

# دو برابر شدن اپیدمی ایدز میان زنان ثابت می‌کند ضعف کار کرده‌ایم

Photo: Gamjai/Bigstock.com

در زمینه انگ به بیماران استاندارد وجود دارد که با آن میزان انگ در جامعه برای بیماران HIV بررسی می‌شود. در سال 2010 در ایران 2 گروه پزشکان در رتبه نخست و خانواده در رتبه دوم بیشترین انگ را به این افراد می‌زدند.

نشست درآمدی بر جامعه‌شناسی ایدز با حضور دکتر فراد درودی؛ پزشک و مدیر کشوری برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز، دکتر امید زمانی؛ پزشک و عضو گروه ارتباطات سلامت و محیط زیست در انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات و گروه جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت انجمن جامعه‌شناسی ایران، فاطمه صالحی؛ کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی و عضو هیأت امنای انجمن حمایت و یاری آسیب‌دیدگان اجتماعی روز گذشته در خانه اندیشمندان علوم انسانی برگزار شد.

## هدف جهانی به پایان رساندن ایدز تا سال 2030 است

در ابتدا فراد درودی با بیان این که در دنیا در سال 2015 حدود 37 میلیون نفر با HIV زندگی می‌کنند، گفت: 2.1 میلیون فرد مبتلا شده‌اند و 1.1 میلیون نفر بر اثر HIV از دنیا رفته‌اند. به HIV به دلیل این که در قرن 20 و 21 بیشترین آسیب‌رسانی به سلامت افراد را داشته، طاعون قرن می‌گویند. دیدگاه جهانی به صفر رساندن مبتلایان جدید، به صفر رساندن مرگ‌های ناشی از HIV و به صفر رساندن انگ و تبعیض ناشی از HIV است. هدف جهانی به پایان رساندن ایدز تا سال 2030 است که به‌عنوان یکی از اهداف توسعه عمومی مطرح شده است. در طول 35 سال گذشته نزدیک به 35 میلیون نفر فوت کردند و حدود 78 میلیون نفر مبتلا شده‌اند. وقتی می‌گوییم به صفر رساندن، این فقط حرفی بدون پشتوانه علمی نیست، بلکه به این معناست که تا سال 2030 HIV تهدید عمومی برای کشور نباشد. برای این منظور دوره 15 ساله باقی‌مانده را به 2 دوره پنج و 10 ساله تقسیم می‌کنیم؛ به مسیر پنج ساله، روند سریع می‌گویند که جمهوری اسلامی ایران نیز به این روند پیوسته و باید در برخی زمینه‌ها تا پنج برابر تلاش خود را بیشتر کند. رویکرد فعلی که در دنیا ثابت شده، مبتنی بر جمعیت‌ها و مکان‌هایی است که بیشترین بار بیماری را دارند.

## در منطقه ما میزان مرگ‌ومیر، ابتلا و ابتلای کودکان رو به افزایش است

او با اشاره به اهداف جهانی مسیر سریع تا سال 2020 ادامه داد: تعداد مرگ‌ها باید به کمتر از 500 هزار و تعداد موارد جدید نیز به کمتر از 500 هزار مورد برسند و تبعیض و انگ هم کاملاً نامرئی شود. برای این که میزان مرگ‌ومیر به زیر 500 هزار برسد، آنچه تا الان انجام داده‌ایم، کافی نیست و باید کارهای جدیدی کنیم. براساس روند جهانی HIV در سال 2015، تعداد افرادی که در دنیا با HIV زندگی می‌کنند، از سال 1990 تا سال 2015 رو به افزایش است. تعداد کودکانی که در دنیا با HIV زندگی می‌کنند، از سال 1990 تا سال 2015 در حال کاهش است. زمانی شیوع بیماری کاهش می‌یابد که چند اتفاق افتاده باشد؛ بیمار خوب شده باشد و از سیکل خارج شده باشد، بیمار فوت شده باشد، مورد مبتلای جدید نداشته باشیم. در مورد بچه‌ها در دنیا کارهایی انجام می‌شود که برخی برای پیشگیری از ابتلای جنین در دوران بارداری مادر موفق هم بوده‌اند. آنجایی که مؤثر و موفق بوده، توانسته‌اند مانع ورود بیمار جدید در کودکان شوند، اما در بزرگسالان با معرفی داروهای جدید طول عمر مبتلایان اضافه شده و عده‌ای هم جدیداً مبتلا شده‌اند، بنابراین تعداد مبتلایان افزایش می‌یابد. حالا چطور این رقم را به صفر برسانیم؛ در دنیا میزان مرگ کاهش یافته، تعداد میزان عفونت‌های جدید هم رو به کاهش است. این متوسط آمار دنیاست که منطقه به منطقه فرق می‌کند. در منطقه ما میزان مرگ‌ومیر، ابتلا و ابتلای کودکان رو به افزایش است. HIV درمان قطعی ندارد، اما می‌توان آن را مدیریت کرد. یکی از روش‌های پیشگیری از HIV درمان درست است که میزان ویروس در بدن فرد کاهش یابد و شانس ابتلا در دیگری کمتر شود. به این منظور کمپین 909090 ایجاد شده که باید انجام شود تا به اهداف درست برسیم. بر این اساس، باید 90 درصد بیماران شناسایی شوند. 90 درصد تحت درمان قرار گیرند و سطح ویروس در بدن 90 درصد مبتلایان کاهش یابد. در طول سال‌های 2000 تا 2015 میزان پوشش درمان در دنیا بالاتر رفته و میزان مرگ‌ومیر کاهش یافته؛ پس این روش انجام‌شدنی است.

