

مدول آموزشی برنامه پیشگیری از

HIV/AIDS در محیط کار

مخصوص کارشناسان بهداشت حرفه ای



دکتر مصطفی غفاری

با همکاری:

دکتر مرتضی محمد اسماعیل - دکتر مرجان قطبی - دکتر نادر احمدی

دکتر کامران حکیم زاده - دکتر مهران ستوده - دکتر سپیده حبیبی

مقدمه مؤلف

امروزه شیوع اچ-ای-وی/ایدز در جهان به نوعی است که کمتر کشوری وجود دارد که از عوارض اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آن مصون مانده باشد. با توجه به اینکه این بیماری در سنین فعال زندگی افراد را مبتلا می نماید یکی از مبهم‌ترین اولویت‌ها در برنامه های پیشگیری از ایدز برنامه های پیشگیری در محیط کار می باشد. امروزه در آمریکا از هر ۶ سازمان بزرگ (با بیشتر از ۵۰ کارمند) یک سازمان و از هر ۱۵ سازمان کوچک (با کمتر از ۵۰ کارمند) یک سازمان دارای کارمند یا کارفرمای آلوده به ویروس ایدز می باشند.

بازدید از برنامه های پیشگیری از ایدز کشورهای سوئد و فنلاند و طی یک دوره آموزشی در دانشگاه کارولینسکا سوئد ، منجر به طراحی برنامه پیشگیری از ایدز در محیط کار گردید که خوشبختانه با حمایت جدی جناب آقای دکتر گویا رئیس مرکز مدیریت بیماریها این ایده تبدیل به برنامه کشوری گردید.

برنامه پیشگیری از ایدز در محیط کار مشارکت بخش‌های دولتی و خصوصی و هم‌چنین کارکنان آنها در جهت پیشگیری از ابتلاء به ویروس اچ-ای-وی می باشد که برای تمامی سازمان‌ها، مراکز تجاری ، کارخانجات و حرف کوچک طراحی گردیده است تا از طریق طراحی سیاست سازمانی برای پیشگیری از اچ-ای-وی و اجراء برنامه های آموزشی برای مدیران، کارکنان و خانواده های آنها در جهت کنترل ایدز در کشور فعالیتی اثر بخش را آغاز نماید.

کارشناسان بهداشت حرفه ای به عنوان متولیان برنامه های ارتقاء سلامت در محیط کار میتوانند نقش ارزشمندی در زمینه پیشبرد برنامه های پیشگیری از ایدز در محیط کار ایفاء نمایند. جایگاه ارتباط دو سویه کارشناسان بهداشت حرفه ای با کارفرما و کارگراهمیت این نقش را دو چندان می نماید. توانمندسازی و ارتقاء سطح آگاهی کارشناسان بهداشت حرفه ای در زمینه ایدز میتواند شبکه توانمندی از مروجین برنامه های پیشگیری از در محیط کار را فراهم آورد. این کارشناسان اطلاعات لازم را توسط مدولها و کارگاههای آموزشی فراگرفته و سپس به مدیران و کارکنان آن را انتقال داده و زمینه را برای طراحی سیاست و اجرای برنامه پیشگیری های از ایدز در محیط کار فراهم می آورند.

تهیه مواد آموزشی مورد نیاز برای این برنامه که در حقیقت یک برنامه توانمند سازی بخش مولد اقتصاد و تولید جامعه می باشد از مهمترین بخش های این برنامه می باشد. مدول حاضر نیز یکی از این مواد آموزشی و مخصوص کارشناسان بهداشت حرفه ای میباشد که **با حمایت مرکز مدیریت بیماریها و برنامه گلوبال فاند دفتر توسعه سازمان ملل** آماده گردیده است.

دکتر مصطفی غفاری

محقق دانشگاه کارولینسکا سوئد

« به نام خدا »

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی بعنوان متولی تامین ، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه رسالت خطیر خود در جهت پیشگیری از HIV/AIDS را با طراحی و اجراء برنامه کشوری در گروههای مختلف جامعه آغاز نموده است.

یکی از مهم ترین گروه های جامعه که از اولویت های برنامه های پیشگیری از ایدز می باشند نیروی کار می باشد که خوشبختانه به همت همکار ارجمندمان جناب آقای دکتر مصطفی غفاری محقق دانشگاه کارولینسکا سوئد این برنامه طراحی گردیده و با کمک مرکز مدیریت بیماری ها و مرکز سلامت محیط و کار تبدیل به یک برنامه کشوری گردیده است.

برنامه پیشگیری از ایدز در محیط کار مشارکت بخشهای دولتی و خصوصی و همچنین کارکنان آنها در جهت پیشگیری از ابتلاء به ویروس HIV می باشد. در این راستا تهیه راهنمای آموزشی مناسب و جامع میتواند نقشی ارزنده در ارتقاء سطح آگاهی کارکنان و کارگران ایفاء نماید. خوشبختانه با همت همکار ارجمندمان جناب آقای دکتر مصطفی غفاری این امر تحقق یافته و با حمایت برنامه گلوبال فاند راهنمای آموزشی ارزشمندی برای کارشناسان بهداشت حرفه ای به رشته تحریر در آمده است . امید آنکه آشنایی کارشناسان بهداشت حرفه ای کار با برنامه پیشگیری از ایدز در محیط کار بتواند در جهت ارتقاء آگاهی کارکنان و کارگران شریف و پر تلاش میهن عزیزمان در بخشهای مختلف در زمینه پیشگیری از HIV/AIDS مفید واقع گردد.

دکتر محمد مهدی گویا
رئیس مرکز مدیریت بیماری ها
وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

بخش ۱- اپیدمیولوژی سندرم نقص ایمنی اکتسابی انسانی (HIV/AIDS) در ایران و جهان

شماره صفحه	عنوان
۱۲	تاریخچه
۱۵	وضعیت جهانی بیماری
۲۰	وضعیت فعلی ایدز در امریکا و اروپا
۲۲	وضعیت فعلی ایدز در افریقا
۲۵	وضعیت فعلی ایدز در آسیا
۲۷	وضعیت همه گیری در خاورمیانه و شمال افریقا
۲۸	وضعیت بیماری در ایران

بخش ۲- کلیات و مبانی سندرم نقص ایمنی اکتسابی انسانی (HIV/AIDS)

شماره صفحه	عنوان
۳۸	مقدمه
۳۹	خصوصیات بیماری
۳۹	عامل بیماری‌زا
۴۱	مکانیسم بیماری‌زایی
۴۳	راه‌های انتقال ویروس
۴۴	مراحل بالینی بیماری
۴۵	مرحله اول- عفونت اولیه
۴۶	مرحله دوم- عفونت بدون علامت
۴۷	مرحله سوم- عفونت علامت دار اولیه
۵۰	مرحله چهارم- عفونت علامت‌دار ایدز
۵۱	تعاریف بیماری ایدز
۵۱	تعریف اپیدمیولوژیک
۵۴	تقسیم بندی بالینی سازمان جهانی بهداشت در مورد ایدز
۵۶	تشخیص بیماری
۵۸	پیگیری و درمان بیماری
۶۲	پیشگیری از ایدز
۶۴	پیشگیری اولیه (سطح اول) به منظور حفظ افراد سالم در جامعه
۶۶	پیشگیری سطح دوم برای کنترل بیماری
۷۰	پیشگیری سطح سوم به منظور جلوگیری از پیشرفت عوارض
۷۰	سایر اقدامات کنترلی
۷۱	سیاست‌های مراقبتی HIV/AIDS

بخش ۳- الگوها و مؤلفه‌های برنامه اجرایی پیشگیری از ایدز در محیط کار

شماره صفحه	عنوان
۸۱	آغاز کار- الگوی یک کار تیمی
۸۱	سازمان دهی یک مدیریت مشترک با کمیته برنامه ریزی HIV/AIDS در اتحادیه‌ها
۸۶	فراهم آوردن زمینه حمایت مدیران ارشد و رهبران کار
۸۹	آمادگی برای توسعه برنامه ها
۹۲	همراه کردن مدیران محل کار با کمیته برنامه‌ریزی HIV/AIDS در محل کار
۹۲	پیوند دادن برنامه‌ها و سیاست‌ها
۹۳	حمایت مدیران
۹۴	حمایت اتحادیه
۹۴	تعیین و تشخیص منابع درونی و برونی برنامه
۹۸	بودجه و هزینه‌ها
۹۸	اطلاعات مورد نیاز
۹۹	مؤلفه‌های موثر بر بر برنامه های پیشگیری از ایدز در محیط کار
۱۰۰	۱-سیاست‌ها و اقداماتی که مشخص و شفاف، قابل فهم و غیر متناقض میباشند.
۱۰۲	۲- فعالیتهای آموزشی رسمی و غیررسمی پیشگیری از HIV/AIDS برای همه کارکنان
۱۰۲	۳-حمایتهای پیشگیرانه از HIV شامل سیستم‌های توزیع کاندوم و درمان سوء مصرف مواد
۱۰۴	۴-تشخیص و درمان عفونتهای انتقال یافته از طریق آمیزش و عفونتهای فرصت‌طلب
۱۰۵	۵- دسترسی به مشاوره‌های داوطلبانه و آزمایشات
۱۰۶	۶- مشاوره، مراقبت و دیگر برنامه‌های حمایتی برای کارکنانی که HIV مثبت هستند و اعضاء خانواده آنها
۱۰۷	۷- پیش بینی درمان های پیشرفته در جاهایی که امکان پذیر است
۱۰۸	کلاس‌های عملی و تمرینات بهتر

بخش ۴- طراحی سیاست پیشگیری از ایدز در محیط کار

شماره صفحه	عنوان
۱۱۷	ارزش سیاست پیشگیری از ایدز در محیط کار
۱۱۷	لزوم وجود سیاست‌ها و تدابیر برای محل کار
۱۱۹	تدوین تدابیر برای انگ بدنامی و تبعیض در محل کار
۱۲۱	فوائد مکتوب نمودن تدابیر و سیاست‌ها
۱۲۲	انواع سیاست‌های کارفرمایان
۱۲۳	اصول کلی در سیاست پیشگیری از ایدز در محیط کار
	حجم و میزان سیاست‌های وضع شده برای محل کار در رابطه
۱۲۳	با HIV/AIDS
۱۲۳	سیاست جامع در مورد HIV/AIDS
۱۲۴	اصول پایه برای سیاست‌های HIV/AIDS
۱۲۵	شناخت HIV/AIDS به عنوان یک مسئله در محل کار
۱۲۵	عدم تبعیض
۱۲۶	تساوی جنسی
۱۲۷	محیط کار سالم
۱۲۸	گفتگوی اجتماعی
۱۲۹	غربال‌گری با هدف محرومیت از استخدام یا ادامه مراحل کاری
۱۲۹	رازداری
۱۳۰	ادامه اشتغال و روابط کاری
۱۳۰	پیشگیری
۱۳۱	مراقبت و حمایت
۱۳۱	ارتباط سیاست‌های اتحادیه و موافقت‌نامه‌های دسته جمعی
۱۳۲	توسعه سیاست‌های پیشگیری از HIV/AIDS
۱۳۲	گام‌های ارتقاء سیاست‌های HIV/AIDS
۱۳۳	گام اول: برنامه‌ریزی ابتدایی را انجام دهید.
۱۳۸	گام دوم: فراگیری اطلاعات مورد نیاز و درک آنها
	گام سوم: سیاست‌های مرتبط با HIV/AIDS را مکتوب
۱۴۲	نمایید.
۱۴۸	گام چهارم: سیاست تدوین شده را تصویب نمایید.
۱۵۰	گام پنجم: سیاست را اجرا نمایید.

بخش ۵- ایجاد یک برنامه آموزشی پیشگیری، مراقبتی و حمایتی HIV/AIDS

شماره صفحه	عنوان
۱۵۵	مقدمه
۱۵۵	اجزای برنامه
۱۵۷	چه کسانی ارائه کننده خدمات هستند؟
۱۵۸	تشریح مساعی
۱۶۰	بسط و اجرای برنامه
۱۶۰	حوزه اول برنامه : فعالیتهای آموزشی برای پیشگیری HIV/AIDS
۱۶۹	حوزه دوم برنامه : حمایت از پیشگیری HIV
۱۷۴	حوزه سوم برنامه: تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی و عفونتهای فرصت طلب
۱۷۸	حوزه چهارم برنامه : دسترسی به مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV
۱۸۱	حوزه پنجم برنامه : مشاوره، مراقبت و سایر برنامههای حمایتی
۱۸۴	حوزه ششم برنامه: تدارک امکانات درمانی پیشرفته تر
۱۸۷	نتیجه گیری
۱۸۸	چک لیست های کنترل مراحل طراحی سیاست پیشگیری از ایدز در محیط کار

بخش ۶- دستورالعمل سازمان جهانی کار در مورد HIV/AIDS و دنیای کار

شماره صفحه	عنوان
۱۹۹	هدف
۱۹۹	موارد استفاده دستورالعمل
۲۰۱	تعریف اصطلاحات
۲۰۱	هدف
۲۰۱	اصطلاحات بکار رفته در این دستورالعمل
۲۰۴	اصول کلیدی
۲۰۴	۱. پذیرش HIV/AIDS بعنوان یک موضوع محل کار
۲۰۴	۲. عدم تبعیض
۲۰۴	۳. تساوی جنسی
۲۰۴	۴. محیط کار سالم
۲۰۵	۵. گفتگوی اجتماعی
۲۰۵	۶. غربالگری بمنظور اخراج از کار یا پروسه کار
۲۰۵	۷. حفظ اسرار محرمانه کارگران
۲۰۵	۸. تداوم روابط کار
۲۰۶	۹. پیشگیری
۲۰۶	۱۰. درمان و حمایت
۲۰۶	حقوق عمومی و مسئولیتها
۲۰۶	۱. دولت و اختیارات کارآمد
۲۰۹	۲. کارفرمایان و سازمان‌هایشان
۲۱۲	۳. کارگران و سازمان‌هایشان
۲۱۴	پیشگیری از طریق ارائه آموزش و اطلاعات
۲۱۴	۱. اطلاعات و برنامه‌های منظم افزایش آگاهی
۲۱۵	۲. برنامه‌های آموزشی
۲۱۷	۳. برنامه‌های ویژه جنسیت
۲۱۷	۴. پیوستن به برنامه ارتقاء سلامتی
۲۱۸	۵. بررسی تجربی جهت حمایت و تغییر رفتار
۲۱۸	۶. برنامه‌های اجتماعات خارج از دسترس

۲۱۸	آموزش
۲۱۹	۱. آموزش برای مدیران، سرپرستان و کارکنان دفتری
۲۱۹	۲. آموزش برای آموزش گیرندگان همسان
۲۲۰	۳. آموزش برای نمایندگان کارگران
۲۲۰	۴. آموزش برای بازرسان ایمنی و بهداشت
۲۲۱	۵. آموزش برای بازرسان کار
	۶. آموزش کارگرانی که با خون و سایر مایعات بدن انسان تماس دارند
۲۲۲	

۲۲۳	آزمایش
۲۲۳	۱. جلوگیری از استخدام نیروی کار جدید و اشتغال نیروی قبلی
۲۲۳	۲. منع برای مقاصد بیمه ای
۲۲۴	۳. مراقبتهای همه گیری شناسی
۲۲۴	۴. آزمایش داوطلبانه
۲۲۴	۵. آزمایش و درمان پس از تماس شغلی

۲۲۵	درمان و حمایت
۲۲۵	۱. برابری با سایر بیماریهای خطرناک
۲۲۵	۲. مشاوره
۲۲۶	۳. خدمات بهداشت حرفه ای و سایر سیستمها
۲۲۷	۴. پیوند با گروههای جمعیتی و خود کمک کننده
۲۲۷	۵. مزایا
۲۲۷	۶. پوشش ایمنی اجتماعی
۲۲۸	۷. رعایت مسائل خصوصی و محرمانه
۲۲۸	۸. برنامه های کمک به کارگران و خانواده آنان

«بخش ۱»

**اپیدمیولوژی سندرم نقص ایمنی اکتسابی انسانی
(HIV/AIDS) در ایران و جهان**

«بخش ۱»

اپیدمیولوژی سندرم نقص ایمنی اکتسابی انسانی (HIV/AIDS) در ایران و جهان

تاریخچه

تا قبل از دهه ۱۹۷۰ میلادی، سندرم نقص ایمنی انسانی (AIDS) بیماری شناخته شده‌ای برای انسان نبود. حتی اگر افرادی مبتلا به این بیماری بودند، به دلیل ناشناخته بودن ویروس و راه‌های انتقال بیماری، اطلاعات مشخصی درباره‌ی آن‌ها وجود ندارد. براساس داده‌های موجود، پاندمی فعلی بیماری از سال‌های پایانی دهه ۱۹۷۰ آغاز شد و در سال ۱۹۸۰ حداقل ۵ قاره (آمریکای شمالی، امریکای جنوبی، اروپا، آفریقا و استرالیا) را درگیر کرد. در طول این دوره زمانی بدلیل عدم شناخت و بکارگیری راه‌های پیشگیری ۳۰۰,۰۰۰ - ۱۰۰,۰۰۰ نفر آلوده به این ویروس شدند.

در سال ۱۹۸۱ ابتلاء ۸ بیمار جوان هم‌جنس‌باز به سارکوم کاپوزی^۱ (یک بیماری نادر وابسته به سرطان‌های خوش‌خیم در افراد سال‌مند) در نیویورک و هم‌زمان با آن بروز پنومونی پنوموسیستیس کارینی^۲ (عفونت ریوی نادر در افراد مبتلا به سندرم‌های نقص ایمنی) در کالیفرنیا و نیویورک، مقدمات شناخت علایم بروز بیماری را فراهم

1 Kaposi's Sarcoma

2 Pneumocystis carini pneumonia

کرد، چند ماه بعد ظهور علائم در سایر گروه‌های جامعه از جمله معتادان تزریقی نیز تایید شد و در پایان این سال اولین بیمار مبتلا به ایدز در انگلستان ثبت شد.

دو دهه پس از شناسایی و تعریف سندرم نقص ایمنی انسانی (AIDS) به‌عنوان یک بیماری جدید در سال ۱۹۸۱، بیش از ۶۰ میلیون بیمار در سراسر دنیا به ویروس عامل نقص ایمنی انسانی (HIV-1) آلوده شدند. حدود ۹۰٪ این بیماران در کشورهای پیشرفته زندگی می‌کردند و ۹۰٪ بیماران از راه تماس‌های جنسی غیر



هم‌جنس مبتلا شده بودند. دومین ویروس عامل نقص ایمنی انسانی (HIV-2) در اواسط دهه ۱۹۸۰ در غرب آفریقا شناسایی شد. این ویروس هم موجب بیماری ایدز می‌شود اما دوره نهفته بیماری ناشی از آن در مقایسه با ویروس اول به مراتب طولانی‌تر است.

به‌نظر می‌رسد ویروس‌های HIV-1 و HIV-2 چندین سال قبل با ویروس‌های نوع میمونی انتقال گونه‌ای داشته‌اند. ویروس نقص ایمنی میمون که از میمون‌های وحشی آفریقا جدا شده است، بسیار شبیه HIV-1 و HIV-2 است.

شکل ۱-۱ شامپانزه مخزن اولیه ویروس HIV

میمون‌های آلوده با این ویروس، با وجود عفونت مزمن حال عمومی خوبی داشتند که احتمالاً به‌دلیل انتخاب طبیعی حیواناتی بوده که قدرت بقا بیشتری داشته‌اند. اما تزریق ویروس‌های نقص ایمنی میمون به میمون‌های باغ وحش، باعث عفونت شبیه ایدز می‌شود، که مؤید تغییر بیماری‌زایی ویروس‌ها در انتقال داخل گونه‌ای است.

ثبت بیش از ۲۵ میلیون مورد مرگ منتسب به HIV از زمان شناسایی آن در سال ۱۹۸۱ تا سال ۲۰۰۵ آن را به کشنده‌ترین اپیدمی طول تاریخ بشر تبدیل کرده است. موارد گزارش شده AIDS از شروع پاندمی تا پایان سال ۲۰۰۲ (آذرماه ۱۳۸۱) از بیش از ۲۰۸ کشور به سازمان جهانی بهداشت، بالغ بر ۲۸۲۲۱۱۱ مورد بوده که بیشترین رقم آن به ترتیب، مربوط به آمریکا، آفریقا و اروپا و کم‌ترین موارد آن (۰/۴٪) مربوط به حوزه شرق مدیترانه بوده است.

با وجود پیشرفت‌های چشم‌گیری در استفاده و به‌کارگیری داروهای ضد رتروویرال و مراقبت‌های درمانی بیماران در سطح جهان، هنوز شاهد ۳/۱ (۲/۸-۳/۶) میلیون مرگ در سال ۲۰۰۵ هستیم که بیش از ۵۷۰۰۰۰ مورد آن در کودکان اتفاق افتاده است. آمارهای جهانی فعلی نشان‌دهنده اثرات مخرب این بیماری بر کودکان است:

■ در هر دقیقه از شبانه‌روز یک کودک جان خود را بر اثر ابتلاء به بیماری از دست می‌دهد.

■ در هر ۱۵ دقیقه یک جوان به ویروس مبتلا می‌شود.

■ ۱۵ میلیون کودک یک یا هردو والدین خود را از دست داده و یتیم شده‌اند.

بعد از گذشت ۲۵ سال از آغاز همه‌گیری، کودکان هم‌چنان نیمه پنهان ایدز هستند. کودکانی که هم‌چنان:

■ والدین خود را از دست می‌دهند

■ آموزگاران خود را از دست می‌دهند

■ به مراقبت و درمان دسترسی ندارند

■ از حمایت لازم برخوردار نیستند

■ تنها نصیب آن‌ها اثرات مخرب بیماری است

گسترش روزافزون HIV/AIDS در سطح جهان، عدم وجود واکسن و درمان شفابخش و بازپیدایی بسیاری از بیماری‌های عفونی دیگر در زمینه نقص ایمنی حاصله و مخاطرات آن برای نیروی‌های جوان و فعال جامعه و از جمله کارکنان حرفه‌های پزشکی، اعم از پزشکان، پرستاران، کسانی که با خون و بسیاری از فرآورده‌های خونی بیماران در تماس هستند و نیروهای خدماتی این مراکز، حاکی از اهمیت بهداشتی و لزوم آموزش و اقدامات پیشگیرنده به منظور جلوگیری از انتقال و اقدامات زیربنایی به منظور کنترل نهایی آن است.



شکل ۱-۲- بیماری ایدز در قرن بیست و یکم تهدیدی برای کودکان

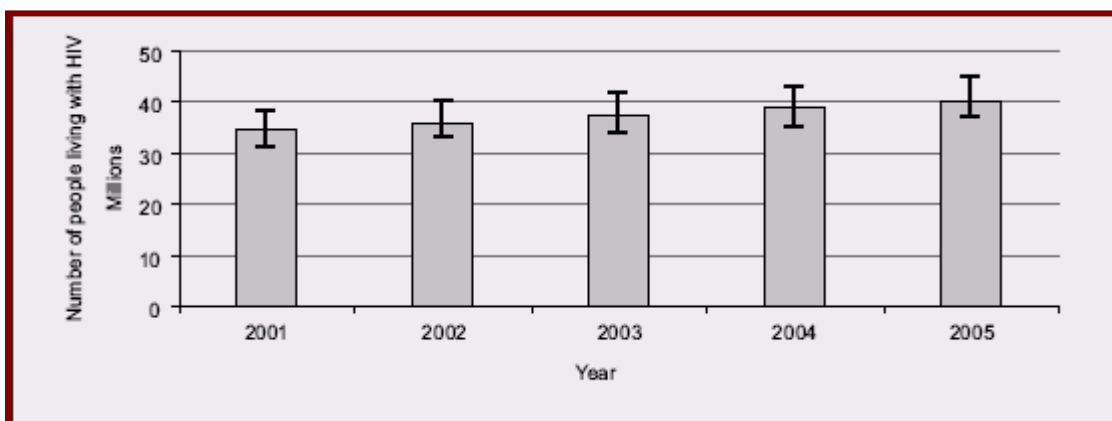
تعداد افراد مبتلا به HIV/AIDS که در قید حیات هستند در پایان سال ۲۰۰۵ به اوج رسیده و رقم ۴۰/۳ میلیون نفر (۳۶/۷-۴۵/۳) را نشان می‌دهد. از این تعداد ۳۸ میلیون نفر (۳۴/۵-۴۲/۶) بزرگسال، ۱۷/۵ میلیون نفر (۱۶/۲-۱۹/۳) زن و ۲/۳ میلیون نفر (۲/۱-۲/۸) کودکان زیر ۱۵ سال هستند. (جدول ۱-۱)

توزیع جغرافیایی بیماران زنده HIV/AIDS در ابتدای سال ۲۰۰۵ در شکل شماره ۱-۳ و در پایان سال ۲۰۰۵ در شکل شماره ۱-۵ نشان داده شده است. حدود ۴/۹ میلیون نفر (۴/۳-۶/۶) از بیماران در طول سال ۲۰۰۵ مبتلا شده و در همین سال حدود ۳/۱ میلیون نفر از مبتلایان به این بیماری تلف شده‌اند. در مجموع، تخمین زده می‌شود که از شروع پاندمی تا پایان سال ۲۰۰۵ حدود ۶۵ میلیون نفر به HIV/AIDS مبتلا شده‌اند که از آن میان حدود ۲۵ میلیون نفر جان خود را از دست داده‌اند.



شکل ۱-۳- موارد زنده HIV/AIDS در آستانه سال ۲۰۰۵ میلادی

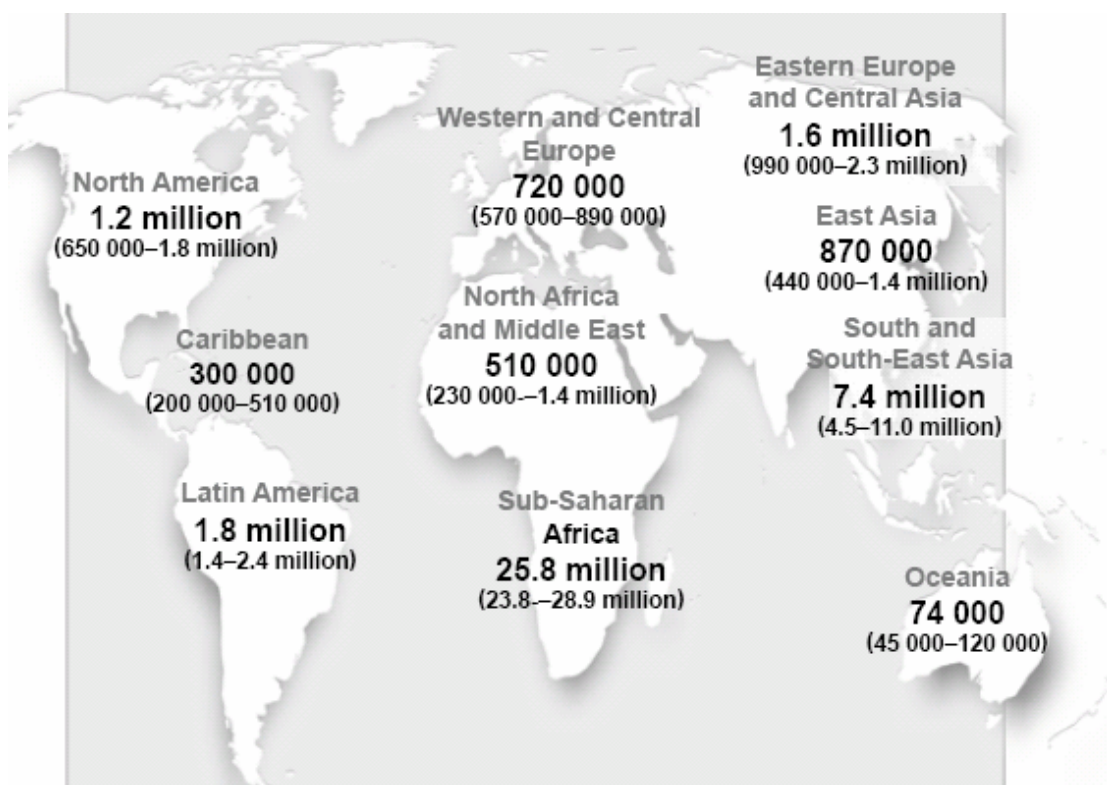
برآورد جمعیت زنده مبتلا به HIV/AIDS در طول سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۰۵ در شکل شماره ۱-۴ مشخص شده است. براساس این برآورد در مجموع تعداد موارد زنده مبتلا به HIV/AIDS هم‌چنان در حال افزایش است و البته نسبت این افزایش در مناطق و کشورهای مختلف جهان یکسان نیست.



شکل ۱-۴- برآورد جمعیت زنده مبتلا به HIV/AIDS در طول سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۰۵ در جهان

جدول ۱-۱- وضعیت جهانی اپیدمی ایدز - دسامبر ۲۰۰۵

تعداد بیماران زنده مبتلا به HIV/AIDS تا ۲۰۰۵	
کل موارد	۴۰/۳ میلیون نفر (۳۶/۷-۴۵/۳)
بزرگسالان	۳۸ میلیون نفر (۳۴/۵-۴۲/۶)
زنان	۱۷/۵ میلیون نفر (۱۶/۲-۱۹/۳)
کودکان زیر ۱۵ سال	۲/۳ میلیون نفر (۲/۱-۲/۸)
تعداد موارد جدید ایدز در سال ۲۰۰۵	
کل موارد	۴/۹ میلیون نفر (۴/۳-۶/۶)
بزرگسالان	۴/۲ میلیون نفر (۳/۶-۵/۸)
کودکان زیر ۱۵ سال	۷۰۰ هزار نفر (۶۳۰-۸۲۰)
تعداد موارد مرگ ناشی از ایدز در سال ۲۰۰۵	
کل موارد	۳/۱ میلیون نفر (۲/۸-۳/۶)
بزرگسالان	۲/۶ میلیون نفر (۲/۳-۲/۹)
کودکان زیر ۱۵ سال	۵۷۰ هزار نفر (۵۱۰-۶۷۰)



شکل ۱-۵- موارد زنده HIV/AIDS در پایان سال ۲۰۰۵ میلادی

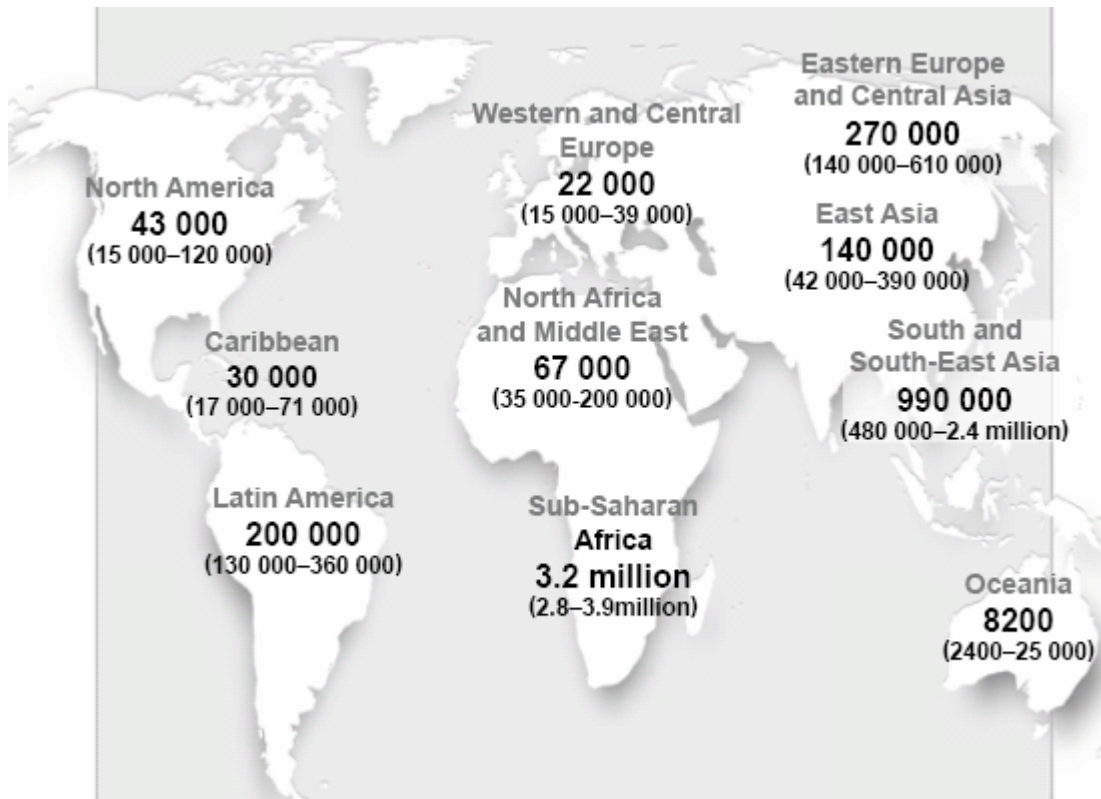
تغییرات آماری ابتلاء به بیماری در مناطق مختلف جهان از سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۵ در جدول ۱-۲ نشان داده شده است.

جدول ۱-۲- وضعیت جهانی تغییرات HIV/AIDS به تفکیک منطقه در سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۵

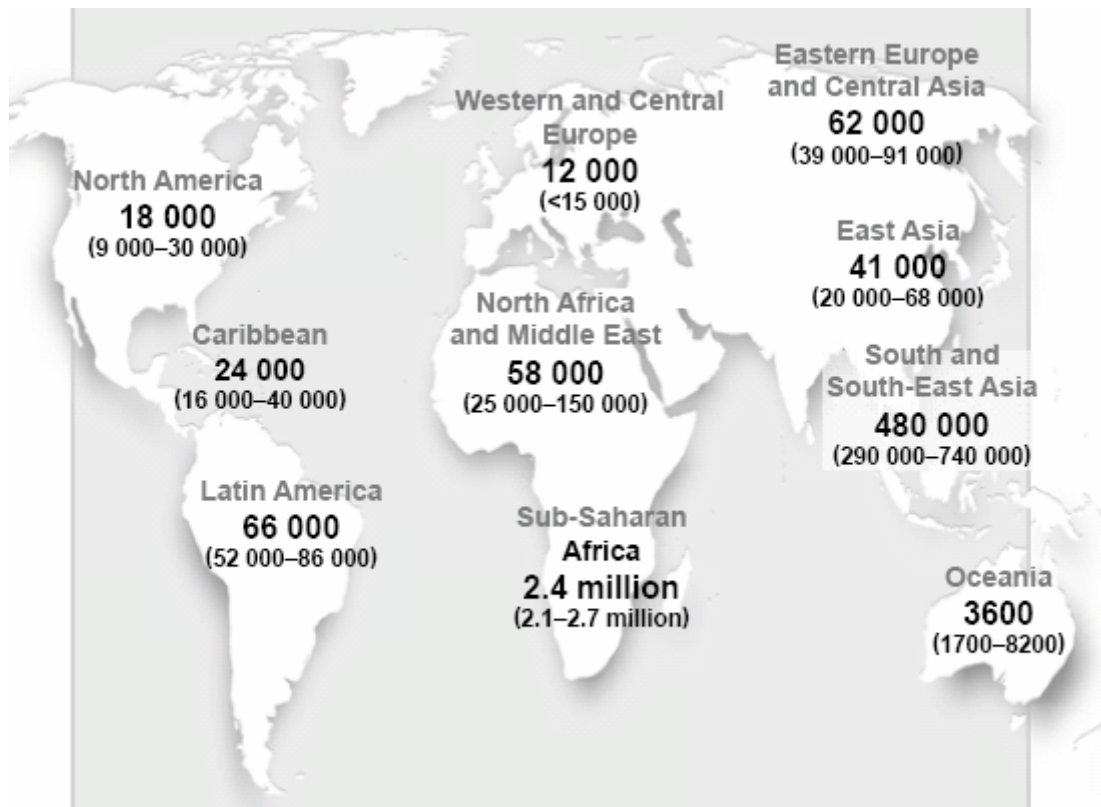
منطقه / سال	بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV	بزرگسالان و کودکان با آلودگی اخیر HIV	شیوع در بزرگسالان	موارد مرگ در بزرگسالان و کودکان
افریقای زیرصحرا				
۲۰۰۵	۲۵/۸ میلیون	۳/۲ میلیون	۷/۲	۲/۴ میلیون
۲۰۰۳	۲۴/۹ میلیون	۳ میلیون	۷/۳	۲/۱ میلیون
شمال و نیمه شرقی افریقا				
۲۰۰۵	۵۱۰۰۰۰	۶۷۰۰۰	۰/۲	۵۸۰۰۰
۲۰۰۳	۵۰۰۰۰۰	۶۲۰۰۰	۰/۲	۵۵۰۰۰
جنوب و جنوب شرقی افریقا				
۲۰۰۵	۷/۴ میلیون	۹۹۰۰۰۰	۰/۷	۴۸۰۰۰۰
۲۰۰۳	۶/۵ میلیون	۸۴۰۰۰۰	۰/۶	۳۹۰۰۰۰
شرق آسیا				
۲۰۰۵	۸۷۰۰۰۰	۱۴۰۰۰۰	۰/۱	۴۱۰۰۰
۲۰۰۳	۶۹۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۰/۱	۲۲۰۰۰

منطقه / سال	بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV	بزرگسالان و کودکان با آلودگی اخیر HIV	شیوع در بزرگسالان	موارد مرگ در بزرگسالان و کودکان
اقیانوسیه				
۲۰۰۵	۷۴۰۰۰	۸۲۰۰	۰/۵	۳۶۰۰
۲۰۰۳	۶۳۰۰۰	۸۹۰۰	۰/۴	۲۰۰۰
امریکای لاتین				
۲۰۰۵	۱/۸ میلیون	۲۰۰۰۰۰	۰/۶	۶۶۰۰۰
۲۰۰۳	۱/۶ میلیون	۱۷۰۰۰۰	۰/۶	۵۹۰۰۰
منطقه کارائیب				
۲۰۰۵	۳۰۰۰۰۰	۳۰۰۰۰	۱/۶	۲۴۰۰۰
۲۰۰۳	۳۰۰۰۰۰	۲۹۰۰۰	۱/۶	۲۴۰۰۰
اروپای شرقی و آسیای مرکزی				
۲۰۰۵	۱/۶ میلیون	۲۷۰۰۰۰	۰/۹	۶۲۰۰۰
۲۰۰۳	۱/۲ میلیون	۲۷۰۰۰۰	۰/۷	۳۶۰۰۰
اروپای غربی و مرکزی				
۲۰۰۵	۷۲۰۰۰۰	۲۲۰۰۰	۰/۳	۱۲۰۰۰
۲۰۰۳	۷۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰	۰/۳	۱۲۰۰۰
امریکای شمالی				
۲۰۰۵	۱/۲ میلیون	۴۳۰۰۰	۰/۷	۱۸۰۰۰
۲۰۰۳	۱/۱ میلیون	۴۳۰۰۰	۰/۷	۱۸۰۰۰
جمع کل				
۲۰۰۵	۴۰/۳ میلیون	۴/۹ میلیون	۱/۱	۳/۱ میلیون
۲۰۰۳	۳۷/۵ میلیون	۴/۶ میلیون	۱/۱	۲/۸ میلیون

همان‌طور که از جدول فوق مشخص است، افزایش کلی موارد HIV/AIDS در جهان مربوط به افزایش شیوع آن در نواحی شرق اروپا، آسیای مرکزی، جنوب و جنوب شرقی آفریقا و منطقه اقیانوسیه است. ضمن این‌که افزایش موارد ابتلا در سایر مناطق نیز تا حدودی دیده می‌شود.



شکل ۱-۶ - موارد ابتلاء جدید HIV/AIDS در پایان سال ۲۰۰۵ میلادی در جهان به تفکیک مناطق

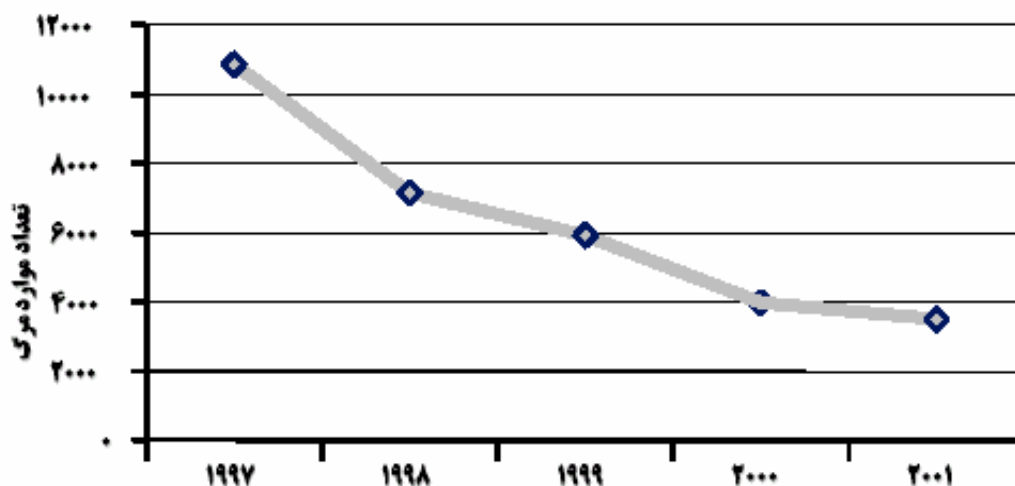


شکل ۱-۷ - موارد مرگ HIV/AIDS در پایان سال ۲۰۰۵ میلادی در جهان به تفکیک مناطق

وضعیت فعلی ایدز در آمریکا و اروپا

موارد تخمینی HIV/AIDS در بین افراد زنده ساکن قاره آمریکا تا پایان سال ۲۰۰۴ بالغ بر ۱/۶ میلیون مورد بوده که ۹۸۰۰۰۰ مورد آن مربوط به ایالات متحده و بقیه مربوط به آمریکای لاتین و کارائیب، است. با وجود این که قسمت عمده موارد AIDS بین مردان همجنس باز یا با گرایش به هر دو جنس (Bisexual) رخ داده است ولی در شهرهایی نظیر نیویوریک که تعداد معتادان تزریقی زیاد است میزان موارد جدید AIDS در بین معتادان تزریقی، بیشتر از مردان همجنس باز می باشد که خود باعث انتقال آن به زنان و نهایتاً به شیرخواران و افزایش قابل توجه میزان بروز بیماری در سنین پایین شده است و حدود ۸۰٪ تمامی بیماران کمتر از سیزده ساله مبتلا به AIDS، عفونت را از مادران خود کسب نموده اند و این زنان یا خود و یا تماس یافتگان جنسی با آنان دچار اعتیاد تزریقی بوده اند. حدود ۲۰٪ موارد AIDS در اطفال، در رابطه با دریافت خون یا فرآورده های خونی و در مبتلایان به هموفیلی رخ داده است. در آمریکای لاتین، اعتیاد تزریقی رو به افزایش است و ۴۰٪ موارد جدید عفونت ناشی از HIV در آرژانتین و ۲۸٪ موارد در اوروگوئه در این افراد رخ داده است و بر میزان موارد عفونت در زنانی که معتاد تزریقی بوده و یا با شرکای جنسی آلوده در تماس هستند نیز افزوده شده است و در بعضی از زندان های منطقه نظیر زندان هندوراس، شیوع مثبت بودن HIV در مردان زندانی در حدود ۷٪ گزارش شده است.

در کشورهای با وضعیت اقتصادی خوب، همه گیری HIV/AIDS به سمت حاشیه نشین ها که از امکانات و اطلاعات بهداشتی کافی برخوردار نیستند تغییر مسیر داده است. در این کشورها طی سال های اخیر، تغییرات عمده ای رخ داده است به طوری که شروع درمان ضد ویروس ایدز (ضد رتروویروس) از سال ۱۹۹۵ باعث کاهش میزان مرگ ناشی از ایدز و افزایش طول عمر مبتلایان گردیده و در پایان سال ۲۰۰۱ حدود ۵۰۰۰۰۰ نفر (شکل ۱-۸) تحت پوشش این داروها بوده اند. با این وجود بسیاری از این کشورها با اپیدمی های متمرکزی مواجه هستند، مثلاً اعتیاد تزریقی در ایالات متحده، یکی از راه های بارز انتقال HIV را تشکیل می دهد و حدود ۱۴٪ کل موارد را شامل می شود.



شکل ۱-۸- کاهش موارد مرگ ناشی از ایدز در افراد تحت درمان در غرب اروپا

تغییر عمده دیگر این است که حدود ۵۹٪ موارد جدید عفونت HIV که در طی سال‌های ۱۹۹۷-۲۰۰۱ در بسیاری از کشورهای واقع در غرب اروپا گزارش شده است در رابطه با تماس‌های جنسی با جنس مخالف بوده و بیش از نیمی از ۴۲۷۹ مورد جدیدی که در سال ۲۰۰۱ در انگلستان رخ داده است مربوط به این گروه بوده در حالیکه این رقم در سال ۱۹۹۸ فقط ۳۳٪ کل موارد را تشکیل می‌داده است و در ایرلند نیز میزان انتقال از طریق تماس با جنس مخالف از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۱ به چهار برابر افزوده شده است ولی در اسپانیا هنوز راه اصلی انتقال را اعتیاد تزریقی تشکیل داده و تماس با جنس مخالف، مسئول یک چهارم موارد انتقال می‌باشد.

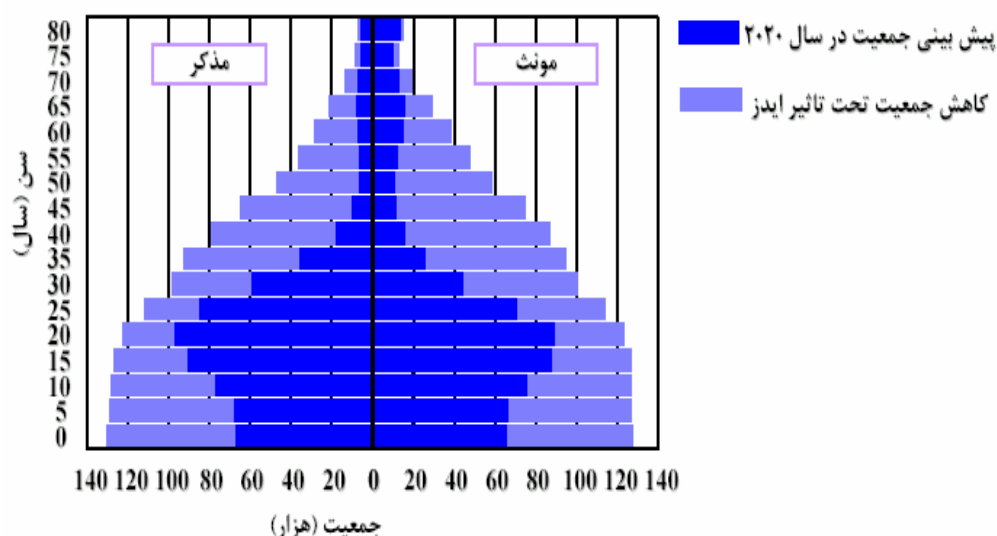
به طور کلی طی سال‌های اخیر میزان عفونت در کشورهای واقع در شرق اروپا و آسیای مرکزی به چند برابر ارقام قبلی، افزوده شده و در اواخر سال ۱۹۹۷ حدود یکصد و نود هزار نفر از بالغین منطقه، دچار عفونت ناشی از HIV بوده‌اند که به سرعت بر میزان این موارد افزوده شده در پایان سال ۱۹۹۸ به ۳۶۰۰۰۰ مورد و در اواخر سال ۲۰۰۳ به ۱۵۰۰۰۰۰ مورد رسیده است. شیوع پائین عفونت در شوروی سابق از سال ۱۹۹۵ به بعد دستخوش تغییراتی گردیده است به طوریکه بلاروس، مولداوی، فدراسیون روسیه و اوکراین، افزایش بسیار بالایی در میزان موارد عفونت را ثبت نموده و متذکر گردیده‌اند که اغلب این موارد ناشی از اعتیاد تزریقی است. از طرفی هم اکنون موارد موجود در اوکراین به تنهایی بیش از چهار برابر مواردی است که حدود سه سال قبل در کل منطقه شرق اروپا وجود داشته است و این در حالیست که در سال‌های ۹۴-۱۹۹۲ فقط ۴۴ نفر از نظر HIV مثبت بوده‌اند و فدراسیون روسیه نیز وضعیت مشابهی را تجربه کرده و متذکر شده است که قسمت اعظم این موارد در بین معناتان تزریقی رخ داده و حدود ۸۰٪ عفونت‌های جدید در این افراد، دیده می‌شود.

براساس آمارهای منتشر شده بوسیله سازمان های موفتلفه مبارزه با ایدز (UNAIDS) سریع السیرترین همه گیری HIV/AIDS در منطقه شرق اروپا و آسیای مرکزی رخ داده و در سال ۲۰۰۳ حدود ۳۳۰۰۰۰ مورد عفونت جدید، تخمین زده شده است و لذا تعداد افراد مبتلای که در قید حیات هستند را به ۱/۵ میلیون نفر افزایش داده است و فدراسیون روسیه نیز طی سال های اخیر، افزایش روزافزونی را تجربه کرده در عرض ۸ سال موج همه گیری به بیش از ۳۰ شهر بزرگ و ۸۶ منطقه از مناطق ۸۹ گانه آن کشور منتشر شده و حدود ۹۰ درصد موارد ثبت شده، در بین معتادان تزریقی رخ داده است. هم چنین موارد گزارش شده در فدراسیون روسیه تا پایان ۲۰۰۳ حدود ۱ میلیون مورد بوده که افزایش بسیار شدیدی را نسبت به ۱۰۹۹۳ مورد سال ۱۹۹۸ نشان می دهد.

حدود ۱٪ جمعیت این کشورها دچار اعتیاد تزریقی هستند و لذا در معرض خطر عفونت HIV نیز می باشند و این در حالیکه بعضی از افراد در معرض خطر را معتادان تزریقی ۱۴-۱۳ ساله تشکیل می دهند و در شهر مسکو حدود ۴٪ دانش آموزان دبیرستانی، معتاد تزریقی بوده اند.

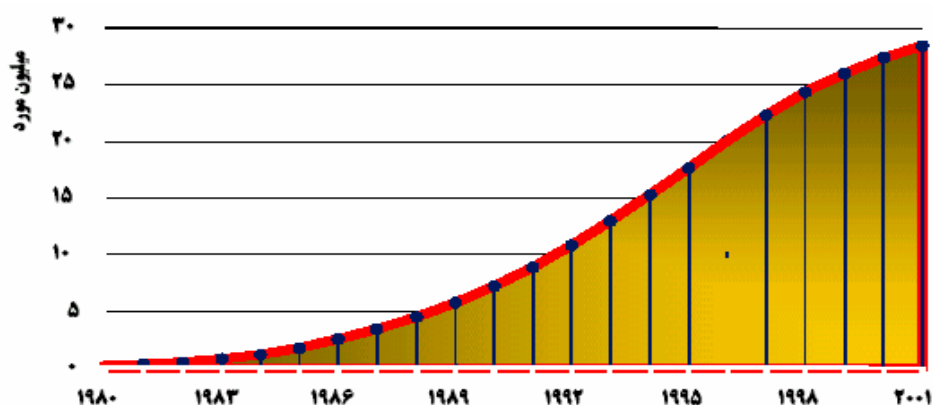
وضعیت فعلی AIDS در آفریقا

در جنوب و مرکز آفریقا، حدود یک سوم بالغین فعال از نظر جنسی، آلوده به ویروس AIDS هستند میزان مرگ کودکان که طی دهه گذشته به دلیل ایمن سازی و سایر اقدامات پیشگیرانه کاهش یافته بود به واسطه مرگ های ناشی از جهان گیری AIDS افزایش یافته و میزان مرگ بالغین، طی یک بررسی پنج ساله به سه برابرافزوده شده است و شیوع بیماری در بین بالغین منطقه را ۷/۴ اعلام کرده اند که اختلاف قابل توجهی با سایر نقاط جهان دارد.

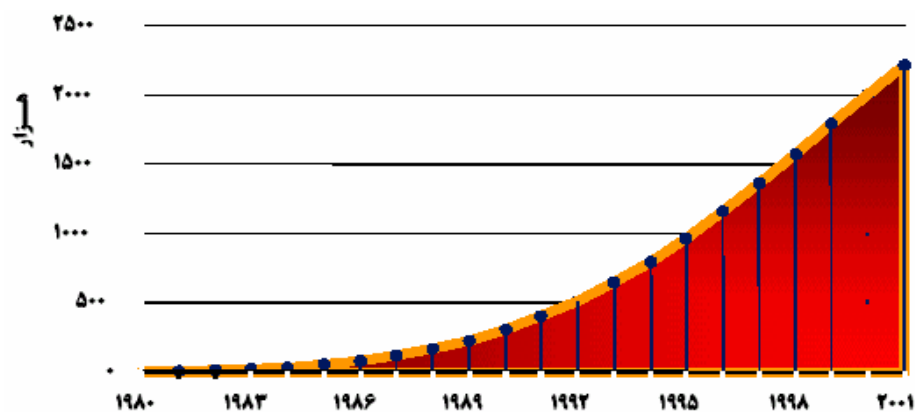


شکل ۱-۹- تاثیر HIV/AIDS بر امید به زندگی در آفریقا

در مجموع، بیش از دو سوم کل افرادی که در حال حاضر دچار عفونت ناشی از HIV هستند در جنوب صحرای آفریقا، زندگی می‌کنند و ۸۳٪ موارد مرگ ناشی از ایدز را متحمل می‌شوند. عفونت در این منطقه از همان آغاز همه‌گیری، از طریق تماس جنسی بین مرد و زن، انتشار یافته است به همین دلیل زنان در آفریقا بیش از سایر نقاط جهان، آلوده می‌باشند و ۸۰٪ زنان HIV مثبت جهان را تشکیل می‌دهند. در مورد اطفال نیز وضع بهتر از آنچه که در مورد زنان ذکر شد نمی‌باشد زیرا حدود ۸۷٪ کودکان مبتلا به ایدز جهان در این منطقه، زندگی می‌کنند.

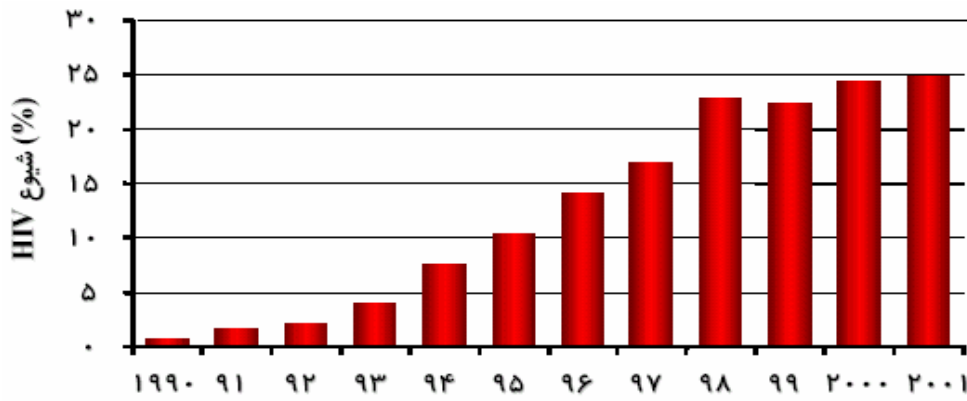


شکل ۱۰-۱- روند همه‌گیری HIV/AIDS در آفریقا



شکل ۱۱-۱- روند میزان مرگ ناشی از ایدز در آفریقا

امروزه شدیدترین همه‌گیری‌های عفونت HIV در سطح جهان در کشورهای واقع در جنوب آفریقا ایجاد شده است و ویروس عامل ایدز، همچنان به سیر سریع و مخرب خود در آن منطقه ادامه می‌دهد و مثلاً در "بوتسوانا" میزان موارد، طی پنج سال گذشته به دو برابر، افزوده شده و ۴۳٪ زنان بارداری که در سال ۱۹۹۷ تست شده‌اند از نظر HIV مثبت بوده‌اند (شکل ۱-۱۲).



