیاز به انجام مطالعات دوره‌ای در گروه‌های مختلف در کل کشور وجود دارد.

- با توجه به این واقعیت که در بخش برآورده اثر علیتی دانش و نگرش ضعیف، هیچ مطالعه‌ای در ایران و سایر کشورها یافته نشد و قبول این که انجام چنین مطالعاتی بسیار مشکل و شاید از نظر روش‌شناسی و همچنین اخلاقی غیرممکن باشد، توصیه می‌شود که مطالعاتی با هدف ارزش‌یابی برنامه‌های آموزشی و با قرار دادن شیوع رفتارهای پرخطر به‌عنوان نماینده (Proxy) پیامد بروز عفونت HIV طراحی و اجرا گردد. به این ترتیب هم ارزش‌یابی نظام‌مند و مدونی از برنامه‌های آموزشی انجام شده است و هم می‌توان تأثیر علیتی چنین برنامه‌هایی را تخمین زد.

- تهیه فهرست مداخلات ممکن به همراه هزینه - اثربخشی هر یک، جهت اولویت‌بندی مداخلات و تعیین سطح مقابل واقع مفید است.

۲- رفتارهای پرخطر (اعتياد تزریقی و ارتباط جنسی):  
- از آن جایی که هم مصرف مواد روان گردن و هم رفتارهای پرخطر جنسی از موارد بسیار پنهان‌شده و زیر زمینی هستند، همان‌گونه که انتظار می‌رفت اکثر قریب به اتفاق مطالعات در نمونه‌های در دسترس انجام شده است. از آن جایی که در این‌گونه مطالعات امکان رسیدن به کیفیت بهتر نیز وجود دارد پیشنهادهای زیر جهت بهبود کیفیت مطالعات و تکمیل اطلاعات ضروری برای سیاست‌گزاری ارایه می‌گردد.

- برآورده شیوع و بروز مصرف، سوء مصرف و وابستگی به مواد روان گردن و به طور خاص مصرف تزریقی مواد و همچنین رفتارهای پرخطر جنسی، خصوصاً تن فروشی در سطح جامعه با استفاده از روش‌های مستقیم بسیار سخت است و استفاده از برآورده این شاخص‌ها در گروه‌های خاص و نیز استفاده از روش‌های برآورده غیر مستقیم می‌تواند تخمین مناسبی از این مشکل در سطح جامعه به دست دهد.

انجام مرور سیستماتیک با در ذهن داشتن این اهداف، موجب شناسایی بهتر خلاهای اطلاعاتی و ارایه پیشنهادهای مبتنی بر شواهد گردیده است.

۹- فتحی يدالله، توکل محسن، بررسی میزان آگاهی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان درباره بیماری ایدز، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۳۷۵، ۱، ۴۰-۴۶

۱۰- کریمی مهران، شهبازی لیلی، آگاهی و نگرش دانش آموزان دوره متوسطه شهر بزد نسبت به بیماری ایدز، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi بزد، ۱۳۷۹، ۴، ۱۰-۵

۱۱- گچکار لطیف، امینی مریم، بررسی آگاهی و نگرش دختران دانش آموزدر دو دیبرستان شمال و جنوب تهران در مورد ایدز، پژوهنده، ۱۳۸۰، ۳، ۲۹۱-۲۸۷

۱۲- امیدوار شبنم، آگاهی و نگرش دانشجویان مامایی و پرستاری در زمینه ایدز در شهر بابل، ۱۳۷۹، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۳۸۲، ۲، ۴۱-۳۷

۱۳- Malakafzali H. A multidisiplinary prevention/management program for HIV/AIDS in high risk areas of Iran, 2002, Research Report

۱۴- Tavoosi A, Zaferani A. Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students, BMC Public Health 2004; 4: 17-23

۱۵- گزارش آنالیز کار تحقیقاتی گروه ایدز MPH، ۱۳۸۳

۱۶- میراحمدی زاده علیرضا، همتی عبدالرسول، بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش و عملکرد در گروهی از مردم شیراز (گزارش شفاهی)

۱۷- وکیلی محمد مسعود، بررسی میزان آگاهی و نگرش مردان معتاد زندان مرکزی زنجان در زمینه ایدز و تعیین برخی عوامل مرتبط با آن، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان زنجان، ۱۳۷۷، ۲۳، ۲۳-۱۷

۱۸- کاظمی محمد، بررسی میزان آگاهی زندانیان معتاد زندان فجر در فویل نسبت به بیماری ایدز، ۱۳۸۱، گزارش طرح تحقیقاتی