## دو برابر شدن اپیدمی در بین زنان، ثابت می‌کند ضعف کار کرده‌ایم

درودی به بررسی وضعیت دنیا پرداخت و تأکید کرد: مهم است که بدانیم گروه تأثیرگذار در ابتلا در هر منطقه چه کسانی هستند و برای درمان روی کدام گروه جمعیتی باید سرمایه‌گذاری کنیم. در آفریقای جنوبی و شرقی 79 درصد مبتلایان جمعیت عمومی هستند؛ یعنی HIV به مرحله منتشر رسیده است؛ در حالی که در اروپای غربی و شمال آفریقا بیشتر مردان همجنس‌گرا مبتلا هستند. در خاورمیانه 41 درصد HIV ناشی از مشتریان معتادان تزریقی و روسپیان است؛ به‌طوری که 28 درصد این گروه معتادان تزریقی هستند. مرحله بعد مردان همجنس‌گرا و روسپیان هستند. اگر ما روی تن‌فروشان زن تمرکز کنیم، پاسخی که می‌گیریم اندازه 9 درصدی است که این‌ها تأثیر دارند. علتش هم این است که منطقه خاورمیانه در گذار است و بیماری را گرفته است. HIV همیشه در یک گروه جمعیتی شروع می‌شود. سپس

از طریق جمعیت پل (کسانی که با جمعیت پرخطر و جمعیت عمومی در ارتباط هستند) به جمعیت عمومی منتقل می‌شود. زمانی که میزان ابتلا بالای یک درصد برود، می‌گوییم آن جامعه دچار اپیدمی منتشر شده است، اما وقتی بالای 15 درصد برود، می‌گوییم اپیدمی متمرکز در گروه خاصی است که این گروه در ایران معتادان تزریقی هستند. اگر اعلام می‌شود اپیدمی در بین زنان 2 برابر شده، فقط ثابت می‌کند ضعیف کار کرده‌ایم.

### نهادهای نمی‌توانند به‌تنهایی اقدامی انجام دهند

مدیر کشوری برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز با بیان این که باید به این مشکل پاسخ دهیم، افزود: اولین کسانی که به HIV پاسخ دادند، جوامع بودند. در ابتدا جوامع مسأله را به گوش مسئولان رساندند، سپس خدمات آرایه شد و اگر جوامع در برنامه کشوری نباشند، برنامه‌ها پایدار نخواهد بود. یکی از همکاری‌های جوامع، در تحقیقات است تا از نتیجه آن برای کنترل استفاده کنیم. جوامع به‌صورت ایزوله نمی‌توانند کار کنند، بلکه باید دست در دست سایر بازیگران از جمله بخش بهداشت باشند. وزارت بهداشت، زندان‌ها و NGOها نمی‌توانند به‌تنهایی اقدامی انجام دهند. نکته دیگر حمایت‌های اجتماعی است که در بستر HIV تعریف دارد. اگر حمایت‌ها باشد، می‌توان HIV را کنترل کرد. کسانی که با HIV زندگی می‌کنند، از چرخه مالی خانواده خارج می‌شوند. اگر این افراد بیمه درمانی نداشته باشند، به سمت فقر می‌روند. افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، نباید طرد شوند. این جوامع اگر توانمند شوند، می‌توانند کمک کنند تا دسترسی همگانی محقق شود و در برنامه‌ریزی هم می‌توانند به برنامه‌ریزان کمک کنند.