شکل ۱-۱۲- روند HIV/AIDS در زنان باردار آفریقایی

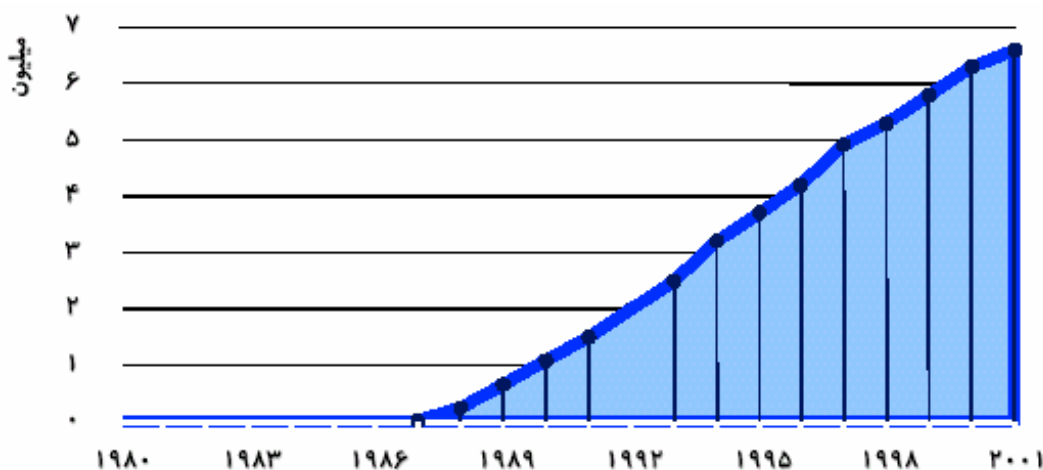
در مجموع، این منطقه از جهان از بدترین وضعیت موجود برخوردار است و ۲۸۴۰۰۰۰۰ مورد از کل ۴۲ میلیون مورد تخمینی تا پایان سال ۲۰۰۴ را متحمل می‌شود که ۳/۱ میلیون مورد آن در سال ۲۰۰۴ رخ داده است و علاوه بر اینها طی همان سال حدود ۲/۳ میلیون نفر را از نعمت زندگی محروم کرده است. در این منطقه حدود ۱۰ میلیون نفر از افراد ۱۵-۲۴ ساله و ۳ میلیون نفر از کودکان کمتر از ۱۵ ساله، مبتلا هستند و تنها چند میلیونوم افراد مبتلای نیازمند داروهای آنتی رتروویرال، تحت درمان قرار می‌گیرند و حتی میلیون‌ها نفر از مبتلایان، هیچ دارویی به منظور درمان عفونت‌های فرصت طلب، دریافت نمی‌کنند که خود نشان دهنده عدم کفایت پاسخ جهانی در مقابل این فاجعه انسانی است.



شکل ۱-۱۳ - HIV/AIDS در آفریقا هم‌چنان قربانی می‌گیرد

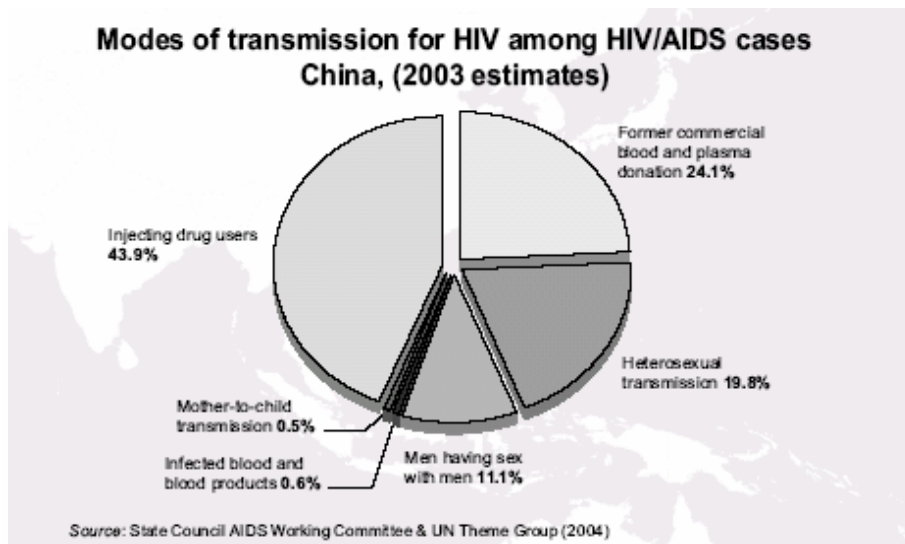
وضعیت فعلی AIDS در آسیا

انتقال HIV در آسیا تنها در تعدادی از کشورهای منطقه در اواخر دهه ۹۰، آغاز شد ولی از آن پس به سرعت، منتشر شد و این منطقه که به مدت چندین سال پس از آغاز جهان‌گیری ایدز، عملاً مصون به نظر می‌رسید سرانجام آلوده گردید و همه‌گیری تا سال ۱۹۹۷ در سراسر منطقه، گسترش یافت. به طوری که شیوع آن در سال ۲۰۰۴ حدود ۰/۴ درصد اعلام شده است.



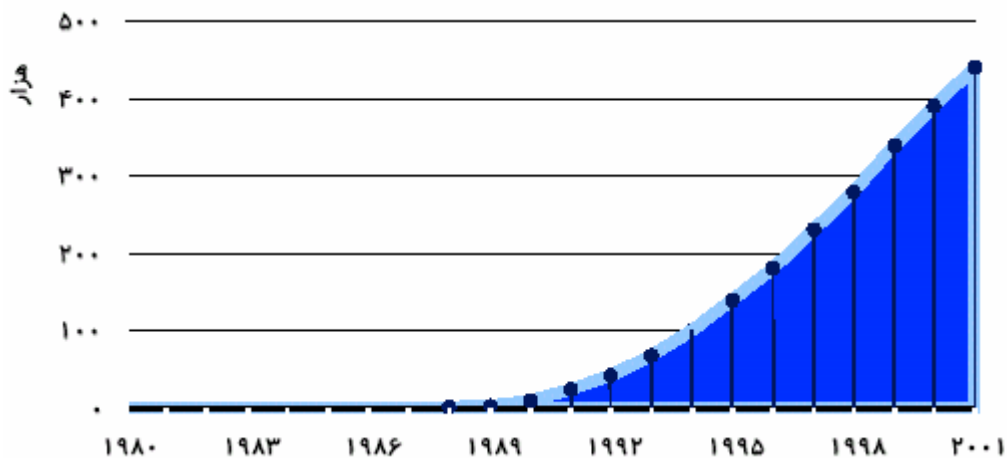
شکل ۱-۱۴- روند HIV/AIDS در آسیا

کشورهای واقع در جنوب شرقی آسیا به استثناء اندونزی، فیلیپین و لائوس شدیداً آلوده هستند در حالیکه شیوع عفونت، در کشور چین، در حد نسبتاً پائینی قرار دارد ولی دو همه‌گیری بزرگ در آن کشور در جریان است، یکی در بین معتادان تزریقی منطقه کوهستانی جنوب غربی و دیگری که اخیراً حادث شده است در بین افراد غیرهم‌جنس باز و به‌ویژه در کرانه‌های دریا در شرق این کشور که روسپی‌گری به علت فقر مردم و فاصله اختلاف طبقاتی، پدیدار شده است. شکل شماره ۱-۱۵ نسبت راه‌های ابتلاء سال ۲۰۰۳ را در چین نشان می‌دهد.



شکل ۱-۱۵- نسبت راه‌های انتقال HIV/AIDS در چین در سال ۲۰۰۳
 ۴۴٪ اعتیاد تزریقی، ۲۴٪ انتقال خون، ۲۰٪ انتقال جنسی غیرهم‌جنس و ۱۱٪ انتقال از هم‌جنس‌بازی

در هندوستان، میزان موارد عفونت، کمتر از ۱٪ کل افراد بالغ جامعه، تخمین زده شده است که هنوز در مقایسه با نسبت استاندارد بسیاری از کشورها در حد پائینی قرار دارد ولی با این وجود این رقم، ده برابر کشور چین می‌باشد و در حال حاضر، تخمین زده میشود که حدود ۴ میلیون نفر با آلودگی به ویروس ایدز، در این کشور، زندگی می‌کنند که با توجه به جمعیت آن کشور، این رقم، بزرگترین رقم آلودگی به HIV در مقایسه با سایر کشورهای جهان است. ضمناً شیوع مثبت بودن تست HIV در بین رانندگان ترانزیت در ایالت جنوبی مدرس، از ۱/۵ درصد در سال ۱۹۹۵ به ۶/۲ درصد در عرض یک‌سال، افزایش یافته است و بالاخره شیوع عفونت در بین معتادان تزریقی ایالات شمالی به سرعت به ۷۳٪ در سال ۱۹۹۶ افزوده شده است.



شکل ۱-۱۶- روند موارد مرگ ناشی از ایدز در آسیا

بعضی از کشورهای منطقه نظیر کامبوج، میانمار، تایلند و ویتنام، میزان خیلی بالائی از عفونت را گزارش کرده اند به طوری که حدود ۲/۳ درصد بالغین تایلندی دچار عفونت هستند و این افراد یا جزو زنان روسپی یا مشتریان آنان و یا جزو معتادان تزریقی می باشند.

السالوادور، یکی دیگر از کشورهای واقع در جنوب شرقی آسیا است که از نظر عفونت HIV چهره پیچیده ای دارد و بی حفاظ ترین محل در کامبوج، می باشد به طوری که بیش از ۳٪ زنان حامله، یک شانزدهم سربازان و نیروی پلیس و یک دوّم زنان روسپی، دچار عفونت ناشی از HIV هستند و روسپیگری تجارتي، همچنان شیوع زیادی دارد و طی یک فقره پژوهش، حدود سه چهارم پرسنل ارتش و دوپنجم دانش آموزان مذکر، طی یکسال قبل از آغاز تحقیق، تماس با زنان روسپی را ذکر کرده اند.

در میانمار نیز عفونت ناشی از HIV در زنان روسپی از ۴٪ در سال ۱۹۹۲ به ۲۰٪ در سال ۱۹۹۶ افزایش یافته و دوسوّم معتادان تزریقی، دچار عفونت HIV بوده و زنان باردار نیز در ۲/۲ درصد موارد، آلودگی به این ویروس را نشان داده اند.

وضعیت همه گیری در خاورمیانه و شمال آفریقا

پنهان کاری و عدم گزارش موارد، در این منطقه محیط مساعدی را برای انتشار همه گیری فراهم کرده است. اطلاعات موجود حاکی از آنست که میزان عفونت ناشی از HIV در این منطقه نیز رو به افزایش است به طوری که فقط در سال ۲۰۰۴ حدود ۹۲۰۰۰ نفر دچار عفونت ناشی از HIV شده اند که باعث افزایش رقم افراد مبتلا به ۵۴۰۰۰۰ مورد شده است. در این منطقه مراقبت اصولی به درستی صورت نمی گیرد و لذا بررسی روند بیماری را مشکل می کند و چه بسا اپیدمی های پنهانی در حال وقوع باشد هرچند سیستم نظارتی بهتری در کشورهای ایران، اردن، لبنان و سوریه وجود دارد که بر احتمال کنترل همه گیری می افزاید. لازم به تاکید است که طغیان های چشمگیری از عفونت ناشی از HIV در بین معتادان تزریقی نیمی از کشورهای منطقه و مخصوصاً شمال آفریقا و جمهوری اسلامی ایران رخ داده و شیوع بیماری را در بالغین به ۰/۳٪ رسانده است.

وضعیت بیماری در ایران

اولین مورد ایدز در ایران در سال ۱۳۶۶ در یک کودک ۶ ساله مبتلا به هموفیلی که از فاکتورهای انعقادی آلوده به ویروس ایدز وارداتی از اروپا استفاده می‌نموده تشخیص داده شد. پس از آن تا سال ۱۳۷۵ موارد معدودی در سال گزارش و ثبت شده است. اولین بررسی واقعی بیماری در سال ۱۳۷۶ انجام شد که ۸۱۸ بیمار گزارش شدند. آمار ثبت شده تا دی ماه ۱۳۸۰ تعداد موارد آلوده به ویروس HIV ۳۰۴۵ را نفر و موارد مبتلا به ایدز را ۳۸۵ نفر (در مجموع ۳۴۳۰ نفر) اعلام کرده است. در بررسی انجام شده در آلوده شدگان به ویروس HIV در این زمان ۶۳٪ افراد را مصرف کنندگان مواد تزریقی تشکیل داده، ۹٪ بیماران از راه تماس جنسی، ۶٪ از طریق دریافت خون و فرآورده های خونی (که همه مربوط به سال های اولیه ای است که غربالگری خون انجام نمی شده است)، ۱٪ از راه انتقال از مادر آلوده به کودک آلوده شده‌اند و در ۲۱٪ موارد نیز راه انتقال مشخص نشده بود. با توجه به آمار فوق الذکر مشخص می شود که شیوع HIV در ابتدای بروز بیماری در کشور بیشتر در گروه خاصی از افراد جامعه یعنی مصرف کنندگان مواد تزریقی با سرنگ مشترک متمرکز بوده است.

طبق گزارش UNAIDS در کشور ایران اغلب موارد انتقال HIV در بین معتادان تزریقی (۳۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰۰ نفر با حدود ۱۰-۱٪ آلودگی به ویروس ایدز) رخ می‌دهد. نکته جالب توجه دیگر آن که رفتارهای پرخطر در این گروه شیوع زیادی دارد: نیمی از آنان از سرنگ های مشترک استفاده می‌کنند و بسیاری از آنها تماس های جنسی خارج از محدوده ازدواج دارند و حال آنکه حدود ۳۰٪ آنان متاهل می باشند و از کاندوم نیز به ندرت استفاده می‌کنند و علاوه بر این ها ۱۰٪ زندانیان نیز دچار اعتیاد تزریقی هستند و بیش از ۹۵٪ آنان از سرنگ های مشترک استفاده می‌کنند و شیوع مثبت بودن HIV در سال ۲۰۰۱ در بین آنان در حدود ۱۲٪ می‌باشد.

سازمان مزبور، در گزارش دیگری متذکر شده است که میزان موارد عفونت ناشی از HIV در بین معتادان تزریقی کشور از ۱/۳۷٪ در سال ۱۹۹۹ به ۲/۲۸٪ در سال ۲۰۰۰ افزایش یافته و در سال ۲۰۰۱ بالغ بر ۱۰ زندان از نقاط مختلف ایران، مواردی از عفونت ناشی از HIV را در بین معتادان تزریقی گزارش کرده اند. شیوع عفونت در این زندان ها حدود ۱۲٪ و در یکی از مراکز ۶۳٪ ذکر شده است و هرچند این ارقام حاکی از آنست که معتادان تزریقی با احتمال بیشتری نسبت به کل افراد جامعه ایرانی، زندانی می شوند ولی بر این واقعیت نیز تاکید دارد که بعضی از موارد عفونت ناشی از HIV در داخل زندان ها رخ می‌دهد.

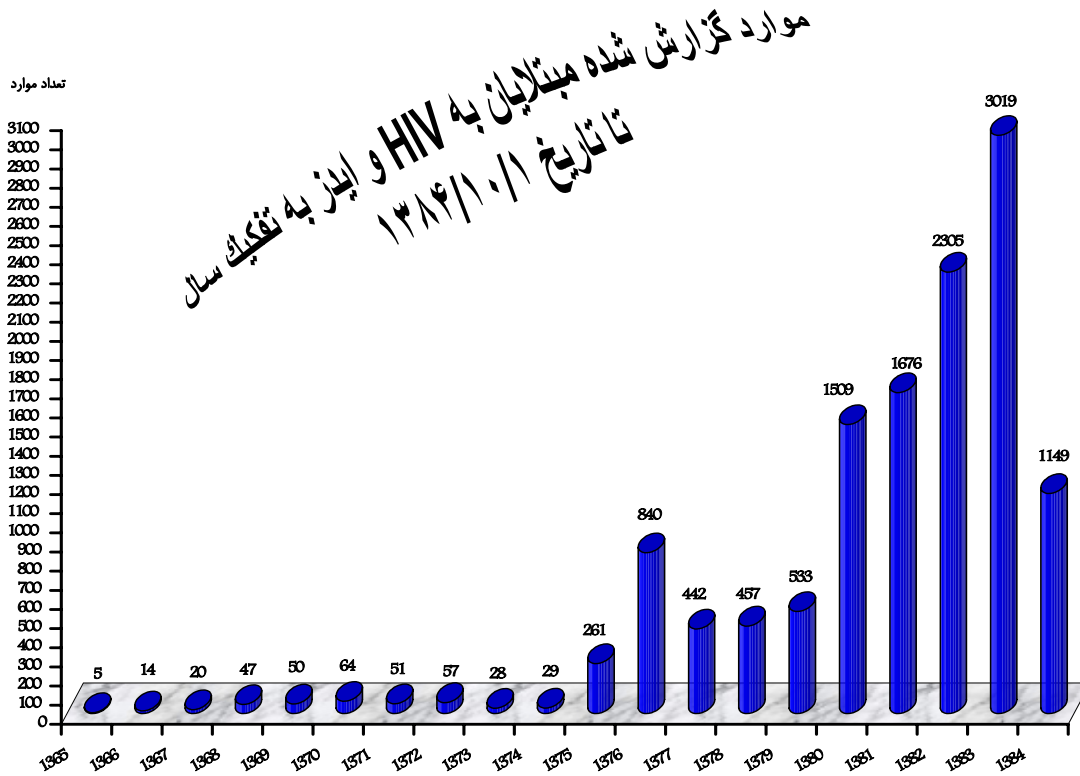
براساس اطلاعات موثق و تایید شده ای که از ندامتگاه های تادیبی و مراکز بازپروری کشور، به دست آمده است عده کثیری از ساکنین بعضی از این مراکز و مخصوصا کرمانشاه و کرمان، از نظر HIV مثبت هستند و این در حالیست که بعضی آنان دارای همسر بوده و عده زیادی از آنان دارای جرایم سنگینی نبوده پس از سپری شدن این دوران به آغوش جامعه باز می گردند و آنانکه روزی به جرم حمل یا استعمال مکرر مواد مخدر و یا سرقت، به منظور تهذیب و تادیب به این مراکز انتقال یافته اند پس از آزادی، بعضی از بیماری های مقاربتی نسل جدید، نظیر هیپاتیت B و C و AIDS و بعضی از بیماری های قدیمی طغیان کرده نظیر سل را نیز با خود به ارمغان می آورند و چه بسا با اعتیاد رفته، نیز باز می گردند و یا بدون اعتیاد رفته و با اعتیاد باز میگردند و اعتیاد استنشاقی آنان به نوع تزریقی تبدیل می شود.

از سوی دیگر، سازمان بهزیستی وجود قریب به هفتصد هزار تا یک میلیون و دویست هزار نفر مصرف کننده مواد مخدر را در کشور تخمین زده است که از این میان حدود ۱۶/۲٪ مصرف کنندگان مواد تزریقی می باشند. از میان مصرف کنندگان مواد تزریقی تخمین زده می شود ۳ که ۱۰-۱٪ آنان آلودگی به ویروس HIV داشته باشند و بدین ترتیب مشخص می شود که در سال ۱۳۸۰ حدود ۶۴٪ موارد آلوده به HIV در کشور ما مصرف کنندگان مواد تزریقی می باشند.

نکته قابل توجه در مقایسه آمار سال های اخیر، افزایش انتقال از طریق آمیزشی است که در آینده ای نه چندان دور می تواند تعداد زیادی از جوانان را مبتلا کند

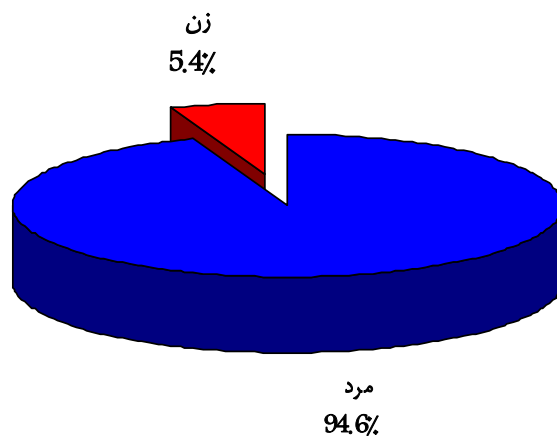
براساس آخرین آمار منتشر شده مرکز مدیریت بیماری ها تا ابتدای دی ماه سال ۱۳۸۴ تعداد ۱۲۵۵۶ مورد مبتلا به HIV/AIDS، ۶۳۱ مورد ایدز و ۱۴۵۷ مورد مرگ ناشی از ایدز در کشور ثبت شده است. فراوانی موارد ثبت شده به تفکیک سال گزارش در شکل ۱-۱۷ مشخص شده است.

³ مطابق فرمول دانشگاه هاروارد



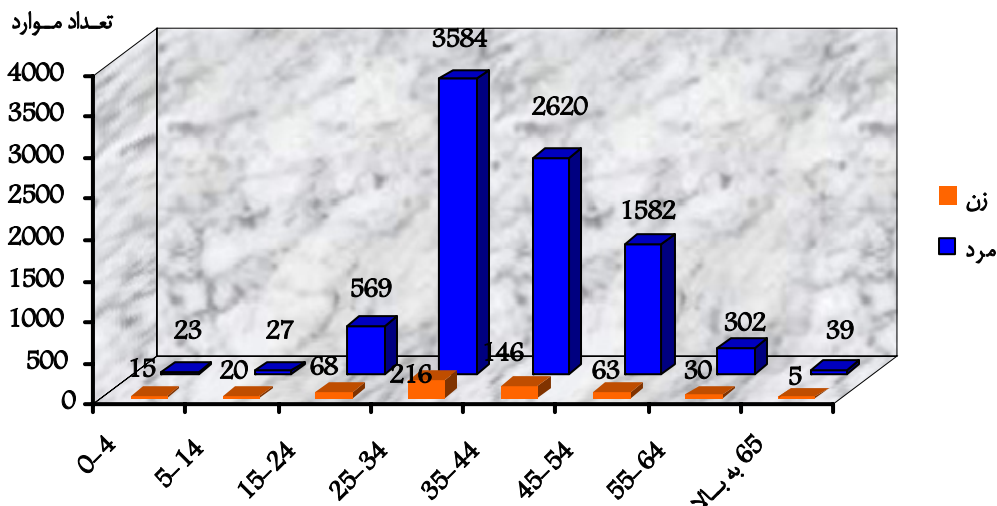
شکل ۱-۱۷- تعداد موارد گزارش موارد HIV/AIDS تا دی ماه ۸۴ به تفکیک سال

نمودار مبتلایان به HIV/AIDS برحسب جنس در شکل شماره ۱-۱۸ مشخص شده است. حدود ۹۵٪ موارد مبتلا را مردان و ۵٪ را زنان تشکیل می‌دهند.



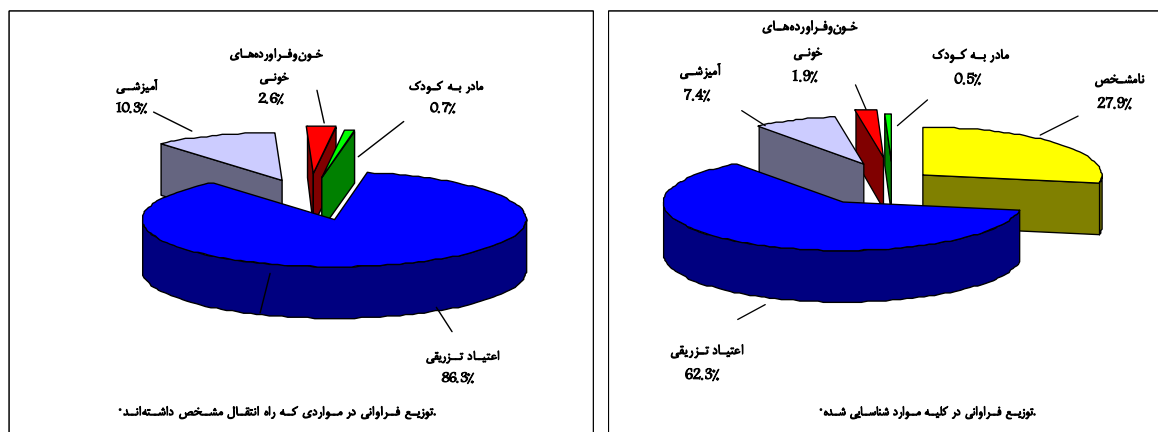
شکل ۱-۱۸- درصد موارد مبتلا به HIV و ایدز برحسب جنس در ایران تا تاریخ ۸۴/۱۰/۱

بیشترین گروه سنی مبتلا در هر دو جنس را گروه سنی ۳۵-۴۴ سال و پس از آن ۴۵-۵۴ سال تشکیل می‌دهد که در شکل شماره ۱-۱۹ مشخص شده است.

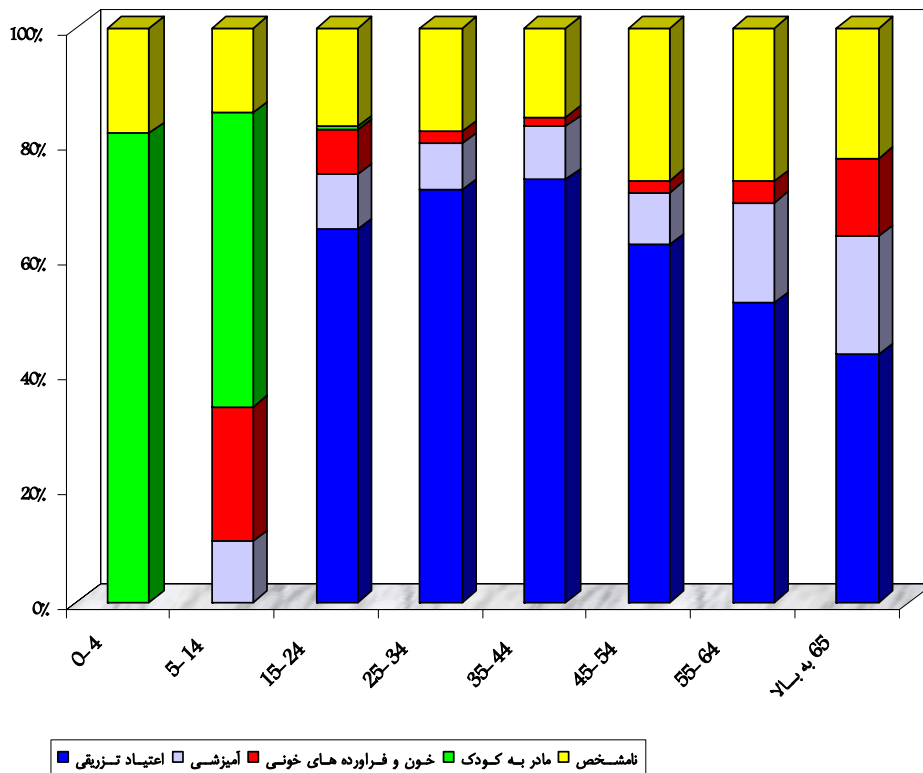


شکل ۱-۱۹- نمودار تعداد موارد مبتلا به HIV برحسب جنس و گروه سنی در ایران تا تاریخ ۱۳۸۴/۱۰/۱۱

راه انتقال بیماری در حدود ۲۸٪ از موارد ابتلا مشخص نمی‌باشد. نسبت راه‌های انتقال به‌طور کلی در شکل ۱-۲۰ و در گروه‌های سنی مختلف در شکل ۱-۲۱ مشخص شده است.

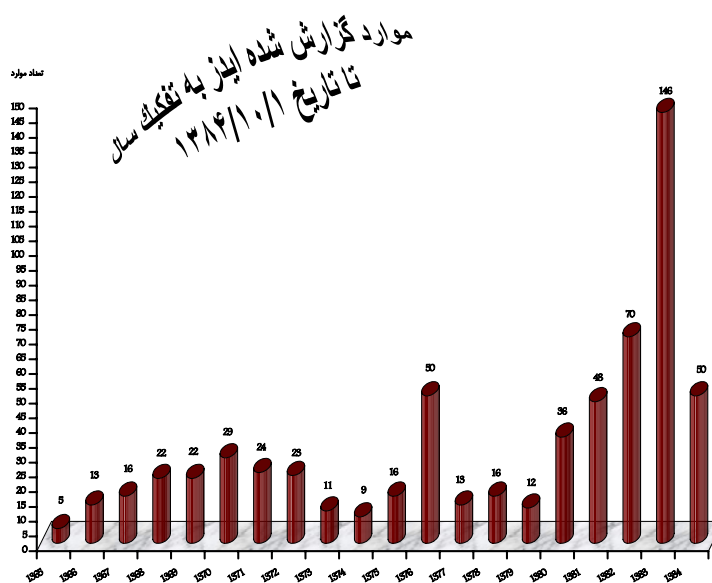


شکل ۱-۲۰- نمودار نسبت راه‌های انتقال در کل موارد شناسایی شده آلوده به HIV (راست) و مواردی که راه انتقال مشخص نداشته‌اند (چپ) تا ۱۳۸۴/۱۰/۱۱ در ایران



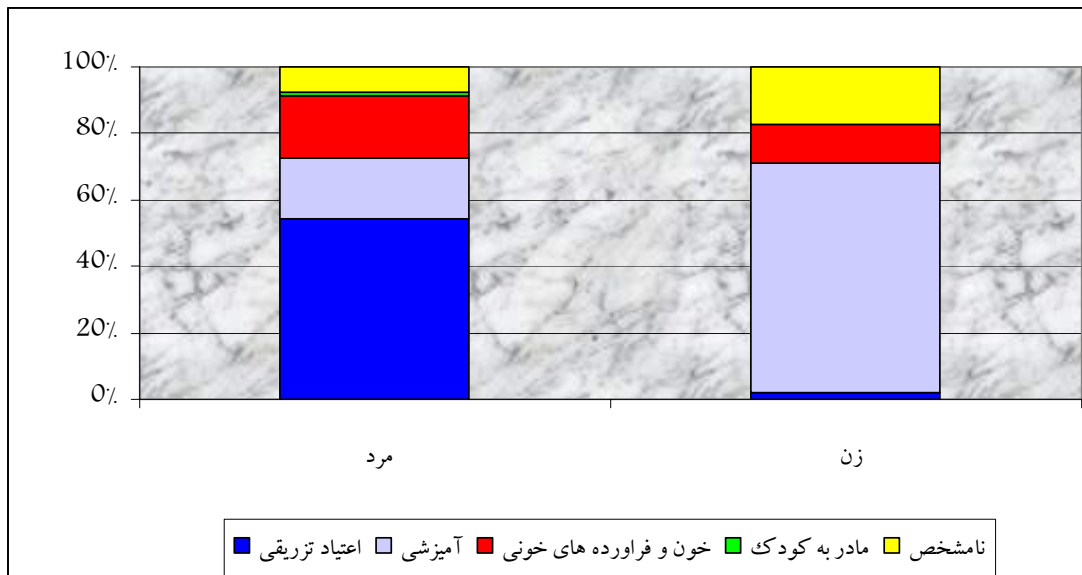
شکل ۲۱-۱- نمودار موارد مبتلا به HIV و ایدز برحسب راه انتقال و گروه سنی در ایران تا تاریخ ۱/۱۰/۸۴

نکته قابل توجه در نمودار شکل ۲۱-۱ شروع راه انتقال تماس جنسی در گروه سنی ۱۴-۵ و اعتیاد تزریقی از گروه سنی ۱۵-۲۴ سالگی است. گزارش و ثبت موارد تشخیص داده شده ایدز به تفکیک سال مطابق نمودار شکل ۲۲-۱ نشان داده شده است.



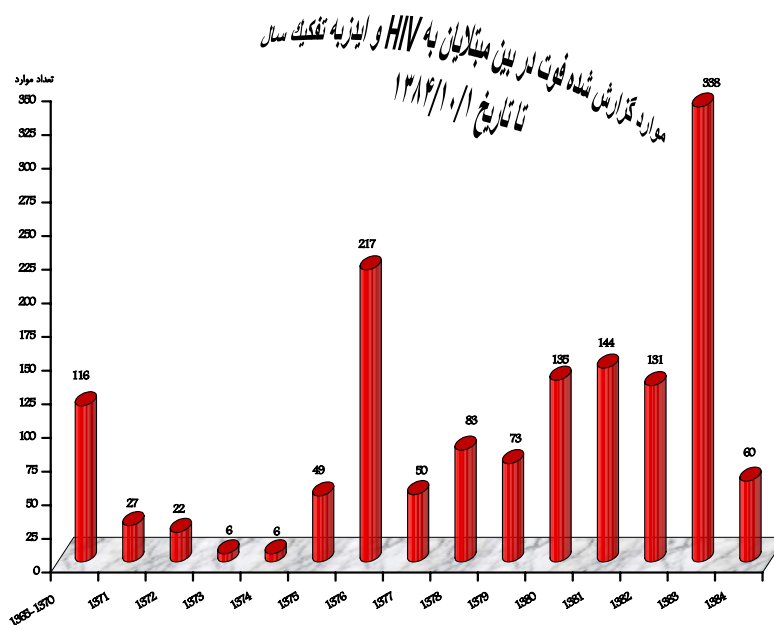
شکل ۲۲-۱- موارد تشخیص داده شده ایدز به تفکیک سال

راه ابتلاء در موارد ایدز به تفکیک جنس در شکل ۱-۲۳ مشخص شده است. همان‌طور که مشخص است راه اعتیاد تزریقی شایع‌ترین راه انتقال مردان و روش آمیزشی شایع‌ترین راه انتقال زنان است. نکته جالب این است که تمامی ۶ مورد ابتلاء مادر به کودک مرد بوده‌اند.



شکل ۱-۲۳- راه ابتلاء موارد ایدز گزارش شده تا دی ماه ۸۴ به تفکیک جنس

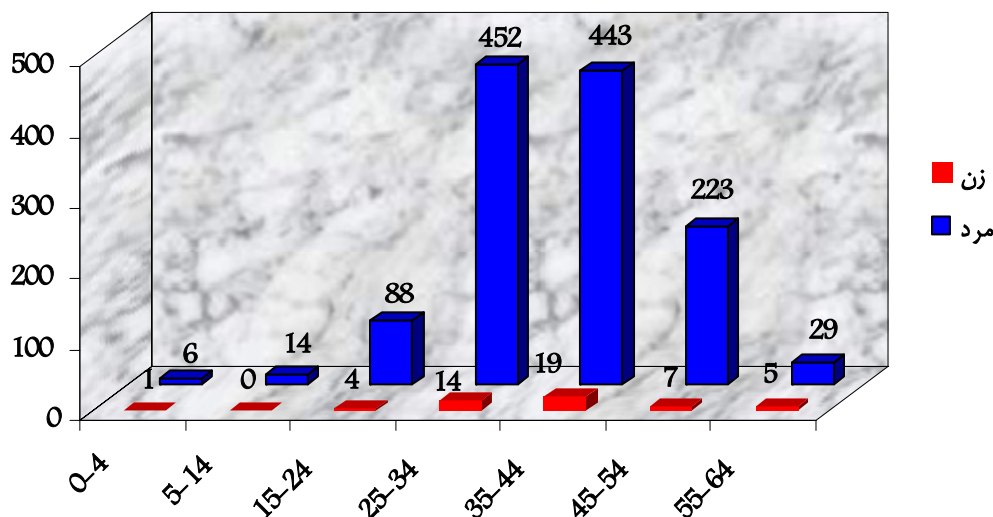
موارد گزارش شده فوت ناشی از HIV/AIDS به تفکیک سال در شکل ۱-۲۴ آمده است و تاحدودی از روند موارد گزارش ایدز تبعیت می‌کند. بیشترین مورد فوت در سال ۱۳۸۳ با ۳۳۸ مورد و پس از آن در سال ۱۳۷۷ با ۲۱۷ مورد بوده است.



شکل ۱-۲۴- نمودار موارد گزارش شده فوت ناشی از HIV/AIDS به تفکیک سال

موارد فوت به تفکیک جنس و گروه سنی در شکل ۱-۲۵ مشخص شده است. بیشترین مرگ در مردان در گروه

سنی ۲۵-۳۴ و در زنان در گروه سنی ۳۵-۴۴ سال بوده است.



شکل ۱-۲۵- نمودار موارد فوت ناشی از HIV/AIDS به تفکیک جنس و گروه سنی

نکته قابل توجه در مقایسه آمار سال‌های اخیر، افزایش انتقال از طریق آمیزشی است که در آینده‌ای نه‌چندان دور می‌تواند تعداد زیادی از جوانان را مبتلا کند. در صورت فقدان برنامه‌ریزی منسجم برای شناسایی و مراقبت از افراد آلوده به ویروس HIV و آموزش گروه پرخطر، تعداد تخمینی رقم بیماران آلوده در سال‌های آینده بسیار نگران کننده خواهد بود، آن‌چه مشخص است علی‌رغم وجود برنامه‌های پراکنده کنترل بیماری در کشور، روند گسترش این عفونت در کشورمان سیر صعودی داشته و باید هر چه سریع‌تر اقدامات پیشگیرانه بصورت منسجم‌تری جهت کنترل این بیماری به صورتی کاملاً هدفمند و برنامه ریزی شده ارتقاء یابند.

در کشور ما مثل بسیاری از کشورها، اکثر موارد آلودگی محدود به گروه خاصی از مردم از قبیل معتادان تزریقی، مهاجران یا افرادی که اقدام به رفتارهای پرخطر جنسی می‌کنند، می‌باشد. عوامل عمده‌ای که جوانان را در معرض خطر ویژه ابتلا به ایدز قرار می‌دهند عبارتند از:

- ابتلا به سایر بیماری‌های آمیزشی
- محدودیت دسترسی به مراکز مشاوره و یا آزمایشگاهی HIV
- مهاجرت و دوری از خانواده (بسیاری از مردان جوان جهت یافتن کار یا ادامه تحصیل از خانواده و شهر خود دور می‌شوند که به این ترتیب در معرض خطر بیشتری نسبت به

جوانانی که در کنار خانواده خود به سر می‌برند قرار می‌گیرند. خصوصاً اگر این مساله با کمبود آگاهی یا فقدان دسترسی به سرویس‌های مناسب بهداشتی و مشاوره‌ای نیز همراه باشد؛ از طرفی بازگشت مردان آلوده به نزد خانواده خطر ابتلای همسران‌شان را نیز در پی خواهد داشت.

■ تغییر الگوی استفاده از مواد مخدر بسوی اعتیاد تزریقی

■ نابه‌سامانی اقتصادی - اجتماعی (خصوصاً بیکاری؛ در مطالعه انجام شده در سال

۱۹۹۹ نشان داد که ۳۲٪ افراد معتاد ایرانی بیکار بوده‌اند)

■ افزایش سن ازدواج (به دلیل مشکلات اقتصادی و اجتماعی)

■ تاثیر شدید آثار سوء رسانه‌های گروهی از قبیل ماهواره و اینترنت بر زندگی جوانان

براساس توصیه سازمان بهداشت جهانی و به‌عنوان یکی از استراتژی‌های مهم کشوری کنترل HIV و ایدز، برنامه عملیاتی برای مراقبت و درمان بیماران در وزارت بهداشت تدوین شده و در حال اجراست که خطوط کلی آن شامل موارد زیر است:

■ شناسایی هرچه بیشتر موارد آلوده به HIV از طریق فراهم کردن امکان مشاوره و آزمایش داوطلبانه: از آن‌جا که مقابله با ایدز یک اولویت بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور محسوب می‌شود، لذا مشاوره‌ای صحیح و هدف‌مند گروه‌های در معرض خطر و پرخطر می‌تواند به‌عنوان اهرم نیرومندی جهت تشویق جمعیت‌ها برای آزمایش داوطلبانه ایدز عمل نماید.

■ افزایش تعداد مراکز مشاوره که علاوه بر مشاوره، خدمات مراقبت و درمانی را نیز ارائه می‌کنند.

■ افزایش پوشش درمان ضد‌رتروویروسی برای مبتلایان واجد شرایط درمان ایدز، افزایش میزان تمکین درمان بیماران و تقویت وزارت بهداشت برای تامین داروهای ضد‌رتروویروسی مورد نیاز

۱. دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با مبتلایان به HIV/AIDS / وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت - مرکز مدیریت بیماری‌ها (مصوبه کمیته کشوری مراقبت و درمان - بازبینی شده در مهر ماه ۱۳۸۳)
۲. آخرین آمار مربوط به عفونت HIV/AIDS در جمهوری اسلامی ایران / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری‌ها . پاییز ۱۳۸۴
۳. متن سخنرانی خانم ریما صلاح، معاون اجرایی یونسف در سمینار کشوری روز جهانی ایدز/ جمهوری اسلامی ایران / ۱۰ آذر سال ۱۳۸۴
4. CECIL ESSENTIALS of MEDICINE: ANDREOLI, W.B. Saunders Company, Sixth Edition - 2004.
5. AIDS: epidemic update/ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) World Health Organization (WHO) / E 05.19/(English original, December 2005)
6. The History of AIDS - http://www.avert.org/his81_86.htm
7. Weekly Epidemiological Record, World Health Organization, 16 september 1994.

« بخش ۲ »

کلیات و مبانی سندرم نقص ایمنی اکتسابی انسانی (HIV/AIDS)

« بخش ۲ »

کلیات و مبانی سندرم نقص ایمنی اکتسابی انسانی HIV/AIDS

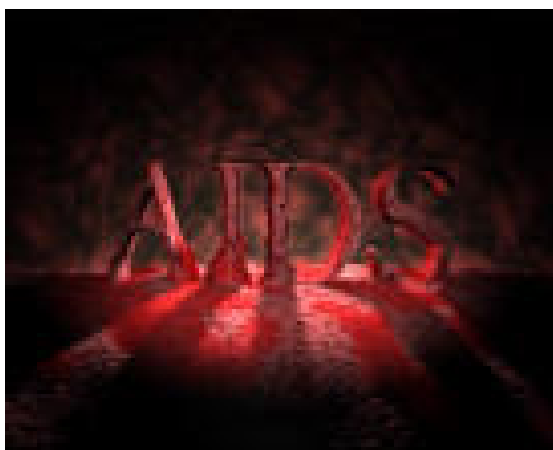
مقدمه

ایدز یا سندرم نقص ایمنی اکتسابی^۴، بیماری ویروسی نوپدید است که در تمام نقاط جهان وجود دارد و یکی از مخاطرات شغلی حرفه‌های پزشکی و قشر جوان و فعال جامعه محسوب می‌شود. این بیماری در بسیاری از کشورها ریشه در اعتیاد تزریقی، بیکاری، فقر و فحشاء دارد. سازمان جهانی بهداشت، تعداد موارد HIV/AIDS را که تا پایان سال ۲۰۰۳ در قید حیات بوده اند بالغ بر ۳۲ میلیون مورد برآورد کرده و متذکر شده است که در بعضی از مناطق جهان نسبت به سال گذشته در همین زمان ۱۰ درصد بر میزان موارد افزوده شده است.

با توجه به این که تعداد موارد جدید در سال ۲۰۰۳ را قریب ۵ میلیون مورد، ذکر کرده اند در واقع همه روزه ابتلاء حدود ۱۴ هزار مورد جدید عفونت ناشی از ویروس ایدز، در سطح جهان، اتفاق می‌افتد که ۹۵٪ آن در کشورهای در حال توسعه، رخ داده است به طوری که ۲۰۰۰ مورد در کودکان کمتر از ۱۵ سال، ۶۰۰۰ مورد در بالغین ۱۵-۲۴ سال و ۶۰۰۰ مورد در افراد ۲۵-۴۹ ساله، حادث شده است. همین ارقام در پایان سال ۲۰۰۵ به بیش از ۴۰ میلیون بیمار با ابتلاء ۵ میلیون بیمار جدید در سال ۲۰۰۵ رسیده است.

⁴Acquired Immunodeficiency Syndrome

در صورتی که هیچ‌گونه بهبودی در وضعیت فعلی حاصل نشود و یا درمان‌های افزایش‌دهنده طول عمر در این افراد صورت نگیرد عده کثیری از آنان طی دهه آینده تلف خواهند شد و غائله به همین‌جا ختم نخواهد شد بلکه روزهای بدتری در پیش رو خواهد بود. چرا که ویروس، در حال گسترش و موارد ایدز و مرگ‌های ناشی از آن در سطح جهان، رو به افزایش است. این بیماری در بعضی از مناطق جهان، بزرگترین علت منفرد مرگ بالغین محسوب می‌شود و به‌عنوان دومین علت عفونی مهم منجر به مرگ در سطح جهان، مطرح شده است و این در حالیست که اولین علت را پنومونی‌ها تشکیل می‌دهند و این حقایق تلخ، حاکی از اهمیت موضوع به‌عنوان یکی از معضلات بهداشت عمومی و لزوم آموزش همه‌جانبه HIV/AIDS، پیشگیری رفتاری و حذف زمینه‌های بروز آن است.



شکل ۱-۲- ایدز یک معضل جهانی

خصوصیات بیماری

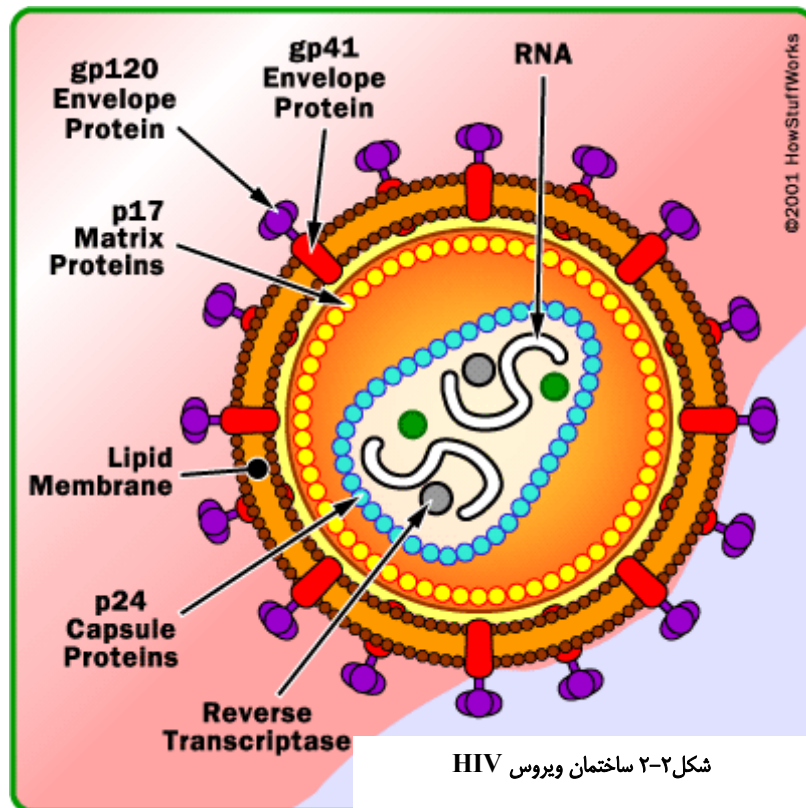
عامل بیماری‌زا

ویروس HIV یک لنتی ویروس^۵ و از خانواده رتروویروس‌هاست. که باعث ایجاد عفونت مزمن و بیماری در حیوانات می‌شود اما موجب بدخیمی نمی‌شود. ویروس، آنزیم منحصر به فردی به نلم ترانس کریپتاز معکوس^۶ دارد که اسید ریبو نوکلئیک ویروسی را به DNA کپی برداری می‌کند و در نهایت وارد کروموزوم‌های سلول میزبان می‌شود.

⁵ Lentivirus

⁶ Reverse Transcriptase Enzyme

ویروس سال‌های متوالی در سلول‌های بدن میزبان زنده باقی می‌ماند و با هیچ‌یک از داروهای ویروسی موجود درون سلول از بین نمی‌رود. ساختمان ویروس در شکل ۲-۲ دیده می‌شود.



شکل ۲-۲ ساختمان ویروس HIV

پروتئین‌های غشاء خارجی پوشاننده ویروس HIV-1 (gp120) توسط پروتئین‌های ترانس ممبران (gp41) به ویروس وصل می‌شوند. گلیکوپروتئین ۱۲۰ به پروتئین CD4 سلول‌های میزبان که گیرنده سطحی ویروس است، متصل می‌شود. (شکل ۲-۳) نواحی هردو پروتئین می‌تواند تنوع زیادی داشته باشد که باعث تولید سوش‌های متفاوت ویروس می‌شوند که با گذشت زمان و طولانی شدن عفونت تعدادشان افزایش می‌یابد. درون غلاف ویروس، مرکز شبیه مخروط حاوی کپسول پروتئینی P24 است که اسید ریبونوکلیک ژنومی ویروس و آنزیم مهم ترانس کریپتاز معکوس را احاطه کرده است.

علاوه بر این، ویروس HIV باعث ظهور پروتئین‌های فرعی کوچک نیز می‌شود که روی تکثیر و تشکیل ویروس ایدز مؤثرند. ژن‌های gag, pol, env در تمام رترورویروس‌ها وجود دارند. اما چندین ژن مختص ویروس HIV نیز دیده شده است. ژن‌های vif, vpr, vpr, nef, rev, tat را از طریق تولید پروتئین‌های شاخص تنظیم می‌کنند. برخی نیز رشد ویروس را در انواع مختلف سلول‌ها تحت تاثیر قرار می‌دهند و موجب کاهش سلول‌های لنفوسیت CD4 و بروز ایدز می‌شوند،

ویروس HIV یک پوشش چربی دارد بنابراین به خشک شدن، عوامل فیزیکی و ضدعفونی کننده‌ها بسیار حساس است. اما در محلول‌های بیحس کننده موضعی و روی بخیه‌ها قدرت حیات خود را حفظ می‌کند. (جدول ۱-۲)

جدول ۱-۲- حساسیت ویروس HIV به عوامل از بین برنده

مدت زمان از بین رفتن ویروس	شرایط	عامل از بین برنده ویروس HIV
۱۰-۲۰ دقیقه	محلول‌ها در دمای ۵۶ درجه سانتی‌گراد	گرما
۲ ساعت	فرآورده‌های پروتئینی لیوفیلیزه (مثل فاکتور ۸) در دمای ۶۸ درجه سانتی‌گراد	گرما
چند دقیقه	غلظت‌های پایین ویروس	گلو تارالدئید و هیپوکلرید
سریعاً	۴۰-۷۰ درصد	ایزوپروپیل الکل یا اتانول
سریعاً	در سوسپانسیون‌ها	پراکسید هیدروژن، فنول و پارا فرمالدئید
-	-	خشک کردن ^۷

مکانیسم بیماری‌زایی

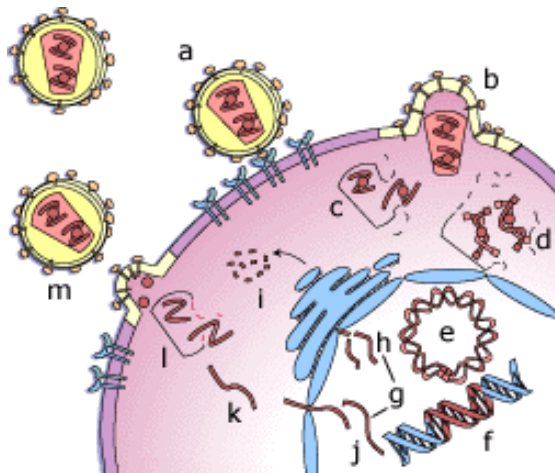
ویروس HIV انواع مختلف سلول‌ها را آلوده می‌کند. به‌جز لنفوسیت‌های T انواع مختلف سلول‌های دارای پروتئین CD4، به‌خصوص منوسیت‌ها و ماکروفاژهای بافتی مثل سلول‌های میکروگلیال اختصاصی مغز، سلول‌های هوفبر^۸ جفت، سلول‌های دندریتیک (مثل سلول‌های دندریتیک فولیکولار در گره‌های لنفاوی و سلول‌های لانگرهانس پوست) را آلوده می‌سازد. سلول‌های میکروگلیال و ماکروفاژ مغزی، ماکروفاژهای مغز استخوان و سلول‌های T و ماکروفاژهای روده جزء مخازن مهم ویروس هستند اما مخزن عمده ویروس در افراد بدون علامت، گره‌های لنفاوی است که در آن ویروس‌های فراوانی به سلول‌های دندریتیک چسبیده‌اند. در عفونت پیشرفته این سلول‌ها تخریب شده و سلول‌های کمی باقی می‌مانند. منوسیت‌ها و لنفوسیت‌های آلوده احتمالاً در همه بدن پراکنده می‌شوند و HIV می‌تواند از طریق منوسیت‌ها یا از طریق آلوده شدن سلول‌های اندوتلیال وارد مغز شود.

بیماری ایدز به دلیل ضعف ایمنی ناشی از رشد و تکثیر ویروس HIV و در اثر کاهش و اختلال عمل‌کرد سلول‌های ایمنی ظاهر می‌شود. علاوه بر این، ویروس HIV می‌تواند عمل‌کرد سلول‌های مختلف دیگر را نیز مختل کند.

^۷ خشک کردن عفونت‌زایی ویروس را بیش از ۱۰ برابر کم می‌کند اما ویروس خشک شده در محلول‌های نمکی یا سطوح استیل ضد زنگ تا هفته‌ها زنده می‌ماند. با این حال بنظر نمی‌رسد سرم یا خون خشک شده خطر چشم‌گیری برای عفونت‌زایی داشته باشد.

^۸ Hofbaure

به عنوان مثال درگیری سلول‌های میکروگلیال و سلول‌های اپتالیال روده مستقیماً باعث بیماری انسفالوپاتی و اسهال می‌شود. چرخه زندگی ویروس در سلول میزبان در شکل ۲-۳ مشخص شده است.



شکل ۲-۳- چرخه زندگی و تکثیر ویروس در سلول میزبان:

- a* ویروس HIV به پروتئین CD4 سطح سلول وصل می‌شود.
- b* بعد از اتصال به پروتئین CD4 یک سیگمان حلقه‌ای از مولکول gp120 بات گیرنده کموکین واکنش نشان داده و باعث اتصال سلول و غشای ویروس می‌شود.
- c* ویروس پس از سوراخ کردن غشای سلول، پوشش خود را از دست می‌دهد.
- d* آنزیم ترانس کریپتاز معکوس، کپی‌های DNA را از روی نسخه برداری می‌کند.
- e* DNA دو رشته‌ای ویروس وارد هسته سلول می‌شود.
- f* DNA ویروس با استفاده از آنزیم انتگرز به DNA سلول میزبان متصل می‌شود.
- g* RNA ویروس توسط آنزیم RNA-Polymerase ۲ با استفاده از الگوی متصل شده به DNA ساخته می‌شود. دو نوع RNA ساخته می‌شود که یکی کوتاه‌تر (*h*) و دیگری بلندتر (*i*) هستند.
- h* بخش کوتاه‌تر RNA ویروس وارد سیتوپلاسم می‌شود.
- i* دستگاه گلژی سلول میزبان با استفاده از قطعه کوتاه‌تر RNA ویروس، پروتئین‌های ویروسی را می‌سازد.
- j* قطعه بلندتر و کامل RNA ویروس
- k* قطعه بلندتر RNA ویروس وارد سیتوپلاسم سلول میزبان می‌شود.
- l* پروتئین‌های مرکزی و RNA ژنومیک در مرکز ویروس درون سیتوپلاسم زیر یک تکه از غشاء سلول که حاوی پروتئین پوشش ویروس است تجمع پیدا می‌کند.
- m* ذرات ویروسی از طریق غشاء تغییر یافته به بیرون جوانه می‌زنند و سایر سلول‌ها را آلوده می‌کنند.

در خلال عفونت، بار ویروس^۹ در خون متغیر و جای‌گزینی ویروس معمولاً سریع است. در سیر بیماری غلظت ویروس در پلاسما و سلول‌ها از فردی به فرد دیگر متفاوت است. غلظت پلاسمایی ذرات ویروس در مراحل اولیه عفونت، بیش از ۱۰۰۰۰ در میلی لیتر و در مراحل نهایی علامت دار بیماری (ایدز) بیشتر است. اما در بیماران فاقد

^۹ Viral Load

علامت با تعداد سلول‌های CD4 نرمال کمتر ۴۰-۲۰ در میلی لیتر است. مطالعات برای بررسی تاثیر داروهای ضد رتروویروسی روی بار ویروسی نشان می‌دهد که اکثر ویرونی‌های جدید HIV در خون از سلول‌های CD4 تازه آلوده شده بافت‌ها منشأ می‌گیرد که با مرگ فراوان ویروس‌ها در هر روز یا توزیع مجدد ویروس‌ها و سلول‌های آلوده ارتباط مستقیم دارند. نیمه‌عمر HIV در پلاسما ۶ ساعت و در سلول‌های خونی تازه آلوده شده ۲ روز است.