۱۹- مرادی لاکه مازیار، افشار پرویز، بررسی دانش، نگرش و مهارت‌های عملکردی محکومین مستقر در زندان‌های کشور در زمینه اولویت‌های سلامتی در زندان‌ها، گزارش طرح تحقیقاتی سازمان زندان‌ها

در بررسی گذشته‌نگر اهداف مطالعه، بهنظر می‌رسد اهداف مربوط به متانالیز و محاسبه شاخص GIF با توجه به کیفیت قابل پیش‌بینی مطالعات در داخل کشور بلندپروازانه بوده است. هر چند منابع

۱- میراحمدی زاده علیرضا، جوادی افشار، همتی عبدالرسول، تازه‌های اپیدمیولوژی ایدز در سال ۲۰۰۳ میلادی، جمعیت هلال احمر استان فارس، ۱۳۸۳

۲- Maldonado G, Greenland S. Estimating causal effects. Internal Journal of Epidemiology 2002; 31: 422-42

۳- محمدی محمدرضا، دستورالعمل تعیین اولویت‌های پژوهشی با استفاده از راهبرد پژوهش در ضرورت‌های بهداشت ملی، چاپ اول، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، تهران، ۱۳۸۱

۴- نجات سحرناز، مجذزاده رضا، حشمت رامین، نوری‌زاده فرساد، راهنمای اولویت‌بندی پژوهشی و مداخلات بهداشتی در زمینه عوامل خطر بیماری‌ها، پایش، ۱۳۸۳، ۳، ۱۸۴-۱۷۷

۵- امینی‌بور انسیه، عامری گلنار، بررسی میزان آگاهی مریبان بهداشت مدارس پیرامون ایدز، اسرار (مجله دانشکده علوم پزشکی سبزوار)، ۱۳۷۶، ۱، ۵۸-۵۳

۶- شجاعی‌زاده داود، بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی، نگرش و عملکرد کمک دندانپزشکان تجربی شیراز در مورد بیماری ایدز، مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۶، ۶، ۱۲۰-۱۱۶

۷- ظرفی‌نسب مجید، جعفری‌زاده مجید، تأثیر آموزش بر میزان آگاهی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi بزد در مورد بیماری ایدز، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi بزد، ۱۳۷۸، ۲، ۶۲-۵۷

۸- ستوده مهران، افتخار اردبیلی حسن، گویا محمد Mehdi، بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد پرسنل بهداشتی مرکز بهداشت شهرستان کرج در خصوص رعایت اصول و احتیاطات همه جانبه به منظور پیشگیری از سرایت عفونت ایدز، پایان‌نامه دوره MPH دانشکده بهداشت و انسستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۸۱