### 6 هزار مرکز در زمینه HIV در کنار اعتیاد کار می‌کنند

درودی با اشاره به فعالیتی که در زمینه HIV در ایران انجام شده، گفت: تربیت بخش غیردولتی در برنامه کشوری که توسط بخش دولتی نوشته می‌شود مانند برگزاری کارگاه‌های آموزشی و مشارکت فعال این NGOها در قالب باشگاه‌های مثبت برای توانمندسازی افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، یکی از اقدامات پیشگیری مثبت است؛ به این معنا که فرد مبتلا بیاموزد بیماری را به دیگری انتقال ندهد. HIV از آسمان نمی‌آید و اتفاقی بین HIV مثبت و دیگری باید بیفتد تا منتقل شود. بخش غیردولتی در حوزه HIV در مراکز گذری، مراکز آرایه متادون، باشگاه‌های مثبت و سازمان‌هایی حمایتی و تحقیقاتی فعال است. حدود 4 هزار مرکز غیردولتی داریم که به همراه مراکز دولتی مجموعاً 6 هزار مرکز می‌شود که در زمینه HIV در کنار اعتیاد کار می‌کنند. 25 باشگاه مثبت در قالب پروژه صندوق جهانی تأسیس کرده‌اند که هدف‌شان توانمندسازی افراد مبتلاست و تمرکزشان روی کودکان، زنان و خانواده‌ها به‌عنوان آسیب‌پذیرترین قشر است. همین‌طور فعالیت‌های حمایت در منزل داریم.

### کرمانشاه، مشهد و تهران جایزه باشگاه مثبت را در دنیا گرفته‌اند

او درباره نتیجه اقدامات بالا تصریح کرد: تعدادی افراد بسیار توانمند داریم که با HIV زندگی می‌کنند و به شهرداری‌ها، فرمانداری‌ها، بخش‌داری‌ها، روحانیان و... مراجعه و مشکلات خود را بیان می‌کنند. تعدادشان زیاد نیست و تخمین می‌زنیم مجموع افراد HIV مثبت بین 80 هزار تا 100 هزار نفر باشد، اما همین تعداد هم می‌توانند در کنترل HIV مؤثر باشند. هر سال هم یک گردهمایی دارند. در سال‌های اخیر باشگاه مثبت کرمانشاه، مشهد و تهران جایزه باشگاه مثبت را در دنیا گرفته‌اند. امسال بین 1400 NGO از دنیا به 10 NGO جایزه داده‌اند که یکی از آن‌ها تهران است. با مبلغ این جایزه، کرمانشاه یک کلینیک سیار تأسیس کرد.

### جامعه‌شناسان بگویند چه می‌توان کرد؟

مدیر کشوری برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز اظهار کرد: من جامعه‌شناس نیستم، اما می‌دانم جامعه‌شناسان از جنبه‌های مختلف در جمعیت‌های کلیدی، کسانی که با HIV زندگی می‌کنند و جمعیت‌های عمومی می‌توانند به ما کمک کنند. جامعه‌شناسان بگویند چه می‌توان کرد؟! در زمینه انگ به بیماران استاندارد وجود دارد که با آن میزان انگ در جامعه برای بیماران HIV بررسی می‌شود. در سال 2010 در ایران 2 گروه پزشکان در رتبه نخست و خانواده در رتبه دوم بیشترین انگ را به این افراد می‌زدند. به همین دلیل اصلاً فکر نکنید پزشکان این بیماری را می‌شناسند و نحوه برخورد با آن را بلدند. این تبعیض به‌ویژه در میان جراحان زیاد است. زمانی که من فکر می‌کنم گروهی از جامعه، افراد بدی هستند، این تصور من تأثیری در آن‌ها ندارد؛ مگر این که در موضع قدرت نسبت به آن‌ها قرار داشته باشم.