راه‌های انتقال ویروس:

راه‌های انتقال بیماری عبارتند از:



۱. انتقال جنسی
۲. استفاده از وسایل تزریقی مشترک آلوده به‌خصوص در معتادان تزریقی
۳. تزریق خون و فرآورده‌های خونی
۴. انتقال از مادر به کودک: طبق مطالعات انجام شده ۹۲٪ انتقال در ۲ ماه آخر بارداری (۶۵٪ حین زایمان) صورت می‌گیرد.
۵. پیوند اعضا
۶. سایر راه‌های انتقال^{۱۰}

شکل ۲-۴ - انتقال خون یکی از روش‌های انتقال بیماری

روش‌های انتقال و خطر ابتلا در اثر طرق مختلف تماس با HIV در جدول ۲-۲ مشخص شده است. در مقایسه با بیماری ویروسی هپاتیت B غلظت HIV آلوده‌کننده در خون خیلی کمتر است و احتمال آلودگی مراقبین بهداشتی که تماس مخاطی یا فرو رفتن اشیاء آلوده با خون فرد آلوده^{۱۱} داشته‌اند، به این ویروس بسیار کمتر از سایر بیماری‌های خون‌زاد است. (کمتر از ۰٫۵ درصد در مقایسه با ۳۰-۶ درصد برای هپاتیت B یا ۱۰-۵ درصد برای هپاتیت C)

^{۱۰} احتمال انتقال در اثر پاشیده شدن مایعات آلوده به چشم وجود دارد. انتقال از راه بزاق احتمال بسیار کمی دارد. استفاده مشترک از وسایل تیز نافذ و تماس‌های زیر پوستی مانند فرو رفتن سوزن فرد آلوده به فرد دیگر از سایر راه‌های انتقال بیماری هستند.

^{۱۱} Needle Stick

HIV را در منی می‌توان جدا کرد. و در غلظت‌های کم از مایع مغزی نخاعی، ترشحات سرویکس و واژن، شیر، بزاق، اشک و حتی ادرار جدا می‌شود. هر قدر بار ویروس بالاتر باشد، احتمال انتقال از طریق خون و انتقال جنسی (احتمالاً) بالاتر خواهد بود.

جدول ۲-۲- تخمین خطر انتقال HIV و اهمیت کلی آن

نوع تماس	احتمال آلودگی بعد از یک‌بار تماس (درصد)	احتمال آلودگی در کل (درصد)
مقاربت جنسی	۰,۰۱-۱	۷۰-۸۰
دخول واژنی	حدود ۰,۰۱	۶۰-۷۰
دخول مقعدی	کمتر از ۰,۰۱	۵-۱۰
استفاده از مواد مخدر تزریقی	۰,۵-۱	۵-۱۰
انتقال توسط مادر	۱۲-۲۵	۵-۱۰
حاملگی (زایمان ^{۱۲} /شیردهی ^{۱۳})	۱۲	از نظر کمی نامشخص
مداخلات پزشکی:		
تزریق خون	بیش از ۹۰	۳-۵
محصولات خونی	از نظر کمی نامشخص	از نظر کمی نامشخص
پیوند اعضا	از نظر کمی نامشخص	از نظر کمی نامشخص
تلقیح مصنوعی	از نظر کمی نامشخص	از نظر کمی نامشخص
کارکنان مراقبت‌های بهداشتی	۰,۱-۱	کمتر از ۰,۰۱

مراحل بالینی بیماری

ویروس HIV از زمان ورود به بدن تا مراحل پایانی بیماری ایدز که به مرگ بیمار منتهی می‌شود، ۴ مرحله را طی می‌کند که معمولاً چند سال طول می‌کشد.

^{۱۲} درمان با زیدوویدین در طی حاملگی و دروه نوزادی مقدار عفونت را به‌طور چشم‌گیری کاهش می‌دهد
^{۱۳} شیردهی متوالی باعث انتقال می‌شود نه یک بار شیر دادن

مرحله اول – عفونت اولیه:

حدود ۱-۳ هفته بعد از ورود ویروس HIV به بدن علائم یک بیماری ویروسی معمولی ظاهر می‌شود. شایع‌ترین علائم شامل تب، خستگی، راش، ضعف، بزرگی غدد لنفاوی، کاهش وزن، اسهال، تهوع، استفراغ، برفک دهانی، نوروپاتی محیطی هستند. راش پوستی زودگذر است و معمولاً در تنه یا صورت دیده می‌شود (شکل ۲-۳). تمامی بیماران همگی علائم را بروز نمی‌دهند. حدود ۸۰٪ افراد به این علائمی مبتلا می‌شوند که ۱۴-۱۰ روز طول می‌کشد.

مرحله اول بیماری ایدز بیماری خفیف و زودگذری است که به‌ندرت نیاز به بستری در بیمارستان پیدا می‌کند مگر این که عوارضی مثل کاندیدیوزیس مری (عفونت مری با قارچ کاندیدا) یا مننژیت آسپتیک ایجاد شود. به‌دلیل علائم غیراختصاصی که مشابه سایر بیماری‌های شایع است تشخیص بیماری در این مرحله بدون توجه به رفتارهای پرخطر و زمینه‌ساز انتقال ویروس HIV در بیمار تقریباً غیرممکن است.

وجود موارد زیر در عفونت اولیه ویروس HIV با پیش‌آگهی طولانی مدت بدی همراهند:

■ مدت زمان بیماری (بیش از ۲ هفته)

■ مدت زمان لنفوپنی^{۱۴} CD4

■ آنتی ژنمی P24



شکل ۲-۵- بثورات عفونت اولیه HIV در تنه

(وجود خال کوبی در بازوی بیمار به‌عنوان یک رفتار زمینه‌ساز انتقال ویروس می‌تواند به تشخیص کمک کند)

¹⁴ - لنفوپنی یا کاهش تعداد لنفوسیت‌های CD4 به‌صورت گذرا بسیار شایع است و نباید توسط پزشک یا بیمار به‌عنوان یک عامل پیش‌آگهی بد تعبیر شود.

تظاهرات کلی مرحله اول بیماری در جدول ۲-۵ خلاصه شده است.

جدول ۲-۳- نماهای بالینی عفونت اولیه HIV

سیستم گوارشی	عصبی	پوستی	عمومی
کاندیدیوزیس دهانی / مری تهوع - استفراغ اسهال	سردرد/ درد پشت چشم (/۳۵) مننګوانسفالیت نوروباتی محیطی رادیکولوپاتی	بثورات اریتماتو و ماکولوپاپولر (/۵۰) بثورات شبیه سرخک کهیر منتشر زخم‌های جلدی - مخاطی خشکی و ترک خوردن پوست کهیر	تب (۹۸٪) فارنژیت بزرگی غدد لنفاوی (۷۵٪) گلودرد (۷۰٪) درد مفاصل و درد عضلات (/۶۰) لتارژی / ضعف بی‌اشتهایی / کاهش وزن
تنفسی	نوریت براکیال سندرم گیلن باره اختلالات خلقی / ادراکی		
سرفه			

نکته مهم در رسیدگی به عفونت اولیه HIV تشخیص بیماری و توجه به علائم خطر در شرح حال و سوابق بیمار است. تشخیص زودرس یک فرصت خوب در مشاوره و آموزش بیمار در اختیار پزشک قرار می‌دهد که باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش انتقال عفونت HIV می‌شود. نکته‌ی اخیر به‌خصوص از این نظر مهم است که ویرمی (وجود ویروس در خون) و احتمال انتقال بیماری در عفونت اولیه HIV بسیار بالاست.

مرحله دوم - عفونت بدون علامت: (نقص ایمنی زودرس)

از زمان شروع عفونت اولیه تا زمان افت سلول‌های CD4 به کمتر از ۵۰۰ عدد در میکرولیتر را مرحله نقص ایمنی زودرس ناشی از HIV یا مرحله بدون علامت می‌نامند. در این مرحله افراد آلوده به HIV معمولاً از نظر قوای بدنی و ذهنی و وظایف اجتماعی، عمل‌کردی طبیعی داشته، علامت خاصی از بیماری ندارند. اما در خلال این دوره، ویروس HIV درون غدد لنفاوی تکثیر می‌یابد. طول دوره مرحله‌ی زودرس و بدون علامت بیماری HIV چهار تا پنج سال است اما ممکن است تا ۱۰ سال هم طول بکشد. تعداد معدودی از افراد آلوده به HIV، بدون هیچ علامتی به‌سرعت از تغییر سرمی پیش‌رفت خواهند کرد، در حالی که در بعضی دیگر حتی بدون درمان، تعداد سلول‌های CD4 بیش از ۱۰ سال بالای ۵۰۰ عدد در میکرولیتر باقی می‌ماند. میزان پیش‌رفت بیماری در طی این مرحله، به چند عامل بستگی دارد:

- تعادل بین سیستم ایمنی فرد در نگهداری ویروس درون غدد لنفاوی
- توانایی تکثیر و بیماری‌زایی گونه‌ی ویروسی که فرد با آن آلوده شده است.

در این مرحله آسیبی که توسط ویروس HIV در سیستم ایمنی بدن بیمار ایجاد می‌شود، با بازتوانی سیستم ایمنی جبران می‌شود. تکثیر ویروس در این مرحله موجب تحریک مزمن سلول‌های ایمنی می‌شود که این امر باعث اختلالات تک‌گیر ایمنی (بیماری‌هایی مثل سندرم گیلن باره، کاهش پلاکت‌ها و برخی سندرم‌های ناشی از درگیری سیستم ایمنی) و یا لنفادنوپاتی مداوم می‌شود.

حدود ۵۰٪ بیماران بدون درمان در عرض ۱۰ سال پس از آلودگی به ویروس HIV وارد مرحله ایدز بیماری می‌شوند. ۳۰٪ بیماران علایم خفیف‌تر مرتبط با ضعف سیستم ایمنی پیدا می‌کنند و ۲۰٪ بقیه پس از ۱۰ سال هنوز هم در مرحله بدون علامت باقی می‌مانند. سیر پیش رفت بیماری در افراد مختلف بسیار متفاوت است اما به‌طور کلی مراحل بیماری در افراد مسن سریع‌تر از بیماران جوان طی می‌شود. سرعت و میزان پیش رفت بیماری ارتباطی با نحوه ابتلا به بیماری ندارد.

پیگیری میزان پیشرفت بیماری در این مرحله با استفاده از دو پارامتر آزمایشگاهی انجام می‌شود:

۱. تعداد سلول CD4

۲. بار ویروسی: از حد بسیار پایین غیرقابل اندازه‌گیری - کمتر از ۲۰۰ در میلی لیتر - تا مقادیر بسیار بالا - بیش از صدهزار کپی در میلی لیتر - متغیر است. بیماران دارای بار ویروسی بالا پیش‌آگهی بدتری دارند. به‌دلیل اهمیت تفسیر هر دو آزمایش، اندازه‌گیری‌های مداوم و سریال آن‌ها اهمیت قابل ملاحظه‌ای دارد. توصیه می‌شود بسته به ثبات بیماری فرد، هر ۳-۶ ماه این آزمایش‌ها در آزمایش‌گاه ثابتی انجام شود.

مرحله سوم - عفونت علامت دار اولیه (ضعف ایمنی حدواسط)

مرحله ضعف ایمنی حد واسط با کاهش تعداد سلول‌های CD4 بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ عدد در میکرولیتر تعریف می‌شود. این مرحله به‌طور متوسط حدود ۵ سال طول می‌کشد. اکثر بیماران تا آخرین مرحله از فعالیت و سلامتی مناسبی برخوردارند که گاهی با مشکلات طبی خفیف همراه می‌شود. حتی پس از این مرحله حدود دو سوم بیماران با تعداد سلول CD4 ۲۰۰ در میکرولیتر سلامتی خوبی دارند. به‌تدریج سیستم ایمنی، توانایی عمل‌کردی خود را در پوست و سطوح مخاطی از دست می‌دهد، اما هنوز هم قادر به جلوگیری از عفونت‌های سیستمیک خطرناک است. این اختلال عمل‌کردی احتمالاً باعث کاهش عمل‌کرد سلول‌های مؤثر موضعی از جمله ماکروفاژها و کاهش عمل‌کرد لنفوسیت‌های T از نوع CD4 می‌شود. تعداد سلول‌های CD4 معمولاً به میزان ۳۰-۶۰ سلول در میکرولیتر سالانه کاهش می‌یابد تا این‌که به تعداد ۳۵۰ عدد در میکرولیتر برسد. در این زمان کاهش بسیار سریع‌تر می‌شود. (در یک

مطالعه کاهش سالانه تا ۱۸۰ سلول در میکرولیتر گزارش شده است) تا این که کاهش سلول‌ها موجب بروز بیماری‌های معرف ایدز می‌شود.

تظاهرات بالینی بسیار شایع در خلال این مرحله در جدول ۲-۶ آمده است. درماتیت سبورهای، عفونت‌های قارچی پوست، مواسکوم کونتاژیازوم و سایر اختلالات پوستی خفیف مثل عفونت فولیکول‌های رویش مو، زگیل و التهاب لته‌ها در اوایل این مرحله شایع است.

جدول ۲-۴- تظاهرات بالینی ضعف ایمنی حد واسط

محل معاینه	علائم
وضع عمومی	کاهش وزن بدون علت، تب، اختلال شعور
پوست	هرپس سیمپلکس یا زوستر، فولیکولیت، عفونت‌های قارچی پوست، مولوسکوم کونتاژیازوم، سارکوم کاپوزی، کبودی
دهان	کاندیدیوز، پوسیدگی دندان، سارکوم کاپوزی، ژنژیویت* التهاب لته‌ها، لکوپلاکی پرزی
غدد لنفاوی	بزرگی غدد لنفاوی گردنی، پس گردنی، بالای ترقوه، اینگوینال و لوزه‌ها
سیستم تنفسی	عفونت
سیستم تناسلی	هرپس سیمپلکس، عفونت‌های قارچی، کاندیدیوز، نئوپلازی داخل اپیتلیالی سرویکس در پاپ اسمیر
چشم‌ها	تغییر میدان بینایی



شکل ۲-۶- عفونت پاپیلوما ویروس در ایدز (زگیل منتشر پوستی)

سینوزیت مزمن یکی از حالاتی است که بیشتر در این بیماران دیده می‌شود و تولید علائم شدیدی می‌کند. لکوپلاکی پرزی^{۱۵} دهان و کاندیدیوزیس (عفونت قارچی کاندیدا) دهانی و واژن در اواخر این مرحله شایعند. بیماران را باید از خطر بروز هرپس زوستر (زونا به دلیل فعال شدن ویروس هرپس: تبخال) آگاه کرد تا برای درمان سریع و

¹⁵ Hairy Leukoplakia

مناسب اقدام کنند. کمپلکس وابسته به ایدز (کاهش وزن بدون دلیل مشخص، تب و اسهال) در اواخر این مرحله می تواند بروز کند.



شکل ۲-۷- کاندیدیوزیس پوستی در ایدز

در این مرحله تظاهرات بالینی بسیار شدید از جمله بدخیمی های معرف ایدز نیز می توانند بروز کنند که با تعداد سلول های CD4 ارتباط دارد.

بسیاری از تظاهرات بالینی که در این مرحله ظاهر می شوند در تمام عمر فرد ادامه داشته یا عود می کنند. دمانس ناشی از HIV معمولاً در مرحله ضعف ایمنی پیشرفته اتفاق می افتد اما در این مرحله هم می تواند ظاهر شود.

نکته مهم در این مرحله بروز بحران های روانی در فرد به دلیل بروز تظاهرات متعدد بیماری است. در این مرحله باید مقدمات آموزش بیمار، مشاوره و حمایت عمومی فرد فراهم شود. معاینات بالینی مکرر برای بررسی عفونت های خفیف و درمان آن ها با توجه خاص به حفره دهان بسیار مهم است. بررسی وضعیت دندان ها باید هر ۶ ماه یک بار انجام شود.



شکل ۲-۸- کاندیدیازیس پوستی مخاطی در ایدز

در اواخر این مرحله، سطح افزایش یابنده ویروس HIV در خون و مایعات بدن از جمله منی موجب افزایش احتمال انتقال جنسی می‌شود. قدرت جنسی در اکثر مردان تا هنگام بروز بیماری شدید و معمولاً معرف بیماری ایدز حفظ می‌شود و توجه به نکات پیش‌گیری از بیماری در این مرحله بسیار مهم است.

مرحله چهارم - عفونت علامت دار ایدز (ضعف ایمنی پیشرفته)

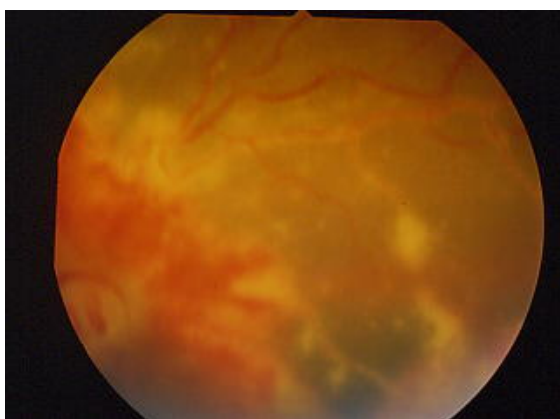
ضعف ایمنی پیشرفته به صورت کاهش تعداد سلول‌های CD4 به کمتر از ۲۰۰ (در برخی منابع ۵۰) عدد در میکرولیتر اطلاق می‌شود. بسیاری از بیماران با حال عمومی خوب وارد این مرحله می‌شوند و در ابتدا با درمان مناسب مشکلات این مرحله و حتی پس از آن عفونت‌های فرصت طلب معرف ایدز نیز بهبود می‌یابد. اما سپس ناتوانی فیزیکی و فقدان عمل کرد و تغییرات قوای ذهنی همراه با دمانس و پاتولوژی داخل مغزی رو به افزایش می‌گذارد.

در این مرحله بروز علائم وخیم بیماری و عفونت‌های فرصت طلب بیمار را نیازمند درمان و حمایت ویژه پزشکی می‌کند. در عین حال در صورت مراقبت مناسب از بیمار، همین مرحله می‌تواند سال‌ها به طول انجامد. کاهش چشم‌گیر تعداد و عمل کرد سلول‌های CD4 و از بین رفتن ظرفیت بازسازی در سیستم ایمنی موجب ایجاد حساسیت فرد برای ابتلا به عفونت‌های فرصت طلب منتشر می‌شود.



شکل ۲-۹- ضایعات سارکوم کاپوزی در بیمار HIV با سابقه پنوموسیستیس کارینی

معاینات بالینی در این مرحله باید شامل معاینه کامل پوست (از جمله نواحی تناسلی و دور مقعدی) و معاینه حفره دهان باشد. معاینه تمام گره‌های لنفاوی و شکم باید به‌طور مداوم انجام شود. معاینه ته چشم، به‌خصوص در بیماران دارای سلول‌های CD4 زیر ۱۰۰ عدد در میکرولیتر بسیار مهم است. چون در این شرایط احتمال ایجاد عفونت شبکیه با ویروس سایتومگالوویروس (شکل ۲-۱۰) بیشتر است.



شکل ۲-۱۰ - نمای ته چشم رتینیت سایتومگالو ویروس در عفونت پیش‌رفته ایدز

عفونت‌های فرصت طلب که در مرحله نهایی عفونت HIV بروز می‌کنند، معمولاً واگیری ندارند استثنای عمده آن‌ها توبرکلوز و پاتوژن‌های روده‌ای نظیر کریپتوسپوریدیوم هستند. طیف اختلالات بالینی مشخص کننده مرحله ایدز عفونت ویروس HIV بسیار گسترده است که در تعاریف بیماری به آن‌ها می‌پردازیم.

تعاریف بیماری ایدز

تعریف اپیدمیولوژیک

مرکز مراقبت و کنترل بیماری‌ها (CDC^{۱۶}) معیارهای تشخیصی ایدز را در سال ۱۹۸۷ تعیین کرد. این معیارها در دو گروه تقسیم بندی می‌شوند:

¹⁶ The Centers for Disease Control and Prevention

۱- عفونت‌های فرصت طلب نشان‌دهنده نقص ایمنی سلولی: این عفونت‌ها در شرایط عادی و افرادی که سیستم ایمنی مناسبی دارند بسیار نادر هستند و وجود یک یا چند مورد از آنها در یک فرد نشان‌دهنده اختلال در عمل کرد سیستم ایمنی است (جدول ۲-۵)

۲- بدخیمی‌ها یا شرایط خاص ناشی از نقص ایمنی (جدول ۲-۶)

جدول ۲-۵- عفونت‌های فرصت طلب مطرح کننده ایدز

عفونت‌های پروتوزوایی	انسفالیت توکسوپلاسمایی انتریت ناشی از کریپتوسپوریدیوم پارووم (بیش از یک ماه) انتریت ناشی از ایزوسپورا بلی (بیش از یک ماه)
عفونت‌های قارچی	ازوفاژیت کاندیدیایی منژیت ناشی از کریپتوکوک نئوفورمنس هیستوپلاسموزیس منتشر کوکسیدیومایکوزیس منتشر پنومونی پنوموسیستیس کارینی
عفونت‌های باکتریایی	عفونت منتشر مایکوباکتریوم اوویوم عفونت فعال مایکوباکتریوم توبرکلوزیس سپتی سمی عودکننده سالمونلوزیس پنومونی عودکننده باکتریال
عفونت‌های ویروسی	عفونت مزمن موکوکوتانوس مری با هریس سیمپلکس (بیش از یک ماه) رتینیت، ازوفاژیت یا کولیت سیتومگالوویروس لکوانسفالوپاتی پیش‌رونده چند کانونی

جدول ۲-۶- بدخیمی‌ها و شرایط مرتبط با ایدز

بدخیمی‌ها	سارکوم کاپوزی در یک فرد زیر ۶۰ سال لنفوم غیرهوجکین B-cell با درجه بالا سارکوم ایمنوبلاستیک لنفوم اولیه مغز کارسینومای پیشرفته سرویکس
بیماری‌های سیستمیک	سندرم تحلیل برنده HIV (کاهش بدون علت بیش از ۱۰٪ وزن بدن)

وجود هر یک از این موارد در فردی که دلیل مشخص دیگری برای نقص ایمنی ندارد، مطرح کننده ایدز است.

تعریف CDC برای ایدز در سال ۱۹۹۲:

براساس این تعریف، ورود بیمار به مرحله ایدز عفونت ویروس HIV زمانی مسجل می‌شود که فرد آلوده به عفونت HIV دچار کاهش سلول‌های CD4 (کمتر از ۲۰۰ /ml) شود. این سلول‌ها مشخصه عمل کرد سیستم ایمنی در بدن هستند.

تعریف سازمان جهانی بهداشت:

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۴ معیارهای تشخیصی زیر را براساس بازنگری تعریف سال ۱۹۸۵^{۱۷} ارائه داد:

۱- تعریف اولیه: وجود دو علامت مآزور همراه با حداقل یک علامت مینور در بزرگسالان و افراد بالای ۱۲ سال، - علائم مآزور عبارتند از:

- کاهش وزن مساوی یا بیش از ۱۰٪ بدون علت خاص
- اسهال پایدار بیش از یک ماه
- تب طولانی مدت (مداوم یا برگشت کننده) بیش از یک ماه

- علائم مینور عبارتند از:

- سرفه پایدار بیش از یک ماه
- درماتیت خارش دار مداوم
- سببفه عفونت هرپس زوستر (زونا)
- کاندیدیازیس اوروفارنژیال
- عفونت مزمن پیش‌رونده با ویروس هرپس سیمپلکس
- لنفادنوپاتی منتشر

- براساس همین تعریف، وجود سارکوم کاپوزی منتشر یا مننژیت کریپتوکوکی برای تشخیص ایدز کافی است.

۲- تعریف پیش‌رفته- مثبت بودن آنتی بادی HIV همراه با حداقل یکی از علائم زیر:

- کاهش وزن مساوی یا بیشتر از ۱۰٪ یا کاشکسی، با اسهال یا تب یا هردو - مداوم یا متناوب- به مدت حداقل یک ماه بدون دلیل مشخص دیگر
- مننژیت کریپتوکوکی
- سل ریوی یا خارج ریوی
- سارکوم کاپوزی
- اختلال عصبی روانی که مانع زندگی فردی مستقل فرد شود و به علت سایر بیماری‌ها (مثل حوادث عروقی مغز یا تروما) و ابتلاء فرد به عفونت‌های مرتبط با ایدز ایجاد نشده باشد.

¹⁷ WHO (Bangui) Case Definition

■ کاندیدیازیس مری (همراه با کاندیدیازیس قبلی دهان و همراه دیسفاژی)

■ پنومونی شدید عود کننده



شکل ۲-۱۱- عفونت مزمن پیش‌رونده با ویروس هرپس سیمپلکس (تبخال معمولی)

تقسیم بندی بالینی سازمان جهانی بهداشت در مورد ایدز

سازمان جهانی بهداشت، ایدز و آلودگی به ویروس HIV در بزرگسالان را به چهار مرحله‌ی زیر تقسیم‌بندی

کرده است:

مرحله بالینی یک:

■ افراد بدون علامت

■ وجود لنفادنوپاتی منتشر و پایدار

مرحله بالینی دو:

■ کاهش وزن کمتر از ۱۰٪ کل وزن بدن

■ تظاهرات پوستی مینور مثل درماتیت سبورئیک، خارش، زخم‌های دهانی عودکننده، عفونت قارچی

ناخن

■ هرپس زوستر در پنج سال گذشته

■ عفونت‌های دستگاه تنفس فوقانی عود کننده مثل سینوزیت چرکی و غیره

مرحله بالینی سه:

- کاهش وزن بیش از ۱۰٪ کل وزن بدن
- اسهال طول کشیده بدون توجیه (بیش از یک ماه)
- تب طول کشیده بدون توجیه (مداوم یا گاه‌گاهی) بیش از یک ماه
- برفک دهانی
- لکوپلاکی پرزی دهانی
- سل ریوی در یک سال اخیر
- عفونت‌های باکتریایی شدید (پنومونی، پیومیوزیت)

مرحله بالینی چهار:

- سندرم تحلیل منتشر بدن (wasting syndrome)
- پنومونی پنوموسیستیس کارینی
- توکسوپلاسموز مغزی
- کریپتوسپوریدیوز با اسهال برای بیش از یک ماه
- کریپتوکوک خارج ریوی
- بیماری سیتومگالو ویروسی ارگانی غیر از کبد، طحال، غدد لنفاوی
- عفونت با هرپس سیمپلکس پوستی مخاطی بیش از یک ماه یا احشایی برای هر مدت زمانی
- لکوانسفالوپاتی پیش‌رونده چند کانونی
- عفونت‌های قارچی منتشر مثل هیستوپلاسموز
- کاندیدیاز مری، تراشه، برونش یا ریه‌ها
- مایکوباکتریوز آتیپیک منتشر
- سپتی سمی سالمونلای غیر تیفوئیدی
- سل خارج ریوی
- لنفوم
- سارکوم کاپوزی
- انسفالوپاتی HIV
-

طبقه بندی بالینی سازمان بهداشت جهانی در خصوص کودکان به شرح زیر است:

مرحله بالینی یک:

- بدون علامت
- لنفادنوپاتی منتشر

مرحله بالینی دو:

- اسهال مزمن بدون علت مشخص
- کاندیدیاز شدید پایدار یا عود کننده بعد از دوران نوزادی
- کاهش وزن یا نارسایی رشد ۱۸
- تب پایدار
- عفونت های باکتریایی شدید و عود کننده

مرحله بالینی سه:

- عفونت های فرصت طلب نشانگر ایدز
- نارسایی رشد شدید
- انسفالوپاتی پیشرونده
- بدخیمی
- سپتی سمی یا مننژیت عود کننده

تشخیص بیماری

تشخیص آلودگی به ویروس HIV فقط با انجام آزمایش خون امکان پذیر است. از زمان ورود ویروس HIV به بدن تا زمانی که شواهد آزمایشگاهی ظاهر شود، بین ۲ هفته تا ۶ ماه طول می کشد که به این زمان اصطلاحاً «دوره پنجره»^{۱۹} گفته می شود و زمانی است که بدن در مقابل ویروس آنتی بادی تولید می کند.

¹⁸ Failure To Thrive

انواع آزمایش‌ها برای تشخیص آلودگی به ویروس HIV به شرح زیر هستند:

■ تست‌های سنجش آنتی بادی

- آزمون الایزا ELISA: که بر اساس سنجش آنتی بادی ضد HIV می‌باشد. ۹۳-۱۰۰٪ حساسیت دارد و میزان اختصاصی بودن آن (باتکرار) تقریباً ۱۰۰٪ است.
- آزمون Western Blot: به عنوان یک آزمون تاییدکننده به کار می‌رود که وجود IgG علیه چند نوع پروتئین ویروسی را بررسی می‌کند. این تست نسبت به الایزا اختصاصی‌تر است.



شکل ۲-۱۲- کیت‌های تشخیصی وسترن بلات برای تشخیص آنتی بادی HIV در پلاسما

■ تست‌های سنجش آنتی ژن

- RT-PCR²⁰: با توجه به این‌که در این آزمون آنتی‌ژنوم ویروسی بررسی می‌شود، در تشخیص زودرس بیماری در بیماران و به‌خصوص نوزادان متولد شده از مادران آلوده مفید است.
- آنتی ژن P24: در این روش نیز مانند RT-PCR آنتی‌ژن ویروسی بررسی می‌شود، بنابراین می‌تواند در تشخیص زودرس بیماری در بیماران و به‌خصوص نوزادان متولد شده از مادران آلوده مفید باشد. البته در مراحل عفونت بدون علامت و یا درمان ضد ویروس، با توجه به تعداد کم ویروس در خون ممکن است منفی کاذب گزارش شود.
- DNA-PCR و RNA-PCR: بر اساس توالی‌هایی از RNA ویروس یا DNA که از روی RNA به کمک آنزیم نقشه برداری می‌شود، انجام می‌شود و تستی گران قیمت اما بسیار حساس است و در مراحل اولیه عفونت و در نوزادان، جزو حساس‌ترین روش‌ها محسوب می‌شود.

¹⁹ Window Period

²⁰ Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction

پیگیری و درمان بیماری

درمان دارویی اصلی بیماری ایدز در دو جنبه کلی زیر انجام می‌شود:

الف- درمان ضد رتروویروسی

ب- درمان برپایه سیستم ایمنی

درمان ضد رتروویروسی با استفاده از رژیم‌های درمانی مختلف و دسته‌بندی دارویی جدول ۲-۷ انجام می‌شود.

جدول ۲-۷- داروهای ضد رترو ویروسی توصیه شده در رژیم‌های درمانی ایدز

مهارکننده پروتئاز	آنالوگ غیر نوکلئوزیدی مهارکننده ترانس کریپتاز	آنالوگ نوکلئوزیدی مهارکننده ترانس کریپتاز
آتازاناویر (Atazanavir)	افاویرنس (Efavirenz)	آباکاویر (Abacavir)
آمپرنایویر (Amprenavir)	نویراپین (Nevirapine)	دیدانوزین (Didanosine)
ایندیناویر (Indinavir)	دلاویریدین (Delavirdine)	امتریسیتابین (Emtricitabine)
لوپیناویر (Lopinavir)	ویرال اینهیبتور (Viral entry inhibitor)	لامی وودین (Lamivudine)
نلفیناویر (Nelfinavir)	انفوویریتید (Enfuvirtide)	زیدو وودین (Zidovudine)
ریتوناویر (Ritonavir)		زالسیتیدین (Zalcitidine)
ساکیناویر (Saquinavir)		تنوفویر (Tenofovir)

درمان برپایه سیستم ایمنی با استفاده از ترکیبات دارویی تقویت کننده سیستم ایمنی نظیر پلاسماهای هایپرایمیون، ایمونوگلوبین، سایتوکین‌ها و واکسن درمانی انجام می‌شود. به دلیل تخصصی بودن به کارگیری رژیم‌های دارویی ایدز پرداختن بیشتر به آن در حوصله این بحث نبوده و در ادامه این بخش به درمان‌های کلی مراحل مختلف بیماری می‌پردازیم.

درمان در مرحله اول – عفونت اولیه:

■ **درمان ضد رتروویروسی:** به نظر می‌رسد تجویز زیدو وودین در این مرحله بدون خطر بوده و تاثیر نسبتاً

خوبی روی بار ویروسی و شمارش سلول‌های CD4 دارد. درمان چند دارویی با استفاده از حداقل دو آنالوگ

نوکلئوزیدی به علاوه یک مهارکننده پروتئاز (اگر در دسترس باشد) حداقل به مدت ۶ ماه توصیه می‌شود.

■ **درمان عفونت‌های همراه:** تشخیص و درمان مناسب عفونت‌های همراه در این مرحله نیز بسیار مهم

است.

- **مراقبت‌های روانی:** تشخیص اولیه عفونت HIV یک ضربه روحی بوده و می‌تواند یک مشکل روانی جدی برای بیمار به دنبال داشته باشد. شوکه شدن، انکار و افسردگی را می‌توان با رعایت اصول مشاوره قبل و بعد از آزمایش ۲۱ و برخورد مسؤولان اصلاح کرد. تشکیل جلسات مشاوره‌های متعدد با کمک یک مشاور متخصص آموزش دیده برای توضیح تمامی مسایل ضروری است.
- **آموزش:** بیمار باید در خصوص پیش‌آگهی بیماری خود، نحوه استفاده، اهمیت و مفهوم آزمایش شمارش تعداد سلول CD4، درمان ضد رتروویروسی، چگونگی انتقال HIV و رعایت موارد جلوگیری از انتقال آن، و اهمیت اطلاع‌رسانی و ترسیم تماس‌هایی که ممکن است منجر به آلودگی شود، آموزش ببیند.
- **مراقبت‌های بهداشتی و حمایت‌های اجتماعی:** ارجاع بیمار به کلینیک‌های مشاوره و انجمن‌های حمایتی به پیگیری و مراقبت وی کمک خواهد کرد.

درمان مرحله دوم – عفونت بدون علامت:

- **درمان ضد رتروویروسی:** در این مرحله حتی اگر تعداد سلول‌های CD4 بالای ۵۰۰ عدد در میکرولیتر باشد در شرایط بارویروسی ۵۰۰۰-۳۰۰۰ کپی در میلی لیتر بایستی درمان ترکیبی ضد رتروویروسی شروع شود. هدف از این درمان حفظ تعداد سلول‌های CD4 و کاهش بار ویروسی در صورت امکان به حداقل مقدار ممکن است. حداکثر کاهش بار ویروسی حدود ۶-۴ هفته پس از شروع درمان اتفاق می‌افتد. عدم کاهش چشم‌گیر بار ویروسی بیش از یک سوم قبل از درمان و یا برگشت بار ویروسی به سطح اولیه نشان‌دهنده شکست درمان است.
- **درمان عفونت‌های همراه:** ابتلا به عفونت‌ها در این دوره دقیقاً مثل افراد عادی است و باید به بیمار اطمینان داد که این عفونت‌ها اصلاً جزء بیماری‌های معرف ایدز نیستند و درمان آن‌ها مثل افراد عادی اجتماع است. در صورت عدم بهبودی یا سایر تظاهرات غیرعادی باید بیمار تحت بررسی بیشتر قرار گیرد.
- **آموزش:** این مرحله زمان مناسبی برای آموزش بیماران در خصوص بیمارستان، پیشرفت بیماری و تاثیر احتمالی آن روی زندگی و تشخیص آنان است. توضیح درباره‌ی انتخاب درمان در آینده و منافع و مضرات آزمون‌های بالینی مهم است. اغلب بیماران نیازمند دریافت اطلاعات جامع و مناسب در مورد نحوه‌ی انتقال

²¹ رعایت اصول مشاوره اولیه، قبل از انجام آزمایش و پس از آزمایش از مباحث مهم در آموزش کادر بهداشتی درمانی کلینیک‌های مشاوره و مراکز انتقال خون محسوب می‌شوند.

HIV هستند و باید مطمئن شد که بیمار درک مناسبی از نحوه‌ی انجام ارتباط سالم و بی‌خطر جنسی و رعایت سایر اصول پیشگیری از بیماری مثل استفاده‌ی بی‌خطر از سرسوزن و تیغ و ... دارد. پس از برقراری ارتباط صادقانه با بیمار پیگیری تماس‌های جنسی و بررسی آن‌ها از نظر ابتلاء بیماری باید توسط مشاوره مناسب انجام شود.

■ **مراقبت‌های بهداشتی و حمایت‌های اجتماعی:** دوره بدون علامت یک فرصت مناسب برای اصلاح شیوه‌ی زندگی بیمار و کاهش عوارض آینده بیماری است. ارتباط با یک مشاور و پیوستن بیمار به شبکه حمایت اجتماعی باید هرچه سریع‌تر در این مرحله انجام شود. اقدامات کاهش آسیب^{۲۲} در کلینک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری برای تغییر رفتارهای جنسی، ترک اعتیاد یا تغییر آن به شیوه‌های مصرف کم‌خطرتر از اقدامات مهم در این مرحله است.

■ **پاپ اسمیر:** انجام پاپ اسمیر در فواصل منظم برای زنان آلوده به HIV بدلیل افزایش خطر نئوپلازی گردن رحم توصیه می‌شود.

■ **ایمن‌سازی:** واکسیناسیون آنفولانزا و پنوموکوک و ایمن‌سازی بر علیه سایر بیماری‌ها مطابق جدول ۲-۸. توصیه می‌شود.

جدول ۲-۸- توصیه‌های واکسیناسیون جوانان و بزرگسالان آلوده به HIV

توصیه می‌شود	در صورت لزوم استفاده شود	منع مصرف
هیپاتیت B (اگر در معرض خطر باشد) پنوموکوک (همه افراد یک بار) آنفولانزا (همه افراد یک‌بار قبل از شروع فصل آنفولانزا)	دیفتری کزاز واکسن فلج اطفال غیرفعال (تزریقی) هاری سیاه‌سرفه	ب.ت.ژ واکسن خوراکی فلج اطفال واکسینا تیفوئید Ty21a تب زرد

درمان مرحله سوم – عفونت علامت دار اولیه

■ **درمان ضد رتروویروسی:** علامت مشخصی برای تشخیص بهترین زمان شروع درمان ضد رتروویروسی یا نوع داروی انتخاب شده وجود ندارد. احتمالاً نتایج آزمون‌های تحقیقاتی در دست اجرا زمان شروع درمان و ترکیب داروهای مصرفی را تغییر خواهد داد. در شرایط فعلی تمامی بیماران علامت‌دار و تمامی بیمارانی که

²² Harm Reduction

تعداد سلول CD4 زیر ۲۰۰ در میکرولیتر دارند باید درمان شوند. برای شروع درمان ضدویروسی باید احتمال عوارض جانبی، مسمومیت با دارو، مقاومت به آن و احتمال پیشرفت بیماری را در نظر گرفت و آن‌ها برای بیمار توضیح داد. عوامل شروع درمان ضد ویروسی شامل تظاهرات بالینی بیماری، شاخص‌های آزمایشگاهی، وضعیت عمل کرد ایمنی، بار ویروسی، عوارض جانبی درمان، درمان‌های ضد رتروویروسی قبلی، تداخلات دارویی و ارزیابی خطر پیشرفت بیماری هستند.

■ **درمان عفونت‌های همراه:** قبل از درمان عفونت‌های همراه، پروفیلاکسی ضد میکروبی علیه پنومونی پنوموسیستیس کارینی در این دوره به‌خصوص زمانی که تعداد سلول CD4 به زیر ۲۰۰ در میکرولیتر یا ۲۰٪ کل لنفوسیت‌ها می‌رسد، باید شروع شود. شایع‌ترین داروی مورد مصرف کوتریموکسازول است که می‌تواند برای پیشگیری از انسفالیت توکسوپلاسمایی هم مؤثر باشد. هریک از عفونت‌های همراه هم حتی در صورت خفیف بودن باید درمان شوند. معاینات بالینی مکرر، با توجه خاص به حفره دهان بسیار مهم است.

■ **مراقبت‌های روانی:** در خلال این مرحله بیشتر بیماران دچار تظاهرات اولیه و چشم‌گیر ضعف ایمنی می‌شوند و کاهش سریع سلول‌های CD4 باعث بحران‌های روانی در فرد می‌شود. بنابراین باید مقدمات مشاوره پیش‌رفته روانی را در تیم مراقبت برای وی فراهم کرد.

درمان مرحله چهارم – عفونت علامت دار ایدز

■ **درمان ضد رتروویروسی:** تمام بیماران در این مرحله نیاز به درمان ضد رتروویروسی دارند که حداقل با ۲ آنالوگ نوکلئوزیدی به‌علاوه یک مهارکننده پروتئاز یا مهارکننده ترانس کریپتاز غیر نوکلئوزیدی آغاز می‌شود. درمان تک دارویی در این مرحله توصیه نمی‌شود. اگر وضعیت بالینی بیمار در یک رژیم خاص رو به وخامت گذاشت باید رژیم دارویی به کل تعویض شود و اضافه کردن داروهای بیشتر مفید نیست. بررسی تداخل دارویی و عوارض جانبی داروها در این مرحله اهمیت ویژه‌ای دارد که باید توسط یک متخصص مجرب پیگیری شود.

■ **درمان عفونت‌های همراه:** در این مرحله نیز پروفیلاکسی ضد میکروبی برای پیشگیری از عفونت‌های همراه ضروری است. علاوه بر کوتریموکسازول برای پیشگیری از پنومونی پنوموسیستیس کارینی و انسفالیت توکسوپلاسمایی، تجویز فلوکونازول برای پیشگیری از کاندیدیوزیس دهانی و مری عود کننده مفید است. در صورتی که تعداد سلول‌های CD4 به کمتر از ۲۰۰ در میکرولیتر برسد، تجویز ریفاپوتین یا آزیترومایسین برای پیشگیری از مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس توصیه می‌شود. در بسیاری از بیماران تجویز مداوم آسیکلوویر

برای پیشگیری از هرپس سیمپلکس مؤثر است. امروزه گان سیکلوویر نیز برای پیشگیری از عفونت ویروس سایتومگالوویروس در دسترس است اما استفاده عمومی ندارد.

■ **مراقبت‌های روانی:** به دلیل شیوع افسردگی در این مرحله، حمایت‌های روانی از بیمار و درمان فعالانه افسردگی ضروریست. علائم بالینی به‌طور چشم‌گیری در صورت وجود اختلالات روانی تغییر می‌کنند. آماده شدن بیمار برای مرگ به‌طور طبیعی یک مشغله ذهنی بیماران است و پزشک یا درمان‌گر باید برای کمک به بیمار در این زمینه آمادگی داشته باشد.



شکل ۲-۱۳- افسردگی از علائم بارز مراحل نهایی ایدز

■ **مراقبت‌های بهداشتی و حمایت‌های اجتماعی:** مراقبت تسکینی نسبت به مراقبت از بیمار در مراحل نهایی کاربرد بیشتری دارد. اغلب بهترین مراقبت تسکینی تشخیص عفونت فرصت طلب یا بدخیمی و شروع درمان مناسب است. متخصص HIV پزشک عمومی و تیم مراقبت تسکینی باید مشارکت همه جانبه‌ای در درمان بیمار داشته باشند.

پیشگیری از ایدز

پیشگیری از یک بیماری بدون کسب اطلاعات از روش‌های انتقال و انتشار آن غیرممکن است. راه‌های انتقال ویروس HIV همان‌طور که در بخش‌های ابتدایی همین بحث توضیح داده شد عبارتند از:

- انتقال جنسی
- استفاده از وسایل تزریقی مشترک آلوده به‌خصوص در معتادان تزریقی
- تزریق خون و فرآورده‌های خونی

■ انتقال از مادر به کودک

■ پیوند اعضا

■ سایر: پاشیده شدن مایعات آلوده به چشم، انتقال از راه بزاق، استفاده مشترک از وسایل تیز نافذ و

تماس های زیر پوستی مانند فرو رفتن سوزن فرد آلوده به فرد دیگر

انتقال ویروس ایدز از طرق زیر گزارش نشده است:

■ از طریق تماس عادی در خانواده، محیط کار یا مدرسه،

■ از راه دست دادن، بغل کردن، بوسیدن

■ استفاده از غذاخوری مشترک، گوشی تلفن، لباس، استخر شنا، توالی

■ عطسه، سرفه و نیش حشرات

راه های عمده انتقال ایدز در مناطق مختلف جهان یکسان نیست و بر اساس رفتارهای پر خطر زمینه ساز آلودگی، فرهنگ و سنن حاکم بر روابط انسان ها در جوامع گوناگون متفاوت است. اعمال سیاست های پیشگیری از HIV در جامعه، مستلزم بررسی اپیدمیولوژی انتقال آن و شناخت گروه های در معرض خطر است. راه های انتقال ایدز در ایران، در آغاز همه گیری فقط از طریق دریافت خون و فرآورده های خونی بود که در طول سال های اخیر تغییر کرده است، تدریجاً میزان آلودگی از طریق آمیزش جنسی افزایش یافته، به طوری که از هر ۳۰ نفر آلوده در نیمه اول سال ۷۱، ۵۵٪ از راه آمیزش آلوده شده بودند. از سال ۷۵ به بعد استفاده سرنگ مشترک بین معتادین در داخل زندان های کشور از الگوهای مهم انتقال به شمار می آمد. براساس آخرین آمار در سه ماهه سوم ۸۴ اعتیاد تزریقی هنوز نیمی از موارد انتقال ایدز در کشور را تشکیل می دهد و ۲۲٪ از طریق تماس جنسی آلوده شده اند.

گروه های پرخطر بیماری عبارتند از:

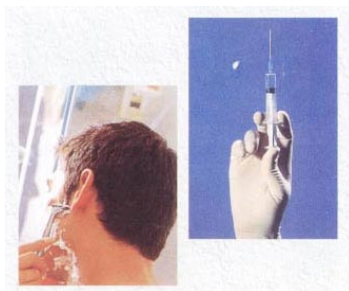
■ مصرف کنندگان مواد تزریقی

■ زندانیان دارای رفتارهای پرخطر

■ زنان خیابانی

■ بیماران آمیزشی

- مردان همجنس باز
- رانندگان ترانزیت دارای رفتارهای پرخطر
- همسران معتادان تزریقی
- بیماران تحت درمان مکرر با خون و فرآورده‌های خونی
- جوانان دارای رفتارهای پرخطر



شکل ۲-۱۴- استفاده از سرنگ و ابزار تیز آلوده مشترک از شایع‌ترین علل انتشار بیماری

سطوح پیشگیری از بیماری براساس راه‌های انتقال و شناخت گروه‌های پرخطر به شرح زیر قابل اجراست:

پیشگیری اولیه (سطح اول) به منظور حفظ افراد سالم در جامعه:

- آموزش جامعه به‌خصوص دانش‌آموزان توسط کارکنان بهداشت عمومی و بهداشت مدارس با تاکید بر این واقعین که دارا بودن شرکاء جنسی متعدد و اعتیاد تزریقی، باعث افزایش خطر بروز عفونت ناشی از HIV می‌شود. دانش‌آموزان باید در مورد ترک یا کاهش عادات زمینه ساز انتقال HIV راهنمایی شوند و آموزش مهارت‌های زندگی در آن‌ها تقویت شود.
- افزایش سطح آگاهی جوانان درخصوص لزوم اجتناب از تماس جنسی اعم از راه‌های طبیعی یا انحرافی با افرادی که دچار عفونت ناشی از HIV یا مشکوک به آن هستند. ضمناً باید به افراد جامعه تعلیم داده شود که در یک زندگی زناشویی طولانی، مشروط بر اینکه هر دو زوج جنسی، مقید به تک همسری (Monogamy) باشند خطری از جانب ویروس HIV آنان را تهدید نخواهد کرد.
- اعمال روش‌های کاهش آسیب برای معتادان تزریقی، برنامه تهیه یا تعویض سرنگ در زندان‌ها، تحت درمان قراردادن معتادان تزریقی و کنترل روش‌های مصرف مواد مخدر و تغییر فرهنگ استفاده از تزریقی به

تدخینی

- آموزش نحوه استفاده از ابزار و وسایل نوک تیز در سطح جامعه به خصوص درصنوف آرایشگران و ترویج فرهنگ استفاده از وسایل شخصی یا یکبار مصرف،
- پیشگیری از انجام فعالیت‌های غیربهداشتی تهاجمی مثل خال کوبی و حجامت
- کنترل فرآورده‌های خونی از نظر سلامت انتقال بیماری‌های خون‌زاد از جمله HIV
- نظارت بر استریلیزاسیون مناسب تجهیزات و ابزارهای جراحی

پیشگیری از انتقال HIV در کارکنان حرفه‌های پزشکی

- خودداری از تماس با خون و فرآورده‌های خونی، اعم از مواردی که مشکوک به آلودگی با HIV بوده یا نیستند، یک اصل کلی در مراقبت‌های همه‌جانبه پزشکی است.
- شستشوی دست‌ها پس از معاینه تمامی بیماران توصیه می‌شود
- پوشیدن دستکش، در صورتی که احتمال تماس با خون و فرآورده‌های خونی وجود دارد، توصیه می‌شود. در این موارد نیازی به استفاده از گان و عینک محافظتی و ماسک، نیست مگر در مواردی که احتمال ترشح یا پاشیدن مایعات آغشته به خون به مخاط‌های بدن وجود داشته باشد.
- افرادی که دچار آسیب پوستی، ضایعات باز یا مبتلا به درماتیت هستند بایستی از تماس مستقیم با مبتلایان به ایدز، یا وسایل و تجهیزات و مواد آلوده، خودداری کنند.
- در صورت تماس پرسنل پزشکی با مایعات آلوده بیمار:
 - اگر وضعیت فرد بیمار، روشن نباشد بایستی از نظر آلودگی به HIV و هیپاتیت B بررسی شود و در صورت امتناع بیمار یا عدم همکاری، باید آلوده در نظر گرفته شود.
 - اگر فرد آلوده به HIV باشد، باید:
- آزمایشات لازم بررسی آلودگی به HIV برای فرد تماس یافته باید هرچه سریع‌تر بعد از تماس و نیز به فاصله ۱۲ هفته، ۲۴ هفته و یک‌سال بعد انجام شود.
- استفاده از Zidovudine به عنوان کموپروفیلاکسی (وگاهی همراه با Indinavir و Lamivudine) توصیه می‌شود.
- بروز هر علامت یا بیماری حادی در وی باید به‌طور جدی بررسی شود.

- بستری افرادی که دچار عفونت ناشی از HIV هستند نیازی به اطلاق اختصاصی و جداگانه ای ندارد مگر در مواردی که به دلیل وجود بیماری های فرصت طلب، نیاز به ایزولاسیون تنفسی، تماسی یا مواظبت های روده ای باشد
- نمونه های ارسالی بیمار به آزمایشگاه باید برچسب داشته باشد تا کارکنان آزمایشگاه از احتمال آلودگی آن ها مطلع شوند.

پیشگیری سطح دوّم برای کنترل بیماری:

- پیشگیری داروئی (کمپروویلاکسی) به منظور جلوگیری از بروز عفونت های ثانویه
 - در صورت کاهش تعداد لنفوسیت های T نوع CD4+ به کمتر از ۲۰۰ عدد در میکرولیتر، احتمال بروز پنومونی ناشی از پنوموسیستیس کارینی افزایش می یابد و شروع کوتریموکسازول با دز ۲ قرص در روز لازم است. در بیمارانی که قادر به تحمل سولفامیدها نیستند می توان از داروهای دیگری نظیر داپسون / پریمتامین، یا کلیندامایسین / پریمتامین، استفاده نمود.
 - در صورت کاهش تعداد لنفوسیت های T نوع CD4+ به کمتر از ۱۰۰ عدد در میکرولیتر بر احتمال عفونت های ناشی از مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس افزوده می شود و میتوان از داروهای نظیر ریفاپوتین، آزیترومایسین یا کلاریترومایسین، استفاده نمود.
 - در صورتی که قطر PPD مبتلایان به عفونت ناشی از HIV حداقل ۵ میلی متر باشد با تجویز یک دوره یکساله INH ممکن است بتوان از تبدیل عفونت سلی به بیماری سل، جلوگیری نمود.
 - از آنجا که عفونت ناشی از ارگاناسم های کپسولداری نظیر هموفیلوس آنفلوآنزا و پنوموکوک در مبتلایان به عفونت ناشی از HIV وجود دارد، واکسیناسیون علیه این عوامل توصیه می شود.
- پیشگیری به منظور بازگرداندن سلامتی افراد بیمار و جلوگیری از بروز عوارض
 - با به کارگیری رژیم های درمانی اختصاصی، سرکوب تکثیر ویروس HIV می توان بر طول عمر مبتلایان به HIV و کیفیت زندگی آنان افزود.

- با درمان عفونت های عارض شده در زمینه ایدز، نظیر سل، پنومونی ناشی از پنوموسیستیس کارینی، توکسوپلاسموز و سایر عفونت های درمان پذیر، می توان بر طول عمر این بیماران افزود.
- با توجه به روش های انتقال بیماری نیازی به ایزولاسیون افراد HIV مثبت نمی باشد زیرا اقدام موجه و موثری به حساب نمی آید. احتیاط های استاندارد، بایستی در مورد کلیه بستری شدگان در بیمارستان ها اعمال شود و در بیماران مبتلا به AIDS اقدامات احتیاطی متناسب با عفونت هایی که در این زمینه، رخ می دهد بایستی صورت گیرد.
- وسایل آلوده به خون و ترشحات بیماران، باید ضد عفونی شوند. ضمنا فضولات و ترشحاتی که بطور قابل رویت به خون و ترشحات بدن آلوده شده اند بایستی با استفاده از محلول های سفیدکننده یا میکرب کش توبرکولوسیدال ضد عفونی شوند.
- واکسیناسیون در نوزادان و کودکان متولد از مادر آلوده به HIV مطابق جدول ۲-۹ است.

جدول ۲-۹- واکسیناسیون نوزادان و کودکان متولد از مادر آلوده

سن	نام واکسن
بدو تولد	BCG ,OPV ,Hep B
۶ هفتگی	DTP ,OPV ,Hep B ,Hib23
۱۲ هفتگی	DTP ,OPV , Hib
۱۸ هفتگی	DTP ,OPV
۶ ماهگی	Influenza Vaccine ,Hib
۹ ماهگی	MMR , Hep B
۱۵ ماهگی	Hib ,MMR
آخر دو سالگی	Pneumovacc
۶-۱۲ سالگی *	MMR

- Td هر ده سال تکرار شود .
- MMR در شش سالگی در صورتی که شمارش سلول های CD4+ بیش از ۱۵٪ یا بالای ۲۰۰ باشد و یا بدون علائم ایدز باشد صورت گیرد.
- هیچ واکسن زنده (BCG و MMR و آبله مرغان) در بیماران در مرحله ایدز تلقیح نشود .
- تمام کودکان متولد شده از مادران آلوده به HIV، باید واکسیناسیون معمول را انجام دهند و انجام واکسیناسیون نباید تا مشخص شدن وضعیت ابتلا به HIV به تعویق افتد
- بر اساس توصیه WHO واکسن OPV در کشورهای در حال توسعه و نیز کشورهایی که پولیوی وحشی ریشه کن نشده است همچنان توصیه می شود . لازم به توضیح است که در هزاران کودک متولد شده از مادران آلوده به HIV که واکسن OPV را دریافت کرده اند تاکنون هیچ مورد پولیومیلیت پارالیتیک مربوط به واکسن گزارش نشده است .
- سرخک فقط در کودکان با CD4 بیشتر از ۱۲۰۰ یا بدون علائم بالینی ایدز، تجویز گردد .

■ واکسن پنوموкок ۲۳ ظرفیتی باید به تمام کودکان در سن دو سالگی و به کودکان بزرگ تر در زمان تشخیص عفونت HIV تزریق شود .