- ۲۹-** Montazeri A. AIDS knowledge and attitudes in Iran: results from a population-based survey in Tehran. *Patient Education & Counseling*. 2005; 57: 199-203
- ۳۰- میراحمدی زاده علیرضا، کدیور محمد رحیم، قانع شیرازی رضا، فراویی محمد، فراوانی عفونت ناشی از ویروس نقص ایمنی انسانی میان معتادان تزریقی شیراز، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۳۸۰، ۳، ۴۲-۳۹
- ۳۱- سازمان زندان‌ها، گزارش شفاهی
- ۳۲- بوالهری جعفر، ارزیابی سوئی مصرف مواد مخدر در زندان‌ها ایران، گزارش طرح تحقیقاتی سازمان زندان‌ها، ۱۳۸۱
- ۳۳- اداره مبارزه با بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، گزارش طرح‌های دیده‌وری مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۲۰۰۲
- ۳۴- فرهودی بهنام، افشار پرویز، عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی عفونت هم‌زمان با سل و عوامل خطر آنها در مصرف کنندگان تزریقی مواد در یک زندان در ایران، گزارش طرح تحقیقاتی سازمان زندان‌ها، ۱۳۸۲
- ۳۵- مرادی مازیار، بررسی دانش نگرش و مهارت‌های عمل کردی محکومین مستقر در زندان‌های کشور در زمینه اولویت‌های سلامتی در زندان‌ها، گزارش طرح تحقیقاتی سازمان زندان‌ها
- ۳۶- اداره مبارزه با بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی. گزارش طرح‌های دیده‌وری مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۲۰۰۳
- ۳۷- رحیمی موقر آفرین، محمد کاظمی، رزاقی عمران محمد، روند ۳۰ ساله وضعیت سوئی مصرف مواد در ایران، حکیم، ۱۳۸۱، ۵، ۸۱-۱۷
- ۳۸-** Rahimi Movaghar A, Razzaghi EM, Hosseini M, Rezaie Fard H. Assessment of shared injection equipment among IDUs – Tehran
- ۳۹- سمیعی مرسد، رفیعی حسن، طاهری نخست حمیدرضا، نیمرخ روانی - اجتماعی معتادان نوجوان ایرانی، توانبخشی، ۱۳۸۱، ۳، ۶۲-۵۶
- ۴۰-** Zamani S, Kihara M, Gouya MM. Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS* 2005; 19: 709-16
- ۲۰- اردلان علی، هلاکوبی نایینی کوروش، محسنی تبریزی علیرضا، جزایری علیرضا، ارتباط جنسی برای بقا: پیامد فرار دختران از منزل، *رفاه اجتماعی*, ۱۳۸۱، ۲، ۲۱۹-۱۸۷
- ۲۱- هنرور بهنام، هادی نگین، آگاهی، نگرش و عملکرد خانمهای ازدواج موقت در مورد بیماری ایدز، راههای انتقال و پیشگیری از آن، *شیراز* ۱۳۸۲-۸۳، (ارائه شده در دومین کنگره ملی اپیدمیولوژی، زاهدان، ۶-۸ بهمن ماه ۱۳۸۳)
- ۲۲- محمودی شن غلامرضا، حسینی سید عابدین، آگاهی، نگرش و عملکرد آرایشگران زن و مرد در مورد پیشگیری از بیماری ایدز در شهر گرگان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۵، ۱۳۷۹، ۳۲-۲۶
- ۲۳- امینی مریم، شجاعی زاده داوود، بررسی میزان آگاهی و نگرش آرایشگران زن شهرستان بروجرد در مورد ایدز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲
- ۲۴- نقیبی سید ابوالحسن، اسدپور عین‌الله، بررسی میزان آگاهی آرایشگران مرد شهر ساری در مورد راههای انتقال و پیشگیری از بیماری‌های هپاتیت ب و ایدز در سال ۱۳۸۲ (ارائه شده در دومین کنگره ملی اپیدمیولوژی، زاهدان، ۶-۸ بهمن ماه ۱۳۸۳)
- ۲۵- شریعت زاده محمدرضا، فرهادنیا پیام، حشمت رامین، اقدمی ناصر، سالاری شاکر، ارزیابی دانش، نگرش و مهارت مردم آذربایجان غربی در مورد بیماری ایدز در سال ۱۳۷۵، گزارش پایانی طرح تحقیقاتی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۱۳۷۶
- ۲۶- معمار نیز، بررسی آگاهی افراد بالای ۱۵ سال در زمینه راههای انتقال و پیشگیری از بیماری ایدز و هپاتیت ب در شهر سنتنج، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۰، ۳۷-۳۸ و ۱۷-۲۷
- ۲۷- دارایی فاطمه، بررسی میزان آگاهی مردم کرمانشاه درباره ایدز، بجهود (مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه)، ۱۳۷۹، ۳، ۷۰-۶۴
- ۲۸- اصغری شبنم، مجلسی فرشته، بررسی میزان آگاهی و نگرش زوجین مراجعه کننده جهت آزمایشات قبل از ازدواج به مراکز بهداشتی - درمانی شهید هاشمی نژاد تهران در خصوص راههای سرایت و پیشگیری از ایدز، پایان‌نامه گواهی عالی بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۰

- ۴۴- وزیریان محسن، مروری بر برنامه‌های کاهش تقدّسی مواد در ایران و توصیه‌هایی برای برنامه‌های توسعه و راهبردی کشور، گزارش شفاهی
- ۴۵- نامداری مریم، میزان HIV مثبت در معتادان خود معرف کرمانشاه، گزارش شفاهی
- ۴۶- مرکز مدیریت بیماری‌ها و سازمان زندان‌ها، گزارش شفاهی

- ۴۱- Mokri A. Brief Overview of the Status of Drug Abuse in Iran. Archive Iranian Medicine 2002; 5: 184-90
- ۴۲- علایی کامیار، فاکتورهای sociodemographic در معتادان ایران، گزارش شفاهی HIV Positive
- ۴۳- رحیمی موقر آفرین، شیوه و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد در زنان، رفاه اجتماعی، ۱۳۸۳، ۳، ۲۶-۳۰