### صورت‌های مختلفی از انگ وجود دارد

درودی در مورد تحقیقی برای روشن شدن این که انگ‌ها از کجا می‌آید، گفت: در حال انجام این تحقیق هستیم. متوجه شدیم صورت‌های مختلفی از انگ وجود دارد. همه این انگ‌ها به‌دلیل ندانستن افراد نیست. گاهی افراد احساس محکومیت دارند؛ به‌طور مثال پزشکی در شیفت خود بیمار هپاتیتی یا مبتلا به ایدز به او مراجعه کرده و با وجود این که می‌داند راه‌های پیشگیری و ابتلا چیست، می‌گوید چرا من ویزیت کنم؟ شاید یک در میلیون مبتلا شدم. بنابراین مقابله با این انگ با مقابله با انگ دیگری متفاوت است که پزشکی می‌گوید حتماً فرد مبتلا اقدامی نادرست انجام داده است، پس بگذار بمیرد. پس باید به اعماق زمینه‌های اجتماعی برویم و موضوع را بررسی کنیم.

### شوک، انکار، خشم، پرخاشگری، افسردگی و خودکوفایی؛ پروسه‌ای که فرد مبتلا طی می‌کند

به گزارش مهرخانه، در ادامه فاطمه صالحی، کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی و عضو هیأت امنای انجمن حمایت و یاری آسیب‌دیدگان اجتماعی به تبعات اجتماعی بیماری ایدز اشاره کرد و گفت: از آنجایی که این بیماری جزو بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود، فرد مبتلا درگیر تبعات اجتماعی می‌شود و چون از دل آسیب‌های اجتماعی بیرون آمده، تبعات اجتماعی آن بیش از سایر بیماری‌هاست. زمانی که

افراد متوجه بروز بیماری در بدنشان می‌شوند، پروسه‌ای را طی می‌کنند؛ در ابتدا دچار شوک می‌شوند، انکار، خشم، پرخاشگری، افسردگی و خودشکوفایی مراحل بعدی است. برخی افراد در مراحل اولیه باقی می‌مانند؛ زیرا خدمات مناسبی دریافت نکرده‌اند. مددکار اجتماعی باید در بخشی از فعالیت‌هایش این موضوع را لحاظ کند. در جامعه ما هنوز بسیاری از مسائل تابوست و به همین دلیل مردم اطلاعات درستی در زمینه ایدز ندارند و پیش از آموزش درست، با ترس در مورد این بیماری صحبت شده و ترس‌ها منجر به انگ می‌شود.

### **باید برای حفظ جامعه به فرد مبتلا سرویس دهیم**

او با اشاره به این که انگ‌ها منجر به نوعی تبعیض در جامعه می‌شود، بیان کرد: ما فکر می‌کنیم باید فقط مراقب باشیم خودمان مبتلا نشویم، اما نمی‌دانیم اگر اطلاعات درستی نداشته باشیم و در زمینه ایدز کار نکنیم، مراقبت از خود کافی نیست. ما باید برای حفظ جامعه به فرد مبتلا سرویس دهیم. بسیاری از مواقع حتی متخصصان به مبتلایان انگ می‌زنند. این برچسب غلط باعث می‌شود نتوانیم خدمات اجتماعی خوبی به آن‌ها دهیم. گاهی بیماران به خودشان انگ می‌زنند؛ تا جایی که حتی از اجتماع دور می‌شوند. یک مادر مبتلا به قدری به خود انگ می‌زد که حتی اجازه نمی‌داد فرزندانش او را در آغوش بگیرند.

### **دولت‌ها با تصویب قوانینی باعث تبعیض می‌شوند**

صالحی به نقش دولت‌ها پرداخت و گفت: گاهی دولت‌ها با تصویب قوانینی که به ضرر افراد مبتلاست، باعث تبعیض می‌شوند. قوانینی که در زمینه بیماری ایدز تصویب می‌شود، بیشتر در زمینه پیشگیری است و برای این افراد یا قوانینی وضع نشده یا نظارتی روی آن نبوده است. موردی داشتیم که مدرسه دانش‌آموز 7 ساله در ورامین را پذیرش نکرده است و بعد از سه سال و با اصرار مجوز ثبت‌نام در روستای دیگری را داده‌اند. این کودک در 7 سالگی ثبت‌نام می‌شود، اما با رفتارهای نامناسب از سوی مدیر روبه‌رو می‌شود تا جایی که یک ماه بعد از شروع مدرسه می‌گوید دیگر به مدرسه نمی‌روم. مدیر مدرسه حتی محل نشستن او را از سایر کودکان جدا کرده بود. پس از آن پدر و مادر این کودک فوت می‌شوند و سه سال بعد با تلاش بسیار این کودک می‌تواند به مدرسه برود. این افراد گاهی در زمینه محل سکونت و ازدواج نیز با انگ و تبعیض روبه‌رو می‌شوند.