■ پیشگیری انتقال از مادر به کودک از طریق پیگیری زن باردار آلوده به HIV/AIDS :

- از آنجا که ریسک انتقال آلودگی از مادر بارداری که تحت درمان پیشگیری با داروهای ضد رتروویروسی قرار نمی گیرد، به کودک حدود ۳۰٪-۲۵٪ است، شناسایی هرچه بیشتر زنان و یا مادران بارداری که سابقه خطر مثل سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر در خود یا همسر دارند و نهایتاً ارائه خدمات پیشگیری برای آنها اهمیت زیادی دارد. در کل توصیه می شود که زنان آلوده به HIV باردار نشوند و در صورت بارداری توصیه به ختم بارداری میشود و در صورتی که مادر باردار با وجود مشاوره و آگاهی لازم اصرار به ادامه بارداری داشته باشد، باید برای وی با هر میزان از CD4 که داشته باشد، درمان پیشگیری با سه داروی ضد رتروویروسی موجود شروع شود.
- درمان پیشگیری تا زمان زایمان و در حین زایمان، ادامه می یابد . هدف از درمان پیشگیری مادر آلوده، کاهش ویرمی و در نتیجه کاهش خطر انتقال به کودک است.
- ادامه درمان پیشگیری برای مادرانی که واجد شرایط درمان ضد رتروویروسی نیستند، لزومی نداشته و درمان پیشگیری پس از زایمان قطع می شود.
- در حال حاضر عمل سزارین در صورت الکتیو بودن، توصیه می شود و در غیر این صورت، ریسک عمل سزارین با زایمان طبیعی تفاوت چندانی نخواهد داشت.
- لازم است تجویز داروهای ضد رتروویروسی در حین زایمان نیز ادامه یابد. شروع فوری درمان پیشگیری در اولین ویزیت مادر باردار حتی اگر این ویزیت در حین زایمان باشد، توصیه می شود.

■ پیشگیری انتقال از مادر به کودک از طریق پیگیری نوزاد متولد شده از مادر آلوده به HIV/AIDS:

- باید توجه کرد تا در حین سزارین یا زایمان طبیعی کمترین صدمه به نوزاد وارد شود و بلافاصله پس از تولد، پوست و مخاط کاملاً شستشو داده شوند .
- پس از حدود ۸ ساعت از زمان تولد زیدوودین ۲mg/kg/dose خوراکی هر ۶ ساعت (ترجیحاً شربت) همراه با دو داروی لامیوودین با دوز ۲ mg/kg/dose دوبار در روز و

نلفیناویر با دوز $50-40 \text{ mg/kg/dose}$ سه بار در روز به مدت ۶ هفته برای نوزاد تجویز می‌شود.

- نوزاد باید به جای شیرمادر با شیر مصنوعی تغذیه کند زیرا تغذیه با شیرمادر با افزایش احتمال انتقال آلودگی همراه است.



شکل ۲-۱۵- نوزادان متولد شده از مادر مبتلا باید در دو ماه اول تولد درمان ضد رتروویروسی دریافت کنند

- با توجه به عبور آنتی بادی های ضد HIV از جفت انجام آزمونهای الایزا و وسترن بلات در چند ماه اول تولد ارزش تشخیصی ندارند. حساسیت PCR (DNA, RNA یا RT) در زمان تولد ، بین ۳۰ تا ۵۰٪ است ، اما بعد از ۴ تا ۶ ماه از تولد ، به ۱۰۰٪ میرسد . بهتر است این آزمایش در صورت امکان هر چه سریعتر انجام شود. اگر جواب آزمایش نخست منفی شود ، باید آزمایش را مجدداً در ۴ تا ۶ ماهگی تکرار نمود.
- وجود یک آزمایش مثبت، تشخیص را اثبات نمی کند و باید متعاقباً با استفاده از آزمایش‌های سرولوژیک تشخیص قطعی شود. تائید آلودگی در نوزاد توسط آزمایشات بررسی آنتی بادی (الایزا) بعد از ۱۸ ماهگی صورت می‌گیرد حتی در صورتی که قبلاً توسط PCR تشخیص داده شده باشد . انجام آزمایش الایزا در ۶ و ۱۸ ماهگی توصیه شده است .
- در صورتی که کودک زیر ۱۸ ماه با نتیجه مثبت سرولوژیک HIV ، دچار یکی از بیماری‌های همراه و نشانگر ایدز شود، تشخیص عفونت حتی در صورت نتیجه منفی ویروس شناسی (PCR و غیره) در او تائید می شود .

پیشگیری سطح سوم به منظور جلوگیری از پیشرفت عوارض:

- مداخله جراحی در مواقع لازم با رعایت اصول احتیاطات همه‌جانبه
- نوتوانی در موارد لازم و حمایت از وی در شبکه‌های اجتماعی سازمان‌یافته
- اعاده حیثیت اجتماعی در افرادی که به علت ابتلاء به HIV/AIDS احتمالاً شغل خود را از دست داده و منزوی شده‌اند

سایر اقدامات کنترلی

- اقداماتی که طی طغیان‌ها، همه‌گیری‌ها و پاندمی‌های بیماری باید انجام داد
 - تجهیز امکانات آزمایشگاهی کافی به منظور خدمت‌رسانی بهتر به مبتلایان و جلوگیری از انتقال ویروس به کارکنان آزمایشگاه
 - تجهیز امکانات کافی بیمارستانی به منظور بهبود وضع بیماران و پیشگیری از انتقال ویروس به کارکنان و سایر بیماران
 - کنترل همه‌گیری رعب و وحشت از طریق رسانه‌های گروهی
- اقداماتی که طی بروز حوادث و سوانحی نظیر سیل، زلزله، آتشفشان، جنگ و امثال آن باید انجام داد
 - لازم است از تجویز فرآورده‌های خونی کنترل نشده، اجتناب شود
 - کارکنان اورژانس نیز باید از همان اقدامات احتیاطی عمومی که در رابطه با کارکنان بهداشتی، ذکر شد تبعیت نمایند. در صورت عدم وجود دستکش لاستیکی و آلودگی پوست بدن به خون باید هرچه سریعتر شسته شود.
 - در صورت انجام اقداماتی که با احتمال پاشیدن خون یا مایعات خونی همراه است باید از ماسک، کلاه و لباس‌های محافظ، استفاده شود.
 - مراکز انتقال خون اورژانس، باید با اخذ شرح حال و مشاوره مناسب در خصوص رفتارهای پرخطر از سلامت خون اهداءکنندگان اطمینان حاصل کنند و ترجیحاً از دهنده‌گانی که قبلاً از نظر آنتی‌بادی ضد HIV منفی بوده‌اند استفاده کنند.

شناخت دقیق پاتوفیزیولوژی، مراحل و سیر بالینی بیماری:

شناسایی دقیق بیماری برای پیگیری و مراقبت بیمار براساس آنچه در بخش‌های ابتدایی بحث آمده است، یک اصل ضروری و انکارناپذیر در پیگیری بیماران، پیشگیری و مقابله با بیماری است.

جلوگیری از تظاهرات ثانویه بیماری HIV:

- **کمک به تشخیص زودرس بیماری:** تشخیص زودرس منافی را برای بیمار و اجتماع دارد. حمایت‌های اجتماعی - روانی و درمان‌های طبی می‌تواند قبل از بروز بحران در سلامت جسمی بیمار آغاز شود. ارزیابی مناسب اولیه می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از تظاهرات بعدی داشته باشد (جدول ۲-۷)
- **پایش عمل‌کرد ایمنی و بار ویروس:** تعداد سلول CD4 شاخصی مفید در نشان دادن عمل‌کرد سیستم ایمنی مشکلات بالینی و پیش‌آگهی بیمار است. آزمون‌های بررسی بار ویروس بخش مهمی از رسیدگی به بیماران HIV را تشکیل داده، راهنمای مهمی در شروع و ادامه درمان‌های ضد‌رترو ویروسی هستند.
- **بررسی تماس‌های قبلی با عفونت‌های بالقوه فرصت طلب:** عفونت‌های عمده فرصت طلب که در طول عفونت HIV رخ می‌دهند توسط ارگانسیم‌هایی ایجاد می‌شوند که یا درون بدن انسان نهفته بوده یا به‌وفور در محیط پراکنده است ولی در شرایط عادی برای افراد معمولی بیماری‌زا نیستند. انجام آزمایش‌های عوامل بیماری‌زای خاص بخشی از ارزیابی اولیه را تشکیل می‌دهند و نتایج آن‌ها پزشک و بیمار را برای پیشگیری از ابتلاء، درمان به‌موقع و یا جلوگیری از ایجاد عوارض شدیدتر راهنمایی خواهند کرد.
- **تجویز پروفیلاکسی ضد میکروبی:** پروفیلاکسی ضد میکروبی نقش مهمی در بهبود کیفیت و کمیت زندگی افراد آلوده به HIV ایفا می‌کند. مثلاً تجویز کوتریموکسازول در افرادی که تعداد سلول CD4 زیر ۲۰۰ در میکرولیتر دارند، میزان وقوع پنومونی پنوموسیستیس کارینی و انسفالیت توکسوپلاسمایی را به شدت کاهش می‌دهد.

جدول ۲-۷- ارزیابی اولیه بیمار آلوده به HIV

شرح حال
<ul style="list-style-type: none"> روانی: ارزیابی اضطراب، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس و انکار بیمار اجتماعی: بررسی میزان برخورداری از حمایت‌ها و ارتباطات، فاش شدن تشخیص بین دوستان و آشنایان، مصرف الکل و مواد مخدر، استنباط بیمار از روابط جنسی سالم، هم‌جنس بازی، تلاش برای جلب اعتماد بیمار عوامل خطر و تماس‌های احتمالی: سایر مسایل طبی مثل سابقه بروز هرپس سمپلکس (تبخال)، هرپس زوستر، بیماری کبدی، برونشکتازی، مصرف هرگونه دارو از جمله کورتیکواستروئیدها که موجب بروز عوارض خواهند شد.
معاینه بالینی
<ul style="list-style-type: none"> توزین بیمار و ثبت در پرونده پزشکی بررسی حفره دهان معاینه پوست و مخاط‌ها معاینه عصبی بررسی غدد لنفاوی و لنفادنوباتی بزرگی احشاء معاینه چشم در مردان هم‌جنس باز پروکتوسکوپی و معاینه مقعدی از نظر عفونت مزمن ناحیه، فیستول مقعدی و کارسینوم سلول سنگفرشی بررسی بیماری‌های مقاربتی از جمله سوزاک حلقی، مقعدی، پیشابراهی و اندوسرویکال که ممکن است بدون علامت باشند
آزمایش‌ها
<ul style="list-style-type: none"> بررسی HIV حداقل یک آزمون ELISA برای HIV و یک آزمون وسترن بلات بررسی وضعیت عمل کرد ایمنی: تعداد سلول‌های CD4 و CD8 و درصد CD4 نسبت به کل لنفوسیت‌ها ارزیابی ریبونوکلیک اسید پلاسمایی ویروس (بار ویروسی): به عنوان راهنمایی برای تعیین پیش‌آگهی و تصمیم‌گیری درمان ضد رتروویروسی به کار می‌رود. شمارش کامل سلول‌های خونی و آزمون‌های عمل‌کرد کبدی بررسی عفونت‌های هم‌زمان ۲، ۴: از نظر سیفیلیس، سوزاک، هیپاتیت A, B, C، ویروس سائیتومگال، ویروس ایشترین بار، توکسوپلازما گوندئی و در مراحل نهایی بیماری آزمایش برای مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس لازم است. انجام آزمون مانتو برای بررسی عفونت سل لازم است. در مرحله ضعف ایمنی پیش‌رفته، نتیجه آزمون قابل اعتماد نیست. اگر بیمار واقعاً در معرض سل بوده است، از وی عکس قفسه سینه بگیرید. پاپ اسمیر: برای زنان لازم است.

مداخله در برابر بیماری:

■ استفاده از درمان ضد رتروویروسی به‌طور مناسب: درمان‌های ترکیبی جدید که با بررسی میزان بار ویروس کنترل می‌شوند، می‌توانند اثرات مفیدی روی کیفیت و طول زندگی افراد آلوده داشته باشند. درمان ضد ویروسی می‌تواند اثرات جانبی ناخوشایندی هم داشته باشند. تصمیم به شروع درمان باید توسط بیمار گرفته شود. پزشک درمان‌گرد باید تمامی اطلاعات مربوط به این تصمیم‌گیری را در اختیار بیمار قرار داده، معنا و نتایج آزمون‌های بالینی و تاثیرات داروهای ضد ویروسی را برای او توضیح دهد.

²⁴ در نقص ایمنی پیش‌رفته، آزمایش برای این بیماری‌ها ممکن است نتیجه مثبت کاذب داشته باشد

■ **آزمون‌های بالینی برای دستیابی بیمار به درمان‌های جدید:** پروفیلاکسی ضد میکروبی، درمان

ضدرتروویروسی و درمان‌های تقویت سیستم ایمنی روز به روز در حال توسعه و پیشرفت هستند. این آزمون‌ها بیشترین امید احتمال درمان‌های بهتر در آینده را برای افراد مبتلا به HIV تشکیل می‌دهند.

■ **تشخیص سریع و درمان به موقع عفونت‌های فرصت طلب:** آموزش علائم خطر ابتلا به عفونت‌های فرصت

طلب به بیماران نقش مهمی در تشخیص و درمان به موقع آن‌ها ایفا می‌کند و از بروز عوارض شدید و این بیماری‌ها جلوگیری می‌کند. در درمان عفونت‌ها اغلب تجویز مقدار بالای دارو و دوره‌ی طولانی درمان لازم است. مشکل تداخل دارویی و واکنش‌های دارویی شایع بوده، باعث عدم پذیرش درمان توسط بیمار خواهد شد و نیاز به پیگیری مداوم، بستری و جلب مشارکت اطرافیان بیمار دارد.

جدول ۲-۸- طیف مداخلات و برنامه‌ریزی طبی

جلوگیری از انتقال
نقش آن قبل از آلودگی آغاز می‌شود. در عفونت اولیه و نقص ایمنی پیش‌رفته یعنی زمانی که بار ویروس قابل کشت در خون بالاست، خطر انتقال زیاد است.
تشخیص
تشخیص عفونت HIV در امور بالینی بستگی به کلیدهای الگوی زندگی و وضعیت بالینی فرد دارد. حوادث متعدد و متفاوت بالینی در دوره طولانی مدت بدون علامت اتفاق می‌افتد. در اغلب موارد عفونت اولیه HIV تشخیص داده نمی‌شود. در یک مطالعه در انگلستان ۴۹٪ بیماران مبتلا کمتر از ۹ ماه از بروز اولین بیماری معرف ایدز اطلاع پیدا کرده‌اند.
مشارکت مراقبتی پزشکان عمومی و متخصصان
پزشکان عمومی در کل دوره پیگیری بیمار نقش دارند و با کمک کارشناسان بهداشتی نقش مراقبتی خود را برای بیمار ایفا می‌کنند. متخصصان نیز در مواقع بحرانی نظیر عفونت اولیه، بیماری‌های حاد در طول دوره‌ی بدون علامت، شروع و تغییر درمان ضد رتروویروسی، درمان عفونت‌های فرصت‌طلب و بدخیمی‌ها مشارکت اساسی خواهند داشت.
تشکیل تیم مراقبتی
در کل دوره مراقبت مهم است. به خصوص در بحران‌های فیزیکی و روانی اهمیت ویژه‌ای خواهد داشت.
درمان ضد رتروویروسی
زمان شروع درمان هنوز نامعلوم است و با پیدایش داروهای جدید تغییر خواهد کرد. با درمان عفونت اولیه تعدیل خواهد شد به‌جز در کاهش سلول CD4 به کمتر از ۵۰۰ عدد در میکرولیتر و افزایش شدید بار ویروسی در مواقع دیگر درمان ضد رتروویروسی توصیه نمی‌شود.
پیشگیری دارویی ضد میکروبی
تجویز داروها برای پیشگیری از عفونت‌های ضد میکروبی زمانی توصیه می‌شود که تعداد سلول‌های CD4 به زیر ۲۰۰ عدد در میکرولیتر رسیده باشد. با این کار پیشرفت چشم‌گیری در کمیت و کیفیت زندگی افراد آلوده به HIV پدید آمده است.
رسیدگی به عفونت‌های فرصت‌طلب و بدخیمی‌ها
تشخیص و درمان به‌موقع عفونت‌های فرصت‌طلب و بدخیمی‌ها نیاز به مداخله فعال و بررسی مداوم دارد.
مراقبت تسکینی و حمایت روانی
بهترین تسکین با مداخله فعال و درمان امکان‌پذیر است و باید توأم با مراقبت تخصصی باشد.

■ **کنترل علایم با درمان‌های حمایتی:** مراقبت تسکینی یک مفهوم گسترده طبی فراتر از رسیدگی به درد یا مراقبت بیماران بدحال در مراحل آخر بیماری شامل تمامی روش‌هایی است که می‌توان با آن‌ها درد و رنج بیماران را تخفیف داد. مثل درمان فعال تمام عفونت‌های فرصت طلب و بدخیمی‌ها که به بیماران آلوده HIV امکان نگرش مثبت به زندگی را می‌دهد.

استفاده از تیم مراقبتی چند منظوره:

■ **ایجاد مراقبت مشارکتی:** مراقبت طبی از فرد آلوده به HIV باید بر پایه یک ارتباط صادقانه و آگاهانه بین بیمار و پزشک مراقبت اولیه (معمولاً یک پزشک عمومی) و پزشک متخصص HIV استوار باشد. تمام بیماران نیازمند یک پزشک مراقبت‌های اولیه هستند که در دسترس باشد. بسیاری از آن‌ها در مراحل مختلف بیماری نیاز به بستری در بیمارستان و دریافت خدمات تخصصی دارند. دستیابی سریع و به‌موقع به این خدمات نیازمند وجود تیم مراقبتی است که در مراحل مختلف پیگیری بیماری با هم هماهنگ باشند.

■ **جلب مشارکت کارشناسان:** تشکیل یک تیم چند منظوره از کارکنان بهداشتی مؤثرترین راه درمان، آموزش و حمایت از افراد آلوده به HIV است. پیشرفت بیماری HIV می‌تواند با یک سری بحران‌های جسمی و روانی مثل آشکار شدن علایم بیماری، اولین تظاهرات ضعف ایمنی، اولین بیماری معرف ایدز، از دست دادن کار و ... تشدید شود. یک مشاور با تجربه که در تماس نزدیک با پزشک و بیمار است، می‌تواند به تخفیف پریشانی‌های بیمار کمک کند. یافتن یک دندان‌پزشک برای رسیدگی به مشکلات دهان و دندان بیماران بخشی از مسؤلیت تیم است.



شکل ۲-۱۶- دندانپزشک یکی از اعضای مهم تیم مراقبت HIV/AIDS

در مراحل نهایی بیماری یاری مددکاران اجتماعی حیاتی است تا در مسیر پرپیچ و خم شبکه‌های حمایتی اجتماعی و دولتی بیماران را یاری دهند. درمان در منزل هم به‌عنوان یک جنبه مهم از مراقبت بیماری پیش‌رفته و نیازمند رابطه مبسوط بین پزشک و شبکه حمایتی اجتماعی است.

■ **تداوم مراقبت‌ها درون تیم:** مشارکت پزشک عمومی و متخصص باید شامل تمام جنبه‌های مراقبت و در راستای تلاش سایر کارکنان بهداشتی باشد. هدف نهایی اطمینان از تداوم مراقبت‌ها بین بیمارستان، پزشک عمومی، شبکه حمایت اجتماعی و منزل است.

■ **حفظ اسرار بیمار درون تیم:** با وجود تمام تلاش‌هایی که در رسانه‌ها برای افزایش آگاهی در مورد ایدز و راه‌های انتقال آن می‌شود، هنوز هم این بیماری به‌عنوان یک بیماری ننگ‌آور محسوب می‌شود. برای برخی بیماران آشکار شدن عفونت موجب از دست دادن شغل و مشکلات ارتباط خانوادگی می‌شود. بیشتر موارد فاش شدن اسرار بیمار نه از طریق پزشک بلکه از طریق منشی و سایر کارکنان انجام می‌شود. گاهی بیمار برای حفظ اسرار بیماری خود ترجیح می‌دهد مثلاً داروهای تجویزی را از داروخانه‌ای دورتر از محل زندگی خود تهیه کند. پزشک باید مطمئن شود تمام کسانی که در مراقبت از بیمار آلوده به HIV دخالت دارند، مساله محرمانه بودن مشخصات بیمار را شدیداً رعایت می‌کنند.

کمک به بیمار برای ارتقاء سطح سلامتی:

■ **ارائه اطلاعات به بیمار در خصوص بیماری:** اکثر افراد آلوده به ویروس HIV در بیشترین زمان ابتلاء به بیماری، سلامت جسمی خوبی دارند و به‌همین دلیل باید اطلاعات کافی در خصوص بیماری‌شان داشته باشند تا به‌موقع برای دریافت خدمات حمایتی مراجعه و کنترل زندگی خود را به‌دست بگیرند. احساس کنترل بیماری احساس سلامتی و شادابی است.

■ **آموزش پایش سلامتی و حفظ آن به بیمار:** با تشویق بیمار برای اقدام به بهبود وضعیت سلامتی خود نظیر تغییر در رژیم غذایی، ورزش و روش‌های استراحت می‌توان نتایج مثبت و خوبی به‌دست آورد. پایش وضعیت سلامتی خود (اطلاع از تعداد سلول CD4 و بار ویروسی) به بیمار امکان خود ارزیابی و بررسی کفایت درمان‌های طبی و سایر مداخلات را می‌دهد.

■ **ارائه اطلاعات درست در مورد پیش‌آگهی بیماری به بیمار:** بدلیل تفاوت‌های فردی بروز علائم بیماری، تعیین دقیق پیش‌آگهی بسیار سخت است. اما برنامه‌ریزی برای دسترسی بیمار به بیشترین اطلاعات

ضروری است. در کل میزان پیش رفت عفونت HIV به ایدز سالانه ۵٪ است بنابراین پس از گذشت ۱۰ سال از آلودگی ۵۰٪ بیماران وارد مرحله ایدز شده‌اند.

■ **ایجاد آمادگی در بیمار قبل از بروز بحران با آموزش‌های لازم:** دانستن احتمال بروز مشکلات بیماری در هر مرحله از بیماری به بیمار امکان کشف زودهنگام نشانه‌ها را می‌دهد مه به نوبه خود باعث تشخیص و درمان سریع می‌شود. لازم است بیماران از عمل کرد ایمنی اخیر خویش و این که چه علایمی باید سریعاً گزارش و پیگیری شوند مطلع باشند. تاخیر در تشخیص عفونت‌های فرصت طلب عمده منتهی به مرگ و میر زیادی می‌شود.

اطمینان از دسترسی بیمار به حمایت‌های بهداشتی و اجتماعی:

■ **راهنمایی بیمار در خصوص شبکه بهداشتی کشور:** آموزش به تنهایی برای افراد آلوده به HIV کمک کننده نیست. شبکه‌ها و مؤسسات بهداشتی در نظر برخی بیماران سد‌های ترس‌ناک به نظر می‌رسند. یک نقش عمده پزشک هماهنگی با شبکه بهداشتی در تمامی مراحل مراقبت بیماری است. کشف و از بین بردن ترس از شبکه‌ها و مراقبت مؤسساتی نیز از وظایف مهم پزشک است. شبکه بهداشتی موجود در کشور شامل کلینیک‌های مشاوره سراسر کشور با استفاده از کادر آموزش دیده نقش تیم مراقبتی را برای بیمار ایفا خواهند کرد. ضمن این که ارتباط بیمار با پزشک خود نیز حفظ خواهد شد و حمایت‌های ضروری در مواقع لزوم به بیمار ارائه خواهد شد.

■ **تشویق بیمار برای پیوستن به شبکه‌های حمایتی:** تشکیلات سازمان یافته حمایتی برای بیماران خدمات مراقبت در منزل، مشاوره، آموزش و گروه درمانی را ارائه می‌دهند. این تشکیلات حمایت‌های فردی و گروهی قابل توجهی را فراهم می‌کنند و می‌توانند به‌عنوان بخشی از مراقبت بیمار مدنظر قرار گیرند.

بهداشت و سلامت اجتماعی:

■ **کسب اطمینان از آگاهی بیمار در خصوص روش‌های انتقال بیماری و رعایت آن:** با وجود برنامه‌های متعدد آموزشی اجتماعی، هنوز یک سردرگمی در مورد انتقال ایدز در جامعه وجود دارد. اغلب موارد بیمار برای سؤال کردن دودل است مگر این که توسط پزشک ترغیب شود. اصول ارتباط جنسی سالم باید به تمامی بیماران آموزش داده شود. حفظ و تداوم ارتباط جنسی برای بیمار آرامش روحی فراوانی ایجاد می‌کند. ایجاد

اطمینان در امکان برقراری ارتباط سالم به بیمار برای کاهش خطر ابتلا به شریک جنسی خود کمک می‌کند. مصرف‌کنندگان مواد مخدر باید به ترک ماده یا استفاده از روش‌های کم‌خطرتر ترغیب شوند.

■ **ترغیب بیمار برای اطلاع دادن تماس‌های بالقوه مسری:** بیمار ممکن است در اثر تماس با برخی افراد که هنوز از آلودگی خود اطلاعی ندارند، آلوده شده باشد و یا ممکن است تماس‌های بالقوه مسری با برخی افراد داشته باشد. پیگیری تماس‌های جنسی اهمیت زیادی دارد که با رعایت اصول مشاوره و حفظ اسرار بیمار توسط مشاور تیم مراقبتی قابل بررسی است

■ **استفاده از روش‌های جلوگیری شدید از آلودگی:** انتقال از طریق مداخلات طبی نادر است اما غیرممکن نیست. احتیاطات عمومی (استفاده از وسایل یک‌بار مصرف، استفاده از ابزارهای مقاوم به حرارت و ضدعفونی آن‌ها در اتوکلاو یا فور و استفاده از مواد ضدعفونی کننده برای سطوحی که با ترشحات بیمار آلوده شده‌اند) همیشه و برای همه اقدامات پزشکی ضروری و لازم‌الاجراست.

■ **آموزش بیماری به کارکنان بهداشتی:** تمامی کارکنانی که با افراد آلوده با HIV سروکار دارند - صرف‌نظر از درجه و مقام کاری خود مثل خدمه و نگهبان- باید محرمانه بودن اطلاعات بیمار را حفظ کرده به عزت نفس آن‌ها احترام بگذارند.

■ **تشکیل جلسات سیاست‌گذاری و نحوه اجرای شغلی:** سیاست‌گذاری مقابله با ایدز در تمامی کشورها به عنوان یک زمینه جدید متأثر از عوامل پزشکی، بهداشتی و اجتماعی در حال توسعه روزافزون است. ارائه مراقبت‌های بهداشتی، سرمایه‌گذاری، آزمون آنتی‌بادی HIV، آموزش افراد شاغل و عموم جامعه و کنترارل عفونت و ... همگی سؤالاتی بدنبال دارند که پاسخ به آن‌ها نیازمند دریافت اطلاعات سازمان یافته و موثق از جانب پزشکان است. علاقه‌وافر بیماران و اطلاعات آن‌ها در مورد علت اقدامات طبی، پزشکان را به این امر بیشتر ترغیب می‌کند.



شکل ۲-۱۷- جلسات کمیته دانشگاهی ایدز برای هماهنگی‌های بین بخشی و درون بخشی

■ **ایفای نقش مدافع در جامعه:** تصویب لوایح قانونی توسط انجمن‌های حمایت‌کننده نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در طی سالیان متوالی یک نقش مهم در اصلاح سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی داشته‌اند. پزشک باید یک نقش فعال در این فرآیند داشته باشد. حلقه ارتباطی مهمی بین سطح معلومات اجتماع و احساس سلامتی بیمار وجود دارد. هرگونه غفلت از سطح آگاهی عمومی موجب تبعیض فراوان می‌شود. تبعیض تهدیدی برای عزت نفس افراد آلوده، دسترسی آن‌ها به درمان و شبکه‌های حمایت‌کننده، امنیت شغلی، مسکن یا حتی امنیت جانی آن‌ها در خیابان خواهد شد. پزشکان و کارشناسان بهداشتی در موقعیتی قرار دارند که بایستی جامعه را آموزش داده، به تحمل و صبر و رعایت اصول دوستانه ترغیب کنند.



شکل ۲-۱۸- توزیع بروشورهای بهداشتی برای افزایش سطح آگاهی جامعه

۱. دستور العمل کشوری نحوه برخورد بالینی با مبتلایان به HIV/AIDS/ وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت - مرکز مدیریت بیماری‌ها (مصوبه کمیته کشوری مراقبت و درمان - بازبینی شده در مهر ماه ۱۳۸۳)
۲. مراقبت از بیماران HIV: استوارت، گرامی؛ ترجمه دکتر محمدرضا شریعت زاده و دکتر هوشنگ سلیمانی؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ اداره کل مبارزه با بیماری‌ها- چاپ اول تابستان ۱۳۸۰.
۳. راهنمای پیشگیری از هپاتیت و ایدز: حکیم زاده، کامران؛ مرکز مدیریت بیماری‌ها؛ تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۰.
۴. اپیدمیولوژی و کنترل ایدز: حاتمی، حسین؛ کتاب جامع بهداشت عمومی.
5. CECIL ESSENTIALS of MEDICINE: ANDREOLI, W.B. Saunders Company, Sixth Edition - 2004.
6. CDC Guidelines for National HIV Case Surveillance, including Monitoring for HIV Infection and AIDS :1999;48
7. AIDS: epidemic update/ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) World Health Organization (WHO) / E 05.19/(English original, December 2005)

«بخش ۳»

**الگوها و مؤلفه‌های برنامه اجرایی
پیشگیری از آیدز در محیط کار**

« بخش ۳ »

الگوها و مؤلفه‌های برنامه اجرایی پیشگیری از ایدز در محیط کار

آغاز کار الگوی یک کار تیمی

برای اجرا و بسط برنامه‌های مربوط به HIV/AIDS توسط مدیران و مسئولین دلایل زیادی وجود دارد. یک اقدام سریع جهت اجرای یک برنامه موفقیت‌آمیز طرح اجرایی HIV/AIDS در محل کار متوقف بر تشکیل یک تیم پرکار و علاقه‌مند می‌باشد. تیمی که تشکیل می‌گردد می‌بایست از زوایای مختلفی به سازمان نگریسته و اعضا این تیم تعهدات لازم را باید نسبت به این برنامه (HIV/AIDS) و مقبولیت (مورد اعتماد بودن) و مهارت‌های لازم را در مقایسه با دیگر افراد سازمان دارا باشند.

سازمان‌دهی یک مدیریت مشترک با کمیته برنامه ریزی HIV/AIDS در اتحادیه‌ها

کارکنان و اتحادیه‌های زیادی وجود دارند که سیاست‌ها و طرح و برنامه‌های HIV/AIDS در محل کار را بسط و اجرا نموده‌اند. اولین اقدام در پروسه برنامه‌ریزی شناسایی افراد مناسب از میان کارفرمایان و کارگران دارای انگیزه و علاقه می‌باشد. نکته بسیار مهم اینست که کمیته از نظر افراد به حد کافی کوچک باشد تا براحتی بتوان آنرا مدیریت

نمود. و تا آن حد بزرگ که معرف سازمان و افراد باشد. نکاتی را که به نظر میرسد در تشکیل کمیته می‌تواند کمک کننده باشد در ذیل مورد توجه قرار می‌دهیم:

۱. افراد انتخابی باید نماینده سلائق مختلف از سازمان و محل کار باشند:

توضیح: بیشتر سازمانهای بزرگ و متوسط مجموعه‌ای از کارکنانی هستند که طیفی از مسئولیتها و مهارتها را عهده‌دار می‌باشند که سازمانهای دیگر متأثر از برنامه‌ها و سیاستهای آنها هستند. معقول آن است که نمایندگان مختلفی در برنامه‌ریزیهای کمیته مداخله نمایند. شما برای یک مدیریت موفق به نمایندگان ادارات و اتحادیه‌ها، نمایندگانی از واحدهای تولید یا خدمات اداری و پشتیبانی نیاز خواهید داشت. با این تنوع افراد هست که از پوشش همه‌جانبه سیاستها و برنامه‌ها در محل کار می‌توان احساس اطمینان نمود.

۲. نمونه‌ای از اعضای یک کمیته برنامه‌ریزی HIV/AIDS محل کار

- مدیریت نیروی انسانی/ یا دیگر مدیران ارشد که پاسخگو سیاستها و منافع افراد می‌باشند. (مثل: رئیس بهداشت و سلامت - رئیس اداره آموزش)
 - رئیس اتحادیه بازنشستگی یا دیگر نمایندگان منتخب اداره از بین اعضاء سازمان
 - نماینده مالی (حسابدار شرکت)
 - مدیریت بیمارستان/ یا پرستاری
 - آموزش دهندگان همگن current or potential peer Educator
 - کارمندان و کارگرانی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند (این افراد باید به اختیار مشارکت نمایند)
 - نمایندگان اتحادیه سلامت و بهداشت و مدیر آموزش مربوط (ضروری نیست)
 - نماینده ستادی ارگانهای غیردولتی (NGO) که خدمات HIV/AIDS را ارائه می‌دهند (ضروری نیست)
- بطور حتم موفقیت کمیته در گرو مشارکت متناسب نمایندگانی از مدیران و غیر مدیران خواهد بود.

۳. حضور مناسب نمایندگان از همه ادارات و سطوح باضافه کارمندان و

کارگران دارای HIV/AIDS (اگر آنها علاقه‌مند و راغب باشند).

توضیح: آگاهی از نیازها و موضوعات مورد توجه افراد در همه سطوح از کارکنان بطور حتم در پوشش دادن تمامی افراد از نظر سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کمک شایانی خواهد نمود. اگر کمیته متشکل از کارکنان و مدیران باشد به بهترین وجه می‌تواند تمامی نیازهای کلیه کارکنان را در سیاست‌گذاری مورد توجه قرار دهد. اگر در میان کارکنان افراد HIV مثبت وجود دارند که تمایل دارند وضعیت خودشان را برای دیگری بازگو کنند، می‌توانند بسیار کمک کننده و مفید برای اعضاء کمیته باشند. آنها از هرکس دیگری بهتر می‌توانند اطلاعاتی درخصوص نگرانی افراد مبتلا به HIV/AIDS را به کمیته انتقال دهند.

۴. سازماندهی و عضویت نمایندگان سازمان یک بخشی جامع از روند

برنامه‌ریزی

توضیح: غالباً نمایندگان برای دیگر کارکنان یک منبع مورد اعتماد و قابل اتکاء از اطلاعات و تجارب ارزشمند را درخصوص به حداقل رساندن (تعدیل) نگرانی‌های اداره یا سازمان در اختیار دارند. آنها همچنین به شبکه‌ای از ارتباطات داخلی درخصوص موضوعات و مباحث حساسی که می‌توانند سرچشمه رویدادهایی گردند دسترسی دارند، شبکه‌ای از اطلاعات که برای دیگر کارکنان مفید خواهد بود. برخی از سیاست‌های مطرح شده HIV/AIDS محل کار ممکن است جمع‌بندی بخشی از موافقت‌نامه‌های به تصویب رسیده باشند. در دیگر ادارات، این توافقات بصورت یک بیانیه مختصر که راهنمای سیاست‌های توسعه باشند تجلی یافته است. بسیار مهم است که روسای ادارات از اعضاء فعال کمیته برنامه‌ریزی باشند. اگر سازمان در این امر یکپارچه نشده باشد، همین موضوع مهمترین عامل بازدارندگی و ملاحظه‌گری برای نمایندگان کارکنان خواهد شد.

۵. کمیته برنامه‌ریزی متضمن زنان و مردان

توضیح: این نکته‌ای است بسیار مهم با چشم اندازی متفاوت به مصالح و علائق زنان و مردان درباره HIV/AIDS که از اهمیت بسیار زیادی در طرح و برنامه‌های سازمان برخوردار است.

۶. مشارکت افرادی که در موضوع HIV/AIDS از شناخت خوبی برخوردارند.

توضیح: بدون شک صرف حضور نمایندگان زن یا مرد بخش خاصی از سازمان برای اثربخشی و غناء کمیته ضروری بنظر نمی‌رسد. یک کمیته قوی و توانمند مشوق مشارکت افرادی است که شناخت ارزشمندی از مشخصات و نشانه‌های HIV/AIDS در سازمان برخوردارند.

۷. مشارکت افرادی که از تواناییهای ارتباطی و حمایتی برای تصمیم‌گیریهایی

کمیته برخوردارند.

توضیح: کمیته برنامه‌ریزی باید متشکل از افرادی باشد که علاوه بر تمایل به مشارکت، سنجیده عمل می‌نمایند. مورد وثوق بودن آنها می‌تواند جو حمایتی را در سازمان شکل داده و ایجاد نماید. اشخاصی که دارای ارتباط کلامی مؤثر هستند از ارزش خاصی در کمک به تشریح کار و تصمیمات کمیته برخوردارند.

۸. حفظ بزرگی کمیته در حدی که بتوان آنرا مدیریت نمود.

توضیح: کمال مطلوب اینست که کمیته به حدی بزرگ در نظر گرفته شود تا کارکنان و علاقه‌مندان متعددی در کمیته حضور یابند. با این وجود کوچک بودن کمیته امری پسندیده است. تعیین اندازه کمیته مستقیماً به سبب و بزرگی سازمان شما ارتباط دارد. (معمولاً بین شش تا ده نفر)

۹. باز گذاشتن زمان برای تعدیل و تغییر تعداد اعضای کمیته و تصویب آن

توضیح: به هر طریق، اعضای کمیته ممکن است درباره روشهای، آشنایی با HIV/AIDS نظرات متفاوتی داشته باشند. شما می‌توانید برای حل این اختلافات با پردازش آنها، به روند برنامه‌ریزی کمک کنید. همچنین اطلاعات پایه‌ای مشترک درباره HIV/AIDS، اطلاعات زمینه‌ای تهیه شده و بدست آمده در کشور شما، در سازمان شما، بسیار کمک کننده خواهد بود. دست یافتن به یک احساس رضایت‌بخش مشترک از نظرهای متفاوت و مختلف ارائه شده و اختصاص زمان کافی و بسنده برای خاتمه یافتن اختلافات بسیار مهم است. در جائیکه حل اختلافات سؤال

برانگیز و دشوار است، بهره‌گیری از یک تسهیل‌کننده خارجی (external facilitator) این اطمینان را به همه اعضا خواهد داد که همه حرفها شنیده خواهد شد و اینکه کار کمیته بخاطر مشاجرات و اختلاف نظرها دچار تأخیر و یا تعلل نخواهد شد.

۱۰. تعیین رهبری در کمیته

توضیح: هدایت و رهبری خوب یک عامل اساسی در تحقق یک برنامه و سیاستگزاری عملی و مؤثر بشمار می‌رود. یک یا دو انگیزه منحصر بفرد باعث مدیریت و رهبری بایسته و موفقیت برنامه‌ها در اجرا خواهد شد. گاهی اوقات رهبران در رأس هیئت مدیره، مدیر عامل و یا مدیران میانی هستند، ولی معمولاً اغلب آنها کارکنان و کارگران هستند. در ابتدا این امر برعهده یک یا دو مسئول از اداره پاسخگو در قبال مقوله HIV/AIDS برای شروع گردش کار می‌باشد. رهبران از گردانندگان تیم انتخاب خواهند شد تا اهداف برنامه‌ها و استراتژی‌هایی که تحقق آنها لازم و ضروری می‌باشد نادیده گرفته نشوند. درمورد روش انتخاب و تعیین و تأیید رهبران کمیته بدقت باید اندیشید.

اصول GIPA

بزرگترین جوامعی که افراد در آن با HIV/AIDS زندگی می‌کنند

در کشورهایمانند تایلند، بروندي (شرق کشور زئیر) و آفریقای جنوبی، افرادی که با بیماری HIV/AIDS زندگی می‌کنند نقش بسیار زیادی را در پیشگیری و مراقبت HIV بازی می‌کنند. در آفریقای جنوبی، کارگران HIV مثبت مزارع آموزش داده شده‌اند. توسط شرکت‌هایی مثل اسکوم (Eskom)، حمل و نقل امپریال، شرکت معدن لون مین (Lonmin) و روزنامه کشاورزی (کشت و کار) به آموزش پیشگیری و مراقبت در محل کار کمک می‌شود. این شرکتها بطور فوق‌العاده مؤثر در شناخت استیگما و افزایش آمادگی کارگران در مقابل HIV/AIDS نقش دارند.

فراهم آوردن زمینه حمایت مدیران ارشد و رهبران کار

برای اینکه یک برنامه HIV/AIDS محل کار با موفقیت به انجام برسد باید شاهد حمایت رؤسای ادارات و مدیران ارشد سازمان باشیم.

مدیریت: مطلوب اینست که شما حمایت مدیران را از آغاز و مراحل اولیه برنامه طلب نمائید و از بیشتر سرپرستان یا یک صاحب منصب دعوت بعمل آورید. اگر مراحل آغازین برنامه از حمایت سران اداره و سازمان بی‌نصیب گردد که در واقع یکی از وظایف اولیه، هم‌اندیشی و همراهی مدیران ارشد از سیاست HIV/AIDS و حمایت از پیشگیری و مراقبت از آن است، برای کارکنان و کارگران اینگونه تداعی خواهد شد که این برنامه یک سوداگری تجارت‌گونه می‌باشد.

مدیران ارشد بطور شایسته نگران هر دوجنبه، یعنی هزینه‌های برنامه‌ها و سلامت و ایمنی کارکنان و کارگران هستند. ترجیحاً برآورد تقریبی بودجه از بعد هزینه‌ها و سیاست‌های چندگانه و برنامه‌های متنوع خیلی کمک کننده خواهد بود تا در یک ملاقات با مدیران ارشد طرح مطلب گردد.

کارخانه (اداره): حمایت مدیران برای موفقیت برنامه امری بدیهی است، بطور خلاصه روند آن بدین شرح است:

▪ اطمینان حاصل کنید که رؤسای گروه و دیگر مدیران اداره به ارزش برنامه واقف و تضمین رفاه و بهبود وضعیت کارگری را متعهد شده‌اند.

▪ در اتحادیه محل کار، شیوه ارائه مطالب پیرامون HIV یا STI را یکبار بصورت جمعی مرور و مطابقت داده و توافق نمائید و اینکه نمایندگان اتحادیه بیشترین نیازهای کارگران را در زمینه‌های جلوگیری و خدمات چگونه می‌بینند را به نقد گذاشته و به صحبت بنشینید.

▪ بررسی کنید اتحادیه یا افرادی که با هم متعهد شده‌اند آیا سیاست‌ها و خط‌مشی‌های HIV/AIDS را پذیرفته‌اند. اگر اینچنین است برخی سیاست‌ها را پرسش‌گونه مرور نمائید. آن سیاست‌ها باید متضمن محتوا و جمله بندی‌های متناسب با سیاست‌های محل کار شما باشند و به تفهیم مطلب و متقاعد ساختن مدیران کمک نمایند.

▪ در هر اداره و محل کار، باید خواستار حمایت جدی رهبران و درگیر شدن آنها در برنامه شد.

چند بخش از این اطلاعات راهنما، که چگونه برای مدیران ارشد جلب توجه و حمایت آنها را موضوعیت بخشیده و سوژه ایجاد می‌نماید تهیه شده است. در مدل اول، طرح این سؤال، "چرا HIV/AIDS یک سوژه محل کار است؟"

کمک می‌کند به پاسخگویی به سئوالات مدیران و رهبران کارگری که ممکن است پیرامون موضوع HIV/AIDS در محل کار و اهمیت آن، دارای سئوالاتی هستند.

همچنین ممکن است برای کشف و یافتن دیگر کارکنان و کارگران، انجمن‌های تجاری، و یا سازمانهای کارگری در منطقه که از پیش برنامه‌های HIV/AIDS را داشته‌اند برای در میان گذاشتن اطلاعات پیرامون اینکه چه باید کرد؟ و چه نباید کرد؟ و چرا؟ بسیار کمک کننده باشد.

در این مرحله از آماده سازی، یک چک لیست از مراحل انجام شده و تأیید شده در درون سازمان تهیه می‌گردد که متضمن آنچه برای ایجاد سیاست‌ها و برنامه HIV/AIDS درخواست شده می‌باشد. در برخی سازمانها ممکن است آنها با موافقت مدیریت با فواصل متعدد همزمان با بقیه سیاست‌ها و برنامه‌ها تهیه کرده باشند، که متضمن کلیه توافقات سازمان و یا اداره می‌باشد. بهتر است یک جریان و پروسه برای محل کارتان تهیه کنید و سعی کنید لزوماً برنامه را براساس آنچه پیش بینی و به تصویب رسانده‌اید پیش ببرید.

پیام‌های راهنما برای رهبران کار

- حمایت نمایندگان کارگران یک مزیت بزرگ برای سیاست‌های HIV/AIDS محل کار خواهد بود. درگیر شدن اتحادیه در برنامه‌ریزی‌های کارگران می‌تواند موجب ضمانت سیاست‌ها و صیانت از اطلاعات محرمانه پیرامون وضعیت HIV در محل کار گردد، دسترسی به آزمایشات محرمانه و داوطلبانه و حمایت در برابر تبعیضات ناشی از وضعیت HIV اهمیت زیادی دارد.
- سیاست‌های محل کار می‌تواند مؤلفه‌های ارزنده‌ای از بخش مذاکرات و توافقات به تصویب رسیده را در برداشته باشد. هرچند اعضاء کمیته برنامه‌ریزی وظایف نوشتن قرارداد را (مقاطععه نامه) بر عهده ندارند. این امر منحصراً مربوط به اتحادیه و نمایندگان می‌باشد. پیش از این اتحادیه یا هم‌پیمانان هستند که باید پیمان نامه یا قرارداد مربوطه را تهیه کرده باشند که می‌تواند در بردارنده اصول و شالوده ارزشمندی برای سیاست‌های محل کار و دیگر موافقتنامه‌های واحدهای اتحادیه محسوب گردد.
- اغلب کارگران به آموزش درخصوص شناخت استیگما نیاز دارند. فقدان اطلاعات صحیح و درست درباره HIV اغلب موجب برجسب دار (استیگماتیزاسیون) شدن افراد HIV مثبت بوسیله دیگر همکارانشان خواهد شد. اتحادیه‌ها می‌توانند یک نقش کلیدی را در فراهم نمودن اطلاعات درست و صحیح و آموزش کارگران داوطلب ایفا نمایند. اتحادیه‌ها و اعضاء آن باید از شناختشان درخصوص استیگما و تبعیضات و توافقات ضد رفتارهای تبعیض آمیز در موافقتنامه‌ها اطمینان حاصل نمایند.

پیام‌های راهنما برای کارگران

- در اولین فرصت ممکن سیاست‌گذاری و برنامه‌های HIV/AIDS را شروع نمایید - قبل از اینکه شما عهده‌دار عملیاتی شوید قادر خواهید بود بطور مؤثر هزینه‌های HIV/AIDS را کاهش دهید
- " آغاز عملیات"
- بهترین استراتژی که اساس رویکرد تیمی است انتخاب یک همکار در محل کار است - مشتمل بر مدیران کلیدی و نمایندگان اداره، نمایندگان جامعه یا NGO برای پرکردن چالش‌های علمی شناختی و خدماتی ضروری بنظر میرسد. هیئت نمایندگانی متنوع در محل کار تشکیل گردد.
- سیاست‌ها و برنامه‌های مؤثر محل کار، گاهی اوقات دچار تحول می‌شوند انتظار نداشته باشید خیلی سریع ثبات و ساماندهی رخ دهد یا انتظار داشته باشید یکباره استراتژی‌های کلی شکل گیرند. آماده شدن برنامه HIV/AIDS یک چالش پیشرونده‌ایست که نیاز هست شما بصورت دراز مدت واکنش و عکس‌العمل‌های مناسب نشان دهید.
- به محض شروع برنامه، کنترل و ارزیابی‌های مرتب تأثیر بسزائی بر عملکرد و برنامه‌ها خواهد داشت - ایجاد آمادگی برای اصلاحات و جمع‌آوری مؤلفه‌های لازم برای آنچه قصد دارید آموزش دهید. احتمالاً برقراری ارتباط با محققین دانشگاه یا وزارتخانه‌ها برای کمک در ارزیابی‌ها، برسیاست‌ها و برنامه‌های HIV/AIDS اثربخش خواهد بود.

آمادگی برای توسعه برنامه‌ها

مشارکت مدیران در کمیته برنامه‌ریزی HIV/AIDS در محل کار می‌تواند زمینه‌ساز توسعه سیاست‌های HIV/AIDS و برنامه‌های اجرایی با توافق بر روند و شروع مراحل برنامه‌ریزی باشد.

این پیش‌آهنگی مدیران و رهبران کار می‌تواند توالی جامع و تسلسل فراگیر برنامه‌ها و عملیات را تضمین کند. تیم می‌تواند با یک رویکرد سیستمیک یک برنامه عملیاتی را تدارک ببیند. همکاری در تقسیم وظائف بین اعضاء تیم و توزیع آنها بین بخشهای مختلف سازمان در مسیر پیشرفت و توسعه از خط مشی‌ها و برنامه‌های کلیدی محسوب می‌گردد.

شما می‌توانید همه مراحل روند توسعه برنامه را یک جا و یکپارچه تهیه نمایید و می‌توانید هر یک از مؤلفه‌ها را جداگانه طراحی نمایید. مراحل اساسی برنامه‌ریزی اولیه عبارتند از:

۱- چهارچوب و ماهیت برنامه‌ریزی کمیته مسلماً آموختن و فراگرفتن درباره HIV/AIDS مشتمل بر آخرین اطلاعات درباره راههای انتقال HIV و تازه‌های پیشرفت در پیشگیری و مراقبت می‌باشد. پی بردن به اینکه کارگران شما چگونه بوسیله HIV/AIDS مبتلا می‌شوند، و چگونه می‌توان پیشگیری و مراقبت نمود و یا اینکه بخش عمده نیازهای حمایتی آنها چیست.

۲- مرور و بازبینی این راهنما، که بخشهای مختلف برنامه و مؤلفه‌های آن توضیح داده شده است.

۳- مرور و بازبینی سیاست‌های موجود HIV/AIDS محل کار و یا سیاست‌های وابسته و مربوطه به سلامتی، پیشگیری و مراقبت، و برنامه‌های حمایتی در سازمان شما.

۴- تهیه یک چک لیست بعنوان راهنمای بسط و توسعه برنامه‌هایتان.

۵- برنامه‌ای که چگونگی عملکرد شما را به کمک چک لیست نشان دهد، توافق بر روی یک جدول زمانی و شفاف نمودن مأموریت هر یک از مسئولیتها برای هر موضوع.

کادر زیرین محتوی یک نمونه چک لیست تهیه شده بعنوان راهنما برای برنامه‌ریزی شماست. اصلاح و بازنگری آن برای متناسب شدن با محل کار شما و نیازهای شما ممکن است ضروری باشد. بخشهای زیرین پیشنهادات اضافه شده مربوط به بعضی از موضوعات انجمن‌ها در چک لیست است.

آموزش پیشگیری HIV/AIDS، مراقبت و طراحی برنامه‌های حمایتی و خلاصه چک لیست توسعه و پیشرفت برنامه

وظائف اصلی انجمن	مقاصد/فعالیت‌های کلیدی	مسئول پیگیری/ مسئول اجرا	زمان تقریبی
۱- برنامه ریزی کمیته	<ul style="list-style-type: none"> ▪ جلب اولیة حمایت مدیران و اتحادیه برای بسط و توسعه برنامه ▪ تشکیل یک کمیته برنامه‌ریزی HIV/AIDS محل کار در اتحادیه برای ارتباط مدیران (مگر اینکه قبلاً این کار انجام شده باشد) ▪ اگر از پیش کمیته‌ای وجود دارد اعضاء آن را مرور و بازنگری نموده و اشخاص را با یک برنامه از پیش تعیین شده اضافه نمایند. ▪ آموزش درباره HIV/AIDS ▪ مرور این راهنمای دستی ▪ تهیه چک لیست‌های محل کار 		هفته‌های ۱-۴
۲- برنامه عملیاتی	تهیه یک طرح با اجزا و عملیات با یک جدول زمانبندی		هفته‌های ۲-۵
۳- گروه‌های کاری	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تقسیم برنامه‌های کمیته به گروه‌های کاری برای پیگیری برنامه عملیاتی (یک رویکرد: ایجاد سه زیرگروه که هر یک مسئولیت یکی یا دو تا از مؤلفه‌های توصیه شده برنامه را به عهده گرفته است، می‌باشد). ▪ تعیین رهبران هر یک از زیرگروه‌ها که مایلند پیشرو باشند. ▪ تعیین هر یک از مسئولیتها برای هر گروه 		هفته‌های ۲-۵
۴- تحقق سیاست‌های محل کار	مروری بر سیاست‌های تعیین شده محل کار برای پی بردن به اینکه آیا آنها معرف سیاست HIV/AIDS هستند و آیا برنامه‌ها بصورت معین در آنها مشخص شده‌اند.		هفته‌های ۶-۸
۵- موافقتنامه‌های اتحادیه	مروری بر مجموعه توافقات به تصویب رسیده برای تعیین و تشخیص فعالیت‌های لازم یا دیگر تدارکات مورد نیاز که ممکن است ساختار برنامه و محتوای آنرا تحت تأثیر قرار دهد.		هفته‌های ۶-۸
۶- تهیه برنامه‌ها	تعیین و بررسی برنامه‌های HIV/AIDS قابل استفاده و موجود در محل کار و بررسی آنها از جمیع جهات و مشخص نمودن اینکه چگونه در محل کار شما مورد استفاده قرار گیرند.		هفته‌های ۶-۱۰

آموزش پیشگیری HIV/AIDS، مراقبت و طراحی برنامه‌های حمایتی و خلاصه چک لیست توسعه و پیشرفت برنامه

وظائف اصلی انجمن	مقاصد/فعالیت‌های کلیدی	مسئول پیگیری مسئول اجرا	زمان تقریبی
۷- منابع تجهیزات و نیروی انسانی	تعیین منابع داخلی و خارجی کمک کننده، به توسعه سیاست‌ها و برنامه‌ها و یا اجرای آنها		هفته‌های ۶-۱۰
۸- اطلاعات مورد نیاز	فراهم نمودن هرگونه اطلاعات ضروری برای برنامه ریزی کمیته در محل کار از قبیل: دانش کارکنان و نگرش آنها درباره HIV.		هفته‌های ۱۰-۱۰ ۱۴
۹- طراحی و تصویب سیاست‌ها	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تهیه پیش نویس سیاست‌های HIV/AIDS سازگار و مطابق با دیگر شرکتها، رهنمونهای بین المللی و قوانین محلی ▪ تهیه سیاست‌های مصوب 		هفته‌های ۱۰-۱۶
۱۰- طراحی برنامه	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تهیه رئوس مؤلفه‌های برنامه و فعالیتهای ▪ تهیه یک برنامه اجرایی ▪ توسعه ارتباطات با سازمانهای دیگر به منظور فراهم شدن کیفیت خدمات از قبیل سازمانهای دولتی، NGO ها یا اتحادیه‌های کارفرمایان 		هفته‌های ۱۲-۱۶
۱۱- بودجه بندی	<ul style="list-style-type: none"> ▪ برآورد تقریبی هزینه‌های یک برنامه اعم از هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم. در عناوین مختلف هزینه‌ای برابر با نفر ساعت کار ▪ تهیه پیش نویس ریز بودجه برای پیشگیری، حمایت و برنامه مراقبت بصورت جداگانه برای اجرای یکبار - در سال اول - هزینه‌های مستمر و هزینه یکبار در سال 		هفته‌های ۱۲-۱۶
۱۲- جلب حمایت مدیران و رهبران	<ul style="list-style-type: none"> ▪ اخذ موافقت مدیریت درخصوص برنامه و پیشنهاد بودجه ▪ اخذ موافقت اتحادیه 		هفته‌های ۱۶-۲۰
۱۳- اجرا و کنترل	<ul style="list-style-type: none"> ▪ اعلان و اجرای سیاست‌های برنامه‌ای در یک کانال ارتباطی با همه کارکنان ▪ فراهم نمودن زمینه پیشرفت عملیات برای کارگران، همسران آنها و اعضاء خانواده ▪ اجرای فعالیتهای برنامه ریزی شده در یک عرصه مدیریت پذیر و توالی منطقی ▪ آمادگی جهت اصلاح و کنترل اولیه و ارزیابی پیشرفت عملیات 		

همراه کردن مدیران محل کار با کمیته برنامه‌ریزی HIV/AIDS در محل کار

به منظور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری کمیته HIV/AIDS در سازمان شما لازم است کمیته رهبری مشترکی بین مدیران سازمان و اعضاء مختلف و نمایندگان تشکیل گردد. تقسیم کمیته برنامه‌ریزی شما به دو زیرگروه طراحی سیاست و اجرای برنامه باید سرعت و به سمت طراحی و اجراء حرکت نماید و کارها را جلو ببرد. اگرچه همه اعضاء گروه در ملاقاتهای مرتب و منظم به بحث و بررسی درباره یافته‌های زیرگروهها و توصیه‌ها و تصمیم درباره برنامه‌ها خواهند پرداخت. طریق ممکن دیگر آنست که یکی از زیرگروهها بر روی بسط و توسعه سیاستها و گروه دیگر بر روی بسط و توسعه برنامه فعالیت نموده و متمرکز شوند. در مراحل اولیه لازم است همه اعضاء کمیته وقت کافی را به برنامه‌ریزی اختصاص دهند و هماهنگی‌های لازم درخصوص زمانهای حضور و فعالیتشان تنظیم کنند و وظائف را به خوبی در زیرگروهها و اعضاء آنها تقسیم کنند. برای اینکه تشکیلات از تصمیمات شایسته و نویدبخش برخوردار شوند، مدیران در کمیته برنامه‌ریزی محل کار باید بصورت دائم و همیشگی حضور یابند. برای اینکه شور و نشاط و حمایت وسیع برنامه تأمین شود می‌توانیم اعضاء کمیته را در هر دوره با توافق مدیریت و نمایندگان اتحادیه با اتخاذ روشهای مناسب تغییر داد.

پیوند دادن برنامه‌ها و سیاستها

برای پیشگیری، مراقبت و فعالیتهای حمایت کننده محل کار باید آموزش و پیگیری بوسیله سیاستهای HIV/AIDS بصورت مطلوب طراحی شده باشند. (بخش چهارم کتاب مطالعه گردد).

اگر سازمان شما در مراحل اولیه از طراحی برنامه HIV/AIDS قرار داشته باشد به احتمال زیاد شما قبل از تهیه برنامه‌های عملیاتی درصدد به اتمام رساندن و تکمیل نمودن سیاستها خواهید بود. این طرح و برنامه‌های تهیه شده توسط کمیته به میزان زیادی وابسته به اطلاعات اعضاء درباره HIV/AIDS است. درمجموع سیاستها باید بنیان برنامه‌ها قرار گیرند. مخصوصاً اینکه چه عملیاتی مبتنی بر آنها باید تدارک دیده شود. با وجود این گاهی اوقات وضع نمودن یک سیاست کوشش دراز مدتی را میطلبد.

اگرچه پذیرش یک سیاست مستلزم زمان است، گاهی فوریت یک اپیدمی HIV/AIDS ضرورت تهیه برنامه را قبل از نهایی نمودن سیاستها ایجاب و مقبول می‌نمایاند.

مطابق با فرض مذکور توافق مدیران ارشد و رهبران اتحادیه بر روی سیاست‌ها و مؤلفه‌هایی که نقش بحرانی در موفقیت برنامه بعهدہ دارند؛ بطور مثال اطمینان حاصل نمودن از حمایت در برابر دامن زدن به تبعیضات، میان کارکنانی که با HIV زندگی می‌کنند و یا فکر می‌کنند با HIV آلوده شده‌اند؛ نمونه‌ای از اقدامات فوق محسوب می‌گردد. سازگاری سیاست‌ها با برنامه‌ها متضمن این اطمینان است که سیاست HIV/AIDS تماماً بسط و گسترش یافته است.

حمایت مدیران

تهیه برنامه HIV/AIDS مانند مشخص نمودن سیاست، مستلزم حمایت قوی مدیران است. اگر سیاست‌های پیشگیری طراحی شده‌اند این حمایت به احتمال زیاد وجود داشته است.

اگر حمایت مدیران شفاف و آشکارا نیست، بنابراین مهمترین اولویت در برنامه HIV/AIDS، مثبت نمودن موضع و واکنش آنها می‌باشد. بخش چهارم این مجموعه شامل بحثهایی پیرامون راههای افزودن بر حمایت مدیران برای یک سیاست HIV/AIDS محل کار است که غالباً شامل تعریف و تشخیص راههای پیشگیری، مراقبت و فعالیتهای حمایت گونه کارفرمایان می‌باشد.

توسعه ارتباطات و درگیر نمودن مدیران ارشد در فعالیتهای پیشگیرانه نقش مهمی در مداومت حمایت آنها بازی می‌کند. این باعث می‌شود که مدیران از شرایط و ضرورت تجدید نظر و اصلاح برنامه استقبال کرده و پذیرای آن باشند و یا تابع تغییرات اپیدمیولوژیک بیماری باشند.

در مجموع درگیر نمودن مدیران ارشد و تهیه گروههای رهبری الگو و نمونه، نوید بخش مشارکت و درگیر شدن دیگر کارکنان و نگرشی مهم و مسئولانه در برابر HIV/AIDS در محل کار خواهد بود.

حمایت اتحادیه

بخش جامع و لازم کمیته برنامه‌ریزی حضور نمایندگان اتحادیه می‌باشد. درخصوص انعکاس نظرات و موارد مورد توجه کارگران در طراحی برنامه‌ها نمایندگان اتحادیه از بهترین موقعیت برخوردار هستند. باید از برنامه‌های خود اطمینان حاصل کنید که مؤلفه‌های مناسبی از توافقات جمعی را دربردارند. به رسمیت شناختن رهبران اتحادیه

نویدبخش و ضامن تحقق و دستیابی به مؤلفه‌های اصلی برنامه‌ها است. اطمینان حاصل نمودن از مداومت برنامه‌های کمیته و آمادگی جهت کمک توسط نمایندگان اتحادیه مؤثر خواهد بود.

همینطور باید در زمینه انجام مشاورات دوره‌ای با نمایندگان کارگری و یا گروههای کوچک کارگری در سطوح مختلف و همچنین گروههای کارکنان اقدام نمود.

نظرخواهی از کارکنان درخصوص اولویتهای محتوایی و زمانبندی آموزشها و جلسات آموزشی موجب بهبود طراحی برنامه‌ها و همچنین حمایت کارکنان از برنامه‌ها خواهد شد.

بررسی و جویاشدن درون دادها و پسخوراندها همچنین به تصویر کشیدن برنامه‌های HIV/AIDS نقطه تلاقی و اتصال خوبی جهت درگیر نمودن هریک از کارگران و مدیران اتحادیه و جلب حمایت آنها محسوب می‌گردد.

برنامه‌های HIV/AIDS باید در دسترس همه کارگران و در همه سطوح قرار گیرد. توجه نکردن به نظرات اتحادیه موجب میشود برنامه‌های HIV/AIDS محل کار از شایستگی و موفقیت لازم برخوردار نگردند.

جویا شدن درون دادها (inputs) و همچنین بخوبی آشکار ساختن آنها، برای کارکنان بنوعی محترم شمردن نقش اتحادیه‌ها و نمایندگان کارگران درون آنها محسوب می‌شود.

تعیین و تشخیص منابع درونی و برونی برنامه

منابع داخلی: یکی از مراحل اولیه در برنامه‌ریزی HIV/AIDS تعیین و شناسایی منابع انسانی و مالی در دسترس درون سازمان می‌باشد. کارفرمایان در مراحل و مقاطع متفاوتی از جهت آمادگی و برنامه‌ریزی برای HIV/AIDS قرار دارند. بعضی از آنها از پیش شناختی درباره HIV/AIDS داشته‌اند و یا درباره پیشگیری از عفونتهای منتقله از راه آمیزش در محل کار اطلاعاتی دارند مثل کارفرمایانی که از قبل با موضوع کاندوم بعنوان بخشی از برنامه‌های طراحی شده جهت خانواده‌ها آشنا هستند و از قبل داوطلب و خواستار خدمات دهی درخصوص STI بوده و یا رسماً جلسات آموزشی درباره پیشگیری از HIV را پیگیری نموده‌اند. دسته دیگر ممکن است برای نخستین بار باشد که با موضوع HIV/AIDS آشنا می‌شوند و کمتر درخصوص راههای پیشگیری، حمایتی یا مراقبت و مؤلفه‌های برنامه در محل کار شناختی داشته باشند. با این وجود، ممکن است آنها در محل کار خود از کادر پزشکی برخوردار باشند. وجه دیگر امر اینست که یکی از افرادی که قبلاً در واحد نیروی انسانی مشغول بوده است بدلیل آشنایی با ویژگیها و مهارتهای افراد هماهنگ کننده برنامه‌های آموزشی HIV/AIDS باشد. رشد و افزودن بر دانش فردی و تجربیات

مبتنی بر فعالیتهای و برنامه‌ها و تشخیص و شناسایی منابع موجود مبنای کار خواهد بود. یقیناً خدمات و ظرفیتهای موجود (حتی کوچکترین) همچون موارد زیر باید مورد توجه و جستجو قرار گیرد:

- خدمات HIV/AIDS - پیشگیری، حمایت یا تمرکز بر مراقبت
- پیشگیری بیماری آمیزشی یا خدمات مراقبت
- دیگر خدمات بهداشتی (سلامت) - پیشگیری یا تمرکز بر درمان
- کارمندی که در منابع انسانی، خدمات بهداشتی یا دیگر بخشهای محل کار و ... شاغلند.
- کارمندی که فعالیتهایی را در زمینه HIV/AIDS انجام می‌دهند یا وظیفه آموزشهای همسال (همگن) را در دیگر بخشها عهده‌دار هستند. (مثل؛ مساجد، NGO ها)

در بررسی و مرور فعالیتهای انجام شده که مربوط به موضوع HIV/AIDS هستند (البته نباید در این بررسی بطور صرف متمرکز بر HIV/AIDS شد) باید از کارکنان پرسید برنامه‌ها چه پیشرفتی و رشدی در شناساندن HIV/AIDS داشته‌اند و احساس و دریافته‌شان چه بوده است؟

برای این منظور شاید بخواهید که یک جلسه بحث و گفتگو و یا فعالیت گروهی را اجرا کنید یا مدیریت یک تحقیق و بررسی از کارکنان را با همکاری ناظرین و مشارکت نمایندگان اتحادیه بعهده بگیرید. اغلب اوقات منطقی بنظر میرسد که قبل از آنکه شما سیاستگذاری و یا سیاست‌ها و برنامه‌ها و نیازها را شناسایی نمائید این بررسی را انجام دهید.

در شناساندن مهارتها و برنامه‌های مخصوص و ویژه HIV/AIDS خواستار ارتباطات با همه بخشها و سطوح کارکنان و کارمندان باشید. درخصوص اطلاعات تخصصی درباره تجربیات کارکنان، مهارتشان و علاقتشان بررسی و پرس و جو نمائید. گاهاً افراد آموزش دهنده همسان پتانسیلهای خوبی محسوب می‌شوند. قبل از این شما باید کارکنان را از جهت افراد داوطلب و علاقه‌مند جهت شرکت در روند برنامه‌ریزی و آنهایی که طرحها و برنامه‌ها را نظارت و بازبینی می‌کنند در محل کارشان از افراد کارشناس شناسایی نمائید.

منابع خارجی: علاوه بر شناسایی منابع و ظرفیتهای داخلی سازمان در کمیته برنامه‌ریزی باید منابع خارج از سازمان مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرند. تمرکز اولیه باید بر روی دستگاهها و سازمانهای اطراف کمیته باشد و سپس بطور وسیع‌تر به این منابع باید توجه نمود. بسیاری از کارفرمایان از وجود کارشناسان خبره در زمینه HIV/AIDS بهره می‌جویند. سازمانهایی که دارای تجربیات درخصوص HIV/AIDS هستند و می‌توانند کارشناس خبره در اختیار بگذارند و یا در برنامه‌های محل کار شما مشارکت داشته باشند شامل:

- گروه‌های تجاری، از قبیل ائتلافها و اتحادیه کارفرمایان
- مراکز بهداشتی و درمانی
- وزارتخانه‌های بهداشت و کار
- طرح ملی کنترل AIDS یا گروههای ملی مشابه.
- NGO ها مثل صلیب سرخ / هلال احمر
- مراکز بهداشت شهرستان و استان
- اتحادیه‌ها و دیگر انجمن‌های کارگری

این ماهیت اغلب کارکنان متخصص و متبحر هست که می‌توانند در برابر خواسته‌های کارفرمایان برای مشاوره در زمینه سیاست‌های HIV/AIDS و توسعه برنامه‌ها سریعاً پاسخگو باشند. آنها بدون تعصب و با گشاده‌رویی برنامه‌ها را همراهی می‌کنند. این کمکها میتواند از قبیل برقرار نمودن کلاس‌های آموزشی روزانه، در اختیار گذاردن اطلاعات و انجام آزمایشات بصورت داوطلبانه در ساعات کاری و غیرکاری، یا آماده سازی مراقبتهای پزشکی مربوط به HIV/AIDS باشد.

تعیین و تشخیص منابع موردنیاز برای برنامه HIV/AIDS در جامعه به جدیت شما در برنامه‌هایتان متکی است. تلاش کنید تا جلسات بارش افکار را با حضور اعضاء کمیته برنامه‌ریزی برگزار کنید تا شما بتوانید گروهی از انواع کارشناسان و فعالیتهائی که شما می‌توانید آنها را پیگیری کنید و لیستی از افرادی که باید با آنها تماس حاصل نمائید شناسائی و تهیه نمائید. بررسی سیستماتیک جنبه‌های مختلف سازمانی مورد توجه قرار گیرد. پی‌گیری این موارد و مراتب را الزامی نمائید. همچنین شناسائی و تعریف اطلاعات کلیدی علی‌الخصوص برای شما که بطور جدی در برنامه‌های HIV/AIDS درگیر هستید و بهتر است با افراد و دیگر سازمانها ارتباط داشته باشید ضروری میباشد.

آموزش و ارتباط با کارکنان: شرکت های ها - کتبوبکی، ویتنام

در توسعه و اجرای برنامه های HIV/AIDS در محل کار، شرکت های ها - کتبوبکی در ویتنام تأکید و تکیه بر اطلاع رسانی به کارکنان در همه سطوح و ارتباطات با همه کارکنان را مد نظر قرار داده است.

زمانیکه شرکت در حال توسعه برنامه های HIV/AIDS بود یک مطالعه و بررسی KAPB با ۹۲۴ کارگر را آغاز کرده بود. نتایج بررسی و مطالعه متضمن اطلاعات ضروری برای توسعه مناسب ارتباطات پیامها برای فعالیتهای آموزشی با هدف پیشگیری در محل کار بود. سیاست های شرکت بگونه ای طراحی شده بود که مدیران و کارکنان را کمک می کرد در آغاز، خود آنها، خانواده هایشان و جامعه شان را در برابر HIV/AIDS محافظت کنند و همچنین بخوبی افراد دارای بیماری HIV/AIDS را حمایت کنند. سیاست ها بگونه ای مناسب و شایسته برنامه ها در نظر گرفته شده بودند.

یک بخش از برنامه در بردارنده آموزش و اطلاع رسانی به رؤسا در خصوص HIV/AIDS در حوزه ساختار مدیریتی بود. جلسات مدیریت منابع انسانی HIV/AIDS، برای آموزش همه کارکنان سوپروایزرها پیرامون سیاست ها و برنامه های اجرا شده در نظر گرفته شده بود.

در سطح کارگران از قبل، کارکنان به گروه های کوچکتر تقسیم شده بودند. این رویکرد برای اثربخش تر کردن اطلاعات در خصوص HIV/AIDS شکل گرفته بود.

اعضاء در درون هر گروه برای آموزشهای همگن و همسال انتخاب شده بودند. آنها مثل آموزش دهندگان همسان و همگن توانایی پیشبرد اطلاع رسانی را برای همکاران داشتند مشاوره های داوطلبانه، انجام آزمایشات و مراقبت، پیشنهاداتی بودند که به افراد HIV مثبت ارائه می شدند.

افزایش آگاهی و دانش کارکنان درباره HIV/AIDS بعنوان نتایج برنامه HIV/AIDS بوسیله یک بررسی و مطالعه بر شیوه KAPB قابل سنجش و ارزیابی بود.

افزایش بهره وری که در گروه های کوچک ناشی از افزایش ساماندهی درون گروهی بوجود آمده بود یک ارزش برای دیگر فعالیتهای مرتبط کاری محسوب می شد.

برای اطلاعات بیشتر درباره برنامه این شرکت و دیگر مثالها در خصوص برنامه های HIV/AIDS در محل کار، وب سایت ائتلاف تجاری آسیا بر روی AIDS را در آدرس: <http://abcon aids.org/vietnam.html> مشاهده کنید.

اعضاء کمیته را موظف کنید به منظور شناسایی اشخاص و سازمانهایی که مهارتهای تخصصی و ویژه در اجرای برنامه‌ها و فعالیتهای دارند با این اشخاص ارتباط برقرار کنند.

مطمئن شوید اطلاعات مستند درخصوص منابع داخلی و خارج سازمان را که برای طراحی برنامه‌ها و انتخاب شرکاء کاری و همکاران مورد استفاده است در اختیار دارید.

بودجه و هزینه‌ها

در آغاز باید هزینه تقریبی در یک بخش کامل از برنامه‌ریزی طرح HIV/AIDS مدنظر قرار گیرد. با تأکید مضاعف بر هزینه‌ها نخواهید موجب محدودیت پیش از انتظار برنامه‌ها شوید. غالباً بخشی از هزینه‌ها غیر مستقیم هستند یا خدماتی هستند که بصورت رایگان پیش بینی شده‌اند و یا از هزینه بسیار کمی برخوردارند. به هر طریق توجه به هزینه‌های واقعی و ارزش زمان کاری کارکنان مفید فایده است. (برای مثال به ارزش زمانی صرف شده برای آموزش دهندگان همسال برای آموزش پیشگیری، در ساعات کاری، یا زمان صرف شده داوطلبانه در مورد خدمات پایه‌ای ارتباطات، خارج از ساعات اداری و کاری).

بودجه‌ریزی اولیه

در طراحی مراحل کار بسیار کمک کننده می‌باشد که شما بتوانید در همان مراحل آغازین درخصوص فعالیتهای و هزینه‌های فیدبک مناسب به مدیران، شامل هزینه‌های اجتناب ناپذیر را ارائه دهید. اگر شما با محدودیتهای مالی در بخشهای مختلف برنامه روبرو هستید با این پیش آگهی می‌خواهید بدانید که آیا شما می‌توانید بر روی راههایی قابل دسترس و ممکن که مؤلفه‌های ضروری برنامه را شامل می‌شوند متمرکز شده و آنها را بیابید.

اطلاعات مورد نیاز

گاهی اوقات کمیته برنامه‌ریزی درباره نگرش و رفتار کارکنان به داشتن اطلاعات بیشتری احساس نیاز می‌کند. در این صورت، اجرای یک بررسی مطالعاتی درباره دانش، نگرش، عملکرد و رفتارهای کارکنان باید مورد توجه قرار گیرد. اکثر اوقات شما با یافته‌هایی مواجه خواهید شد. مشابه کسانی که یک بررسی را در جامعه و یا منطقه شما اجرا کرده‌اند و فرمها و آزمایشها و روشهای موجود را تجربه نموده‌اند.

اگر یک بررسی و مطالعه (survey) در محل کار شما طراحی شده است، آژانسهای بهداشت عمومی، NGO ها و دانشگاه‌ها کمک‌های مفیدی می‌توانند درباره نتایج بررسی‌های قبلی نموده و آموزشهای بیشتری را در این خصوص ارائه نمایند. نتایج این بررسی در توسعه برنامه استفاده خواهد شد.

اگر شما به تسهیل‌گران (facilitators) آموزش دیده دسترسی دارید در سطوح مختلف کارکنان را بصورت focus groups (بحث گروهی) مدیریت و هدایت نمائید. مذاکرات و مباحثات عمیق، اطلاعاتی را برای طرح و برنامه‌ریزی در اختیار قرار می‌دهند که بررسی‌های کمی و سطحی نمی‌توانند. در نظر گرفتن جلسات غیر رسمی یا هر روش دیگر برای درگیر کردن کارکنان در همه سطوح در اجرای برنامه و درگیری مستقیم آنها بطور فزاینده‌ای موجب حمایت و پشتیبانی برنامه‌های محل کار خواهند شد که مبین موفقیت‌آمیز بودن پیامهای آموزشی پیشگیرانه است. تحقیقات و مشاوره‌ها در میان همه کارکنان حتماً باید بدون نام صورت گیرد. توضیح و تشریح نتایج آنها فقط زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که موجب بهبود طراحی برنامه می‌شود.

مؤلفه‌های موثر بر برنامه‌های پیشگیری از ایدز در محیط کار و حمایت برنامه

زمانی برنامه‌های HIV/AIDS بیشترین اثر خود را در محل کار به نمایش می‌گذارند که متضمن یک طرح جامع و مجموعه‌ای هماهنگ از پیشگیری، مراقبت و مؤلفه‌های حمایت‌گرا باشد. این قبیل برنامه‌ها اعم از اینکه این برنامه‌ها مستقیم توسط کارکنان تدارک دیده باشند و یا به سفارش کارکنان توسط سرویس‌های خدمات دهنده جامعه در این خصوص تهیه شده باشند قویاً نویدبخش، مقرون به صرفه و پایدار خواهند بود.

لیست ذیل شامل توصیه‌های راهنمای هفت‌گانه درخصوص برنامه‌های محل کارمی‌باشد. کارفرمایان سطوح پائین‌تر ممکن است لزوماً بعضی از این وظائف را در یکدیگر ادغام و یا ضرورتاً برنامه را در یک چارچوب محدودتری اجرا نمایند.

پیشنهادات مختص یک برنامه HIV/AIDS

- ۱- سیاست‌ها و اقدامات مربوط به HIV/AIDS بطور شفاف مشخص شده‌اند، قابل فهم و عاری از مفاهیم غیر متناقض است.
- ۲- فعالیتهای آموزشی در زمینه پیشگیری HIV/AIDS رسمی و غیر رسمی برای همه کارکنان
- ۳- حمایت‌های پیشگیرانه HIV، متضمن سیستم توزیع کاندوم، که به آسانی دسترسی به کاندوم فراهم باشد
- ۴- تشخیص و درمان بیماران دارای عفونتهای آمیزشی (STIs)، همراه با HIV برای کارکنان و یا برای اعضاء خانواده‌هایشان
- ۵- دسترسی به خدمات مشاوره داوطلبانه VCT درون و یا بیرون از محل کار (انجام آزمایشات و مشاوره‌های داوطلبانه)
- ۶- مشاوره، مراقبت و دیگر برنامه‌های حمایتی، برای کارکنان HIV مثبت و یا اعضاء خانواده‌هایشان
- ۷- در زمان مناسب، پیش‌بینی و تأمین درمانهای اثربخش پیشرفته، برای کارکنان و اعضاء خانواده‌هایشان که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند.

مؤلفه‌های این برنامه همراه با دلایل آن در زیر توضیح داده شده است که شامل یک طرح جامع پیشگیری از HIV/AIDS در محیط کار، حمایت و پشتیبانی برنامه می‌باشد.

۱- سیاست‌ها و اقداماتی که مشخص و شفاف، قابل فهم و غیر متناقض میباشند.

سیاست‌ها بنیاد یک برنامه HIV/AIDS محل کار هستند. در یک سیاست HIV/AIDS نقش کارفرما تعریف می‌شود، همچنین الزام اتحادیه و نمایندگان کارگران درخصوص پایه‌گذاری اقدامات غیر متناقض تبیین می‌گردد

بطور مثال وقتی یکی از کارکنان HIV مثبت است و یا فکر می‌کند که دارای عفونت HIV است. با چه واکنشی از سوی سازمان روبرو خواهد شد. بدون سیاست‌هایی که واجد اقدامات تضمین کننده سازمان برای شناخت و شناساندن HIV/AIDS در محل کار است برنامه‌ها دستخوش تغییرات ناخوشایندی خواهد شد. برای مثال کارکنان چگونه جویای یک کلینیک اتحادیه جهت تشخیص و درمان عفونتهای آمیزشی (STI) شوند. (اغلب اوقات یک مکانی جهت ارائه این خدمات اختصاص داده می‌شود) آیا سیاست‌ها و اقدامات کارفرمایان برای کارکنان به این بیماری منتهی شده است؟

مجموعه‌ای از سیاست‌های استاندارد و معتبر سلوک و همراهی همه مدیران و کارکنان را درخصوص برنامه HIV/AIDS به همراه خواهد داشت، سیاست‌ها اجازه می‌دهند که کارکنان بدانند کجا برای مساعدت و یاری باید مراجعه کنند و مدیران و سرکارگران در چه محلی راهنمایی‌های لازم را ارائه می‌کنند و اتحادیه، HIV/AIDS را در گروه‌های کاری آنها چگونه مدیریت می‌کند. تجربیات نشان داده است که بخش‌هایی از سیاست‌های محل کار غالباً قابل ادغام در مجموعه تصویب نامه‌ها و موافقت‌نامه‌های اتحادیه هستند. مؤلفه‌های ذیل از خط مشی، اختصاصاً بخشی از موافقت‌نامه‌های اتحادیه‌های کارگری هستند:

- پیشگیری از HIV/AIDS غیر تبعیض آمیز در محل کار با رعایت قوانین و استانداردهای بهداشتی
- پیشگیری از HIV/AIDS غیر تبعیض آمیز در محل کار حتی اگر هیچ قانونی وجود نداشته باشد.
- اتحادیه‌های کارگری نباید صبرکنند تا قانونی بوجود آید یا اینکه مدیران سیاستی را تدوین کنند، عبارتی خودشان به خودشان دستور بدهند. یکی از وظائف و تعهدات اتحادیه مذاکرات لفظی است که منعکس کننده نیازهای کارگران است.
- نگهداری محرمانه اسناد و مدارک وضعیت اجتماعی و درمانی کارگران و نگهداری محرمانه اطلاعات بیماری‌های کارگران از جمله HIV/AIDS؛
- محافظت و حمایت سودمند کارگران (پوشش مراقبت بهداشتی، مستمری بازنشستگان)؛ و
- ارتقاء محل کار به یک موقعیت بی‌مخاطره و سالم (جلوگیری از ریسک‌های در معرض HIV قرار گرفتن و دیگر ویروس‌های قابل انتقال از راه خون).

ضروری است سیاست‌ها توسط کمیته برنامه‌ریزی و یا بوسیله رهبران کار و مدیران بصورت دوره‌ای مورد بازبینی و تجدید نظر قرار گیرند.

۲- فعالیت‌های آموزشی رسمی و غیررسمی پیشگیری از HIV/AIDS برای همه کارکنان

آموزش پیشگیری: تعلیم و آموزش روش‌های پیشگیری از HIV/AIDS در محل کار بمنظور تنویر افکار و کمک به کارگران در جهت تغییر و یا انتخاب الگوهای رفتاری که منجر به کاهش سرایت و همه‌گیری HIV می‌شود صورت می‌پذیرد. بمنظور در اختیار گذاشتن اطلاعاتی درباره HIV/AIDS و راه‌های انتقال آن، روابط آمیزشی سالم و بی‌مخاطره و دیگر رفتارهایی که می‌تواند از انتقال HIV به کارگران جلوگیری نماید ممکن است جلسات رسمی آموزشی از حدود ۳۰ دقیقه و یا کمی بیشتر تا چندین ساعت بطول بیانجامد. جلسات پایه باید بعنوان یک بخش ضروری و بمنظور آشنا سازی و آموزش کارکنان جدید برگزار گردد. جلسات آموزشی تکمیلی باید مرتباً برای همه کارکنان برگزار شود (بطور مثال؛ هر چهارماه یکبار) و یا اینکه بخشی از برنامه به آماده کردن مقولات سلامتی و ایمنی بصورت منظم در طول ساعات کار اختصاص یابد.

آموزش همسالان: گروه آموزش دهندگان همسال در اثربخشی برنامه‌های آموزشی پیشگیری ادغام یافته می‌توانند کمک شایان توجهی نمایند. اینها همکاری هستند که بطور تخصصی آموزش دیده‌اند تا اطلاع‌رسانی و کارهای آموزشی را انجام دهند. آنها می‌توانند در گروه‌های کوچک غیر رسمی و تک به تک در بین کارکنان مباحث HIV/AIDS را مطرح کنند، رفتارهای سالم و ایمن آمیزشی را آموزش دهند، به سؤالات پاسخ دهند، توزیع لوازم کنند و بطور کلی محیطی با آگاهی وسیع و مطلع درباره بیماری فراهم نمایند.

آموزش دهندگان همسالی که به HIV آلوده و بیمار شده‌اند می‌توانند اثر ویژه‌ای در مباحث رفتارهای پرخطر داشته باشند.

گاهی اوقات اتحادیه‌ها نقش فعالی را در بکار گماشتن و تربیت آموزش دهندگان همسال بازی می‌کنند. یک اتحادیه یا فدراسیون کار در منطقه یا استان شما ممکن است از قبل دارای سوابقی در زمینه تربیت آموزش دهندگان همسال و برنامه‌های مشابه باشد و ممکن است این آمادگی را داشته باشد که کارشناسان و مهارت‌هایی در زمینه توسعه گروه‌های آموزش دهنده و آموزش‌های پیشگیری برای محل کار شما را در اختیارتان بگذارد.

۳- حمایت از فعالیتهای پیشگیرانه شامل سیستم‌های توزیع کاندوم و درمان سوء مصرف مواد

یکی از فعالیتهای آموزشی مکمل مؤثر در برنامه‌های پیشگیری از HIV، سرویس‌های حمایتی پیشگیری طراحی شده است که به کارکنان امکان عمل کردن به رفتارها و عملکردهای توصیه شده را داده و یا انجام آنها را آسان می‌نماید. در مجموع ایتم‌هایی که در جلسات آموزشی می‌توانند اساس استراتژیهای مهمی مثل پرهیزکاری و تقوا و

کاهش تعداد شرکاء جنسی، پیشگیری و سرویسهای حمایتی آن باشند سیستمهای توزیع کاندوم، و یا فعالیتهائی است که منتهی به پیشگیری از بیمارهای ناشی از مصرف تزریقی مواد می‌شوند.

کاندوم: استفاده از کاندوم در بخشی از پیامهای مربوط به آمیزش ایمن میبایست مورد توجه قرار گرفته و از اینکه کاندومها در دسترس و سهولت و هماهنگی در اختیار کارکنان در محل کار قرار می‌گیرند اطمینان حاصل نمود. کاندومها با نرم‌کننده‌های مناسب (غیر روغنی) اجزاء اصلی یک برنامه اثربخش برای کاهش انتقال HIV و دیگر عفونتهای آمیزشی محسوب می‌شوند. اگرچه برنامه‌های آموزشی و محتوای اطلاع رسانی باید مروج تقوا و پرهیزکاری باشند ولیکن در جایی که کارگران جوان با تأخیر ازدواج می‌کنند باید موجب کاهش تعداد شرکاء جنسی شوند، این یک انتظار غیر واقعی است که کارگران پرتلاش همگی پرهیزکاری و خویشتنداری نشان داده و تا قبل از ازدواج هیچگونه فعالیت جنسی نداشته باشند و یا با غیر از شریک مشروع خودشان روابط جنسی نداشته باشند. در اینموارد رویکرد معروف به "خطا در حد صفر"، "بوالهوسی ممنوع" بسیار ایده‌آل و مطلوب است.

جایی که به تقوا و پرهیزکاری عمل نمی‌شود و شعار "بوالهوسی ممنوع" رعایت نمی‌گردد استفاده کاندوم بنظر مؤثرترین روش کاهش ریسک انتقال ویروس HIV از طریق آمیزشهای جنسی می‌باشد. یک تجربه در برزیل ثابت کرده است عدم دسترسی وسیع و مقرون به صرفه به کاندوم در جامعه یک برنامه پیشگیری از HIV/AIDS را با موفقیت نه چندان مطلوب روبرو می‌سازد.

بسیاری از کارگران واقع‌بین در آفریقای جنوبی نشان دادند وقتی توزیع کاندوم بصورت وسیع و زیاد بعنوان یک اولویت محسوب می‌شود و ماشین‌های پخش کاندوم در توالت‌های محل کار قرار می‌گیرند مصرف کاندومها ۲۵ برابر می‌شود. اگر چه این عمل ممکن است موجب حساسیت افراد در ابتدای امر گردد. تجربیات نشان داده‌اند که پخش و توزیع کاندوم مورد قدردانی و حمایت کارکنان در محلهای کاری قرار می‌گیرد. برای مثال گروههای کاری بزرگی در آفریقای جنوب صحرا مانند شرکت دایملرکرایسلر (Daimler Chrysler), Standard Chartered Bank بخشی را در سازمان مربوطه به توزیع و پخش کاندوم بین کارکنان و مشتریان اختصاص داده‌اند.

شناسائی سوء مصرف کنندگان مواد: یکی از سئوالات سختی که مدیران تجاری و رهبران کارخانه‌ها با آن مواجه هستند اینست که چگونه مصرف‌کنندگان مواد را شناسایی کنند (مخصوصاً مصرف کنندگان تزریقی مواد) که بزرگترین منبع انتقال HIV در بیشتر کشورها شناخته شده‌اند. استفاده از مواد می‌تواند بر روی توانائی تصمیم‌گیری

و کنترل رفتار در موقعیتهایی که دارای ریسک بالا هستند تأثیرگذار باشد. در مجموع مصرف کنندگان تزریقی مواد از ریسک بالائی در ابتلاء به عفونت HIV از طریق سرنگ‌های مشترک برخوردارند.

مطالعات نشان می‌دهند که انتقال HIV در میان افراد مصرف‌کننده تزریقی مواد می‌تواند پیشگیری شده و روند اپیدمی آن آهسته و حتی در بسیاری مناطق مانند تایلند معکوس شود. مواقعی که احتمال تزریق مواد نگران‌کننده می‌باشد ممکن است یکی از جنبه‌های اثربخشی برنامه‌های پیشگیری از HIV متضمن در دسترس قرار دادن لوازم پاک و بهداشتی تزریق، مشاوره و درمان سوء مصرف کنندگان مواد باشد. هرچند برنامه‌های تأمین سرنگ و سرسرنگ برای کارفرمایان در تصمیم‌گیریها کار دشواریست اما این قبیل برنامه‌ها در جاهائی که مصرف مواد در حد بالائی است و یا درمان سوء مصرف‌کنندگان ممکن نیست و منابعی جهت این امر اختصاص نیافته است نقش بسیار مهمی در پیشگیری از HIV بازی می‌کنند. برنامه‌های تعویض سرنگ زمانی که با دیگر برنامه‌های پیشگیری و درمان مصرف‌کنندگان مواد ترکیب و ادغام می‌شود بسیار مفید هستند. برای مثال، شرکت شل (shell) در کشور تایلند تأمین‌کننده سرنگ و سرسرنگ و داروهای درمانگر است. بعضی از کارفرمایان از طریق NGO ها و منابع خارج سازمانی این داروهای درمانگر را تهیه و تأمین می‌کنند. برخی مطالعات نشان داده‌اند که این قبیل اقدامات و برنامه‌ها موجب کاهش ریسک ابتلاء به HIV بدون هیچگونه افزایشی در تعداد افراد مصرف‌کننده مواد در جامعه خواهند شد.

۴- تشخیص و درمان عفونتهای انتقال یافته از طریق آمیزش و عفونتهای فرصت طلب

بطور فزاینده‌ای درمان کارگران دارای بیماری‌های STI موضوع در خور توجه‌ای برای کارفرمایان شده است. بسیاری از کارکنان متعاقب بیماری‌ها و عفونتهای اکتسابی که باعث افزایش دوری از خانه و محل کار و کاهش بهره‌وری آنان شده‌اند در رنج و عذاب هستند. تاکنون روشهای درمانی مقرون به صرفه زیادی برای درمان مؤثر و پیشگیری از بیماری‌ها مورد تأیید و تصدیق قرار گرفته‌اند. این بیماری‌ها عبارتند از: عفونتهای آمیزشی غیر مرتبط با HIV/AIDS، سل (TB) پنومونی‌های ناشی از پنوموسیستیس کارینی و عفونتهای پوستی (از جمله؛ کاندیدا)

وجه غالب در برنامه‌های شما با خدمات هزینه‌های پائین برای پیشگیری یا درمان بعضی بیماری‌هاست. شما می‌توانید خدماتی را که کارفرمایان متعهد آنها شده اند را از قبیل کلینیک‌های پزشکی تقویت کنید یا پوشش بخشی از کارکنان توسط سازمانهای بیمه‌گیری سلامت را، حمایت و پشتیبانی نمائید.

(STIs) عفونتهای منتقله از راههای آمیزشی: عفونتهای STIs نه تنها خودشان یک آسیب محسوب می‌شوند بلکه حدوداً باعث افزایش احتمال انتقال HIV تا حد ده (۱۰) برابر در مدت زمان روابط جنسی غیرسالم می‌شوند. بهمین دلیل تشخیص و درمان STI یا ارجاع آنها به خدمات مورد نیازشان باید بخش جامعی از برنامه‌های پیشگیری از HIV/AIDS در محل کار را شامل شود.

سل: سل یک عفونت شدید است که به سختی درمان می‌شود. همچنین علت مستقیم و مهم مرگ افرادی است که دارای عفونت HIV هستند. برای مثال، استفاده از ایزونیازید در اسپانیا در کارگرانی که دچار عفونت HIV شده‌اند موجب افزایش امید به زندگی بمدت ۳ سال شده است. درمان مشاهده‌ی مستقیم (DOT) در بیمارانی که دارو را زیر نظر مستقیم یک پرستار یا دیگر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی دریافت کرده‌اند بسیار نقش مؤثری در درمان موفقیت‌آمیز TB داشته است.

عفونتهای فرصت‌طلب: برای افرادی که عفونت HIV یا AIDS در آنها تشخیص داده شده است همزمان و مشترک با روشهای دارو درمانی ارزان می‌توانیم اقدامات پیشگیری درخصوص عفونتهای فرصت‌طلب نیز انجام داد. (بطور مثال، با آنتی بیوتیک‌های دسته باکتری‌سید). بطور معمول عفونتهای پوستی از قبیل کاندیدا را نیز بسادگی می‌توانیم درمان کنیم، که مانعی بر سر راه کمک به کارگران دارای عفونت HIV محسوب نشود.

۵- دسترسی به مشاوره‌های داوطلبانه و آزمایشات

شاید شما بخواهید خدمات متنوعی را برای مراجعه کارکنان، شرکاء جنسی آنها و خانواده‌هاشان مدنظر قرار دهید. از جمله مهمترین نکات، محرمانه بودن (رازداری)، داوطلبانه بودن مشاوره‌های HIV و آزمایشات (VCT) برای کارکنان و شرکاء جنسی آنهاست. تمایز قائل شدن بین VCT و آزمایشات اجباری خیلی مهم است. آزمایشات اجباری یا آزمایشاتی که بدون رضایت کارگران انجام می‌گیرد در اکثر کشورها غیرقانونی شناخته شده‌اند و نباید جو عمومی را با این رویه‌ها مسموم کرد. از سوی دیگر، مطالعات در نقاط مختلف جهان نشان داده‌اند که VCT در کاهش رفتارهای پرخطر هم برای افراد آلوده به HIV و کارگران غیر آلوده به HIV می‌تواند اثربخش‌تر باشد. مشاوره‌های بجا و شایسته همراه با آزمایشات داوطلبانه تأثیر در آموزش‌های پیشگیری خواهد داشت و می‌تواند به تغییر رفتار کمک کنند. گاهی اوقات مجموعه‌ای از توافقات بتصویب رسیده متضمن مخالفت با رویه‌های اجباری در آزمایشات و اطمینان بخشیدن نسبت به دسترسی درخصوص VCT رایگان بسیار کمک کننده می‌باشند. گاهی

اوقات بهترین راه برای یک شرکت و یا مؤسسه پیش بینی انجام VCT غیر رسمی برای همه کارکنانی است که می‌توانند VCT را در خارج از محل کار انجام بدهند و اطمینان داشته باشند که این آزمایشات بدون نام و بدون هزینه و یا با حداقل هزینه برای کارکنان قابل انجام است. VCT در محل کار خود کارکنان باید تحت شرایط کاملاً خاص بشرح ذیل انجام گیرد:

- جایگاه انجام VCT شامل آزمایشات بدون نام در پیرامون محل کار به سهولت در دسترس نیست.
- جایگاه سیاست‌های محرمانه بودن اطلاعات در محل کار حتمی است و تأکید بر امنیت که انجام آزمایشات پایه برای همه کارکنان داوطلبانه است و بصورت غیر رسمی این مراتب مورد توافق قرار گرفته است.
- در جایگاه اطلاع از وضعیت HIV در بین کارکنان مفید هست، شرایط مفید بودن متضمن توانایی برای درمان و فرصتی است که از انتقال HIV از مادران به بچه‌ها می‌توان جلوگیری نمود.
- جایگاه قوانین ملی یا منطقه‌ای نقض نخواهد شد علی‌الخصوص مراتب یادآوری شده در فوق.

۶- مشاوره، مراقبت و دیگر برنامه‌های حمایتی برای کارکنانی که HIV مثبت هستند و اعضاء خانواده آنها.

کارفرمایان اغلب قادرند اشکالی از مشاوره، مراقبت و دیگر خدمات حمایتی را برای کارگران ذینفع و خانواده‌هایشان و یا شرکاء جنسی آنها فراهم نمایند. بطور مثال خدماتی که نه تنها اثرات سودبخشی بر روی فیزیک و آسایش روانی آنها را به همراه خواهد داشت بلکه موجب افزایش احتمال تغییرات رفتاری که کمک کننده در جهت جلوگیری از انتقال HIV است، خواهد شد.

درحقیقت وقتی کارفرمایان قادر به تهیه و تدارک درمان‌های پیشرفته HIV/AIDS نیستند حمایت‌های مراقبتی برای کارگران HIV مثبت و خانواده‌هایشان امکانپذیر است. برای مثال شما می‌توانید:

- آموزش و تعلیم خانواده‌ها و مراقبت‌های تسکین بخش (مراقبتی که آسایش بیشتری را برای افرادی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند به همراه خواهد داشت). مهار و کنترل درد، تغذیه و دیگر آموزشهایی که کمک کننده اعضاء خانواده افرادی هستند که در مراحل نهائی HIV/AIDS قرار دارند.
- اطلاعات درباره منابعی که در جامعه وجود دارند. چگونه می‌توان به آنها دست یافت یا ارتباط با مراجعی که از سرمایه‌های زیادی برخوردارند مثل بنیادهای اجتماعی که مرجع پرداخت وام و منابع برای مراقبت و

حمایت محسوب می‌شوند. بعضی از کارفرمایان کارمندانی از NGO ها و یا دیگر آژانس‌های عمومی را برای ارائه خدمات HIV/AIDS در محل کار و یا آنهایی که می‌توانند درجا خدماتی را به کارگران و خانواده‌هایشان ارائه دهند بکار می‌گیرند.

▪ برنامه‌ریزیهای اختصاصی در جهت حمایت از مدارس یا بنیادهای خدماتی جامعه که کارکنان و خانواده‌هایشان را کمک کنند. برای مثال؛ آموزش دهندگان همسال یا دیگر پرسنل محل کار ممکن است خواستار جلسات آموزشی در مدارس یا در NGO هائی که به اعضا خانواده کارکنان سرویس ارائه می‌دهند، باشند.

ارتباط قوی با نهادهای اجتماعی، به افزایش دسترسی کارکنان به خدماتی که توسط NGO ها و آژانسهای عمومی ارائه می‌دهند کمک می‌کند. این ارتباطات برای اینکه کمی نیاز به ریسک و تهور دارند بویژه مهم هستند. به این جهت که برای سرویس‌هایی که مستقیماً خدمات را ارائه می‌دهند امکان پذیر نیست.

۷- پیش بینی درمان‌های پیشرفته در جاهایی که امکان پذیر است.

در حال حاضر داروهای مؤثری برای درمان HIV/AIDS وجود دارد، برخی از کارفرمایان آنها را برای درمان کارکنانشان تأمین و تدارک می‌بینند. افزودن درمانهای پیشرفته متناسب با درمانهای رایج امکانپذیرتر و کم هزینه‌تر خواهد بود. در ضمن می‌تواند شامل جلوگیری از انتقال HIV از مادران به بچه‌ها باشد. بدین جهت که بیشترین اثر دارویی با کم‌ترین هزینه را دربر خواهد داشت.

فوائد (منافع): ARV و درمان آنتی رتروویرال‌های بسیار قوی (HAART) درمانهایی هستند که باید بصورت هماهنگ بوسیله مراقبین و سرویس‌های بهداشتی که طراحی شده‌اند مانیتورینگ شوند تا از اجرای درمانهای توصیه شده اطمینان حاصل شود. مطالعات در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته نشان داده‌اند که پیروی از درمانهای (HAART) با نظارت و کنترل روتین شدت هم در کاهش عوارض بیماری و هم مرگ افرادیکه به HIV/AIDS آلوده شده‌اند تأثیر دارد. در کشور برزیل بطور مثال آنتی‌رتروویرال‌ها باعث کاهش مورتالیتته بمیزان ۳۲ درصد شده‌اند. **هزینه‌ها:** برای برخی کارفرمایان هزینه تأمین داروهای فوق کمرشکن می‌باشد اما بطور چشمگیری می‌توان این هزینه‌ها را کاهش داد. صاحبان کارخانه‌های داروسازی ژنریک برای هر بیمار سالیانه برای ساختن داروهای ترکیبی هزینه‌ای کمتر از ۳۰۰ دلار آمریکا صرف می‌کنند. با کنترل و نظارت، هزینه هر بیمار حدود ۵۰۰ دلار آمریکا در

سال می‌باشد. داروها ممکن است از طریق سازمانهای منطقه‌ای ارائه دهندگان خدمات در خصوص AIDS با کمترین هزینه و یا هیچ هزینه‌ای و یا سازمانهای اهداء کننده در دسترس قرار گیرند.

شرکتهای زیادی در جذب (استخدام)، آموزش و بهره‌گیری از کارکنان برای پیش‌بینی و تأمین درمانهای جدید با هزینه‌های مقرون به صرفه بطور چشمگیر و قابل ملاحظه سرمایه‌گذاری می‌کنند. این اقدام ویژه‌ایست که سزاوار انجام است زیرا شروع دوره AIDS را برای چندین سال به تأخیر می‌اندازد. یک اتحادیه برای سنجش هزینه اثربخشی و رعایت ملاحظات اخلاقی، برخی شرکتها را از جمله شرکت دیاموند بوتسوانا^{۲۵} و شرکت شکر مومباس^{۲۶} را برای تأمین داروهای HAART برای همه کارکنانی که با HIV/AIDS آلوده و بیمار شده‌اند ترغیب و شناسائی نموده است. در ایالات متحد، برخی اتحادیه‌ها با احزاب کارگری و مدیرانی که تأمین کننده و پوشش دهنده هزینه‌های سلامت و آموزش هستند، رابطه برقرار نموده‌اند و آنها وامهای بلند مدتی را برای کمک و حمایت برنامه‌های HIV/AIDS پرداخت می‌کنند. مشابه مشارکت مالی احزاب و مدیران، توجه نمودن و اقتباس از تجربیات مؤثر و قابل استفاده دیگر کشورها نیز باید مدنظر قرار گیرد.

کلاس‌های عملی و تمرینات بهتر

کلیه کلاس‌های آموزشی در سراسر دنیا حکایت از این موضوع دارند که بسیاری از کارفرمایان و اتحادیه‌های تجاری در قبال آشنائی و شناخت HIV/AIDS احساس مسئولیت کرده و آنرا یک وظیفه کارفرما بحساب می‌آورند. بهمین خاطر فضائی زیست پذیر برای کارکنانشان را مورد توجه قرار داده‌اند.

برنامه‌ها را می‌توان متنوع و متفاوت تهیه کرد. کارفرمایان نقش کمک کننده‌ای در جلوگیری از HIV/AIDS می‌توانند داشته باشند و پیگیری مؤثر و موفقیت‌آمیز برنامه‌ها توسط کارکنان را برای طولانی مدت مراقبت و حمایت نمایند. اشخاصی که با HIV آلوده شده‌اند ممکن است برای چند سال و یا حتی بیشتر علائمی نشان ندهند که این

²⁵ Botswana Diamond
²⁶ Mumias

خود به چند فاکتور وابسته است که از جمله، وضعیت عمومی سلامت آنها می‌باشد. بیشتر از ۵۰ درصد افراد آلوده در سالهای ۱۲-۱۰ وارد مرحله AIDS می‌شوند. با درمان مناسب، افراد دارای بیماری HIV/AIDS می‌توانند از زندگی طولانی مدتی، یک زندگی ثمربخش و سازنده برخوردار شوند. در برخی شرکتها استخدام نیروهای جدید، آموزش و دیگر هزینه‌ها از طریق سرمایه‌گذاری در برنامه‌های HIV/AIDS کاهش داده شده‌اند.

فعالیت‌های پیشگیری: برنامه‌های پیشگیری HIV می‌تواند موجب کاهش سرایت و همه‌گیری HIV، همینطور کاهش تلفات کارکنان متخصص و کاهش هزینه‌های کارفرمایان که متأثر و وابسته به مراقبت‌های درمانی و بهره‌وری افراد دارای HIV است شود. برای مثال:

▪ در تایلند، شرکت شل (Shell Company) پیشگیری را برای افراد دارای ریسک بالا (high risk) بواسطه تزریق مواد هدف قرار داد. خدمات مشاوره و دارو درمان همچنین سرنگ و سرسوزنهای استریل تدارک دیده شد. این اقدام باید در جاهائیکه کلینیک‌های بهداشتی وجود ندارند یا محرمانه ماندن ممکن است زیر سؤال باشد در خارج از محل کار صورت گیرد. سیاست‌های شرکت همچنین باید دربرگیرنده و زمینه‌ساز آموزش‌دهندگان همسال خصوصاً از میان جوانان بوده و تقویم آموزشی منظم و مرتبی درخصوص HIV/AIDS متضمن برنامه‌های آموزشی برای همه کارکنان تهیه شده باشد.

▪ مطالعات در آفریقای جنوبی نشان دهنده اینست که سرمایه‌گذاری در برنامه‌های آموزشی رایج موجب صرفه‌جویی بمیزان ۳/۵ تا ۷/۵ برابر در هزینه‌ها از مجموعه بودجه کل برنامه‌ها خواهد شد.

انجام تحقیقات در زمینه داده‌هایی که از کارکنان دریافت شده است قویاً در تعیین اولویت‌ها و ساختار برنامه‌ها

کمک کننده می‌باشد. برنامه جامع HIV/AIDS درمحل کار شرکت دیاموند بوتسووانا بر پایه بررسی‌های انجام شده بر روی کارگران و دیگر مطالعات استوار شده بود.

آموزش همسالان بخش فوق‌العاده مؤثر برنامه‌های پیشگیری است. در سال ۱۹۹۳ در زیمبابوه، ۴۰ کارخانه مجری

برنامه‌های پیشگیری از HIV/AIDS شده بودند. در سال ۱۹۹۴، ۲۰ شرکت از این شرکتها مقوله آموزش همسالان را به مجموعه برنامه‌های پیشگیری خودشان اضافه کردند درحالیکه برنامه‌های مابقی کارخانه‌ها در همان شرایط اولیه باقی مانده بود. در کارخانه‌هایی که داوطلب اجرای آموزش همسالان شده بودند بطور قابل ملاحظه‌ای میزان (بروز) عفونتهای جدید HIV در مقایسه با دیگر کارخانه‌ها کاهش یافته بود.

بوتسووانا، شرکت دیاموند بوتسووانا

سابقه: بخاطر اینکه بخش زیاد و قابل توجهی از کارگران متخصص و متبحر به عفونت HIV/AIDS مبتلا شده بودند، شرکت دیاموند بوتسووانا (PTY)، Ltd، در بوتسووانا از انستیتویی با برنامه جامعی در خصوص HIV/AIDS استفاده نمود. این برنامه شامل انجمن‌ها و شرکتهای پیرامون آن معدن نیز بود. در بین سالهای ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۹ این شرکت متوجه شد بیماری و مرگ به دلیل HIV/AIDS در بین کارگران افزایش یافته است. این مقوله شامل افزایش بازنشستگی به دنبال معلومیت از ۴۰٪ در سال ۱۹۹۶ به ۷۵٪ در سال ۱۹۹۹ نیز می‌شد. مرگهای ناشی از HIV/AIDS از ۳۸٪ کل مرگها در سال ۱۹۹۶ به ۵۹٪ در سال ۱۹۹۹ افزایش نشان می‌داد.

تحقیقات: شرکت با چندین گروه تحقیق متعهد به بررسی و تشریح بهتر نتایج و اثرات ناشی از HIV/AIDS در محل کار و شرکت شد. در سال ۱۹۹۹ یک مطالعه و بررسی مقطعی را با مشارکت ۷۵٪ کارگران، جهت وضعیت شیوع HIV اجرا نمود. مطالعه نشان داد قریب به ۲۹٪ از ۵۲۶۱ کارگری که تحت بررسی قرار گرفته‌اند با HIV آلوده شده‌اند. یک شیوع وسیع (حدود ۳۱٪) در میان افراد بین ۳۰ تا ۳۴ سال وجود داشت. در سال ۲۰۰۰ میلادی شرکت یک ارزیابی وسیع نیروی انسانی مطابق سیاست‌ها و برنامه‌های HIV در همه شرکت انجام داد که شامل یک مطالعه KAPB بود. نتایج نشان داد که آگاهی افراد درباره راههای انتقال HIV/AIDS بالاست (۹۴٪) لکن درصد قابل توجهی از کارکنان زن و مرد (با دامنه حدود ۲۶-۴۶٪) گزارش شدند که دارای شرکاء جنسی متعددی بوده و از کاندوم استفاده نکرده‌اند. شرکت همچنین یک ارزیابی و بررسی دقیقی از وضعیت بودجه و بدهی‌های ناشی از کارگرانی که با HIV/AIDS دچار بیماری شده بودند و یا در اثر آن مرده بودند بعمل آورد. نتایج این ارزیابی شامل، هزینه‌های مراقبتهای بهداشتی ایمنی، هزینه‌های ناشی از تقاضاهای افزایش یافته در خصوص مراقبتهای بهداشتی، کاهش بهره‌وری و پیامدهای افت روحی کارمند می‌شد.

تعیین مشاغل بحرانی: یکی از نتایج کلیدی این بررسی و ارزیابی یافتن خطوط راهنما برای شناسایی و آنالیز پستهای سازمانی کلیدی و بحرانی بود. آنالیز داده‌ها نشان داد ۲۶٪ از مشاغل بحرانی در بردارنده هسته تجاری شرکت است. این موقعیتهای بحرانی برای استراتژیهای کاهش ریسک مورد هدف قرار گرفت که شامل استراتژیهای جایگزین و تعویض می‌شدند، نتایج ارزیابی بعنوان درون داد اصلی شرکت استراتژیهای همه‌گیری و محدودیتهای مالی را تعیین می‌کرد.

سیاست‌های گروهی: سیاست‌های اولیه شرکت در سال ۱۹۹۵ تدوین شد. که شامل در نظر گرفتن تعاملات غیر تبعیض آمیز و عدم انجام آزمایشات HIV در بدو استخدام، و بر اهمیت آموزش و پیشگیری از HIV تأکید شده بود. خط مشی مبتنی بر تدوین سیاست‌های جامع برای کارکنان و کارپردازها در واقع محدوده کلیه کارکنان و ساختارهای حمایتی از قبیل ارائه مراقبتهای در خانه، مشاورات، آموزش دهندگان همسال و مراقبین بهداشتی را در برمی‌گرفت. توسط کاندیداهای شاغلین این خط مشی، تعهدات مالی را برای تأمین پیش‌نیازها توسط کارپردازها که متضمن لوازم و خدمات مورد نیاز بود مشخص می‌کرد. شاغلینی که خود آنها برنامه‌ها و سیاست‌ها را تهیه و در مراحل آغازین برنامه HIV/AIDS را حمایت می‌کردند. کارپردازان و متصدیان بصورت دوره‌ای جهت اطمینان خاطر سیاست‌ها و برنامه‌های HIV/AIDS در محل کار را ارزیابی می‌کردند. شرکت همچنین آموزشهای اولیه را با یک برنامه آموزشی برای کارکنانش برگزار نمود.

بوتسووانا، شرکت دیاموند بوتسووانا

استراتژیهای HIV/AIDS: در سال ۲۰۰۰ میلادی، شرکت آماده تهیه یک برنامه استراتژیک شد استراتژی جدید HIV/AIDS شامل یک چشم‌انداز و بیانیه رسالت برای مورد توجه قرار دادن HIV/AIDS بشرح ذیل بود: محدود کردن همه‌گیری، زندگی با AIDS، مهار و کنترل هزینه، تعهدات شغلی، نظارت و ارزیابی و اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی.