### **جامعه باید مسئولیت این بیماری را برعهده بگیرد**

این مددکار اجتماعی درباره درمان این بیماران اظهار کرد: در بحث درمان هم با وجود مطلع‌بودن پزشکان از وضعیت این بیماری، گاهی همکاری نمی‌کنند و تبعیض قائل می‌شوند. مورد دیگری در ورامین، زنی باردار بود که در زمان زایمان اعلام کرده بود مبتلاست و باید عمل سزارین انجام دهد. بیمارستان با او همکاری نکرده بود. خودش به بیمارستان امام خمینی (ره) مراجعه کرده بود و در وضعیتی که دهانه رحم چهار سانتی‌متر باز شده بود، او را نمی‌پذیرفتند، اما در نهایت و در شرایطی که این زن روی پله‌های بیمارستان نشسته بود، او را پذیرش کردند و عمل سزارین انجام شد. مسائل اشتغال نیز بخشی از مشکلات این افراد است؛ زیرا در برخی مشاغل باید بگویند مبتلا هستند. اگر آموزش درستی در زمینه برخورد با این بیماران نداشته باشیم، نه تنها فرد مبتلا، بلکه جامعه نیز درگیر می‌شود. خواستارم که حتماً این بیماران در این زمینه مشارکت کنند. معتقدیم این بیماری از جامعه آمده و خود جامعه هم باید مسئولیت آن را برعهده بگیرد.

### **نقش رسانه‌ها در بساخت جامعه**

در بخش دیگری از نشست، دکتر امید زمانی، پزشک و عضو گروه جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت انجمن جامعه‌شناسی ایران ایدز را پدیده‌ای مرتبط با رفتارهای فردی دانست و اظهار داشت: رفتارهای جامعه بر اساس درکی که از آن رفتار فردی دارد و بساخت جامعه، می‌تواند منجر به انگ و تبعیض شود. در کنارش نهادهایی وجود دارد که می‌توانند به این بساخت دامن بزنند یا آن را تغییر دهند. نقش رسانه‌ها در اطلاع‌رسانی و آموزش صحیح یا گسترش ترس و افزایش انگ پررنگ است. هرچه انگ زیادتر باشد، دسترسی این گروه‌ها به خدمات کمتر می‌شود و حتی می‌ترسند که آزمایش دهند و نسبت به وجود بیماری مطلع شوند و از خدمات درمانی استفاده کنند. گاهی حتی ممکن است به خود یا دیگران صدمه بزنند. بنابراین نقش رسانه‌ها و نهادهای اجتماعی در گسترش این خدمات یا مانع‌شدن، خیلی در پیشگیری از گسترش ایدز مؤثر است.

او با تأکید بر این که به نظر می‌رسد ایدز درک مردم جامعه ما را از مفهوم سلامت تغییر داده است، گفت: طی سال‌های گذشته ایدز به‌عنوان بیماری جدی که سلامت مردم را به خطر می‌اندازد و خدمات مرتبط با آن از جامعیت کافی برخوردار نیست، شناخته می‌شد. تعامل نهادها، اصناف و مشاغل مختلف با این پدیده متفاوت است. گروهی از پزشکان نیز با مبتلایان تبعیض‌آمیز برخورد می‌کنند. روحانیت، آموزش و پرورش و خانواده پاسخ‌های متفاوت و متنوعی دارند. بنابراین این ابعاد مختلف نیاز به پژوهش دارد تا جامعه‌شناسان بتوانند در داشتن تصویر بهتری از جامعه کمک کنند و بر آن اساس برای مهارکردن این پدیده برنامه‌ریزی کنیم. یکی از مشکلات واژگانی است که پیرامون این پدیده به کار می‌بریم. در زمینه ارتباطات سلامت نیاز به کلماتی داریم که توصیف بهتری داشته باشد. ایدز یک بیماری نیست، بلکه نشانه‌هایی از بیماری‌های مختلف است. بیمار خطاب‌کردن این افراد، باعث گسترش انگ می‌شود. جامعه‌شناسی پزشکی باید در این زمینه بیشتر فعال شود.

منبع: [مهرخانه](#)