مراقبتهای بهداشتی: شرکت دیاموند بوتسووانا مراقبتهای بهداشتی و داروهای آنتی‌رتروویرال (ARV) را برای همه کارکنانی که دچار بیماری شدند و همسران آنها آماده کرد. در ماه مارس ۲۰۰۱، مصوبات رؤسا را درخصوص تأمین داروهای ARV برای کارکنانی را که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند ابلاغ کرد. شرکت سوبسیدهایی را برای درمان با ARV پرداخت نمود که شامل؛ درمانهای پروفیلاکتیک و انجام تستهای آزمایشگاهی و نظارتهای مناسب می‌شد. این شرکت ۹۰ درصد هزینه‌های کارکنان آلوده به ویروس و همسران قانونی آنان را که HIV مثبت بودند پرداخت می‌کرد. یک پرستار برای درمانهای ARV بکار گرفته شده بود و یک خط تلفن آزاد در تمام مدت پاسخگو تماس گیرندگان بود. او با همه بیمارانی که صدایشان توسط تلفن ضبط شده بود تماس می‌گرفت و دربارهٔ مداومت بر درمان با آنها صحبت می‌کرد و درخصوص انجام تست‌های خونی‌شان و تعقیب درمانشان توسط پزشک را یادآور می‌شد و همه این موارد را برای دیگر کارکنان نیز یادآوری می‌نمود.

نشریک مساعی: شرکت دیاموند بوتسووانا کلیه مشاغل را درگیر موضوع می‌کرد که شامل کارگران اتحادیه معدن، سازمانهای مختلف دولتی - به کمک بخشهای مختلف کمیته - شرکتها و کمپانی‌های متعدد داروسازی، و NGO ها می‌شد. در جامعه معدن‌چی‌ها با مدارس، آژانس‌های منطقه‌ای دولتی، گروهها و انجمن‌های اجتماعی تشریک مساعی و ارتباط برقرار می‌کرد و با شفاگرهای سنتی و مذهبی جلسات آموزشی برقرار می‌کرد. این اقدامات با واسطهٔ آموزش دهندگان همسال و مداخلات جمعی و دولتی صورت می‌گرفت.

اتحادیه اغلب نقش اصلی را در توسعه و اجرای برنامه‌های محل کار بعهده دارد که شامل: به کار گماشتن و تربیت

آموزش دهندگان همسال می‌باشد. برای مثال:

- در ایالات لارسن و توبرو (Larsen & Toubro) هند، یک سازمان بزرگ اتحادیه‌های کارگری با گروههای برنامه‌ریز و اعضاء تیم، درگیر برنامه‌های پیشگیری، مراقبت و حمایت برنامه‌ها بودند. برنامه‌ای که متضمن آموزش دهندگان همسال و آموزشهای دوره‌ای پیشگیری، مشاوره و تست داوطلبانه VCT و خدمات حمایتی برای پرسنلی که با HIV/AIDS زندگی می‌کردند بود. برنامه‌ریزی انجام شده بیشتر متوجه تعداد زیادی از کارگران جوانی بود که بتازگی به عفونت مبتلا شده بودند و در سنین ۳۵-۱۸ سالگی قرار داشتند.
- پیش از این در سال ۱۹۹۲ میلادی، کارگران شرکت مرکزی Sole که یک اتحادیه ملی در برزیل است با همکاری و تشریک مساعی مدیران خود برنامه‌ای را در قالب پیشگیری از STI/HIV درمحل کار تدارک دیده بودند. اعضاء اتحادیه آموزش دهندگان همسال را بعنوان یک تأمین کننده اطلاعات و کاندوم برای کارگران

تربیت کرده بودند. اتحادیه برای کاهش قیمت کاندوم و ارائه سوبسید برای خرید کاندوم توسط کارگران اقداماتی را انجام داده بود.

همراهی کارفرمایان نتایج سودمندی را به همراه خواهد داشت.

کارفرمایان می‌توانند برای جلب حمایت‌های مسئولین ملی در جوامع بین‌المللی ائتلاف نمایند و یا سرویس‌های تجاری را در این راستا سازماندهی نمایند. کارفرمایان کوچک و بزرگ می‌توانند تمام سعی و تلاش خودشان را با همکاری یکدیگر معطوف به HIV/AIDS نمایند.

- بطور مثال برخی گروهها اقدام به تشکیل ائتلاف جامع تجاری درخصوص HIV/AIDS می‌کنند (GBC) انجمن تجاری اوگاندا در برابر AIDS، کنفدراسیونی (هم‌پیمانی) را از صنایع هند و آسیا و انجمن تجاری برزیل در برابر AIDS را بصورت یک ائتلاف تجاری در برابر HIV/AIDS تشکیل داده است. این انجمن‌ها منابع ذی‌قیمتی را با به اشتراک گذاشتن اطلاعات دربارهٔ اجرای برنامه‌های جامع، اشتغال کارفرمایان جدید، و حمایت گروهها و نهادهای دولتی که پیرامون HIV/AIDS فعال هستند در اختیار یکدیگر می‌گذارند.
- یک انجمن تجاری در ویتنام از فعالیتهای غیرتبعیض‌آمیز و با احترام به افرادی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند حمایت می‌کند. توسعه این دیدگاه انجمن ویتنام به بخش‌های تجاری و صنعتی زمینه‌های همکاریهای گروهی در جهت تصویب سیاست‌های غیرتبعیض‌آمیز و برنامه‌های پیشگیری از HIV را فراهم نمود.

مشارکت مقطعی اتحادیه با یکدیگر کوشش و تلاشی است در جهت دستیابی به تجربیات و چشم‌اندازهای متفاوت.

- مثالهایی در خصوص درگیر شدن تک تک صنایع و یا نهادهای دولتی و آژانس‌های عمومی محل‌های کار، مانند:
- کارگران حمل و نقل بین‌المللی برای اجرای برنامه‌های پیشگیری بصورت متمرکز بر روی رانندگان کامیون در اوگاندا هم‌پیمان شدند. از جمله خصوصیات بدیع عبارت بودند از: مذاکره با آژانسهای دولتی در زمینه محدود کردن تشریفات رسمی مرزها و در نتیجه کوتاه کردن زمان انتظار رانندگان و کارگران آنها در مرز که نهایتاً موجب کاهش فرصتهای برقرار نمودن روابط جنسی می‌شد.

- کنفدراسیون بین‌المللی اتحادیه‌های تجارت آزاد گام‌های نخست در اجرای برنامه‌های HIV/AIDS را در دفاتر محلی خود برداشته‌اند. آموزش بین‌المللی، فدراسیون اتحادیه بین‌المللی مدرسه‌ای را تحت عنوان سلامتی و HIV/AIDS با تأمین کتب منابع و شیوه‌های آموزش جهت آموزش معلم‌ها و دیگر کارگران تهیه و تدارک دیده است. که این اقدام برگرفته از داده‌های هشت کشور می‌باشد.
- گروه‌های متحد شامل: WHO, UNESCO, دبیرخانه UNAIDS از جمله دیگر اعضا می‌باشند. بهداشت خانواده بین‌المللی و شرکت معدن Gold در منطقه آزاد، آفریقای جنوبی اثبات کرد که چگونه می‌توان انتقال HIV در میان کارگران معدن را با تشخیص و درمان STI و دیگر خدمات بهداشتی برای فواحش و زنانی که اطراف معدن زندگی می‌کردند پیشگیری نمود. مدل فوق که برگرفته از نظرات شرکاء جنسی است، متضمن شعباتی از اتحادیه ملی کارگران معدن، شرکت گلدفیلد (Goldfield)، معدن ژوئل (joel) و دیگر سازمانهای بهداشت عمومی است.

برای یک کارفرما هزینه‌های داروهای آنتی‌رتروویرال کمتر از هزینه‌های مأموریت کارکنان است که این داروها و مراقبت‌های بهداشتی را دریافت نمی‌کنند. زمانیکه یک کارفرما خدمات بیمه و مراقبت‌های بهداشتی را برای کارکنانش فراهم می‌کند علیرغم هزینه‌های ARV و HAART بطور قابل ملاحظه‌ای اندوخته مالی را بدست خواهد آورد. در شرکت فولکس واگن برزیل، تسهیل و دردسترس قراردادن داروهای آنتی‌رتروویرال باعث کاهش بستری به میزان ۹۰ درصد کارکنان و کاهش ۴۰ درصد هزینه‌های پزشکی مرتبط به HIV/AIDS شده است. مأموریت‌های خارج از مرکز برای تعدادی از کارکنان تا ۹۰ درصد کاهش یافت.

تحقیقات نشان داد برنامه‌های پیشگیری، حمایتی و مراقبتی HIV/AIDS باعث هزینه اثربخشی برای کارفرمایان خواهد شد. یک مطالعه تحقیقاتی در هفت شرکت آفریقای جنوبی انجام شد که هزینه اثربخشی و فوائد اجرای برنامه‌های پیشگیری، حمایتی و مراقبتی HIV/AIDS را مورد بررسی قرار داده بود. یک تیم اقتصادی از مرکز بین‌المللی سلامت از دانشگاه بوستون (Boston University) این مطالعه را رهبری می‌کرد. نتایج بدست آمده به شرح ذیل بود:

▪ **هزینه‌های AIDS:** آنالیزهای اولیه از سه بخشی که از مقادیر نزدیک بهم برخوردار بود تشکیل می‌شد. هزینه‌ها بواسطه AIDS تقریباً برابر ۱۱-۳ درصد حقوق سالانه در سال ۱۹۹۹، ۸-۲ درصد در سال ۲۰۰۰ و ۱۸-۵ درصد در سال ۲۰۰۶ بود.

▪ **هزینه‌های قبل از عفونت (آلوده شدن):** انتظار می‌رفت هزینه پیش از عفونت HIV (هزینه‌های پیشگیری) در میان مردان ۴۰-۳۵ ساله بالا باشد. هزینه واقعی در افراد بازنشسته و مسن متفاوت بود، هزینه درمانی گران بودند و هزینه‌های معلولیت و حق بیمه عمر به صرفه بود.

▪ **هزینه اثربخشی درمان:** جلوگیری از ایجاد هر مورد جدید عفونت با HIV بواسطه پیشگیری کارکنان موجب اندوخته شدن هزینه برای موارد عفونت شده و نهایتاً کمتر شدن هزینه‌های مربوط به پیشگیری را باعث خواهد شد. هزینه‌های درمان بین کارخانه‌ها از تنوع وسیعی برخوردار است. نظر به اینکه چه کسی خدمات مراقبتی را در بین کارکنان کارخانه ارائه می‌کند هزینه نوع مراقبت ارائه شده بسته به هر مورد متفاوت خواهد بود. برای دو شرکت بیشترین هزینه اثربخشی مربوط به گروه سوپروایزرها و کمتر از آن مربوط به تکنسین‌ها بود. تأمین و تدارک درمان و مراقبت برای محافظت کارکنان حتی برای شرکتهای با درآمد پائین بمراتب با هزینه کمتری در مقایسه با هزینه‌های HIV/AIDS انجام خواهد شد.

این مثالها و دیگر موارد مشابه که در بخش چهارم به شیوه کاملاً علمی ارائه گردیده‌اند اشاراتی هستند به اینکه چگونه می‌توان واکنش مؤثری در برابر HIV/AIDS در محل کار نشان داد.

دیگر بخش‌ها در این راهنما، رهنمودهای مشاوره‌گونه‌ای هستند که چگونگی طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های HIV/AIDS در محل کار را شامل می‌شوند.

1. See Appendix 4 for sample union and labor organization codes and policies on HIV/AIDS in the workplace.
2. CDC. Labor Leaders Kit. Labor Responds to AIDS program. U.S Department of Health and Human Services. Available: www.brta_lrta.org.
3. For more information on peer educators, review a compilation of information about peer education. See: UNAIDS. (2000). Peer education and HIV/AIDS: Concepts, uses, and challenge. Available: www.unaids.org/html/pub/publications/irc_public1/jc291_peereduc_en_pdf.pdf
4. WHO. (June2003). Report from the 3rd global TB/HIV working group meeting. Montreux, Switzerland. Available: www.who.int/gtb/policyrd/TBHIV.HTM.
5. Examples from UNAIDS. (2002). Focus: AIDS and the world of work. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Available www.unaids.org/html/pub/global_reports/barcelona/brglobal_aids_report_en_pdf_pdf.
6. Pramualratana, A., & Rau, B., ed. (1999). HIV/AIDS programs in private sector businesses.

Bangkok: Thailand Business Coalition on AIDS.

« بخش ۴ »

**طراحی سیاست‌های پیشگیری از HIV/AIDS
در محیط کار**

طراحی سیاست‌های پیشگیری از HIV/AIDS در محیط کار

ارزش سیاست‌های پیشگیری از HIV/AIDS در محیط کار

لزوم وجود سیاست پیشگیری از ایدز در محیط کار

تجربه کشورهایی که شدیداً تحت تأثیر همه‌گیری بیماری قرار گرفته‌اند اهمیت اتخاذ

را مدلل کرده است. هم کارفرمایان و هم کارکنان به این سیاست نیازمند هستند. اتحادیه خصوصاً

به تأمین حمایت‌های زیر برای کارکنان که براساس سیاست‌های محل کار و توافقات به عمل آمده در اتحادیه

می‌باشد، علاقمند هستند:

۱. جلوگیری از اعمال تبعیض در رابطه با حقوق کارکنان در محل کار و سایر حمایت‌ها که شامل:
 - رعایت قوانین و مقررات برای جلوگیری از تبعیض و فراهم شدن مصونیت‌های مساوی برای کارکنان با بیماری جدی و یا ناتوانی می‌باشد و
 - حفظ اطلاعات پزشکی کارکنان به صورت محرمانه که البته وضعیت HIV آنها را نیز شامل می‌شود.
۲. حفظ و بهبود مزایای کارکنان که شامل:
 - دسترسی آنها به مراقبت‌های بهداشتی از طریق بیمه یا ارائه مستقیم خدمات بهداشتی

■ دسترسی به خدمات اختصاصی HIV شامل آموزشهای پیشگیری، مراقبت و خدمات حمایتی و

■ دسترسی به درمانهای رایج پیشرفته HIV/AIDS در جاهایی که میسر است.

۳. ارتقاء وضعیت بهداشت و ایمنی محل کار شامل :

■ در اختیار داشتن و اجرای روشهای کنترل عفونت به عنوان روشهای بین المللی برای مصونیت کارکنانی که خطر تماس با خون آلوده یا پاتورنها را دارند وضع شده است. برای مثال کارکنان بهداشتی هنگام کار در این مکانها با خون در تماس هستند لذا احتمال آلوده شدن بوسیله هیپاتیت B، هیپاتیت C یا HIV برای آنها وجود دارد. برای اقداماتی که باید پس از تماس انجام داد روشهای تأیید شده‌ای وجود دارد، کارکنانی که با خون آلوده، تماس داشته‌اند یا هنگام کار دچار جراحت شده‌اند از یک فرورفتن سوزن تا پاشیدن خون یک انسان به چشمها، بینی یا دهان و یا حادثه‌های مشابه باید سریعاً اقدامات پس از تماس که شامل موارد زیر می‌شوند پشت سرهم انجام گردد:

■ دستکش‌های محافظ را بپوشید و زخم را تمیز کنید (یا محلی را که خون به آن پاشیده شده بشوئید)

■ به سوپروایزر اطلاع دهید.

■ به اطاق اورژانس و یا کلینیک پرسنل بهداشتی مراجعه کنید و خدمات درمانی اورژانس که برای

هیپاتیت B و C و عفونت HIV در دسترس است دریافت نمائید. (توجه : برای درمان منتظر نمائید

که ببینید حادثه به ابتلاء عفونت منجر می‌شود یا نه. گرفتن درمان حتی اگر نیاز هم نباشد باز هم

عقلانه‌تر و مطمئن‌تر از انتظار برای ابتلاء به هیپاتیت و یا HIV می‌باشد.

■ فرو رفتن سوزن و یا پاشیدن خون را با جزئیات آن مستند نمائید. و

■ با نماینده اتحادیه تماس بگیرید (برای آنها مستندهایی از حادثه تهیه نمائید.)

تأثیر برنامه‌های HIV/AIDS بدون تدابیر لازم برای هدایت و تقویت آنها در محل کار تأثیر محدودی خواهد داشت.

به نظر بعید می‌رسد که کارکنان فعالانه در برنامه‌های آموزشی شرکت نمایند. برای تشخیص و یا درمان بیماری‌های

جنسی خود اقدام نمایند و یا درخواست داوطلبانه برای انجام آزمایش داشته باشند، آنها از بدنامی، تبعیضهای محل

کار و یا از دست دادن شغل می‌ترسند.

در هنگامی که فقدان محافظتها یا از طریق سوپروایزر یا به صورت موافقت‌نامه‌های دسته جمعی منعکس می‌شود،

نمایندگان اتحادیه روی ترسها و نگرانیهای کارکنان تمرکز خواهند کرد.

بیشتر نگرانی‌های مربوط به HIV/AIDS در محل کار بوسیلهٔ تدوین تدابیر و سیاست‌های مناسب از بین خواهد رفت. در این سیاستها باید جایگاه کارفرما و روشهای عملی پیشگیری از انتقال HIV/AIDS در بین کارکنان و همچنین جلوگیری از انگ بدنامی آنها تعریف شده باشد. تدوین چنین سیاستهایی یک زبان پایه مشترک برای موافقت‌نامه‌های جمعی فراهم خواهد آورد.

تدوین سیاست برای جلوگیری از انگ بدنامی و تبعیض در محل کار

جلوگیری از انگ بدنامی و تبعیض از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مثالهایی از بدنامی و تبعیض که تدوین یک سیاست محل کار می‌تواند به جلوگیری از آن کمک کند در زیر آورده شده است:

افرادی که به HIV/AIDS آلوده شده‌اند یا اینکه تصور می‌رود که ممکن است آلوده شده باشند ممکن است دچار انگ بدنامی شوند بطور مثال:

- همکاران از کار کردن با این افراد امتناع می‌کنند.
- این اشخاص ممکن است مورد آزار همکاران خود واقع شوند.
- احتمال اینکه این افراد در ساعاتهای استراحت و غذاخوردن ایزوله شوند و تنها بمانند وجود دارد و
- ممکن است از این افراد خواسته شود که اتاق استراحت جدا داشته باشند و یا وسایلشان را از دیگر پرسنل جدا کنند.

چنین کارمندانی ممکن است همچنین با تبعیضهای شغلی نیز مواجه شوند. مانند:

- آنها ممکن است اخراج شوند.
- موقعیتهای ارتقاء شغلی و تشویقهای کاری آنها ممکن است رد شود.
- محدودیتهای شغلی غیرمنصفانه‌ای ممکن است درمورد آنها اعمال شود.
- زمانی که موقعیت موجود کاری این افراد را در معرض ابتلاء به سایر بیماری‌های جدی قرار می‌دهد، سازمانها ممکن است از قبول درخواست تغییرکار مستدل با توجه به موقعیت آنها امتناع کنند.
- ممکن است از بیمه شدن آنها و سایر مزایای این افراد جلوگیری شود.
- کانونهای حمایتی که برای کلیه کارکنان یکسان است ممکن است با توجه به خدمات موجود برای درمان این افراد منصفانه اقدام نکنند.

به وسیله آموزش دادن اینکه هیچ دلیلی برای ترس از فردی که با HIV/AIDS زندگی می‌کند وجود ندارد و فراهم آوردن یک تضمین و امنیت شغلی در محیطهای کاری می‌توان فرصت عالی برای مقابله کردن با تبعیض و

بدنامی‌های اجتماعی ارائه داد. شما یک پیام قدرتمند ارسال می‌کنید که بسیار بالاتر از یک پیام آموزشی است. محیط‌های کاری که بر پایه تدابیر و سیاست ضد تبعیض شغلی بنا شده‌اند تضمین‌هایی قابل رؤیت ارائه می‌دهند آنها عملاً نشان می‌دهند که افراد می‌توانند سالها بدون ترس از دست داد کار، کم شدن درآمد و یا ایزوله شدن با HIV/AIDS زندگی و یا کار کنند.

یکی از ملاک‌های اولیه سنجش عدم وجود تبعیض در محل کار این است که پرسنل تمایل داشته باشند که مورد آزمایش واقع شوند و موقعیت HIV خود را بدانند. وقتی پرسنل قلباً تمایل داشته باشند که بدانند چگونه HIV ممکن است منتقل شود و چه کارهایی برای عدم انتقال آن مفید است و بالاخره سعی در تغییر رفتارهای پرخطر نمایند. سیاست‌های بدون محل کار باید مستقیماً از انگ بدنامی و تبعیضها جلوگیری کنند و سیستم نگهداری محرمانه اطلاعات را تأمین نمایند.

سیاست محیط کار در رابطه با HIV/AIDS چیست؟

سیاست محیط کار در رابطه با HIV/AIDS جایگاه سازمان و روش‌های عملی جلوگیری از انتقال HIV و رفتار با افراد آلوده به HIV یا ایدز را در میان کارمندان تعریف می‌کند. مدیران و مسئولین کارکنانی که تجربه مشکلات در رابطه با HIV/AIDS را از محل کار دارند ارزش آئین‌نامه‌هایی که جایگاه مدیران، مسئولین کارکنان و پرسنل را در همه سطوح مشخص کرده است را فرا گرفته‌اند. به صورت ایده‌آل سیاستها به صورت مکتوب تهیه می‌شود و رسماً بوسیله بالاترین رده مدیریت سازمان تأیید می‌گردد و مسئولین کارکنان به صورت مداوم آنها را به پرسنل در کلیه سطوح ابلاغ می‌کنند و به عنوان یک راهنما برای رفتارها و فعالیتهایی که برای پیشگیری و درمان HIV/AIDS در محل کار مناسب است استفاده می‌گردد. باید کپی گرفتن از سیاستهای مکتوب برای کلیه کارمندان، مسئولین و نمایندگان اتحادیه در هر زمانی که درخواست کنند آزاد و در دسترس باشد.

فوائد مکتوب نمودن تدابیر و سیاست‌ها

بعضی از پرسنل خصوصاً کارمندان جزء که به سیاست‌های رسمی مکتوب دسترسی ندارند از تجربیات عملی غیرمکتوبی که به مرور زمان برای آنها ثابت شده است، تبعیت می‌کنند.

در نهایت روش‌های عملی استاندارد برای راهنمایی مدیران، سرپرستان کارکنان پرسنل بیرون می‌آید و اغلب منجر به نتایج دلخواه، قابل پیش‌بینی و منطقی می‌شود. هرچند چون روش‌های عملی استاندارد در اثر تکرار تجربیات و آزمایشات حاصل می‌شوند. لذا در سری‌های اول چاپ موجود نخواهند بود. این بدان معنی است که بعضی از کارکنان ممکن است تجربیات منفی با این سیاست‌ها قبل از اینکه روش‌های عملی استاندارد منتشر شوند بدست آورند. زمانی که کارکنان اجزاء سیاست‌ها را می‌نویسند بیشتر براساس محل کار خود و حقوق توافق شده بین جمع خودشان می‌باشد.

جایگاه کارکنان، مسئولین و اتحادیه‌ها در نوشتن توافق نامه دسته جمعی برای اینکه این سیاست‌ها قابل اجرا و الزامی شود از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است. به زبان دیگر می‌شود گفت این یک سند قانونی مکتوب با زبان مشترک است که برای ارتقاء سیاست‌های سازمان می‌باشد و چنانچه مکتوب و مورد تأیید باشد می‌تواند ضمانت اجرایی لازم را تأمین نماید.

مزایای سیاست‌ها و تدابیر مکتوب به غیر مکتوب شامل :

- یک فلسفه و یک قالب مشخص برای رفتار با HIV/AIDS و یا بعضی از سایر بیماری‌هایی که زندگی را تهدید می‌کنند برای محیط‌های کاری فراهم می‌کند.
- روش‌های عملی را با اطمینان ارائه می‌دهد و جلوی سردرگمی پرسنل را می‌گیرد.
- وظایف کارمند و مدیر را به آسانی مشخص می‌کند (براساس نیازها و استانداردها)، با تبعیت از قوانینی که به HIV/AIDS مرتبط می‌شود، تدابیر مربوط به فعالیتهای اجرایی را تأمین می‌نماید.
- وظایف و مسئولیتهای کارمندان، و کارگران نه تنها بر پایه سلامت و ایمنی بلکه در جهت رفع بدنامی و تبعیض برای کارمندی که آلوده به HIV هستند نیز می‌شود.
- کارکنان را با حقوق و مصونیت‌هایشان آشنا می‌سازد.
- کارکنان بدینوسیله با راه‌های شناسایی منابع آلودگی و درخواست امکانات محافظتی در مقابل آنها آشنا می‌شوند.
- به طور قطع ثابت می‌کند که حق پرسنل است که اطلاعاتشان محرمانه حفاظت شود.

انواع سیاست‌های کارفرمایان

سیاست‌های مربوط به کارفرما گاهی مخصوص HIV/AIDS است و گاهی یک بخشی از سیاست‌های کلی مربوط به بیماری‌ها و ناتوانی‌هایی که تهدید کننده زندگی هستند می‌باشند. آئین نامه‌ها هم می‌توانند کلی برای این بیماری‌ها و یا اختصاصی HIV/AIDS باشند.

تدابیر مربوط به بیماری‌های تهدید کننده زندگی: بعضی از کارفرمایان برای تأکید بر اینکه HIV/AIDS مانند سایر بیماری‌ها زندگی را تهدید می‌کند تدابیرمخصوصی برای آن انتخاب نکرده‌اند. این کارفرماها سیاست‌های کلی بیماری‌هایی که تهدید کننده زندگی و ناتوان کننده می‌باشند را در نظر گرفته‌اند که HIV/AIDS هم یکی از آنها می‌باشد. مانند سرطان و سل.

این باعث بدست آمدن یک روش منطقی و باثبات برای برخورد با کلیه بیماری‌های مهم و ناتوان کننده می‌باشد. در اصول اخلاقی تهیه شده در بیانیه استخدام اروپا برای موارد HIV/AIDS عبارت کلی سیاست‌های سایر بیماری‌هایی که پتانسیل پیشرونده و جدی دارند به کار رفته است.

سیاست **خاص HIV/AIDS** بعضی از کارفرمایان برای روشن کردن وظایف اجتماعی مسئولین و نگرانی برای سلامت و امنیت کارکنان از سیاست مخصوص برای HIV/AIDS استفاده می‌کنند. در این روش HIV/AIDS به عنوان یک مسئله بهداشتی بزرگ قابل پیشگیری اعلام می‌گردد. و تعهد کارفرمایان را در روشهای مسئولیتی و مناسب برجسته می‌کند. این سیاستها هرچند به پیشگیری هم می‌پردازد ولی به طور شاخصی بدنایمی و تبعیض شغلی را مدنظر دارد. در مقایسه با سیاست‌های کلی‌تر، تدابیر مخصوص HIV/AIDS گامهای کارفرمایان را به صورت واضح و روشن بیان می‌کند و روشهای محافظتی کارکنان آلوده به HIV/AIDS را واقعی تر توضیح می‌دهد. این تدابیر همچنین منحصر به فرد بودن این بیماری همه‌گیر جهانی و گرفتاریهایی که برای کارفرمایان، اتحادیه‌های کارکنان، کارمندان و عموم جامعه فراهم می‌کند را اعلام می‌دارد.

اصول کلی در سیاست پیشگیری از ایدز در محیط کار

حجم و میزان سیاست‌های وضع شده برای محل کار در رابطه با HIV/AIDS

بعضی از سیاست‌های مدون شده تعداد صفحات زیادی را شامل می‌شوند. در صورتی که بعضی از آنها فقط چند پاراگراف را در برمی‌گیرند. حجم مطالب بستگی به این دارد که فقط اصول اصلی بیان شده و یا جزئیات و مراحل اجرایی کاملاً مطرح گردیده است.

یک سیاست جامع در مورد HIV/AIDS میبایست:

- یک قالب برای ضمانت اجرایی را فراهم کند.
- رفتارهای استاندارد که از کلیه کارکنان انتظار می‌رود را شرح می‌دهد و با تأکید روی پیشگیری از بدنامی و تبعیض در محل کار:
- به کارمندان این اجازه را می‌دهد که بدانند کمک‌هایی برای آنها و خانواده‌شان در دسترس است و می‌فهمند به کجا باید مراجعه کنند.
- روش‌هایی را برای سرپرستان مشخص می‌کند تا بدانند چگونه باید در سیستم کاری خود بر موضوع HIV/AIDS نیز مدیریت کنند.
- اغلب زمینه جلب موافقت دسته‌جمعی و ثبات قوانین در محل کار را فراهم می‌کند.
- اغلب منعکس کننده موافقت‌نامه دسته‌جمعی اتحادیه برای فراهم نمودن مصونیت‌ها می‌باشد.
- به کمک قوانین و آئین‌نامه‌های محلی و بین‌المللی استحکام و ثبات حاصل می‌شود.
- یک شالوده‌ای را برای پشتیبانی از برنامه‌های پیشگیری، مراقبت HIV/AIDS فراهم می‌کند.
- برای حفظ اطلاعات کارمندان تعهد ایجاد می‌کند و

▪ کلیه نیازهایی که باید توسط سیستم پشتیبانی و یا پیمان‌کاری که تأمین نیازهای برنامه‌های HIV/AIDS را به عهده دارد تأمین گردد، معین می‌کند.

بعلاوه سیاست محل کار در رابطه با HIV/AIDS باید پاسخگوی سئوالات اساسی که بیشترین احتمال مطرح شدن را توسط کارکنان و مسئولین آنها دارد باشد:

- چه کسانی تحت پوشش این سیاست‌ها قرار می‌گیرند؟
- چه کسانی مسئول اجراء این سیاست‌ها می‌باشند؟
- تجدید نظر در این سیاست‌ها به عهده کیست؟

اصول پایه برای سیاست‌های HIV/AIDS

سیاست‌های موفق HIV/AIDS که در سراسر دنیا توسط کارکنان استفاده می‌شود شامل تعدادی از اصول پایه می‌باشد. این اصول بوسیله سازمان‌های بین‌المللی مانند ILO و UNAIDS و یا گروه‌های کاری شاغل در آفریقا، اروپا، آمریکای شمالی، آمریکای لاتین و آسیا پیشنهاد شده است. ساختار ۱۰ اصل پایه برای محل کار در سال ۱۹۸۸ توسط کمیسیون ایدز شهروندان نیویورک و شمال نیوجرسی بیان گردید. بیشترین اصولی که به طور وسیع استفاده می‌شود آنهایی است که به کمک اصول راهنمای آئین‌نامه اصلی ILO به عنوان اصول کلیدی در محلهای کار بیان شده است.

در خلال توسعه ائتلافات کاری این اصول یا اصول مشابه آنها به قرار زیر است:

▪ ائتلاف جهانی کار برای HIV/AIDS

▪ فدراسیون کارفرمایان کنیا

▪ مبادلات و توسعه کاری ایدز در انگلستان و (BEAD)

▪ ائتلاف کاری آسیا در مورد ایدز و

▪ ائتلاف کاری تایلند برای ایدز

جامعه پیشرفت آفریقای جنوبی (SADC) پس از مشاوره سه جانبه با کارفرمایان، کارکنان و دولت برای ۱۴ کشور عضو در آفریقای زیرصحرای اصول کاری و ضوابط حرفه‌ای مشخص را تعریف کرده است.

ائتلاف کاری ایدز آسیا که تعدادی از شرکتهای کوچک و بزرگ در آن عضو هستند این سیاستها را با اصول پایه آن پذیرفته است. مانند: شرکت انگکور کامبوج، بادی شاپ، لوی استراس، شرکت های هاکوتوباکي در ویتنام، یونیلور، IBM، نایک تایلند، شرکت هواپیمائی شمال غربی، سروکس و لوی استراس.

اصول کلیدی ارزش زیادی برای اتحادیه‌های کاری و کارفرمایان دارد همانگونه که در زیر خلاصه شده است. طبق گزارشات این اصول مستقیماً از ضوابط حرفه‌ای ILO استخراج شده است و بشرح زیر میباشد.

شناخت HIV/AIDS به عنوان یک مسئله در محیط کار

سیاست مورد نظر: HIV/AIDS یکی از مسائل و مشکلات محل کار می‌باشد و نیاز دارد که رفتارهایی مانند سایر بیماری‌های جدی در محل کار با آن انجام شود. این کار لازم است نه تنها به خاطر اینکه این بیماری روی محل کار تأثیر می‌گذارد بلکه دلیل اینکه به عنوان یک قسمت از کل جامعه باید نقش وسیع‌تری را در مبارزه برای محدود کردن وسعت انتشار و تأثیرات اپیدمیولوژی این بیماری ایفا کند.

منطق مورد نظر: دلیلی پزشکی و یا غیر پزشکی برای درمان افراد با HIV/AIDS توسط ارگان‌دیگری غیر از محل کارشان وجود ندارد. با پیروی از این سیاست باید برای نیروی کار وظیفه‌شناس چرخش کاری به گونه‌ای که ریسک ابتلاء سایر بیماری‌ها کاهش یابد انجام گیرد و استحکام بیشتر در این سیاست نمونه یک اقدام عاقلانه مدیریتی می‌باشد.

عدم تبعیض

سیاست مورد نظر: در ضمن کارکردن در یک محیط مناسب از نظر روحی روانی که در آن برای حقوق بشر احترام قائلند و شأن انسانی که به HIV/AIDS آلوده شده‌اند رعایت می‌شود نباید هیچ‌گونه تبعیض بر علیه کارمندی که به HIV آلوده‌اند و یا توسط دیگران به عنوان آلوده به ایدز مطرح شده‌اند به کار رود. تبعیض و انگ بدنامی کسانی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند باعث جلوگیری از تلاشهایی می‌شود که برای ارتقاء اقدامات پیشگیری از HIV/AIDS انجام می‌شود.

منطق مورد نظر: موقعیت‌های کاری خوب بر پایه عدالت و حقایق بنا شده‌اند. حقایق علمی و اپیدمیولوژیکی نشان می‌دهد که افراد آلوده به HIV/AIDS خطر سرایت را برای همکارانشان در طول روابط کاری معمول ایجاد

نمی‌کنند. خطر انتقال در دست دادن و استفاده از وسایل مشترک در محل کار وجود ندارد. بدلیل اینکه خطر سرایت به همکاران در روابط کاری معمول وجود ندارد لذا دلیلی برای رفتارهای متفاوت با این کارمندان در مقایسه با همکارانشان وجود ندارد. ایجاد رفتارهای مساوی می‌تواند باعث از بین بردن بدنامی شود و از تبعیض علیه کسانی که به عنوان HIV مثبت قلمداد شده‌اند جلوگیری کند.

اطلاعات غلط پرسنل اغلب باعث به وجود آمدن تبعیضها می‌شود که در نتیجه آن اختلالات و موانع کاری بوجود می‌آید ارتقاء سیستم رفع تبعیض و حمایت از سیاست رفع بدنامی در محیطهای کاری در بوجود آمدن یک محیط کار مؤثر و مفید بسیار مهم می‌باشد. از اختلالات محل کار می‌توان بوسیله آموزش برنامه‌های پیشگیری کننده جلوگیری کرد که باید به موقع و منظم برای کارکنان تشکیل گردند.

مدیران ارشد، رهبران اتحادیه‌ها و سایر نمایندگان کارکنان باید برای استفاده از تأثیر مثبت رهبری خود در رفع تبعیض در محل‌های کار و ارتقاء آموزشهای پیشگیری از HIV/AIDS ترغیب شوند. امضاء و تأیید برنامه‌های محل کار توسط رهبران کاری و مدیران تأثیر قوی را بر اثربخشی برنامه‌ها خواهد گذاشت.

تساوی جنسی

سیاست مورد نظر: ابعاد مربوط به جنسیت باید در مورد HIV/AIDS شناخته شوند. احتمال آلوده شدن زنان بیشتر است و اغلب بدلیل وضعیت بیولوژیکی، فرهنگی اجتماعی و اقتصادی اثرات بد بیشتری در پی خواهد گذاشت. هرچه تبعیضات جنسی در جامعه‌ای بیشتر باشد و جایگاه زنان پایین‌تر باشد احتمال تأثیرات منفی HIV/AIDS و سایر تأثیرات منفی بیشتر می‌شود. بنابراین هرچه تساوی جنسی در روابط شغلی برای زنان فراهم شود موفقیت برای اقدام حیاتی پیشگیری از شیوع عفونت HIV بیشتر می‌شود و زنان نیز می‌توانند با HIV/AIDS کنار بیایند.

منطق مورد نظر: تعداد زنان به عنوان نیروی کار در کشورهای در حال توسعه رو به ازدیاد است. متأسفانه در بسیاری از کشورها رشد چشمگیری در تعداد زنان آلوده به HIV/AIDS مشاهده می‌کنیم. زنان آلوده به ویروس HIV ۴۷٪ افراد HIV مثبت جهان را تشکیل می‌دهند و اکثریت موارد در آفریقای زیرصحرای را زنان شامل می‌شوند. زنان اغلب در سنین پایین‌تری نسبت به مردان به ویروس HIV آلوده می‌شوند که در بعضی موارد نتیجه اعمال خشونت‌های جنسی علیه آنها در خانه، مدرسه یا محل کار بوده است. کارفرمایان باید تساوی جنسی را در مورد آموزش روشهای پیشگیری از HIV و مراقبت دقت نمایند. زیرا بی‌عدالتی جنسی می‌تواند باعث از بین بردن تأثیر

خدمات پیشگیری برای کارکنان زن بشود. و بدلیل اینکه زنان اغلب وظیفه مراقبت از افراد بیمار خانواده را هم به عهده دارند، در برنامه‌های آموزش محل کار باید تساوی جنسی رعایت گردد. حتی درمورد آموزشهای حساس جنسی نیاز به برپایی جلسات جداگانه می‌باشد. کارکنان زن باید دسترسی مساوی به آموزش روشهای پیشگیری و مراقبت و برنامه‌های حمایتی داشته باشند. تلاشها برای نایل شدن به تساوی جنسی در تمامی جنبه‌ها در محل کار می‌تواند به کاهش انتقال و سرایت HIV منجر شود.

محیط کار سالم

سیاست موردنظر: براساس پیمان امنیت و سلامت شغلی در سال ۱۹۸۱، محیط کار باید سالم و ایمن باشد و روشهای پیشگیری از انتقال HIV باید برای کلیه گروهها عملی باشد.

در یک محیط کار سالم مساعدترین شرایط جسمی و روانی در رابطه با کار و سازگاری با ظرفیتهای کارکنان از لحاظ جسمی و روانی در نظر گرفته می‌شود.

منطق مورد نظر: یک محیط کار سالم می‌تواند به جلوگیری از شیوع HIV کمک کند و رفتارهایی را که باعث می‌شود کارکنان HIV مثبت به عنوان نیروی کار مفید باقی بمانند تشویق می‌کند.

اشخاص با سیستم ایمنی آسیب‌دیده معمولاً تأثیر منفی بیشتری از موقعیتهای بد محل کار قرار می‌گیرند و ممکن است زودتر بیمار شوند. یک محیط کار سالم و امن به بوجود آوردن روحیه بالای کارکنان و اعتماد آنها منجر می‌شود. که باعث افزایش اعتبار پیامهای آموزشی پیشگیری در محل کار می‌شود.

اگر چه خطر سرایت HIV در روابط کاری نرمال وجود ندارد، ولی کارکنان بعضی از انواع خاص مشاغل ریسک سرایت HIV را تحمل می‌کنند، کارکنانی که با خون، مایعات بدن (خون، سیمن، ترشحات واژن و شیر) نسوج بدن تماس دارند نیاز دارد که با تجهیزات محافظتی تجهیز شوند تا خطر تماس با پاتولوژنهای خون کاهش یابد. حداقل تجهیزات شامل دستکشهای لاتکس یا وینیل، ماسکهای صورت، محافظ چشمها و جعبه‌های دفع ایمن سوزن در محلهای کار مورد نیاز می‌باشد. تجهیزات حفاظتی شخصی (PPE) باید بوسیله مدیران بدون طلب وجه از کارمندان تهیه گردد. این کارکنان باید آموزشهای جامع و دوره‌ای لازم را درمورد مراحل کنترل عفونت دریافت کنند. این مراحل جلوی سرایت کلیه بیماریهایی که توسط خون منتقل می‌شوند شامل، هپاتیت B، هپاتیت C و HIV را می‌گیرد. بعلاوه یک چنین حجم پیشگیری ممکن است بخشی از قوانین محلی، ناحیه‌ای و یا بین‌المللی شود و به لحاظ قانونی کارفرمایان را موظف سازد.

گفتگوی اجتماعی

سیاست مورد نظر: اجرای موفق سیاست‌ها و برنامه‌های HIV/AIDS همکاری و اعتماد بین کارفرمایان، کارکنان و نمایندگان آنها و دولت و در جایی که مناسب باشد درگیر ساختن فعال کارکنانی که با HIV/AIDS آلوده شده‌اند را طلب می‌کند.

منطق مورد نظر: مدل کاری مناسب بر پایه شناخت ارزش همکاری برای غلبه بر مشکلات HIV/AIDS در محل کار بنا شده است، گروه‌های مختلفی از کارفرما، پرسنل، اتحادیه‌های کاری، آژانسهای دولتی و سازمانهای غیردولتی، انجمنهای کاری و همکاریهای چندبخشی همگی در مقام تجربه و علم نشان داده‌اند که به رشد و اجرای موفق سیاست‌ها و برنامه‌های HIV/AIDS در محل کار کمک می‌کنند.

مهمترین سیاست‌ها و برنامه‌های محل کار روی اشتراک آگاهیها و معلومات، اعتماد و تلفیق برنامه‌ریزی‌ها بنا نهاده شده است. این باعث پیوستن کمیته‌های برنامه‌ریزی مدیران محلهای کاری مرتبط با HIV/AIDS می‌شود که مناسب‌ترین مکانیسم برای ارتقاء سیاست‌ها و برنامه‌هاست.

کاری که بوسیله یکی از سیاست‌های HIV/AIDS حمایت می‌شود باید قوی و فعال باشد تا جایی که مسئول اتحادیه و سایر کارفرمایان باید اعضاء فعال برنامه‌های کمیته باشند.

کارفرمایان می‌توانند براساس موقعیت و براساس موافقت‌نامه‌های دسته‌جمعی فضای مناسب را برای اجرای سیاست فراهم کنند. همچنین این مهم است که سیاست مورد هدف آیا به مشکلات HIV/AIDS و مورد نگرانی بین کارکنان پاسخ داده است. کارفرمایان می‌توانند با تلاش برای فهمیدن نیازها و نظرات کارکنان در اجرای برنامه‌هایشان یاری شوند. آنها باید راههایی را که اتحادیه می‌تواند کارکنان آلوده به HIV را کمک کند مشخص نمایند و آنها را تاحدی که می‌شود در کار خود مفید و کارآ حفظ نمایند.

به صورت مشابه، سیاست‌هایی که نیاز به ارتباط کارکنان با مدیر و برنامه‌های اجرایی دارد در آنها شرکت کارکنان اهمیت دارد. آموزش از طریق گروههای همسان به طور خاصی مؤثر واقع می‌شود. خصوصاً در زمانی که از کارکنان HIV مثبت استفاده شود مؤثر است. آنها می‌توانند از تجربیاتشان صحبت کنند برای مثال از اهمیت استفاده از کاندوم و کاهش رفتارهای پرخطر.

غربال‌گری با هدف محرومیت از استخدام یا ادامه مراحل کاری

سیاست مورد نظر: غربالگری و تست HIV/AIDS نباید شرط استخدام افراد متقاضی باشد.

منطق مورد نظر: با غربالگری HIV یا آزمایش برای HIV یک محیط کار عاری از HIV/AIDS بدست نمی‌آید. یک کارمند که نتیجه آزمایشش امروز منفی است ممکن است در آینده آلوده گردد. بعلاوه آزمایش کردن بدون پیگیری‌های بعدی مانند پشتیبانی مناسب و ارائه مراقبت‌ها برای کارکنان مفید نخواهد بود. غربالگری HIV قادر به تشخیص کارکنانی که برای کار مناسب نیستند نمی‌باشد زیرا تعداد زیادی از کارکنان سالهای متمادی بعد از آلودگی قادر خواهند بود کار مؤثر و مفید انجام دهند. مطالعات نشان می‌دهد مشاوره داوطلبانه همراه با آزمایش (VCT) می‌تواند برای کاهش رفتارهای پرخطر مؤثر واقع شود، اما فقط وقتی که انجام آزمایش داوطلبانه باشد. برنامه‌های پیشگیری که به کارکنان آموزش می‌دهند چه راههایی را برای اجتناب از آلوده شدن با HIV انتخاب کنند احتمالاً از آزمایش کردن مؤثرتر و مقرون به صرفه‌تر هستند.

غربال‌گری HIV یا انجام آزمایش هنگام درخواست استخدام و یا برای ادامه کار کارکنان مخالف دستورالعمل‌های بین‌المللی کار می‌باشد و شاید متناقض قوانین محلی، ناحیه‌ای و یا ملی باشد.

رازداری

سیاست مورد نظر: هیچ عدالتی در اینکه در زمان استخدام و یا هنگام کار از افراد بخواهیم اطلاعات شخصی خود در رابطه با HIV را فاش کنند وجود ندارد. نباید همکاران فرد را مجبور کنیم که این اطلاعات شخصی و خصوصی را نشان بدهند. دسترسی به اطلاعات شخصی کارکنان در رابطه با وضعیت HIV آنها مبنایست با قوانین محرمانه بودن پیوند خورده و اطلاعات آنها محفوظ بماند. این قوانین باید با ضوابط حرفه‌ای رازداری ILO برای حفاظت اطلاعات شخصی هم‌خوانی داشته باشد (۱۹۹۷)

منطق مورد نظر: کارکنان دارای این حق هستند که اطلاعات شخصی شامل وضعیت پزشکی‌شان محرمانه بماند. این رازداری دارای قواعد عملی است. باعث تشویق کردن کارکنان برای دریافت خدمات می‌شود. باید برای کارفرمایان عادلانه که حقوق رازداری را رعایت می‌کنند احترام قائل شد.

ادامه اشتغال و روابط کاری

سیاست مورد نظر: عفونت HIV دلیلی برای خاتمه دادن به اشتغال فرد نمی‌باشد. مانند بسیاری از سایر بیماری‌ها افرادی که با بیماری‌های مربوط به HIV گریبان گیرند باید قادر باشند تا زمانی که از نظر پزشکی مشکلی پیش نیامده به کار خود که باید مناسب وضعیتشان هم باشد ادامه دهند.

منطق مورد نظر: یکی از بزرگترین اختلافاتی که کارفرمایان در کشورهایی که شیوع HIV/AIDS در آنها بالاست با آن روبرو هستند باقی‌ماندن فرد به عنوان یک نیروی کاری آموزش دیده مجرب در محل کار خود است. بیشتر افرادی که HIV مثبت هستند می‌توانند سالها بعد از عفونت نیز نیروی کاری مفید باشند، کارفرمایان بوسیله کمک به کارمندان HIV مثبت برای باقی ماندن در کارشان تا هر زمان که ممکن است می‌توانند از نظر اقتصادی نیز صرفه‌جویی نمایند و نیازی نیست برای استخدام، آموزش و کارمند مؤثر شدن فرد جدیدی هزینه نمایند. خوب است که برنامه کاری و مسئولیتهای کارکنان HIV مثبت را سازگار با موقعیتشان انتخاب کرد و همان اقداماتی که برای کارکنانی که به سایر بیماری‌های جدی دچار هستند انجام گیرد.

پیشگیری

سیاست مورد نظر: عفونت HIV قابل پیشگیری است. این پیشگیری می‌تواند از تمام راههای انتقال قابل دسترسی که در خلال استراتژی‌های مختلفی که موقعیتهای ملی و حساسیتهای فرهنگی را در نظر گرفته است بدست آید. همچنین پیشگیری می‌تواند از طریق تغییر در آگاهی و منش و ایجاد محیطهای بدون تبعیض حاصل گردد. شرکای اجتماعی هم در موقعیتهای منحصر به فردی برای ارتقاء تلاشهای پیشگیری خصوصاً در رابطه با تغییر نگرش و رفتار از طریق اطلاع‌رسانی و آموزش می‌باشند.

منطق مورد نظر: هم کارفرمایان و هم کارمندان هر دو گروه خیلی علاقه دارند که آموزش برنامه‌های پیشگیری شفاف و مطابق علم روز باشد. تا اینکه خطر سرایت HIV/AIDS کاهش یابد.

برنامه‌های موفق پیشگیری HIV/AIDS نه تنها اطلاعات در مورد راههای سرایت HIV می‌دهند بلکه روی راههای کاهش خطر در زندگی شخصی افراد بوسیله تشویق رفتارهای ایمن تمرکز می‌نماید.

مراقبت و حمایت

سیاست مورد نظر: اتفاق نظر، مراقبت و حمایت باید به پاسخ به HIV/AIDS در دنیای کار منجر شود. تمامی کارکنان که شامل کارکنان HIV مثبت هم می‌شود حق استفاده از خدمات بهداشتی موجود را دارند، نباید هیچ نوع تبعیض علیه آنها و وابستگانشان از نظر دسترسی به خدمات بهداشتی و سایر تسهیلات قانونی وجود داشته باشد.

منطق مورد نظر: کارفرمایان در فراهم کردن خدمات بهداشتی مستقیم یا بیمه کردن کارکنانشان متفاوت عمل می‌کنند. در بعضی از کشورها کلینک‌های بهداشتی در محیط کار مورد نیاز می‌باشد که توسط کارفرمایان نیز تأیید میشود و در بعضی کشورها بدلیل وجود زیرساختهای مناسب از مراکز موجود در سطح جامعه استفاده میشود. ولیکن کارکنان HIV مثبت که از حقوق مراقبتهای پیشگیرانه و معالجات برابر همانند سایر کارکنان برخوردار باشند در یک اقلیت می‌باشند.

به دلیل اینکه تعداد نیروی کار مبتلا به HIV/AIDS در بعضی محیطهای کاری زیاد می‌باشد تعدادی از کارفرمایان به صورت منصفانه عمل می‌کنند و دسترسی به خدمات و مراقبتها را فراهم می‌کنند همچنین یک سری خدمات و حمایتها را برای شرکای جنسی، واعضاء خانواده افراد مبتلا به HIV/AIDS فراهم می‌نمایند. هرچه قیمت درمان‌های پیشرفته پائین تر بیاید کارفرمایان متوجه می‌شوند که می‌توانند این چنین درمانهایی را برای کارکنان آلوده فراهم نمایند. این هزینه‌ها مقرون به صرفه است زیرا آنها غیبتها را کاهش می‌دهند و کارکنان فعال با تجربه و آموزش دیده خود را حفظ می‌کنند.

ارتباط سیاست‌های اتحادیه و موافقت‌نامه‌های دسته جمعی

اتحادیه‌ها و سازمانهای کاری اغلب انواع مختلفی از اسناد دارند که مستقیماً به سیاست‌های مربوط به HIV/AIDS در محل کار مرتبط می‌شود. احتیاج است که این اسناد قبل از توسعه سیاست‌های محل کار مرور، گردند و کاملاً درک شوند بدینوسیله به توسعه تدابیر و سیاست‌های کمک می‌شود. آنها شامل:

▪ موافقت‌نامه‌های دسته‌جمعی: که حقوق محافظتی کارکنان، مزایا و حق کار در محیط کاری سالم و ایمن را روشن می‌سازد.

یک سیاست محل کار باید موافقت‌نامه‌های جاری را تقویت نماید. سیاست محل کار همچنین ممکن است عبارتی را که قسمتی از موافقت‌نامه آینده باشد فراهم کند یا مستقیماً باعث توسعه سیاست محل کار گردد.

▪ نمونه آئین‌نامه‌هایی که بوسیله اتحادیه‌ها یا فدراسیون‌های کاری که اجزاء دلخواه سیاست‌های محل کار در مورد HIV/AIDS را شرح می‌دهند زیاد می‌باشند. به طور مثال: ضوابط حرفه‌ای HIV/AIDS و استخدام در جامعه در حال توسعه آفریقای جنوبی (SADC) جزئیات نظریاتی که سیاست‌های محل کار را به منطقه مرتبط می‌کند و در فدراسیون آمریکایی (AFSCME) نمونه سیاست‌های HIV/AIDS که با سایر کارفرمایان دولتی مرتبط می‌شود نشان می‌دهد

▪ سیاست‌های HIV/AIDS که توسط اتحادیه‌ها وضع می‌گردد و به عنوان راهنمای رفتاری برای خودشان طراحی شده است. برای مثال اظهارنامه کنگره اتحادیه‌های تجاری آفریقای جنوبی (COSATU) در مورد HIV/AIDS بر واکنش اتحادیه‌ها در مورد شناسایی HIV/AIDS در محلهای کار دلالت می‌کند. این چنین اظهارنامه‌ای قانونهای کاری مناسب در آموزش روشهای پیشگیری و سایر جنبه‌های برنامه HIV/AIDS را پیشنهاد می‌نماید. و شاید بر محلهای کاری با مهارتهای خاص دلالت دارد.

زمانی که قصد دارید که سیاست محل کار خود را توسعه بدهید دقت کنید که شما می‌توانید این اسناد اتحادیه را مرور نمائید، تکمیل و اصلاح نمائید و از عبارات و تجربیات منعکس شده در این اسناد درس بگیرید.

توسعه سیاست های HIV/AIDS

گام‌های ارتقاء سیاست‌های HIV/AIDS

فرایند توسعه یک سیاست محل کار مربوط به HIV/AIDS مشابه ارتقاء سایر سیاست‌های کاری می‌باشد. چه

کارهای کلی به صورت مرسوم باید برای توسعه سیاست‌ها انجام گردد؟

- مسائل باید تعریف و درک گردند.
- راههای مختلف شناسایی مسائل مورد توجه قرار گیرد.
- یکی از راهها انتخاب شود که با سیاست موافق می‌باشد.
- سیاست اجرا گردد.

لیست زیر به عنوان گام‌هایی برای توسعه و سازگاری سیاست‌های محیط کار پیشنهاد می‌شود:

این لیست به بحث مطرح شده در بخش ۳ در خصوص تکمیل کار با مدیریت کمیته برنامه‌ریزی ایدز در محیط‌های کاری برمی‌گردد. این فقط یک راه و وسیله است و نیاز به مداخله شما در سیاستها و برنامه‌ها برای اینکه آن را برای سازمان خودتان و نیازهایش مناسب نمائید وجود دارد.

برای تکمیل این گامها، چک لیست جزئیات را که گامهای بزرگ را شرح می‌دهد، تکمیل نموده و فعالیتهای کلیدی و نتایج دلخواه مورد انتظار از این فعالیتهای را ارتقاء می‌دهید. از نمونه چک لیست زیر برای نقطه شروع استفاده کنید. تجدید نظر و اصلاحات و اضافات لازم را انجام دهید و بعد تصمیم بگیرید که چه کسی وظیفه انجام هر گام را باید به عهده بگیرد و زمان لازم برای انجام آن چقدر است.

این مدل شما را با پنج گام اصلی برای توسعه و تکمیل سیاستها آشنا می‌کند.

گام اول: برنامه‌ریزی ابتدایی را انجام دهید.

جمع‌آوری اطلاعات باید هم در داخل و هم در خارج سازمان انجام پذیرد.

■ پشتیبانی مدیر و کارکنان را جلب نمائید.

اگرچه تصویب نهایی سیاست محل کار شما بعداً انجام خواهد شد ولی شما می‌خواهید با دانستن اینکه از پشتیبانی مدیران کلیدی و رهبران کارکنان برخوردار می‌باشید کار خود را شروع نمائید. اگر رهبری و مدیریت سازمان شما با شناسایی HIV/AIDS بعنوان یک موضوع جدی در محیط کار موافق باشد ممکن است آنها نیز در تلاش برای توسعه این سیاست سهیم شوند. اگر آنها عمیقاً درگیر نباشند، ممکن است نیاز به سیاستها و فرآیندهای حمایتی مکتوب را تشخیص داده باشند. اگر انگیزه لازم برای این تلاش از طرف مدیران ارشد و رهبران کارکنان نمی‌باشد آماده باشید که آنها را در جریان نیاز به سیاستها، مزایای کلی فرایند و فواید بالقوه محیط کار شامل: آموزش جامع پیشگیری از HIV/AIDS، مراقبت و برنامه حمایتی بگذارید. اطلاعات فراهم شده در بخشهای قبلی این کتاب شما را در این تلاش یاری می‌کند. نه تنها برای تشریح اهمیت تلاش خود بلکه برای نمایش یک برنامه پایه عملی و یک چک لیست که راهنمای شما برای فرایند توسعه سیاست باشد خود را آماده سازید (بخش ۳ را مشاهده فرمائید).

نمونه چک لیست ارتقاء سیاست‌ها			
زمان	مسئول اجرا	فعالیت‌های کلیدی / نتایج	گام‌های اساسی
		<p>A. پشتیبانی مدیر و کارکنان را جلب نمایید.</p> <p>B. کمیته برنامه ریزی HIV/AIDS را سازمان دهی کنید. (اگر تاکنون وجود نداشته)</p> <p>C. اسناد و جدول زمانبندی، حدود فعالیتها و مسیر کار مشخص برنامه عملی خود را تهیه کنید.</p>	۱- برنامه‌ریزی ابتدایی را انجام دهید.
		<p>A. در مورد HIV/AIDS و تأثیرات آن روی جامعه شما مطالعه کنید.</p> <p>B. در مورد قانونهای اجرایی مطالعه کنید.</p> <p>C. سیاست‌های موجود محل کار را مرور نمائید.</p> <p>D. قراردادهای کاری موجود را مرور نمائید.</p> <p>E. در مورد نیازهای کارکنان مطالعه کنید.</p> <p>F. برای اجزاء سیاست پیشنهادی از یک دلیل منطقی استفاده نمائید.</p>	۲- دانشهای مورد نیاز را بدست آورید و آنها را درک کنید.
		<p>پیش نویس طرح را تهیه کنید:</p> <p>بخش ۱: خلاصه دلیل منطقی</p> <p>بخش ۲: گفته‌های سیاست</p> <p>بخش ۳: دستورالعملهای محل کار</p> <p>بخش ۴: نکات عمده آموزش روشهای پیشگیری از HIV/AIDS مراقبت و فعالیت‌های حمایتی را بیان کنید.</p>	۳- سیاست HIV/AIDS را مکتوب نمایید.
		<p>A. پیش نویس تهیه شده سیاست را تکمیل و اصلاح نمائید.</p> <p>B. موافقت کمیته را برای پیش نویس نهایی جلب نمائید.</p> <p>C. پشتیبانی و موافقت کارکنان را جلب نمائید.</p> <p>D. تأیید و پشتیبانی مدیریت ارشد را جلب نمائید.</p>	۴- سیاست تدوین شده را در سازمان متبوع خود تصویب نمایید.
		<p>A. پیامها و پیام رسان‌های مناسب را آماده سازید.</p> <p>B. مکاتباتی که برای پیگیری باید انجام گردد، انجام دهید.</p> <p>C. سیاست را اجرا کنید.</p> <p>به صورت پریودیک اجرای سیاست را کنترل نمائید. آن را مرور نمائید و بازنگری و اصلاح نمائید.</p>	۵- سیاست را اجرا نمائید.

■ تشکیل یک کمیته برنامه‌ریزی برای HIV/AIDS در محیط کار که از پیوند کارکنان و

مدیران سازمان تشکیل یافته باشد.

اگر شما هنوز یک کمیته برنامه‌ریزی برای HIV/AIDS در محل کار که متشکل از پیوند کارکنان و مدیران باشد ندارید باید یک کمیته متمایز را برای ارتقاء فرآیند سیاست موردنظر تأسیس نمائید. برای راهنمایی این فرآیند بخش

۳ را مشاهده فرمائید. اگر در حال حاضر کمیته را دارا هستید. مطمئن شوید که دارای تنوع لازم از لحاظ مهارتها، تجربیات و علائق می‌باشد. فرآیند سازماندهی شده به تدابیر منطقی و درست محل کار کمک می‌کند

■ توافق روی یک برنامه عملی جهت اقدام

زمانی که کمیته شما انتخاب شد زمانی را برای توافق حوزه عملیاتی، تعیین نقشهای ویژه و وظایف و مسئولیتهای تک تک اعضا و تعیین مراحل و فرآیندهای ارتقاء سیاستها و انتظاراتی که از اعضا وجود دارد مشخص نمائید. درمورد چگونگی اقدام توافق نمائید. درمورد اینکه آیا همان کمیته یا کمیته دیگری باید وظیفه توسعه و ارتقاء برنامه را به عهده بگیرد بحث نمائید. (بخش ۴ را ملاحظه فرمائید). و اگر چنین است چگونگی ارتباط زمانهای تعیین شده برای انجام کارها و فرآیند توسعه سیاستها را معین نمائید.

تعدادی از عناوین بحث در کمیته در زیر بیان شده:

- برنامه زمانبندی جلسات
- پیش‌بینی انتظارات برای حضور و شرکت اعضا
- پیش‌بینی زمان لازم
- تعیین یک زمان مشخص برای تکمیل سیاستها
- وظایف و نقشهای ویژه اعضا کمیته
- تعیین گروههای کاری و زیر کمیته‌های لازم و مشخص نمودن مسئولیت آنها
- فرآیندهای مورد استفاده در تصمیم‌گیری
- چگونه و در چه زمانی اطلاعات به افراد خارج از کمیته انتقال داده شود.

وقتی شما برنامه‌ریزی مراحل کار را انجام دادید، حوزه سیاست کاری را تثبیت نمائید. و روی برنامه عملیاتی توافق نمائید. برای تصمیم درمورد حوزه سیاستها روی طرح سئوالاتی که برای مشخص نمودن سیاستها سودمند هستند توافق نمائید. به عنوان نقطه شروع از چک لیست استفاده نمائید.

برای آماده کردن سیاستهای مکتوب سازمان در زمینه HIV/AIDS کمیته شما باید روی اجزاء چک لیست کار کند. سرعت انجام کار به پیچیدگی سیاستها موجود و پیشنهادی و تجربیات پیشین اعضا در ارتقاء و توسعه سیاستها بستگی دارد.

عناوین چک لیست سیاست‌ها

- آیا سیاست‌ها مختص HIV/AIDS خواهند بود یا برای کلیه بیماری‌های تهدید کننده زندگی تهیه خواهد شد؟
- این سیاست‌ها چه افرادی را تحت پوشش قرار خواهد داد؟
- چه تمهیداتی برای کارکنانی که HIV مثبت هستند یا کارکنانی که به سایر بیماری‌ها و ناتوانی‌ها مبتلا هستند در نظر گرفته می‌شود؟
- سیاست موردنظر دربارهٔ آزمایش HIV چه خواهد بود؟
- چه تدابیری برای آموزش پیشگیری از HIV/AIDS برای کارکنان و مراقبت و سرویس‌های پشتیبانی فراهم خواهد شد؟
- چه سیاست‌های تئوری و عملی برای جلوگیری از اعمال تبعیض موردنیاز می‌باشد؟
- برای تأمین یک محیط کار ایمن و سالم چه روش‌های عملی وجود دارد؟
- چه چیزهایی باعث نگرانی همکاران افراد مبتلا به HIV/AIDS می‌شود؟
- برای خانواده‌ها و یا شرکای جنسی افراد آلوده چه آموزش‌هایی برای پیشگیری در نظر گرفته خواهد شد و همچنین در مورد ارائه سایر خدمات به آنها چگونه خواهد بود؟
- وظیفهٔ انجام و اجرای سیاست به عهده چه کسانی خواهد بود؟
- چه سیاست‌هایی باید از قوانین و مقررات مرتبط با آنها پیروی نمایند؟
- کدام سیاست‌ها برای اعتبار و استحکامشان نیاز به تأیید موافقت‌نامه دسته‌جمعی سازمان و یا سایر موافقت‌نامه‌های مرتبط با کار دارند؟
- تا چه حدی مقررات کلیدی سیاست‌ها به عنوان بخشی از موافقت‌نامه دسته‌جمعی درخواهد آمد؟
- تا چه حدی مقررات کلیدی که در موافقت‌نامه دسته‌جمعی موجود است به عنوان ساختار سیاست‌های محل کار استفاده خواهد شد؟
- چگونه بر سیاست‌ها نظارت خواهد شد و چگونه بازبینی و اصلاح صورت خواهد گرفت؟

برای مثال کمیته ممکن است گام‌های زیر را به ترتیب بردارد:

۱- طراحی اجزاء اختصاصی عناوین چک لیست سیاست برای اعضای که بیشتر قادر به جستجوی آنها باشد.

۲- توافق بر روی برنامه عملیاتی و یک جدول زمانبندی (مثلاً هفتگی) زمانی که کمیته جلسه‌ای برای بحث و تصمیم‌گیری درمورد نحوه اجرای فرایندها دارد.

۳- توافق بر روی سری سئوالاتی که بحث‌های شما را هدایت خواهند نمود. به طور مثال:

▪ مسائل اصلی که باید به برای تصمیم‌گیری در مورد سیاست‌های خاص مورد قبول واقع شوند کدامند؟

▪ آیا فاکتورهای ثانویه‌ای هم برای تصمیم‌گیری باید در نظر گرفته شوند؟

▪ آیا در حال حاضر فرآیندها و سوابقی از تصمیم‌گیری درمورد سیاست‌ها موجود است؟

▪ بهترین راه برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری مسائل و سیاست‌ها در کمیته کدام است؟

▪ چگونه این سیاست‌ها نگرانی‌های کارکنان و رهبران کارگری را منعکس نماید؟

▪ زمانی که سیاست مورد قبول واقع شد چگونه به صورت مکتوب جایگاه کارفرمایان را

بدرستی مشخص نمائیم؟

ممکن است شما علاوه بر مشخص نمودن عناوین سیاست‌ها متوجه شوید که بهتر است از یک سری کرایت‌ها برای توضیح و ارزیابی ارتباط اجزاء هدفمند سیاست‌ها کمک گرفته شود. این کار شما را برای اتخاذ تصمیم‌های خاص درمورد سیاست‌ها کمک خواهد کرد. شما خواهید فهمید که آیا این سیاست مورد نیاز است یا خیر و یا یک سیاست پیشنهادی مناسب است یا نه. ملاک‌های زیر را به عنوان نقطه شروع استفاده نمائید و بقیه آنها را به صورت دلخواه اصلاح نمائید:

ملاک‌های ارزیابی سیاست‌ها برای انتخاب

- سیاست‌های سازمانی موجود (در صورت وجود) راهنمایی‌های لازم را فراهم نمی‌کند و چیزهای دیگری مورد نیاز می‌باشد.
- به موضوعات یا نگرانی‌های مربوط به آن در گذشته افزوده نشده است.
- سایر سازمانها با سیاست سازگاری یافته‌اند.
- سیاست مورد نظر به بیش از یک نیاز مربوط می‌شود.
- سیاست مورد نظر شفاف و بدون ابهام می‌باشد.
- حقوق کارکنان، سازمان و مسئولیتها مشخص شده است.
- سیاست مورد نظر با قوانین و مقررات قابل اجرا سازگار است.
- سیاست مورد نظر تا حد امکان با موافقت نامه‌های دسته‌جمعی سازگار است.

اکنون شما آماده هستید که برنامه خود را نهایی نمایید. از چک لیستی که در بالا مهیا شده است به عنوان نقطه شروع استفاده نمائید. این می‌تواند به عنوان وسیله سازماندهی در فرایند ارتقاء سیاست موردنظر شما استفاده شود.

گام دوم: اکتساب دانشهای مورد نیاز و درک آنها

گام بعدی در ارتقاء سیاست‌های محل کار جمع‌آوری اطلاعات پایه برای تهیه دانشهای مورد نیاز در مورد HIV/AIDS و درک آنها برای محل کار خود است. این کار پایه‌های تصمیم‌گیری شما را فراهم می‌کند.

■ درباره HIV/AIDS فرا بگیرید.

پیش از اینکه یک سیاست مرتبط با HIV/AIDS در محل کار منتشر سازید. شما باید از اینکه کمیته در فهم HIV/AIDS و تأثیرات آن روی محل کار و کارکنان و جامعه سهیم شده است، مطمئن شوید.

گاهی اعضاء برنامه‌ریزی کمیته که برای ارتقاء سیاست مربوط به HIV/AIDS در محل کار مسئولیت دارند در مورد بیماری چیز زیادی نمی‌دانند و نمی‌دانند که چگونه ممکن است محل کار را تحت تأثیر قرار دهد. در مورد دانسته‌ها و تجربیات کمیته خود با دقت ببینید. اگر اکثر اعضاء کمیته برنامه‌ریزی در مورد اطلاعات و دانش خود اطمینان ندارند. باید کمک بگیرید. شما ممکن است با دسترسی به وب سایت‌هایی که اطلاعات مورد نیاز را فراهم می‌کنند، شروع کنید. شاید اعضاء کمیته یا کارکنان سایر قسمت‌های سازمان تخصص داشته باشند. ممکن است یکی از کارکنان با HIV/AIDS زندگی کند و از اطلاعات ویژه برخوردار باشد. راه دیگر این است که توانایی‌های سازمان و افراد را شناسایی نمائید و کسانی که با جنبه‌های اختصاصی HIV/AIDS آشنا هستند را برای آموزش و آشناسازی اعضاء کمیته استفاده نمائید.

گاهی NGO های محلی یا آژانسهای دولتی که در این زمینه تجربه دارند می‌توانند کارگاههای آموزشی را برای شما فراهم کنند. شاید آموختنی‌های شخصی از HIV/AIDS در طی جلسات رسمی و غیررسمی مشاوره برای اعضاء کمیته بدست آید. بعد از آموزشهای اولیه و کسب دانش به مشورت با متخصصین تا آنجایی که نیاز است با توجه به ظرفیت داخلی خود ادامه دهید

■ درباره قوانین و مقررات اجرایی فرا بگیرید.

هر کشوری از قوانین و مقررات متفاوتی که HIV/AIDS و حقوق کارکنان و محافظتهای آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد برخوردار است. برای مثال شما از متخصصین در کمیته خود دعوت می‌کنید که می‌توانند از داخل یا خارج سازمان شما باشند و درباره قوانین و مقررات که به موارد زیر مربوط می‌شوند شما را راهنمایی کنند:

- ایمنی و بهداشت محل کار
 - حقوق کلی کارکنان
 - مزایای مقرر شده کارکنان
 - محافظت‌ها برای کارکنان بیمار
 - محرمانه بودن اطلاعات پزشکی
 - حق محرمانه بودن
 - موارد مقرر شده لازم برای شرکای جنسی در مورد HIV یا سایر بیماری‌های منتقله بوسیله تماس جنسی (STI)
 - آزمایش HIV و
 - دسترسی به دارو و سایر مراقبت‌های پزشکی
- شما باید مطمئن شوید که سیاست مورد نظرتان با این قوانین و مقررات سازگار است.

■ **سیاست‌های موجود برای پیشگیری از HIV/AIDS در محیط کار را مرور نمائید.**

کمیته شما نیاز به مرور چند نوع سیاست دارد (در صورت وجود):

۱. **سیاست‌های مربوط به کارفرما:** کلیه سیاست‌های مربوط به HIV/AIDS و کارفرما را مرور نمائید. همچنین بعضی از سیاست‌های مربوط که کارفرما که ممکن است مستقیماً با HIV/AIDS مرتبط نباشد، اما مؤثر و شفاف می‌باشند. مرور نمائید تا ساختار آنها و جزئیات آنها را درک نمائید. بسیاری از کارفرمایان برای اطمینان بیشتر از ارتباط سیاست‌های مربوط به HIV/AIDS با سایر سیاست‌ها استفاده نمایند. (مثال: مزایای کارکنان). ممکن است این سیاست‌ها در مورد مصونیت‌های کارکنان و برنامه‌هایی که ضمانت اجرایی دارند کمک کننده باشند.
۲. **توافق نامه‌های جمعی و یا سایر قراردادهای کاری موجود:** عبارت مرتبط با سیاست مورد نظر خود را در آنها مشخص نمایید.
۳. **سیاست‌های مورد استفاده سایر کارفرمایان:** سیاست‌های مورد استفاده کارکنان سایر شرکتها خصوصاً آنهایی که در کشور شما و یا ناحیه شما مشغول هستند را مرور نمایید. هم به محتوا و هم به ساختار آنها و جزئیات آنها دقت فرمایید. ببینید که آیا می‌توانید از سیاست‌های موجود چیزی پیدا کنید که برای شما یک مدل برای برنامه‌ریزی کمیته‌تان فراهم کند.

۴. نمونه سیاست‌های بیان شده توسط سازمانهای کاری: آئین نامه اداری ILO و سایر نمونه‌های

سیاست‌های مرتبط با HIV/AIDS بیان شده توسط گروهها و اتحادیه‌های کاری را مرور نمائید. اغلب این موارد تجربیات بدست آمده توسط سیاست‌های محل کار مختلف را منعکس می‌کنند.

■ قراردادهای و پیمانهای کاری موجود را مرور نمائید.

یکی از مهمترین فوایدی که کمیته برنامه‌ریزی در چشم‌انداز خود در یک سازمان دارد سازگار نمودن محلهای کاری برای محافظت از کارکنان می‌باشد. به علاوه اگر اتحادیه کاری از زبان قوی برای پاسخ به HIV/AIDS در محل کار برخوردار نیست می‌تواند برای کمیته برنامه‌ریزی جهت کسب تجربه مورد استفاده قرار گیرد و از طریق موافقت‌نامه‌های جمعی مسائل را پوشش دهند. تجربیات کمیته می‌تواند رهبران کاری را کمک نماید تا بفهمند کدام قراردادهای قبلی برای گفتگوهای بعدی کاربرد دارد.

همچنان که سیاست ارتقاء می‌یابد، قراردادهای کاری موجود نیز باید مرور شوند تا اطمینان حاصل شود که قراردادهای پیش در پیمانهای جاری در نظر گرفته شده است. اگر که اینطور نیست باید توافق‌نامه‌های جمعی آینده سعی شود که متشکل از مطالب مشابه و قوی‌تر باشد. یک سیاست محل کار و یا توافق‌نامه کاری جمعی حداقل باید:

■ از حقوق کارکنان آلوده به HIV برای دسترسی مساوی به درمان یا سایر کارکنان و کسب سایر خدمات دفاع نمایند. مانند سایر بیماری‌های خطرناک که تهدید کننده زندگی هستند.

■ از حق محرمانه بودن دفاع کند و نگهداری محرمانه اطلاعات پزشکی را ضمانت نماید.

■ ضمانتی برای جلوگیری از سایر تبعیضها فراهم کند.

■ مزایای کارکنان را توسعه بخشد مانند دسترسی به کاندومهای ارزان قیمت، VCT، تشخیص و درمان بیماری‌های مقاربتی و سایر خدمات درمانی و حمایتی، و

■ برای محل کار سلامت و ایمنی تأمین کند مانند احتیاطات همه‌جانبه برای حفاظت کارکنانی که ممکن است با خون تماس یابند.

سیاست‌ها و دستورالعمل‌های کاری اضافه شده

علاوه بر نمونه آئین‌نامه‌های سازمانها و اتحادیه‌های کاری، دستورالعملها و سیاست‌هایی که در این کتاب آورده شده است موارد زیر ممکن است در فرآیند ارتقاء سیاست‌ها مفید واقع شوند:

- کنگره کار کانادا، سیاست‌های بین‌المللی محل کار درمورد ایدز یک راهنما برای اتحادیه‌ها و اعضا آنها. اتاوا ۱۹۹۰
- کنفدراسیون بین‌المللی اتحادیه‌های تجارت آزاد (ICFTU) و بیانیه کنگره درمورد مبارزه با HIV/AIDS. اول آوریل ۲۰۰۰
- ICFU - فدراسیون اتحادیه‌های تجاری بوستاون، گابورون، سپتامبر ۲۰۰۰
- پاسخهای کارکنان به AIDS «سیاست محل کار» و «قراردادهای کاری» در لوازم رهبران کاری. دپارتمان خدمات سلامتی و انسانی آمریکا، مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها
- آمیخته‌ای از قوانین محلی، دولت مرکزی و استانی درمورد اتحادیه‌های کارکنان به صورت بین‌المللی (NALCGPMWU) بوستاون، سیاست و دستورالعمل محل کار (بدون تاریخ)

این سنجش باید ما را در رسیدن به یک فهرست از اجزایی که باعث تقویت سیاست یا قرارداد میشوند یاری رساند. این اطلاعات باید با همه اعضا کمیته برنامه‌ریزی درمیان گذاشته شود و باید از حمایت کامل آن برای تکمیل سیاست‌هایی که مورد موافقت قرار گرفته‌اند برخوردار گردد.

■ در مورد نیازهای کارکنان بیاموزید.

سیاست مورد نظر شما باید یک درک صحیح از نیازهای کارکنان در مورد آموزشهای پیشگیری ایدز، مراقبت و حمایت کارکنان را منعکس نماید. اگر شما تاکنون درمورد تأثیر HIV/AIDS در جامعه آموخته‌اید این برای شما یک ساختار عالی برای فکر کردن درمورد کارکنانتان فراهم می‌کند.

بعضی از کارفرمایان می‌خواهند اطلاعات مستقیمی درباره اینکه چگونه کارکنانشان به HIV/AIDS آلوده می‌شوند و نگرانیها و نیازهای اصل آنها چیست، داشته باشند. برای بدست آوردن چنین اطلاعاتی ممکن است شما به انجام یک بررسی محرمانه روی کارکنان که شاید از طریق تمرکز بر روی رفتار گروههای مختلف کارکنان بوسیله یک شخص از خارج که مطمئن هستید که اطلاعات را محرمانه نگهداری می‌کند انجام شود. اگر شما به انجام یک تحقیق تصمیم بگیرید (اغلب برای بدست آوردن اطلاعات جهت برنامه‌ریزی و ارتقاء سیاست مؤثرترین روش است).

بخش ۵ را برای سئوالاتی که ممکن است شما بخواهید پاسخ داده شود مرور نمائید. به علاوه فهرست سئوالات فراهم شده در گام اول درخصوص حوزه و محتوای سیاست محل کار در مورد HIV/AIDS ممکن است شما را در تشریح بعضی پرسشها درخصوص بررسی یک کارمند یا گروه کارکنان یاری دهد.

■ روی یک دلیل منطقی برای هر سیاست پیشنهادی توافق نمایید.

هنگامی که شما شروع می‌کنید به تنظیم کردن یا توضیح سیاست‌های پیشنهادی در مورد موضوعات مختلف، توجه داشته باشید که برای هر سیاست پیشنهادی یک دلیل منطقی پیش‌نویس نمایید. این کار بعدها برای مدیران و سایر مدعیان دلایل ملموسی را فراهم می‌کند تا اجزاء سیاست را توجیه کنند. چنانچه تمایل داشته باشید می‌توانند این دلایل منطقی را هم در سیاست‌های سازمان خود مکتوب نمایید. برای مثال کمیته می‌خواهد سیاستی را برای عدم انجام آزمایش از کارکنان برای ادامه کار و یا درخواست کنندگان استخدام حمایت نماید. دلایل منطقی زیر برای توضیح این سیاست می‌تواند بیان شود:

دلیل منطقی: غربالگری HIV و یا آزمایش HIV گران قیمت است. توجیه‌ناپذیر است و یک کار غیراخلاقی است و بوسیله آن نمی‌توانیم به یک محیط کار عاری از HIV/AIDS دست یابیم. یک کارمند که نتیجه آزمایش در زمان تست منفی است می‌تواند در آینده آلوده شود. به علاوه انجام آزمایش بدون حمایت و پشتیبانی هیچ فایده‌ای برای کارکنان ندارد. غربالگری HIV نمی‌تواند کارکنانی که برای انجام کار مناسب نیستند را مشخص نمایند. زیرا تعداد زیادی از کارکنان سالها پس از آلوده شدن می‌توانند از نظر کاری مؤثر و مفید باشند. مطالعات نشان می‌دهد که مشاوره داوطلبانه که با انجام آزمایش همراه شود در کاهش رفتارهای پرخطر بسیار مؤثرتر از زمانی است که انجام آزمایش داوطلبانه به تنهایی انجام گردد.

گام سوم: سیاست‌های مرتبط با HIV/AIDS را مکتوب نمایید.

بعد از اینکه کمیته تحقیق، بحث و تصمیم‌گیری روی هر موضوع از چک لیست را انجام داد زمان مکتوب نمودن اجزاء سیاست پیشنهادی فرا می‌رسد. این راهنما یک ساختار برای ساخت سیاست‌های جامع پیشگیری از HIV/AIDS برای بسیاری از سازمانها فراهم می‌کند و از ۴ بخش تشکیل شده است:

بخش ساختاری برای تدوین سیاست‌های جامع پیشگیری از HIV/AIDS در محیط کار

- بخش ۱: خلاصه‌ای از دلایل منطقی برای هر سیاست پیشنهادی در مورد HIV/AIDS
- بخش ۲: بیانات کلی سیاست که جایگاه سازمان را در رابطه با موضوع HIV/AIDS شرح می‌دهد.
- بخش ۳: دستورالعمل‌های ویژه برای مدیران و کارکنان درباره تعریف HIV/AIDS در محیط کار
- بخش ۴: نکات عمده درباره آموزش روشهای پیشگیری، مراقبت و فعالیتهای حمایتی توسط سازمان

هر کدام از اجزاء این سیاست‌ها در زیر توضیح داده میشود:

■ بخش اول: خلاصه و دلیل منطقی

بخش اول سیاست برای کارکنان دلایل منطقی طراحی سیاست HIV/AIDS و سیاست‌های وابسته به آن را شرح میدهد. یک سیاست پیشگیری HIV/AIDS باید بنحوی باشد که هم برای مدیران و هم برای کارکنان قابل فهم و قابل قبول باشد. یک راه برای مرتبط کردن سیاست‌های مکتوب به تجربیات عملی قابل قبول سازمانی معرفی آن با گفتن مواردی مثل زیر می‌باشد:

[نام کارفرما] درباره کارکنانش نگران است و می‌خواهد یک محل کار سالم و پویا و مولد تأمین نماید. این

راهنمای خوبی برای ارتقاء سیاست و برنامه‌ریزی در مورد HIV/AIDS است.

بعضی از کارفرمایان سیاست‌های HIV/AIDS را به عنوان یک واکنش مناسب کارفرمایان وظیفه شناس معرفی نموده‌اند و سیاست باید اینطور بیان شود:

اپیدمی HIV/AIDS نگرانی همه است و ما سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط را برای مقابله با اپیدمی ارتقاء

می‌دهیم. این کار براساس وظیفه و دانش و یک راه کارآمد به انجام خواهد رسید.

بسیاری از کارفرمایان دیگر HIV/AIDS را به عنوان یک موضوع سلامت و ایمنی مطرح نمودند و سیاست باید اینگونه مطرح شود:

ما جمع شده‌ایم تا یک محیط کار سالم و ایمن را برای کارکنان تأمین نمائیم. سیاست‌ها و برنامه‌های این

سازمان در مورد HIV/AIDS را به قصد تأمین آموزش همگی برای پیشگیری از شیوع HIV و اطمینان

از سلامت و ایمن بودن محل کار ارتقاء دهیم.

■ بخش دوم: بیانیه‌های سیاست

بخش دوم سیاست همیشه شامل بیانیه‌های کلی سیاست که جایگاه سازمان را در مورد HIV/AIDS و یا سایر بیماری‌هایی که تهدید کننده زندگی هستند شرح می‌دهد. این بخش موضوعات مهم را برجسته می‌کند و شرح می‌دهد (که ممکن است توسط کمیته برنامه‌ریزی در محل کار روی رئوس چک لیست سیاست مشخص شده باشد) و به طور مفصل بیان می‌کند که سیاست موردنظر درباره چیست.

بسیاری از کارفرمایان یا عبارت زیر را قبول کرده‌اند و یا اصلاح نموده‌اند تا یک سیاست برای بیماری‌های تهدید کننده زندگی که ایدز را هم شامل می‌شود تدوین کنند:

[نام کارفرما] بین افراد بدلیل بیماری‌هایشان تبعیض‌هایی مانند: درخواست استخدام کار، دستمزد، ارتقاء شغلی، اخراج کردن، پاداش، مزایا، آموزش و سایر مقولات، موقعیتها و امتیازات شغلی تبعیض قائل نمی‌شود. ما متعهد می‌شویم که کلیه قوانین و مقررات و آئین‌نامه‌های کاری را رعایت کنیم.

علاوه بر آن: [نام کارفرما] بیماری‌های تهدید کننده زندگی کارکنان را شناسایی می‌کند (شامل بیماری قلبی کنترل نشده، مالتیپل اسکلروزیس، سرطان و بیماری ایدز) و به طور مناسبی که وضعیتشان اجازه می‌دهد از کار آنها استفاده خواهد کرد.

[نام کارفرما] قویاً بر علیه تبعیض، علیه کارکنان HIV مثبت است و تمام تلاش خود را خواهد کرد (شامل فراهم نمودن آموزش روشهای پیشگیری و ارتباطات درباره HIV/AIDS) تا از انگ بدنامی کارکنان جلوگیری کند.

[نام کارفرما] هیچ کس را مجبور نخواهد کرد که آزمایش HIV بدهد و یا درمان کند و آزمایش HIV به عنوان پیش شرط لازم برای استخدام، ادامه وضعیت استخدامی و دسترسی به خدمات آموزشی و یا ترفیع شغلی نخواهد بود. هرچند که ما دسترسی به آزمایش داوطلبانه و محرمانه مشاوره را برای کارکنان و خانواده‌هایشان و شرکای جنسی‌شان را فراهم می‌نماییم.

مشاوره شامل مشاوره قبل از آزمایش و بعد از آزمایش می‌شود.

[نام کارفرما] سعی می‌کند که کارکنانی را که مبتلا به بیماری‌های تهدید کننده زندگی و یا ناتوانی هستند تا زمانی که قادر هستند از آنها مطابق استانداردهای کاری قابل قبول در محیطهای کاری سازگار با توانایی آنها استفاده کند و تازمانی که شواهد پزشکی نشان دهنده وضعیت آنها می‌باشد که این کار نه برای آنها و نه برای دیگران خطرناک نیست میتوانند به کار خود ادامه دهند.

کارفرما از قدرت خود برای تأمین محیط کار ایمن برای کلیه کارکنان و مشتریان و مراجعه‌کنندگان استفاده می‌کند و این درحالی است که محیط کار افراد مبتلا به بیماری تهدید کننده زندگی را سازگار با وضعیت آنها انتخاب می‌کند. کلیه احتیاطات باید برای اینکه وضعیت افراد بیمار برای سایر کارکنان و مراجعه‌کنندگان و مشتریان خطرناک نباشد تأمین شود.

■ بخش سوم: دستورالعمل‌های محیط کار

بخش سوم سیاست‌های HIV/AIDS اغلب شامل دستورالعمل‌های مناسب برای مدیران، رهبران کارگری و کارپردازان و سایر کارکنان می‌باشد. به منظور روشن نمودن اینکه چه چیز از آنها انتظار می‌رود. این بخش از سیاست موضوعات کلی که سیاست را شروع می‌کند بیان می‌نماید و بیان می‌کند که چگونه سیاست باید اجرا شود و مراحل کار و دستورالعملها را بیان می‌کند. قوانین کلیدی عملی آئین‌نامه ILO و دلایل منطقی آنها در صورت تمایل می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. تعدادی از کارفرمایان بخشهای دستورالعمل‌های زیر را درباره سیاست‌های HIV/AIDS قبول کرده‌اند یا آنها را اصلاح نموده‌اند:

مدیران، نمایندگان کارکنان و سایر کارمندانی که با منابع انسانی سروکار دارد باید:

به خاطر داشته باشند که اطلاعات شخصی پرسنل شامل اطلاعات پزشکی محرمانه و خصوصی است و دلیل محکمی برای اعمال احتیاطات برای محافظت از اطلاعاتی که به وضعیت پزشکی و خصوصی پرسنل برمی‌گردد، وجود دارد.

در کارهایی که در تماس با انسانها می‌باشد شما یا دیگر کارکنان نیاز دارید که در مورد بیماری‌هایی که در نهایت ممکن است رخ دهد و یا بیماری‌های تهدید کننده زندگی اطلاعات کسب نمایید و اگر به دستورالعمل بیشتری برای مدیریت موقعیت درگیری کارکنان با بیماری‌های تهدید کننده زندگی احتیاج دارید، اقدام نمایید.

تطبیق‌های مستدل و جابجایی شغلی برای کارمندان مبتلا به بیماری‌های تهدید کننده زندگی با توجه به احتیاجات محیط کار انجام دهید.

یک کوشش مستدل برای انتقال کارکنان مبتلا به بیماری‌های تهدید کننده زندگی که درخواست انتقال به علت استرس در محیط کار دارند انجام دهید. نسبت به نگرانیهای همکاران آن افراد حساس و مثبت باشید و روی دسترسی به آموزش کارکنانی که با این افراد کار می‌کنند تأکید نمایید. هیچ ملاحظه‌ای را

درمورد درخواست انتقال کارکنانی که همکار افراد مبتلا به بیماری‌های تهدید کننده زندگی هستند انجام ندهید.

نسبت به فعال ماندن افراد مبتلا به بیماری‌های تهدید کننده زندگی در محل کار خود حساس باشید. این کار به دلیلی که منجر به درآمد شخص و سایر مزایا خواهد شد ممکن است در درمان آنها مهم باشد. و ممکن است در بهبودی و مراحل آن کمک کننده باشد. همچنین فعال بودن شخص به طولانی شدن طول عمر هم کمک می‌کند.

این کارکنان را به دریافت درمانهای پزشکی و خدمات مشاوره‌ای تشویق نمایید. اطلاعات این خدمات ممکن است توسط آنها درخواست شود.

■ بخش چهارم: نکات عمده آموزش روش‌های پیشگیری از HIV/AIDS و مراقبت و

فعالیت‌های حمایتی

در چهارمین بخش سیاست‌های جامع آموزش‌های پیشگیری از HIV/AIDS و برنامه‌های مراقبتی و حمایتی پیشنهاد شده تشریح می‌گردد. گرچه گزارش سیاست HIV/AIDS شامل اجزاء منطقی در سیاست‌های کلی است ولیکن دستورالعمل‌های خاص شناسایی HIV/AIDS همیشه جزو چهارمین بخش نخواهد بود. جهت انتخاب مناسب‌ترین دستورات در رابطه با سیاست HIV/AIDS در بخش چهارم یعنی آموزش پیشگیری و برنامه‌های حمایتی جهت تصمیم‌گیری مدیریت کمیته نیازمند برنامه‌ریزی است.

اگر یک برنامه مدون آموزشی/پیشگیری/مراقبتی/و حمایتی وجود نداشته باشد سازمانها به شروع فعالیتهای پیشگیری به صورت عملی در محیط‌های کار اصرار خواهند داشت. بخش چهارم سیاست شرح میدهد که چطور این فعالیتهای با جزئیات انجام می‌پذیرد. پیشرفت در این بخش از سیاست بر پایه راهی جهت برنامه‌های آموزش پیشگیری استوار است.

برنامه‌ها و فعالیتهای آموزش پیشگیری HIV/AIDS مشروحه در سیاست ممکن است شامل هیچ و یا همه اجزاء برنامه و دستورات باشد.

فعالیتهای آموزش پیشگیری رسمی و غیر رسمی برای همه پرسنل است و لزوم آموزش همه کارمندان و خانواده‌هاشان در رابطه با HIV/AIDS را شرح میدهد و جهت تغییر رفتار آنها را تشویق مینماید که این موجب کاهش انتشار HIV/AIDS خواهد شد.

حمایتهای پیشگیری شامل سیستم توزیع کاندوم میباشد که آن را به آسانی و مداوم در جاهای مناسب که برنامه‌های کاهش آسیب وجود دارد توزیع مینماید. این امکان وجود دارد که بعضی از کارمندان درمورد سوء مصرف

مواد و تزریق داروهای خاص پاسخ داده و همچنین با موارد درمان و سرنگها و سوزنهای پاکیزه موجب کاهش شانس این نوع فعاليتها گردد.

تشخيص و درمان بیماری‌های مقاربتی یا HIV جهت کارکنان و اعضاء خانواده

دسترسى به VCT هم در داخل و هم در خارج از محلهاى کار ترجیحاً ميبايست تسهيل گردد . سرويس‌هاى VCT بهتر است در خارج محل‌هاى کار و با هزینه کارفرما انجام شود و نتايج بايستی فقط به دست خود شخصى که آزمایش داده تحويل گردد(مگر اینکه به صورت داوطلبانه و با اطلاع کامل و یا خودشان نوشته باشند که نتايج رابه اشخاص خاص ديگرى مى توان داد)

مشاوره - مراقبت و ديگر برنامه‌هاى حمايتی برای HIV مثبتها و اعضاء خانواده آنها

زمان عملکرد درمانهاى بسيار پيشرفته برای کارکنان و اعضاء خانواده‌شان که با HIV/AIDS زندگى مى‌کنند مثل

ARV درمانی یا HAART

ترکیب هریک از این اجزاء: پيشگيرى ممکن است در داخل سازماندهی سياست انجام بشود. مثال در ذيل آمده است.

آگاهی دادن به کارکنان درمورد HIV/AIDS و تشويق آنان به رفتارهایی که موجب کاهش انتقال HIV مى‌گردد. آموزشهای برنامه به صورت منظم ميبايست انجام پذيرد. جهت کارکنان جلسات آموزش پيشگيرى رسمی و دسترسى به افراد غيررسمی همسان تدارک ديده شود. مشاوره اختياری و آزمایش HIV (VCT) برای همه کارمندان و خانواده‌هايشان در دسترس بوده و سرويس‌هاى سلامتی نبايد هيچ هزینه‌ای برای کارکنان داشته باشد.

مطمئنأ نتايج آزمایش به کسی جز خود شخص آزمایش دهنده تحويل نمی‌گردد. مگر اینکه کتباً به ميل خودش و با آگاهی و رضایت خودش صورت گيرد.

مشاوره و سرويسهای حمايتی به کارکنان و خانواده‌هايشان کمک مى‌کند تا با جامعه و احساسات و ساير موارد مشابه در مورد HIV/AIDS کنار آمده و اين تغيير رفتار آنان را برای کاهش شانس انتقال آماده مينمايد. مطمئنأ مشاوره و سرويس‌هاى حمايتی کارکنان را مجبور مى‌کند که در کلينیک و یا در دپارتمانهای منابع انسانی حاضر شوند و يا از افراد غيررسمی همسان برای کمک استفاده کنند.

کاندومها سدهای مؤثری نسبت به انتقال بیماری‌هاى جنسی (STIS) و انتقال HIV ميباشند. جهت دسترسى آسان به کاندومها برای کارکنان و همسرانشان که اميدواريم که از آن استفاده کنند کاندومها را قابل دسترسى و با قيمت منطقی در اتاق استراحت و يا کلينیک مهيا خواهند نمود.

در محلهای کار از داروهای غیر قانونی و داروهایی که به طور غیرمناسب تجویز می‌گردند نباید استفاده کنند. درمان دارویی باید در دسترس مشاورین آن بخش قرار گیرد. در طی درمان دارویی باید از پایه دستورات مشاورین استفاده کرد.

STIS های درمان نشده مخرب بوده و موجب افزایش انتقال HIV می‌گردند. جهت کاهش شمار موارد STIS و پیشرفت آسایش عمومی کارمندان و خانواده‌شان باید تشخیص و درمان در مرکز ارائه خدمات بهداشتی صورت پذیرد و مراقب باشیم که درمان مطمئن و براساس استانداردهای درمانی انجام شود. چنین خدماتی بایستی به صورت مجانی جهت کارکنان انجام گرفته و کارکنان با تکرار موارد STIS درمورد شانس همراهی با فعالیتهای غیرسالم جنسی مشاوره خواهند شد.

پایه درمانی برای بیماری‌های مقاربتی و سل و عفونتهای فرصت طلب با همراهی HIV خواهد بود که قابل دسترس برای هرکارمند و شریک زوج جنسی او خواهد بود و پایه درمانی جهت TB و بیماری‌های فرصت طلب عفونی توسط مرکز ارائه خدمات بهداشتی مهیا خواهد شد.

بنابراین ما همه کارکنان را ارزیابی خواهیم کرد. کارکنان پیشنهاد خواهند کرد که از داروهای آنتی رتروویروس (HAAT) مجانی برای همه کارکنان آلوده به عفونت HIV و همچنین برای خانواده آنها استفاده شود. پیوستگی درمان و پایش منظم درکنار هم با درمان همراه خواهند بود.

گام چهارم: سیاست تدوین شده را تصویب نمایید

فاز نهایی ارتقاء یک سیاست پیشگیری از HIV/AIDS در محیط کار مرور و اصلاح و بازبینی بخشهای مختلف سیاست و تبدیل آنها به یک پیش نویس کامل همراه با تأیید پیش نویس توسط اعضاء کمیته می‌باشد. همچنین تصویب مدیریت ارشد و تصویب و پشتیبانی اتحادیه تجاری یا سایر ارگانهای کاری مورد نیاز می‌باشد.

■ پیش نویس سیاست تهیه شده را تکمیل و اصلاح نمایید.

در این مرحله تمام اجزاء پیش نویس سیاست سازمانی که برای تبدیل شدن به یک سند آماده است، باید مرور و اصلاح شود و تا جایی که لازم است تکمیل، قابل فهم و قابل اعتماد گردیده و در نهایت به سند خلاصه تبدیل گردد. اجزاء سیاست را در ۴ بخش ساختاری که در بالا شرح داده شد و یا روش منطقی و آسان دیگری سازماندهی کنید. برای تأمین پیش نویس نهایی به سؤالات زیر پاسخ دهید:

■ آیا همه اجزاء ذکر شده در عناوین چک لیست سیاست به طور شایسته‌ای در نظر گرفته شده است؟

■ آیا اصول پایه مرور شده است و متضمن موارد دلخواه کمیته برنامه‌ریزی است؟
■ آیا دلایل منطقی مکتوب برای توضیح هر جزء سیاست پیشنهادی موجود است و آیا آنها با هم سازگاری دارند؟

■ آیا سیاست پیشنهاد شده با سایر سیاست‌های کاری و عملی و قوانین و سیاست‌های بین‌المللی تطابق دارد؟
■ آیا پیش‌نویس به خوبی ارگانیزه، شفاف و قابل فهم می‌باشد؟

■ موافقت کمیته را برای پیش‌نویس نهایی جلب نمایید.

حال شما آمادگی دارید تا پیش‌نویس را برای مطالعه به اعضاء کمیته برنامه‌ریزی ارائه دهید (به صورت انفرادی یا گروهی). شما ممکن است براساس پیشنهادات اعضاء کمیته تجدیدنظر در پیش‌نویس اعمال کنید. در این صورت پیش‌نویس نهایی سندی خواهد بود که اعضاء کمیته آن را حمایت می‌کنند و به آن اعتماد دارند. تأیید پیش‌نویس نهایی توسط اعضاء کمیته اولین گام در جلب تصویب تکمیل سیاست در یک سازمان است.

■ پشتیبانی و موافقت کارکنان را جلب نمایید.

کارکنان نقش اساسی را در حمایت از تکمیل و ارتقاء یک سیاست محل کار در مورد HIV/AIDS بازی می‌کنند. خوشبختانه نمایندگان کارکنان نقش اساسی را در ارتقاء سیاست محل کار بازی خواهند کرد و موارد مرتبط را مانند کلیه محافظت‌های کارکنان، دسترسی به خدمات و سایر مزایا را در توافقنامه دسته‌جمعی تأمین خواهند نمود. لذا باید زمان مناسب نیز برای مرور دقیق پیش‌نویس و تصویب توسط کارکنان در نظر گرفته شود. حمایت کارکنان می‌تواند موافقت مدیریت ارشد را نیز برای تصویب سیاست جلب نماید.

■ تأیید و پشتیبانی مدیریت ارشد را جلب نمایید.

یک سیاست محل کار مربوط به HIV/AIDS نیاز است که حتماً بوسیله مدیریت ارشد تصویب شود و انجام موفقیت‌آمیز آن به حمایت فعال آنها نیاز دارد. ترتیب دادن مروره‌های پر بودیک و تأیید اجزاء سیاست در طی ارتقاء احتمال تأیید و پشتیبانی از پیش‌نویس نهایی را افزایش خواهد داد. درگیری مدیریت (هم در قسمت برنامه‌ریزی کمیته و هم مراحل مرور فرآیند) به پشتیبانی قوی و حمایت مدیریت ارشد برای اجرای سیاست کمک خواهد نمود. بیان یک توضیح دقیق و کامل برای هر یک از اجزاء سیاست (شامل یک دلیل منطقی معتبر) نیز به کسب حمایت مدیریت کمک خواهد نمود.

مانند هر موضوع مربوط به کارکنان، مدیریت ارشد درباره هزینه‌ها نگران است. آنها نه تنها در مورد هزینه برنامه‌های پیشگیری، مراقبت و حمایت از HIV/AIDS بلکه در مورد هزینه‌های کارکنان که به HIV/AIDS مرتبط

می‌شوند نیز نگران می‌باشند، کمیته برنامه‌ریزی گاهی شاید برای تصویب یک سیاست نیاز باشد که مدیریت را توجیه کند. مدل‌های مختلفی را به عنوان الگو می‌توان برای جلب پشتیبانی استفاده کرد. بخش ۱ در قسمت: « چرا HIV/AIDS یکی از موضوعات محل کار است» می‌تواند به آماده‌کردن توجیحات برای برنامه پیشگیری، مراقبت و حمایت HIV/AIDS همانطور که در قسمت چهارم سیاست توضیح داده شده، کمک نماید.

گام پنجم: سیاست را اجرا نمایید.

زمانی که سیاست تصویب شد نیاز به اجرا در سرتاسر سازمان دارد. کارکنان باید برای اجرای سیاست برنامه‌ریزی نمایند و ساختار برنامه نهایی HIV/AIDS را تشکیل دهند. به مدیریت کارکنان و سوپروایزرها باید این سیاست‌ها آموزش داده شود تا آنها بتوانند به کارکنان دیگر در جهت دانستن آن برنامه‌ها کمک کنند. معرفی سیاست موجب بهبود روابط آینده بین کارگاه‌های HIV/AIDS و معرفی برنامه‌ها و فعالیتها و پیگیری آنها خواهد شد. تکمیل سیاست‌های HIV/AIDS یعنی برنامه‌ریزی متفکرانه به منظور پیشرفت در اجرای دقیق سیاست می‌باشد و مانند سایر سیاست‌های ارتباطی در داخل سازمان، ساختار، اندازه و قالب موردنظر کارفرما بهترین راه را برای گفتگو کردن در مورد HIV/AIDS تعیین می‌نماید. یک راه برای معرفی سیاست HIV/AIDS در زیر بیان شده است:

■ تهیه پیام‌ها و پیام آوران مناسب اولیه

معرفی سیاست می‌بایست از بالاترین سطح مدیریتی یعنی ترجیحاً توسط اشخاص متخصص در برنامه‌ریزی و یا کارگاهی صورت پذیرد. به عنوان مثال مدیر عمومی بعنوان مجری مستقیم و یکی از کارمندان کلیدی با شرکت بالاترین رده مدیریت می‌تواند با کمیته‌های از رده‌های پائین‌تر مرتبط شده کارپردازان و مأموران خرید همزمان شروع به ارتباط با هر کارمندی در جهت خط‌مشی‌های مهم نماید. درحالی که هر دو مدیر و کارمند معرفی و حمایت سیاست‌ها را به عهده دارند، احتمال شنیده شدن پیام سیاست در سرتاسر محل کار و نمایش درجه اهمیت آن بیشتر خواهد شد. پیام اولیه باید عرضه شده و سپس همه کارکنان بتوانند در مورد شرایط عمومی HIV/AIDS در همان وقت - آموزش ببینند. چگونگی تنظیم پیام‌های مناسب بستگی به بسیاری فاکتورها از جمله موارد زیر دارد.

■ فرهنگ سازمانی و ملیتی

▪ زبان، سطح سواد و سطح تحصیلات و آموزش کارکنان

▪ سطح اطلاعات موجود در رابطه با HIV/AIDS

▪ سایر مشخصات نیروهای کار

▪ میزان تعهد و منابع

یکی دیگر از فاکتورهای مهم این است که آیا کارمند شما قبلاً مستقیماً مخاطب HIV/AIDS بوده است. یا آیا این اولین محل کار ارتباطی او است. باید مطمئن شوید که پیامهای ارتباطی شما و کسی را که جهت تحویل آن انتخاب می‌کند، مناسب باشد.

▪ ارتباطات مورد نیاز برای پیگیری را انجام دهید

علاوه بر ارتباط اولیه با همه کارمندان در خصوص معرفی سیاست پیشگیری از ایدز بسیاری از سازمانها احتیاج به فراهم آوردن یک سری برنامه‌های ارتباطی دقیق درمورد برآورد نیازها و مسئولیت‌های گروههای کارمندان داشته و بعضی از پیشنهادات در جهت رسیدن به این هدف در زیر آورده شده است:

مدیران و سرپرستان: مدیران و سرپرستان نه تنها باید کل سیاست را درک کنند، بلکه همچنین باید مسئولیتهای خود در راستای اجرای سیاست‌ها را کاملاً متوجه شوند.

تنظیم برنامه و روابط موجب می‌گردد که اطلاعات لازم به افراد کلیدی همچون رابطین آموزشی و سرپرستان که مواجه با شرایطی مثل زندگی و کار با HIV/AIDS و یا مدیران متخصص که باید متوقع باشیم که سایر سرپرستان و مدیران را درمورد مواجه با HIV/AIDS توجیه نمایند داده شود.

تهیه اطلاعات روشن درمورد نحوه مدیریت سیاست و درمورد قوانین و مسئولیت‌های خاص هر گروه میبایست انجام پذیرد. اگر افراد اطلاعات شخصی ناچیز نسبت به HIV/AIDS دارند باید جهت آموزش ابتدائی و پایه‌ای درمورد HIV/AIDS برنامه‌ریزی صورت گیرد.

رهبران محیطهای کار: رهبران محلهای کار میتوانند پیام سیاست‌های HIV/AIDS را منتقل نموده و کارگران آنها در هر سطحی می‌توانند گیرنده این پیام باشند. آنها خصوصاً می‌توانند حفاظت کارکنان را به درستی انجام داده و دستیابی آنها به تسهیلات آموزشی برنامه را تسهیل نمایند.

مدیران در موافقت‌نامه‌های دسته جمعی آینده بهتر است که به سیاست‌هایی که از حقوق و ارائه خدمات به کارکنان دفاع می‌کند پایبندی نشان دهند، آنها به جزئیات مفاهیم سیاست‌های تهیه شده خصوصاً مواردی که مستقیماً روی کارمندان مبتلا به HIV/AIDS و یا مواردی که روی همه کارکنان مؤثر است احتیاج دارند.

کارکنان: تصمیم اینکه چطور و چه وقت سیاست پیشگیری از ایدز جهت کارکنان تشریح گردیده و جزئیات آن مطرح گردد سطوح چنین ارتباطی را شامل میشود. اگرچه کارکنان معمولاً نیاز به اطلاعات زیاد در مورد مدیریت سیاست نداشته ولیکن آنها احتیاج خواهند داشت تا بدانند نیاز اصلی چیست و چطور این سیاست بر آنها مؤثر خواهد بود.

کارکنان نیازمند دانستن مزایای سیاست HIV/AIDS هستند و باید در مورد حفاظت و درمان و پیشگیری کارمندان مبتلا آگاه باشند. اغلب چنین اطلاعاتی بهترین ماحصل فعالیت هماهنگ مدیران و رهبران محل کار است. نوع ارتباط کارکنان با سیاست پیشگیری نسبت به مدیران و سرپرستان متفاوت خواهد بود. از منتهای راههای ارتباطی متفاوت برای کارکنان مانند توجه به تابلو اعلانات و نامه‌ها و برگه پیشنهادها و جلسات خصوصی و جلسات آموزشی و جلسات پرسش و پاسخ می‌توان استفاده کرد.

اگر نگرانی خاصی در مورد جنبه‌های سیاست (مانند تضمین محرمانه بودن و رفع تبعیض) موجود است. جلسات خاصی را برای توضیح و توجیه آنها برنامه‌ریزی نمایید.

■ سیاست را اجرا کنید.

زمانی که سیاست روشن و کامل شرح داده شد سریعاً به سمت اجرا حرکت نمایید. آموزشهای مورد نیاز برای کارپردازان و سرپرستان و مدیران با مسئولیتهای خاص را تأمین کنید. مراحل را جهت پاسخ به سئوالات و مواجهات که ممکن است ایجاد شود، تعیین نمایید. باید نسبت به وجود محل‌های فعالیت از نظر ایجاد اعتماد و اصرار به انجام فعالیت کاملاً مطمئن باشیم. کمیته برنامه ریزی باید برای رفع نگرانی‌ها در دسترس باقی بماند و همچنین در اجرای سیاست‌ها نظارت داشته باشد. شما ممکن است از یک اتحادیه کاری بخواهید که بوسیله جلسات ارائه پس‌خوراند از رسیدن پیام و اجرای مناسب آن اطمینان حاصل کنند.

■ به صورت دوره ای اجرای سیاست را مرور، کنترل و بازنگری نمایید.

زمانی که سیاست اجرا شد کمیته برنامه‌ریزی توجه اصلی خود را به سایر فعالیتها مانند ارتقاء برنامه معطوف می‌کند. اگرچه کمیته باید برای ارتقاء برنامه تشویق شود، اما باید یک برنامه زمانبندی برای مرور و اگر لازم باشد اصلاح سیاست پس از اینکه چندسال مستقر شد، ایجاد شود. شما ممکن است نیاز داشته باشید که سیاست خود را برپایه تجربه یا معرفی درمان‌های جدید اصلاح نمایید. شما باید بخواهید تا مجریان سیاست نسبت به اجرای برنامه‌های اصلاح شده مصر باشند.

- 1- For additional discussion of these issues and the intire role of labor in HIV/AIDS in the workplace, see CDC Workplacc Policy. Labor Leaders Kit. Labor Responds to AIDS program. U.S. Department of Health and Human Services. Available: www.brta_lrta.org.
- 2- Many of these examples come from: CDC. Workplace policy. Labor Leaders Kit (see previous reference).
- 3- Both of these documents are included in Appendix 4
- 4- See Appendix 4 the text of the Declaration.

« بخش ۵ »

ایجاد یک برنامه آموزشی. پیشگیری. مراقبتی و حمایتی

HIV/AIDS

« بخش ۵ »

ایجاد یک برنامه آموزشی پیشگیری، مراقبتی و حمایتی HIV/AIDS

مقدمه

اجزای برنامه

اصلی‌ترین پاسخ هر سازمان به مقوله HIV/AIDS اجرای برنامه‌های پیشگیری، مراقبتی و حمایتی در محیط کار می‌باشد. اگر چه برنامه‌های مؤثر معمولاً بموقع انجام نیافته ولی فعالیت‌ها و خدماتی هماهنگ و مستمر هستند. برنامه‌های خوب طراحی شده HIV/AIDS غالباً مجموعه‌ای از اجزای جامع و مکمل می‌باشند. مؤسسه اسمارت ورک توصیه می‌کند که کارفرمایان و رهبران بخش کارگری اقدام به برقراری شش نوع فعالیت پیشگیری، مراقبتی و حمایتی ذیل نمایند:

۱/ فعالیت‌های آموزشی رسمی و غیر رسمی پیشگیری HIV/AIDS برای تمام کارکنان

۲/ حمایت از پیشگیری از HIV مشتمل بر:

- سیستم توزیع کاندوم به گونه‌ای که کاندوم به آسانی و همیشه در دسترس باشد و
- در شرایط مناسب برنامه‌هایی که در جهت تأمین دارو باشد.

۳/ تشخیص و درمان عفونت‌های مقاربتی و عفونت‌های فرصت‌طلب در کارکنان، شرکای جنسی و یا سایر اعضای خانواده آنها که شامل:

- عفونت‌های مقاربتی بغیر از HIV و
 - عفونت‌های فرصت‌طلب همراه با HIV
- می‌گردد.

۴/ دسترسی به مشاوره داوطلبانه در داخل و خارج محیط کار.

۵/ مشاوره، مراقبت و سایر برنامه‌های حمایتی برای کارکنان یا اعضای خانواده آنها که HIV مثبت‌اند.

۶/ در صورت امکان تدارک داروهای پیشرفته برای درمان کارکنان یا اعضای خانواده آنها که مبتلا به HIV/AIDS هستند با داروهایی از قبیل:

- داروهای ضد رتروویروسی (ARV) و فوق فعال ضد رتروویروسی (HAART)

درمورد این اجزا و برخی از تجربیات مثبت و درس‌های آموخته شده مدیران و سرپرستان بطور خلاصه در بخش ۳ صحبت شده است. در بخش ۵ سعی شده به شما کمک شود تا بطور واقعی یک برنامه HIV/AIDS را در محیط کار طراحی و به اجرا درآورید و یا برنامه‌ای را که از قبل وجود داشته، بهبود و توسعه بخشید. هنگامی که برنامه سازمان خود را طراحی می‌کنید به ارتباطات مابین اجزای آن و هماهنگ سازی آنها توجه نمایید. بطور مثال:

- فعالیت‌های آموزشی باید ضمن تقویت خدمات مربوط به عفونت‌های مقاربتی، اهمیت تشخیص و درمان سریع آنها را نیز گوشزد نمایند.

▪ در جلسات آموزش پیشگیری ضمن تأکید بر استفاده از کاندوم لازمست نحوه تأمین مناسب و آسان آن نیز در محیط کار یا جامعه عنوان شود.

▪ چنانچه مشکل سوء استفاده از مواد مخدر در بین کارکنان وجود دارد باید امکان دسترسی به درمان دارویی یا سایر روشهای کاهش آسیب برای آنان در داخل یا خارج محیط کار فراهم گردد.

- مشاوره داوطلبانه را باید با مشاوره و ارجاع برای مراقبت و حمایت توأم نمود.

ذکر این نکته مفید است که امکان برقراری یک برنامه در محیط کار بدون رعایت کلیه اجزای فوق‌الذکر وجود دارد. ولی تجربیات حاصل از محیط‌های مختلف کاری حاکی از آنستکه مؤثرترین برنامه‌ها آنهایی هستند که این اجزای مکمل را به آسانی در داخل یا خارج محیط کار در اختیار کارکنان قرار می‌دهند. چنانچه در برخی از جوامع خدمات مورد نیاز در دسترس نباشد، فشار بیشتری را بر مدیران ایجاد می‌کند تا ضمن اولویت‌بندی خدمات براساس میزان نیاز، ظرفیت، منافع حاصل، هزینه‌ها و سایر عوامل، مستقیماً خدمات را دایر نمایند.

چه کسانی ارائه کننده خدمات هستند؟

بسته به توانایی اجرا و ضرورت برقراری خدمات مستقیم HIV/AIDS شرایط سازمانها با یکدیگر متفاوت است. در سازمانهای متوسط (بین ۲۴۹-۵۰ نفر) تا سازمانهای بزرگ (بالای ۲۵۰ نفر) احتمالاً منابع و نیروی انسانی بهداشتی درمانی مورد نیاز برای اجرای یک برنامه پیشگیری جامع وجود دارد. در سازمانهای کوچک بدلیل محدودیت پرسنل مورد نیاز امکان اجرای برنامه‌های خاص HIV/AIDS موجود نمی‌باشد و احتمالاً قادر به راه‌اندازی درمانگاه برای ارائه خدمات نخواهند بود. اینگونه سازمانها به مساعدت مؤسساتی که در برپایی برنامه‌های HIV/AIDS مجرب هستند، نیاز دارند.

براساس منابع و ظرفیت‌های سازمان، ممکنست کمیته برنامه‌ریزی HIV/AIDS بدنبال کسب کمک از بیرون برای اجرای برنامه باشد. بطور فزاینده‌ای مؤسسات مختلف در جامعه شکل گرفته‌اند که خدمات مربوط به HIV/AIDS را ارائه داده و به شیوه‌های متفاوتی همچون مشارکت در هزینه یا مقاطعه‌کاری، آماده همکاری هستند. بطور مثال:

- چنانچه شما هیچگونه پرسنل بهداشتی درمانی نداشته باشید، می‌توانید کار را به یک سازمان غیر دولتی یا مراکز ارائه مراقبت‌های بهداشت عمومی خارج از محیط کار واگذار نمائید تا خدمات متنوعی همچون پیشگیری و درمان عفونتهای مقاربتی را دایر کنند.

- راهکار دیگر بجای بکارگیری پرسنل مجرب برای پیشگیری HIV/AIDS در داخل محیط کار، آنستکه این امر را بطور مقاطعه کاری به افراد متخصص یا سازمانهای غیر دولتی واگذار کنید. ایشان قادر هستند که جلسات رسمی آموزش HIV/AIDS یا خدمات مشاوره‌ای را برای کارکنان برقرار نمایند.

حتی زمانی که شما تصمیم به واگذاری تمام یا بخشی از برنامه HIV/AIDS می‌گیرید، سازمان شما مکلف به اقدامات اساسی به شرح ذیل، برای کارکنان خود می‌باشد:

- آموختن حقایق مربوط به HIV/AIDS
- تصمیم گیری راجع به نوع فعالیتهایی که در برنامه پیشنهاد می‌شود
- توافق بر روی شاخص‌ها و استانداردهای برنامه
- انتخاب فراهم کنندگان خدمات
- پرداختن به اهمیت پیشگیری از HIV/AIDS و حمایت از افراد مواجهه یافته و مبتلا و
- اجرا و پایش برنامه.

نیازهای مدیران در این خصوص عبارتند از:

▪ آگاهی در مورد خط مشی‌های مربوط به HIV/AIDS

▪ تشویق کارکنان به استفاده از امکانات فراهم شده و

▪ پایش برنامه از حیث کیفیت و اثربخشی.

ناظرین اتحادیه کارگران یا رهبران کارگری نیز باید موارد زیر را انجام دهند:

▪ تشویق کارکنان به استفاده از امکانات فراهم شده

▪ پایش برنامه از حیث کیفیت و اثربخشی و کسب اطمینان از محفوظ ماندن حقوق کارگران و

▪ تلاش در جهت جلب توافق طرفین ذینفع بمنظور حفاظت از کارگران و اطمینان از دسترسی مستمر

ایشان به خدمات HIV/AIDS در محیط کار.

تشریح مساعی

تشریح مساعی باعث گسترش ظرفیت برنامه‌های کاری شما گردیده و این مجال را به شما می‌دهد که خدماتی را که به تنهایی قادر به برقراری آنها نیستید، فراهم سازید. گاهی اوقات می‌توانید خدمات را ارزان‌تر از هزینه‌های متعارف خود بدست آورده و گاه برای اجرای برخی از قسمت‌های برنامه موفق به اخذ حمایت از خارج سازمان می‌گردید. بعنوان مثال چنانچه در منطقه شما خدمات درمانی وجود نداشته باشد، ممکنست از طریق همکاری با دولت یا صنف کارگران، محل کار خود را بصورت کانون مراقبت از HIV/AIDS درآورید. اگر شما آماده ایجاد یک کانون نمونه باشید، احتمال دارد مؤسسه دیگری نیز آمادگی مشارکت در تأمین هزینه‌های پیشگیری، حمایتی و مراقبتی را داشته باشد. بطور مثال شما می‌توانید با این مؤسسات همکاری داشته باشید:

▪ یک سازمان غیردولتی مثل مؤسسات خدمت‌رسانی ایدز یا جمعیت هلال احمر یا صلیب سرخ

▪ یک مؤسسه تجاری یا اتحادیه کارگران که فعالانه در زمینه HIV/AIDS کار می‌کنند همچون ائتلاف

تجاری آسیایی برای ایدز.

▪ یک سازمان دولتی مثل وزارت کار یا وزارت بهداشت یا اداره محلی یا استانی بهداشت و درمان

▪ یک مؤسسه تشریح مساعی کننده چندبخشی همچون کمیته ملی ایدز در کشور شما، برنامه ملی

کنترل ایدز یا سایر سازمان‌های همکاری کننده کشوری مثل انستیتوی ملی کارگری V.V.Giri در کشور

هند که یک گروه مرجع فنی می‌باشد که توسط سازمان ملی کنترل ایدز تأسیس شده است.

کارفرمایان گزارشات زیادی را از موفقیت برنامه‌ها در اثر همکاری با چنین مؤسساتی ارسال کرده‌اند. این چنین تشریک مساعی‌ها در ابتدا در کشورهای اندکی (عمدتاً در آفریقا و آسیا) تحت تأثیر اپیدمی گسترده بیماری و اثرگذاری آن بر روی بازار کار مشاهده گردید ولی امروزه در تمام نقاط دنیا دیده می‌شود.

مثال‌هایی از تشریک مساعی

در آفریقای جنوبی

- اتحادیه ملی معدنکاران موافقتنامه‌ای پیرامون ایجاد دسترسی به مراقبت و درمان ایدز با اتاق صنف معدن داران امضاء نموده است که برای کسب اطلاع بیشتر می‌توانید به آدرس: www.bullion.org مراجعه کنید.
- کارخانجات ماشین سازی دایملر کریسلر و فورد موفق شده‌اند با اتحادیه‌ها در مورد رفع تبعیض و ارائه خدمات درمانی به کارکنان مبتلا به HIV/AIDS و بستگان آنها، به توافق برسند.
- اتحادیه‌های حمل و نقل، تمرکز خاصی را در این خصوص در ساختارهای داد و ستدی خود بعمل آورده‌اند. شواری معاملات اقدام به برپایی برنامه بزرگی برای HIV/AIDS نموده که طی آن مشاورین همسان در ایستگاه‌های اصلی کامیونها بکار گمارده شده‌اند.
- در ویرجینیای آفریقای جنوبی، پروژه لسیدی برای تشخیص و درمان رایگان معدنکاران مبتلا به عفونتهای مقاربتی و شرکای جنسی آنها، اجرا شده است. گروه‌های مشارکت کننده در این پروژه، عبارتند از: کارفرمایان شرکت معدن طلای هارمونی، شرکت گلدفیلدز، معدن جئول، شاخه محلی اتحادیه ملی معدنکاران و ادارات محلی، استانی و کشوری بهداشت. بخش بهداشت برای تأمین نیروی انسانی و کمک به این پروژه موفق شد بودجه اولیه مورد نیاز خود را از کشورهای عضو اتحادیه اقتصادی اروپا بدست آورد. اتحادیه‌ها امور هماهنگی و برقراری ارتباطات پروژه را تسهیل کردند. شرکت‌ها خصوصاً پس از اثبات اثربخشی پروژه بر کاهش هزینه‌ها، حمایت مالی خود را ادامه دادند. تخمین زده می‌شود که به ازای هر یک دلاری که شرکت‌ها برای پیشگیری از عفونتهای مقاربتی خرج می‌کنند، ۳۰ دلار آمریکا صرفه جویی می‌شود.

در مالای

- وزارت کار با همکاری تعداد زیادی از کارفرمایان و سازمان‌های کارگری اقدام به اجرای یک برنامه جامع آموزشی در محیط کار نموده است. اهداف این برنامه عبارتند از: افزایش آگاهی پیرامون HIV/AIDS، تشویق ملی و هدایت خط مشی‌های کاری به سمت کاهش انگ زدن و تبعیض بر علیه کارگران مبتلا به HIV/AIDS و کم کردن عوارض سوء HIV/AIDS بر روی پیشرفت و توسعه ملی. بودجه این برنامه توسط یک سازمان غیردولتی بنام Project Hope و اداره کار آمریکا تأمین شده است.

در این قسمت برخی از جزئیات اجرای شش گانه برنامه پیشگیری، مراقبت و حمایت از HIV/AIDS بیان می‌شود و مراحل اجرایی کار و منابع اطلاعاتی برنامه ارائه می‌گردد.

حوزه اول برنامه : فعالیت‌های آموزشی برای پیشگیری HIV/AIDS

اجرای این برنامه‌های آموزشی در محیط کار باعث آگاهی کارکنان پیرامون HIV/AIDS و تشویق آنها به تغییر در رفتارهای مخاطره آمیز گردیده و در نهایت انتشار بیماری را کاهش می‌دهد. آموزشهای رسمی و غیررسمی سازمانها راجع به پیشگیری از HIV/AIDS زیربنای سایر خدمات پیشگیری کننده و مراقبتی و درمانی می‌باشد. بسته به ساختار برنامه‌های آموزشی ممکنست جلسات رسمی آموزشی از حداقل ۶۰-۴۵ دقیقه (در اینصورت فرصت کافی برای بحث و پرسش و پاسخ وجود ندارد) تا دو ساعت یا بیشتر برای پرداختن به اطلاعات واقعی HIV/AIDS، راههای انتقال، روشهای امن آمیزش جنسی و مسائل مربوط به سوء استفاده از مواد مخدر، بطول بیانجامند. توصیه می‌شود که چنین جلساتی را بطور منظم در اوقات کاری کارکنان برگزار نموده و هرچند وقت یکبار، مثلاً هر سه ماه یکبار برای کارکنان جدید تکرار کرد. برای انتقال اطلاعات زیربنایی، برخی از کارفرمایان مجموعه‌ای از جلسات متعدد را برپا می‌کنند و در حد فاصل جلسات، نشست‌هایی را برای تشویق آنها به تغییر رفتار و اصلاح مهارت‌های مورد نیاز (مثل نحوه استفاده از کاندوم) اجرا می‌نمایند. دستور جلسات رسمی معمولاً از پیش تعیین شده و ضمن تحویل جزوه یا سایر مواد آموزشی، جلسه توسط فردی که دانش کافی راجع به HIV/AIDS و راههای انتقال آن دارد، هدایت می‌شود. در جلسات رسمی برای تقویت یادگیری، غالباً زمانی به بحث و گفتگو و کارهای گروهی نیز اختصاص می‌یابد.

در شیوه آموزش غیررسمی معمولاً جلسات توسط همکاران آموزش دیده (مثل نماینده کارگران یا کارگزار اتحادیه) که "آموزش دهنده همسان" خوانده می‌شوند، هدایت می‌گردد. برای مباحثه دقیق‌تر پیرامون HIV/AIDS، آموزش روشهای امن آمیزش جنسی، پاسخگویی به سئوالات، گفتگو راجع به نگرانی‌ها و توزیع جزوات و مواد آموزشی از جلسات غیر رسمی، با گروه کوچک یا گفتگوی نفر به نفر استفاده می‌شود. این نوع گفتگوی غیر رسمی محیط مناسب‌تری را برای کسب آگاهی بیشتر و درک موضوعات مربوط به بیماری فراهم می‌آورد.

برای اجرای جلسات آموزشی رسمی و غیر رسمی HIV/AIDS، استفاده از چک لیست مربوطه را که در انتهای این بخش همراه با سایر چک لیست‌ها آمده، فراموش نکنید.

الف) یادگیری راجع به گروه مخاطب

بخشی از فرآیند طراحی برنامه آموزشی، تعیین گروه مخاطب است؛ یعنی تعیین گروهی از افراد که باید پیامهای خاص ارتباطی به آنها برسد. در برنامه‌های محیط کار، عمده گروه مخاطبین، کارکنان هستند. گرچه جلسات رسمی فقط برای کارکنان برگزار می‌شود ولی بخاطر طبیعت خاص HIV/AIDS، لازمست آموزش پیشگیری به سایر اعضای خانواده آنها و شرکای جنسی شان نیز داده شود. برای توسعه پوشش برنامه گاهی اوقات کارفرمایان جلساتی را در جامعه یا در محیط کار برای اعضای خانواده یا شرکای جنسی کارکنان برپا می‌دارند.

کارکنان شاغل در یک سازمان یا یک محیط کاری به همان میزان که کارهایشان با هم تفاوت دارد، با یکدیگر فرق می‌کنند. کارگران ممکنست در زمینه‌های فرهنگی، قومی، نژادی، کشور مادری، زبان مادری، جنسیت، سن، سطح آموزش و یادگیری و سایر عوامل با هم تفاوت داشته باشند. بعلاوه امکان تفاوت در سطح آگاهی از مسائل مرتبط با HIV/AIDS و احساس راحتی در بحث پیرامون رفتارهای جنسی نیز وجود دارد.

تفاوت‌ها و خصوصیات نیروی کار به تعیین شیوه‌های مناسب پیشگیری از HIV/AIDS کمک می‌کنند. روش ارائه مطالب باید منطبق بر راههای ارتباطی انتخاب شده و سایر خصوصیات کارکنان باشد. بطور مثال شما می‌توانید راه پرداختن به موضوعات مربوط به جنسیت و آمیزش جنسی را برگزینید و این راه ارتباطی در گروه‌های مختلط با هم فرق دارد. ممکنست شما ترجیح دهید اینگونه بحث‌ها را در گروه‌های هم جنس مطرح ساخته و از طرح درگروه‌های مختلط اجتناب ورزید. راه برقراری ارتباط در افراد جوان مستقیم‌تر از کارکنان مسن است. بنابراین هدف شما باید این باشد که فعالیتها و پیامهای آموزشی - پیشگیری با گروه مخاطب هماهنگی داشته باشد.

بهترین راه فهمیدن اینکه چه چیزی قابل فهم و قبول گروهی از کارکنان است، پرسش مستقیم از خود آنهاست. این امر دلیل خوبی برای مشارکت دادن گروه‌های مختلف کارکنان در کمیته برنامه‌ریزی است. اینکار را می‌توان به روشهای مختلف مثل برپایی گروه‌های کوچک برای بحث متمرکز پیرامون راهبردهای متنوع آموزشی و برنامه آموزشی مورد نظر، به اجرا درآورد. از این راه امکان بررسی تناسب فعالیتها و مواد آموزشی در مرحله طراحی میسر می‌شود. جهت بررسی فعالیت‌های برنامه و مواد آموزشی بهتر است افرادی را از گروه‌های مختلف کارگران در بحث مشارکت داد. سپس از شرکت کنندگان بخواهید درک و واکنش خود را ارزیابی کرده و پس‌خوراند بدهند.

در جدول صفحه بعد فهرستی از اطلاعات مهم درباره کارگران و خانواده آنها برای کسب اطمینان از هدف گذاری شایسته فعالیت‌های پیشگیری، آمده است. اگر برنامه ریزان سازمان شما قادر به چنین ارزیابی نباشند، بهتر است از متخصصین آموزش بهداشت یا سایر رشته‌های مرتبط کمک بگیرید.

تعیین موضوعات و مسائل حساس در بین گروه مخاطب

- چگونه اعضای گروه مخاطب با همدیگر ارتباط برقرار می‌کنند، چه وقت و کجا یکدیگر را ملاقات نموده و شبکه اجتماعی آنها را چه کسی هدایت می‌کند؟
- آنها در مورد سرایت HIV چقدر می‌دانند؟ چه چیزهایی را نمی‌دانند و مهمترین اسرار و سوء تفاهات در بین آن جمع چیست؟
- با توجه به رفتارهای پرخطر منجر به HIV، هنجارهای اجتماعی و رفتارهای قابل پذیرش جمع چیست؟ بطور مثال احساس گروه مخاطب در مورد داشتن روابط نزدیک، خارج از محیط خانواده چگونه است؟
- نگرش آنها پیرامون سوء مصرف مواد مخدر یا الکل چیست؟ بیشترین ماده مخدر استفاده شده و روش استعمال آن چه می‌باشد؟ تفاوت این امر نزد زن و مرد چیست؟
- احساس افراد راجع به میزان احتمال ابتلاء آنها به عفونت HIV یا سایر عفونتهای مقاربتی چه می‌باشد؟
- منبع معتبر و رایج اطلاع‌رسانی در مورد این موضوعات چه کسانی هستند؟ گروه مخاطب برای آموزش پیشگیری از HIV/AIDS حرف چه کسانی را گوش کرده و به آنها اعتماد دارند؟ در مورد موضوعات مربوط به مصرف مواد مخدر چطور؟
- گروه مخاطب از کجا اطلاعات مورد نیازشان را درخصوص HIV/AIDS و مباحث خانوادگی یا جنسی بدست می‌آورند؟ چگونه و چه زمانی این اطلاعات را کسب می‌کنند؟
- گروه مخاطب از کجا اطلاعات مورد نیازشان را درخصوص سوء مصرف مواد مخدر بدست می‌آورند؟ چگونه و چه زمانی این اطلاعات را کسب نموده یا جستجو می‌کنند؟
- چه اطلاعاتی به آنها کمک می‌کند تا فعالیت‌های کاهش خطر را شروع کرده یا تداوم بخشند؟
- در بیان مسائل جنسی چقدر احساس راحتی می‌کنند؟ در بین چه گروهی بیشترین احساس راحتی را دارند - مثل گروه هم جنس، کارکنان همقطار خود یا گروه سنی مشابه؟
- چقدر احتمال دارد که آنها مواد آموزشی نوشتاری را مطالعه کنند؟
- احساس آنها درمورد آموزش HIV/AIDS به شرکای جنسی یا اعضای خانواده‌شان چیست؟ چگونه و کجا باید از آنها دعوت بعمل آید (مثلاً بطور جداگانه یا همراه هم)؟

ب) تعیین منابع مرتبط با موضوع

علی‌رغم توانایی کمیته برنامه‌ریزی HIV/AIDS در ارائه برنامه آموزشی پیشگیری، ممکنست اعضای آن دانش کافی برای تهیه مواد مورد نیاز فعالیت‌ها را نداشته باشند. چنانچه کمیته برنامه‌ریزی شما درچنین وضعیتی قرارداد، بهتر است بدنبال کسب مشورت و کمک از سوی افراد با تجربه یا سازمانهای مرتبط برای تهیه محتوای فعالیتهای آموزشی پیشگیری باشید. برای طراحی و اجرای خدمات و فعالیت‌های مشابه نیز بهره‌گیری از مشورت و هدایت چنین افرادی کارگشا خواهد بود.

احتمالاً در مراحل اولیه برنامه‌ریزی یا مرحله تعیین خط مشی‌ها، کمیته برنامه‌ریزی افراد مجرب را شناسایی کرده است. در اکثر موارد سازمانهای ملی یا محلی وجود دارند که از مدتها قبل در خصوص پیشگیری از HIV/AIDS کار کرده و قادر به کمک هستند. به احتمال زیاد آنها مواد آموزشی و برنامه‌های از پیش طراحی شده‌ای دارند که با کمترین زحمت و هزینه ناچیز برای آموزش گروه هدف و استفاده در محیط‌های کاری، قابلیت انطباق دارند. در خیلی از سازمانها پرسنل بهداشتی درمانی وجود دارند که از آنها می‌توان هم بعنوان مرجع تخصصی کمیته برنامه‌ریزی سود جست و هم از آنها بعنوان آموزش دهندگان رسمی مباحث بهداشتی استفاده نمود.

ج) برنامه استفاده از آموزش دهندگان همسان

علاوه بر بهره‌گیری از متخصصین بهداشتی و آموزش دهندگان مجرب برای برگزاری جلسات آموزشی رسمی، لازمست کارفرمایان برای آموزش‌های غیررسمی، فعالیت‌های گروهی و مشاوره‌های فردی از آموزش دهندگان همسان که در واقع از بین کارکنان آموزش دیده انتخاب شده‌اند، استفاده نمایند. افراد همسان در محیط کاری مشابه گروه هدف قرار داشته و در خصوصاتی چون سن، سوابق، تجربه و علائق شبیه کارکنان هستند. گاهی اوقات خود این افراد HIV مثبت بوده یا دارای بستگان مبتلا به HIV/AIDS می‌باشند.

از آنجایی که مردم بیشتر به حرف افراد همسان خود گوش داده و از اندرزهای آنان پیروی می‌کنند، آموزش توسط گروه همسان شیوه‌ای مؤثر در پیشگیری HIV/AIDS به حساب می‌آید. اثرگذاری افراد همسان بر یکدیگر بیشتر از افراد غیر همسان بوده و این اثر عامل مهمی برای تغییر رفتار شناخته شده است.

از طریق آموزش و حمایت خاص، آموزش دهندگان همسان قادرند بخشی از آموزشها و فعالیت‌های پیشگیری از HIV/AIDS را به اجرا درآورند. در صورت امکان بهتر است در طراحی برنامه خود آموزش دهندگان همسان را نیز منظور نمائید. موارد کاربرد این نوع آموزش عبارتند از:

- انتقال موضوعات مهم به کارکنان

- هدایت جلسات سخنرانی در محیط کار یا جامعه
- کار در گروه‌های کوچک در محیط کار یا جامعه
- گفتگوی فردی، تشویق و حمایت کارکنان در جهت کاهش رفتارهای پرخطر و
- توزیع جزوه، بروشور و کاندوم.

در صورت آموزش ویژه، آموزش دهندگان همسان می‌توانند گروه‌های حمایتی را در محیط کار هدایت کنند. در ضمیمه شماره ۵ اطلاعات بیشتری راجع به انتخاب و آموزش گروه‌های همسان آمده است. شما می‌توانید برای شروع آموزش گروه همسان، پایش برنامه و آموزش‌های تکمیلی از یک سازمان غیردولتی بهداشتی کمک بگیرید. تجربیات حاصل از کشورهای مختلف دنیا نشان می‌دهند که احتمال موفقیت آموزش دهندگان همسان در زمانی که توسط همکاران خود انتخاب شده و مورد حمایت سیاست‌گذاران محیط کار؛ همچون نماینده کارگران، ناظرین خط تولید و مدیران ارشد سازمان قرار داشته باشند، به مراتب بیشتر خواهد بود.

استفاده موفق از آموزش دهندگان همسان

تعدادی از کارفرمایان موفق در استفاده از آموزش دهندگان همسان عبارتند از :

- کمپانی شل در تایلند
- لوی اشتراس
- ام تی وی
- های ها کوتوبوکی در ویتنام
- فولکس واگن در برزیل

آموزش همسان زمانی که توأم با سایر راهبردهای برنامه پیشگیری از قبیل جلسات رسمی آموزش پیشگیری و مشاوره و آزمایش داوطلبانه گردد، ارزشمندتر خواهد بود.

برای کسب اطلاع بیشتر راجع به آموزش همسان و HIV/AIDS می‌توانید به برنامه یکپارچه سازمان ملل برای بیماری HIV/AIDS تحت عنوان "گزارش مشورتی ژنو پیرامون مفاهیم، فواید و مشکلات مربوط به آموزش همسان در HIV/AIDS" و نیز قسمتی از مجموعه بهترین تجربیات UNAIDS که در دسامبر ۱۹۹۹ انتشار یافته و در آدرس اینترنتی: www.unaids.org موجود است، مراجعه نمایید.

د) تعیین محتویات ضروری برنامه آموزش پیشگیری از HIV/AIDS

چون بیماری HIV/AIDS مسائل متعددی را بدنبال دارد، فعالیت های آموزشی مربوط به آن نیز باید طیف گسترده ای از مسائل را پوشش دهد. در زیر موضوعات و مسائل اصلی مورد نظر در برنامه های آموزشی پیشگیری از HIV/AIDS آمده است:

- خط مشی و عملکرد سازمان در مورد مشکلات مربوط به HIV/AIDS
- روش سرایت و عدم سرایت HIV/AIDS
- علت نبود احتمال سرایت اتفاقی HIV/AIDS
- نحوه پاسخگویی به همکار مبتلا به HIV/AIDS بدون انگ زدن و تبعیض قائل شدن
- شیوه پیشگیری از گسترش HIV
- چگونگی استفاده از روشهای پیشگیری از انتقال HIV مثل کاندوم، سرسوزن و سرنگ استریل
- روش ارزیابی احتمال مواجهه افراد و طراحی برنامه های تغییر رفتار فردی
- طریقه جلوگیری از سرایت HIV از مادر به کودک در دوران قبل از تولد و حین شیردهی
- تسهیلات موجود برای کارکنان و خانواده آنانی که HIV/AIDS دارند
- کسانی که با HIV زندگی می کنند: چه انتظاراتی باید داشته باشند، درمانهای HIV/AIDS چیست و آیا به چنین درمانی دسترسی دارند؟
- حمایت های منجر به حفظ امنیت و اطمینان زایی و
- محل مراجعه برای کمک گیری و کسب اطلاعات بیشتر.

م) توافق بر روی فعالیت های قابل ارائه

شیوه های متنوعی برای فعالیت آموزش پیشگیری در محیط کار وجود دارد که بسته به گروه هدف از بین آنها انتخاب می شود. برای هدایت اولیه مراحل اجرایی، کمیته برنامه ریزی موظف به تعیین انواع فعالیت خاص فعالیت ها، روشها و اولویت ها می باشد و می توان فعالیت های بیشتر را بعداً اضافه نمود. برای تقویت مثبت پیام های آموزشی باید فعالیت هایی را انتخاب کرد که مکمل یکدیگر باشند. انواع فعالیت ها و روشهای مورد استفاده در برنامه محیط کار در زیر آورده شده اند:

▪ سخنرانی‌های رسمی با لحاظ نمودن فرصتی برای بحث و پرسش و پاسخ

برای ارائه اطلاعات زیربنایی به گروه زیادی از مردم و بطور همزمان، از سخنرانی استفاده می‌شود. سخنرانی روشی مؤثر جهت اعلام موضوعات اساسی و اطلاعات ضروری پیرامون HIV/AIDS بوده و تا حد امکان باید بصورت مشارکتی باشد.

▪ جلسات آموزشی در گروه‌های کاری و مباحثات تعاملی در گروه‌های کوچک

جلسات آموزشی که در گروه‌های کاری اجرا می‌شوند، افرادی را که از یک واحد بوده و با هم همکار می‌باشند یا در موضوع خاصی با هم اشتراک دارند، گرد هم می‌آورد تا بر روی موضوع یا فعالیت خاص تمرکز یابند. در این روش به افراد فرصت داده می‌شود تا نظریات شخصی خود را راجع به HIV/AIDS به بحث بگذارند. جلسات گروهی حتی الامکان باید تعاملی باشند و با فعالیت‌های مشارکتی همچون ایفای نقش امکان یادآوری و بازگویی آموخته‌ها را به افراد داد. ساختار اینگونه جلسات می‌تواند طراحی شده و یا کاملاً غیررسمی باشد. هدایت این جلسات نیز با هماهنگ کننده‌های آموزش دیده یا آموزش دهندگان همسان خواهد بود.

▪ جلسات متمرکز بر زوجین و خانواده

در بسیاری از محیط‌های کاری، جلسات آموزشی علاوه بر کارکنان برای اعضای خانواده و شرکای جنسی آنان نیز برگزار می‌شود. گاهی اوقات زوجین به اتفاق در جلسات آموزشی همسان شرکت کرده و گاه گروه‌ها براساس جنسیت، مجزا تشکیل می‌شوند. ممکنست شما جلساتی را برای کودکان و نوجوانان همراه با خانواده آنها و یا بطور مجزا برگزار کنید. در هر حال مطمئن شوید که محتوای جلسه با گروه هدف انطباق داشته باشد. موقع تصمیم‌گیری در مورد تشکیل جلسه با یا بدون حضور بستگان افراد، حتماً توجه خاص به هنجارهای فرهنگی مربوط به بحث مسائل جنسی در گروه‌های مختلط، داشته باشید. بعلاوه از رویدادهای اجتماعی که فرصت مغتنمی برای آموزش پیشگیری بوجود می‌آورند، به خوبی استفاده نمائید.

▪ پخش نوار ویدئویی

چنانچه امکان پخش نوار ویدئویی فراهم باشد، وسیله مناسبی برای شروع بحث در گروه‌های کوچک می‌باشد. نمایشهایی که در آن افراد سرشناس و نام آور شرکت دارند باعث اعتبار بخشی به اطلاعات ارائه شده، می‌شود. پخش نوار ویدئویی زمانی حداکثر کارایی را خواهد داشت که همراه با بحث هدایت شده یا سایر فعالیت‌های حمایتی باشد.

▪ مواد ارتباطی برای تغییر رفتار (BCC)

در اکثر کشورها سازمانهای غیر دولتی، وزارت بهداشت یا دانشگاهها اقدام به تهیه مواد آموزشی کرده‌اند که منجر به تغییر رفتار و کاهش احتمال سرایت HIV می‌گردند. این مواد زمانی حداکثر اثربخشی را دارند که جزئی از یک روش تعاملی مثل کارگروه باشند ولی چنانچه بصورت جزوه و برای مطالعه ارائه شوند نیز مفید خواهند بود. برای دستیابی به مواد آموزشی منطبق با فرهنگ جامعه خود به سازمانهای غیر دولتی و ادارات بهداشت عمومی رجوع نمائید.

▪ پوستر

نصب پوستر در نقاط استراتژیک محیط کار علاوه بر ارائه و تقویت پیام‌های کلیدی راجع به HIV/AIDS می‌تواند خط مشی‌ها و برنامه‌های شرکت را نیز مشخص نماید.

▪ پمفلت‌ها و بروشورها

پمفلت‌ها و بروشورها اطلاعات واقعی در مورد HIV/AIDS ارائه نموده و راهی مؤثر برای تقویت فعالیت‌های آموزشی پیشگیری می‌باشند. چنانچه کارکنان این پمفلت‌ها و بروشورها را با خود به منزل و جامعه ببرند پیام این مواد آموزشی به مخاطبین زیادی خواهد رسید. مطمئن شوید که آنها جذاب بوده، قابلیت فهم آسان داشته و با گروه مخاطب سازگار هستند. چنانچه خود شما اقدام به تهیه پمفلت یا بروشور کرده‌اید، بهتر است برای امتحان پیام‌رسانی، آن را در بحث گروهی بررسی نمائید.

▪ سایر روشهای خلاق

اکثر کارفرمایان دریافته‌اند که استفاده همزمان شیوه‌های آموزشی با روشهای نمایشگری اثربخشی بیشتری خواهند داشت. بطور مثال در شورو نیجریه توانسته‌اند با موفقیت از طنز، کارتون، شعر، درام، نمایش‌های ویدئویی و موسیقی و نقل داستان استفاده نمایند. متعاقب تمام روشهای مذکور جلسات پرسش و پاسخ برگزار شده و جزوات مطالعاتی توزیع می‌گردد.

خلاصه سازی مطالب سخنرانی‌ها، بحث‌ها و فعالیت‌های گروهی کوچک را میتوان بصورت جمع‌بندی اطلاعات اساسی پیرامون HIV/AIDS با ذکر روشهای ایمن‌تر تماس جنسی، انجام داد. در مواد آموزشی مثل پوستر، پمفلت یا جزوه می‌توان پیام‌های نوشتاری مثل ذکر جملاتی در مورد احتمال ابتلاء به HIV/AIDS را بیان داشت و یا با ترسیم شکل‌های گرافیکی یا کارتونی، مهمترین پیام‌ها را به افراد بی‌سواد منتقل ساخت. برای دستیابی به بیشترین اثرگذاری، شما می‌توانید از فعالیت‌های مکمل آموزش پیشگیری استفاده کرده و آنها را به فعالیت‌های حمایتی و مراقبتی مرتبط سازید.

و) تعیین محتوای آموزشی

برای تهیه محتوای فعالیت‌های آموزشی HIV/AIDS یا مواد آموزشی مربوطه، لازمست در ابتدا مشخص نمائید که در هر قسمت آن چه اطلاعاتی باید گنجانده شود و سپس شیوه سازماندهی و ارتباط قسمت‌های مختلف را تعیین کنید. مشخص سازید که به چه تمرین‌های تعاملی نیاز دارید و به چه مواد آموزشی نوشتاری یا دیداری - شنیداری دسترسی خواهید داشت. برای تهیه یک محتوای آموزشی مناسب می‌توانید از سازمانهای محلی یا آموزش دهندگان HIV/AIDS در داخل یا خارج محیط کاری خود کمک بگیرید. بهر حال چه خود شما یا سازمان دیگری طراحی برنامه را برعهده دارید، از جدید بودن اطلاعات ارائه شده راجع به راه سرایت، روشهای پیشگیری و درمان HIV/AIDS مطمئن شوید.

ه) توافق در تقویم کاری

برای اجرای تدریجی یک برنامه شما نیاز به یک تقویم عملیات اجرایی دارید. در جدول زیر مسائل عمده‌ای که کمیته

تقویم بندی برنامه آموزشی/پیشگیری:

سوالاتی که باید به آنها پرداخت

- ۱- طول مدت جلسات چقدر خواهد بود - ۳۰ دقیقه، یکساعت، دو ساعت یا بیشتر؟
- ۲- جلسات آموزشی کارکنان را چه مواقعی برگزار کنیم؟ آیا جزو برنامه آموزشی ابتدای خدمت کارکنان منظور شود؟
- ۳- جلسات اجباری باشند یا اختیاری؟
- ۴- محل تشکیل جلسات کجا باشد؟ آیا سرویس رفت و برگشت نیاز خواهد بود؟
- ۵- تقویم زمانی جلسات چگونه است؟
الف) در ساعات موظف (ب) موقع استراحت‌ها یا زمان صرف ناهار (ج) قبل یا بعد از ساعت کاری
- ۶- نحوه هماهنگ سازی تقویم جلسات با نیازهای تولیدی چگونه می‌باشد؟
- ۷- آیا کارکنان در صورت شرکت در جلسات اجباری یا اختیاری یا جلساتی که حین ساعات موظف کاری تشکیل می‌شوند، دستمزد عادی خود را دریافت خواهند نمود؟
- ۸- در هر جلسه چند نفر شرکت می‌کنند؟ برای تشکیل هر جلسه ترکیب و دسته بندی کارکنان شرکت کننده چگونه می‌باشد؟
به گروه آموزش دیده هر چند وقت یکبار اطلاعات یا فعالیت‌های جدید ارائه خواهد شد؟

برنامه‌ریزی باید به آنها پرداخته و حل‌شان نماید، آمده است.

ی) معرفی فعالیت‌ها

برای معرفی فعالیت‌های آموزشی HIV/AIDS برنامه‌ریزی کنید. اینکار می‌تواند به اشکال زیر انجام یابد:

- اطلاعیه مشترک مدیران و رهبران کارگران
- معرفی آموزش دهندگان همسان یا سایرینی که هماهنگ کننده فعالیت‌ها هستند
- توصیف فعالیت‌های آموزشی پیشگیری، نحوه شرکت کارکنان در آنها و شیوه هماهنگ سازی آنها با نیازهای عادی شغلی و
- توصیف سایر فعالیت‌های پیشگیری، مراقبتی و حمایتی در محیط کار که تکمیل کننده این فعالیت‌ها هستند (مثل توزیع کاندوم، پیشگیری و درمان عفونت‌های مقاربتی، مشاوره، خدمات حمایتی و مراقبت‌های پیشرفته HIV/AIDS).

هنگام معرفی این فعالیت‌ها سعی نمائید همان شیوه ارتباطی را که در ارائه خدمات آموزشی پیشگیری استفاده خواهید کرد، بکار ببرید. بطور نمونه آموزش دهندگان همسان را با بکارگیری روشهای ارتباطی مختلف درگیر سازید و فرصتی را برای طرح پرسش‌ها و تعاملات فراهم نمائید. برای پیشگیری از سرایت HIV، انگ زنی، تبعیض و سایر عوارض منفی، تلاش نمائید تا میزان اهمیتی را که سازمان شما برای آموزش کارکنان قائل است، آشکار سازید.

حوزه دوم برنامه : حمایت از پیشگیری HIV

برنامه‌های حمایتی پیشگیری عبارت از فعالیت‌هایی هستند که در جهت تکمیل آموزش کارکنان پیرامون HIV/AIDS و برای جلوگیری از انتقال HIV انجام می‌یابند. مثال‌هایی از سیستم‌های حمایتی پیشگیری که قابلیت اجرا در برنامه‌های HIV/AIDS را در محیط کار دارند، عبارتند از:

- سیستم‌های توزیع کاندوم به گونه‌ای که کاندوم را با قیمت ارزان در دسترس همگان قرار دهند و
- فعالیت‌های طراحی شده برای کاهش سرایت HIV از طریق مصرف مواد مخدر.

۱. سیستم‌های توزیع کاندوم

اهمیت کاندوم در پیشگیری از HIV: بخشی از پیام فعالیت‌های آموزشی HIV/AIDS تشویق به استفاده از کاندوم برای داشتن یک رابطه امن جنسی است. یکی از عوامل اصلی در پیشگیری از HIV/AIDS و عفونت‌های مقاربتی استفاده منظم، مستمر و صحیح کاندوم می‌باشد. یکی از محورهای اصلی تمرکز جلسات آموزشی پیشگیری در کارگران احتمالاً استفاده مستمر و صحیح کاندوم خواهد بود.

درک اهمیت و شیوه استفاده از کاندوم به تنهایی کفایت نمی‌کند. پیشگیری از HIV نیازمند تأمین کاندوم‌های با کیفیت بالا و دارای مواد لغزنده، آنهم با دسترسی آسان، مطمئن و با قیمت مناسب می‌باشد. اهمیت قیمت مناسب در برزیل در اوایل دهه ۱۹۹۰، زمانی که پس از کاهش قیمت کاندوم مصرف آن بطور چشمگیری فزونی یافت، به اثبات رسید. هنگامی که دسترسی به کاندوم در داخل جامعه محدود است، توزیع کاندوم در محیط کار بخش مهمی از یک برنامه پیشگیری، مراقبت و درمان را تشکیل می‌دهد. چنانچه در جلسات آموزشی پیشگیری کارکنان را تشویق به استفاده از کاندوم نموده و در پایان بحث بین آنان کاندوم توزیع نمائید، احتمال یادگیری و تغییر رفتار به سمت روابط امن جنسی بیشتر خواهد شد.

پذیرش کارکنان برای توزیع کاندوم: اگرچه توزیع کاندوم ممکنست موضوعی حساس بنظر رسد ولی تجربیات بدست آمده نشان می‌دهند که کارکنان از توزیع کاندوم در محیط کار استقبال نموده و از آن حمایت می‌کنند. هزاران شرکت تاکنون در برنامه توزیع کاندوم بین کارکنان خود مشارکت نموده و در درازمدت هیچگونه آثار منفی گزارش نشده است. گاهی اوقات کارفرمایان پس از بررسی، متوجه می‌شوند که از قبل در جریان سایر برنامه‌های بهداشتی، کاندوم در سازمان آنها توزیع می‌شده است.

استفاده از چک لیست: مشابه سایر قسمت‌های برنامه ممکنست کمیته برنامه‌ریزی اقدام به تهیه چک لیست برای اجرا و مدیریت فعالیت‌های توزیع کاندوم نماید. موفقیت برنامه توزیع کاندوم بستگی به دانش کارکنان راجع به استفاده صحیح از کاندوم، تشویق آنان و دسترسی کافی دارد. بنابراین برای اجرای یک برنامه کاندوم در محیط کار باید فعالیت‌های آموزشی را با شیوه‌های توزیع کاندوم تلفیق کرد. هدف از تدوین چک لیست برای برنامه کاندوم، خلاصه‌سازی اقدامات و عوامل مهمی است که باید در بسط و اجرای یک فعالیت جامع آموزش و توزیع کاندوم مدنظر باشند. حسب نیاز آن را تعدیل نموده و ستون‌های آنرا تکمیل کنید و از آن بعنوان راهنمای کار خویش بهره‌جوئید. در این رابطه موضوعات حساسی وجود دارند که در زیر مورد بحث قرار گرفته‌اند.

سیستم‌های توزیع کاندوم: سیستم توزیع باید به گونه‌ای باشد که کاندوم را به راحتی، همیشه و با قیمت کم یا

رایگان در دسترس کارکنان قرار دهد. برای رسیدن به این هدف راه‌های متفاوتی وجود دارند:

▪ شما می‌توانید مقادیر زیادی کاندوم خریداری کرده و به فراوانی در اختیار آموزش دهندگان همسان قرار دهید تا در جلسات کارگران بین آنها توزیع کنند.

▪ شما می‌توانید محل‌های مناسبی را در داخل محیط کار در نظر بگیرید که کارکنان به آنجا مراجعه نموده و کاندوم براحتهی در اختیار آنها قرار گیرد.

▪ گاهی اوقات امکان دارد شما کاندوم را با قیمت ارزان یا رایگان از اداره بهداشت محلی، سازمانهای غیر دولتی یا برنامه کشوری کنترل ایدز تهیه نموده و در جلساتی که پیرامون کاندوم بحث می‌شود، توزیع کنید.

مؤثرترین روش، نصب دستگاه‌های عرضه کاندوم (بخصوص در توالت‌ها) است که در اینصورت کارکنان قادر خواهند بود در محیطی راحت و خصوصی کاندوم را خریداری نمایند. لازمست دستگاه‌ها را بطور منظم پر کرده و از کارکرد صحیح آنها مطمئن شوید. از روی بسته کاندوم‌های خریداری شده تاریخ تولید آنها را بررسی کنید. عمر مفید این بسته‌ها معمولاً دو سال است. قیمت کاندوم‌های عرضه شده توسط دستگاه باید به گونه‌ای تنظیم شود که ضمن ارزش قائل شدن برای آن، کارکنان مجبور به پرداخت هزینه‌ای بیشتر از استطاعت نگردند. چون استفاده از کاندوم مربوط به رفتارهای جنسی می‌گردد، بعضی از کارکنان از پرس و جو پیرامون آن مضطرب می‌گردند. لازمست نحوه توزیع کاندوم طوری باشد که آنها مستقیماً و بدون درخواست از کسی، بتوانند دسترسی داشته باشند.

هزینه‌ها: تأمین و توزیع مقادیر زیاد کاندوم تقریباً ارزان قیمت بوده و سرمایه‌گذاری تجاری عاقلانه‌ای بحساب می‌آید. مطابق سایر تدارکات محیط کار، لازمست شما تولیدکنندگان معتبر را شناسایی نموده و برای تأمین بهترین محصولات رای‌زنی کنید. مطمئن شوید که پس از شناسایی انواع و مدل‌های گوناگون کاندوم، قابل اعتمادترین کاندوم را که منطبق بر استانداردهای سازمان جهانی استاندارد (ISO) می‌باشد، انتخاب کرده‌اید.

برای مشورت به اداره بهداشت عمومی محلی، برنامه کشوری کنترل ایدز یا سازمان‌های غیردولتی ارائه کننده خدمات بهداشتی و تنظیم خانواده مراجعه نمائید. تأمین کنندگان کاندوم ممکنست قادر به فراهم نمودن دستگاه‌های عرضه کاندوم نیز باشند. در بودجه برنامه HIV/AIDS سازمان خود حتماً هزینه خریداری کاندوم و تهیه یا اجاره دستگاه‌های عرضه کننده را نیز منظور نمائید. امکان دارد که درآمد حاصل از فروش کاندوم‌ها از دستگاه‌های عرضه کننده، هزینه خریداری کاندوم و حتی هزینه خود دستگاه را پوشش دهد. بخاطر داشته باشید که اگر قیمت کاندوم‌های عرضه شده مناسب نباشد، کارکنان آنها را خریداری نخواهند کرد. چنانچه دستمزد نیروی کاری شما پائین است، تلاش نمائید که کاندوم‌ها را رایگان در اختیارشان قرار دهید.

۲. پاسخگویی به مسئله استفاده از مواد مخدر

استفاده از مواد مخدر بعنوان عاملی برای انتقال HIV: یکی از دشوارترین سئوالاتی که کارفرمایان و رهبران کارگری با آن مواجه هستند، نحوه پرداختن به مشکل اعتیاد تزریقی (IDU) و سایر شیوه‌های سوء استفاده از مواد می‌باشد که افراد را در معرض خطر سرایت HIV قرار می‌دهند. در بسیاری از کشورها نرخ اعتیاد تزریقی رو به فزونی گذاشته و در بعضی از جاها اولین علت انتقال HIV شناخته می‌شود. مهمترین عامل مخاطره آمیز، استفاده اشتراکی معتادین از ابزار تزریق همانند سرنگ، آب، پنبه، ملاقه و سایر وسایل آماده‌سازی مواد مخدر می‌باشد. بعلاوه معتادان تزریقی با سایر افراد جامعه رابطه جنسی برقرار کرده و چنانچه HIV مثبت باشند می‌توانند دیگران را نیز مبتلا سازند. بدون آموزش پیشگیری و فعالیتهای کاهش خطر، میزان HIV در معتادان تزریقی بالا رفته و در طول زمان بیماری را در کل جامعه انتشار خواهند داد.

مطالعات بعمل آمده در تایلند و نقاط دیگر دنیا نشان داده است که می‌توان جلوی سرایت HIV را در معتادان تزریقی گرفت یا سیر آن را کند کرد و یا حتی در مناطق آلوده نرخ رشد آنرا منفی نمود. فعالیتهای پیشگیری سوء استفاده از مواد مخدر که در ذیل آمده‌اند قادرند سرایت HIV را کم کنند:

- آموزش ایدز به طریقی که ارتباط بین اعتیاد تزریقی و انتقال HIV را مطرح نماید
- دسترسی به کاندوم
- دسترسی به ابزار تزریق استریل (خاطرنشان می‌سازد که دولت آمریکا در سال ۲۰۰۴ هرگونه خریداری و توزیع سرنگ‌های استریل را بعنوان یک راهکار پیشگیری در معتادان تزریقی از محل بودجه‌های اهدایی دولت آمریکا ممنوع کرده است).
- مشاوره و
- درمان اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی در معتادان تزریقی و سایر انواع سوء استفاده کنندگان از مواد.

ارزشی درمان اعتیاد: بعضی از کارفرمایان امکانات درمان اعتیاد را در محیط کار فراهم ساخته و برخی دیگر کارکنان را به مراکز خارج از محیط کار ارجاع می‌دهند. مطالعات فراگیر حاکی از آنستکه افراد در صورت شرکت در برنامه‌های درمان جایگزینی اعتیاد، میزان مصرف مواد مخدرشان بشدت کاهش می‌یابد. چندین بررسی طولی نشان

داده‌اند افرادی که در برنامه درمانی طولانی مدت دوام می‌آورند، میزان رفتارهای پرخطر آنها برای HIV کاهش می‌یابد. رهایی از اعتیاد به مواد مخدر فرآیندی دراز مدت است.

استفاده از چک لیست: برای بسط و اجرای راهبردهای پیشگیری و درمان سوء استفاده از مواد، شما می‌توانید از چک لیست استفاده کنید و مشخص سازید که چه زمانی و چگونه در برنامه HIV/AIDS سازمان خود، باید به مقوله استفاده از مواد مخدر بپردازید و از آن در برنامه‌ریزی‌های خود راهنمایی جوئید.

تعیین نیروی متخصص و منابع مورد نیاز: قبل از تعیین نحوه و زمان پرداختن به مسئله اعتیاد در برنامه HIV/AIDS، اقدام به شناسایی نیروی متخصص در امر HIV و اعتیاد در داخل و یا خارج محیط کاری خود نمائید. همچنین تحقیق کنید که آیا درمان اعتیاد و برنامه‌های کاهش آسیب (مثل توزیع رایگان سرنگ و سرسوزن استریل) در داخل جامعه وجود دارد یا خیر. با این افراد متخصص گفتگو کنید و درباره خدماتی که پیشنهاد می‌کنند، هزینه و منافع حاصله، کسب آگاهی نمائید. دریابید که آیا افرادی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند و مخصوصاً معتادان تزریقی دسترسی به امکانات درمانی دارند؟

اهمیت اعتیاد تزریقی بعنوان یک عامل خطر در منطقه شما: وسعت اعتیاد تزریقی را در منطقه خود شناسایی کرده و نقش آن را در انتقال HIV مشخص سازید. در بعضی از کشورها اعتیاد تزریقی اصلی‌ترین راه انتقال HIV می‌باشد. این کشورها شامل اروپای شرقی و آسیا می‌گردند. حتی در محیط‌های کاری که تعداد معتادان تزریقی زیاد نیست، ممکنست شرکای جنسی آنها اعتیاد تزریقی داشته باشند. اگر در منطقه شما اعتیاد تزریقی در اپیدمی HIV/AIDS نقش دارد، بهترین راه پرداختن به این مشکل را بیابید.

تصمیم‌گیری در مورد راههای پیشگیری و درمان: مؤثرترین راه پیشگیری از سرایت HIV وابسته به اعتیاد تزریقی، عبارتست از حذف اعتیاد تزریقی. راهبرد جامع پیشگیری HIV مشتمل بر پیشگیری از اعتیاد تزریقی و آگاه‌سازی از شیوه پیشگیری از انتقال HIV می‌باشد. اینکار شامل اطلاع‌رسانی و مشاوره پیرامون اجتناب از شراکت در سرسوزن و سرنگ می‌گردد. شما می‌توانید موضوع ارتباط استفاده از مواد مخدر و HIV را بخشی از برنامه آموزشی اساسی خود در محیط کار قرار دهید و یا آنکه کار بیشتری در این خصوص انجام دهید. گاه نیاز است اطلاعاتی را در مورد راههای ضد عفونی وسایل آماده سازی و تزریق مواد، مثل بکارگیری سفیدکننده‌ها برای ضد عفونی سرنگ، ارائه کنید. برخی از شرکت‌ها مثل کمپانی شل تایلند، تقویت پیام رسانی استفاده از کاندوم و تأمین سرنگ و سرسوزن را سرلوحه کار خود قرار داده‌اند. بعضی از کارفرمایان مشاوره اعتیاد را برگزیده، برخی امکانات

درمانی را برای کارکنان فراهم نموده و بالاخره تعدادی نیز هزینه درمان معتادان را از طریق ارجاع به مراکز درمانی یا سازمانهای غیردولتی می‌پردازند.

عمومی سازی برنامه : جهت آگاهی عمومی از فراهم سازی امکانات درمان اعتیاد و برنامه پیشگیری شرکت خود، بهترین تدبیر را اتخاذ نمائید. ارزش این خدمات فقط هنگامی خواهد بود که کارکنانی که در معرض خطر یا درگیر سوء استفاده از مواد مخدراند، از خدمات بطور گسترده استفاده کنند.

به هر حال باید به موضوعاتی چون محرمانه ماندن اطلاعات مراجعه کنندگان و انگ‌زنی اجتماعی توجه خاص مبذول داشت. مشابه سایر خدمات بهداشتی لازمست شما برنامه‌های پیشگیری و درمان را عمومی سازید. همانند سایر مباحث کاری مانند بهره‌وری و تحلیل سود - منفعت، نیاز به اطمینان از درک چرایی و چگونگی این برنامه و ارتباط آن با HIV، توسط مدیران، رهبران کارگری و کارکنان در کلیه سطوح می‌باشد.

حوزه سوم برنامه: تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی و عفونتهای فرصت طلب

اکثر کارفرمایان، خدمات اختصاصی بهداشتی را برای پیشگیری از سرایت HIV و یا حفظ سلامتی و بهره‌وری مبتلایان به HIV فراهم می‌سازند. پاسخ به این پرسش که چه نوع درمانی را باید برای کارکنان مبتلا به HIV در نظر گرفت، یکی از دغدغه‌های رو به گسترش کارفرمایان می‌باشد. مهمترین و به صرفه‌ترین خدمات مؤثر در این زمینه عبارتند از:

- برای همه کارکنان، شرکای جنسی و اعضای خانواده آنان: تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی.
- برای کارکنان، شرکای جنسی و اعضای خانواده آنان که HIV مثبت‌اند: درمان عفونتهای فرصت طلب و معمولاً سل.

عفونتهای مقاربتی و عفونتهای فرصت طلب می‌توانند منجر به غیبت از کار و کاهش بهره‌وری گردند. با توجه به وجود درمانهای مؤثر و کم هزینه، این بیماری‌ها را می‌توان به خوبی پیشگیری یا درمان نمود. تحقیقات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به عفونتهای مقاربتی چنانچه رابطه جنسی حفاظت نشده داشته باشند، احتمال ابتلا آنها به HIV بیشتر است. بسیاری از کارفرمایان و از جمله شرکت فولکس واگن برزیل دریافته‌اند که فراهم‌سازی امکانات تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی، عفونتهای فرصت‌طلب و سل، میزان غیبت ناشی از HIV را بطور چشمگیری کاهش می‌دهند.

یافتن اطلاعات راجع به عفونتهای مقاربتی، سل و عفونتهای فرصت طلب

برای کسب جدیدترین اطلاعات راجع به تشخیص، درمان و مدیریت عفونتهای مقاربتی (از جمله مسائل مربوط به آگاه سازی شریک جنسی و محرمانه ماندن اطلاعات) و نیز برای اخذ اطلاعات پیرامون تشخیص و درمان سل و عفونتهای فرصت طلب، به این آدرس مراجعه نمائید: www.unaids.org

۱- تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی

ارتباط مابین عفونتهای مقاربتی و HIV: عفونتهای مقاربتی بیماری‌های خطرناکی هستند. بعلاوه کسانی که مبتلا به عفونت مقاربتی شده و هیچگونه علامتی ندارند، احتمال ابتلاء آنها به HIV در اثر رابطه جنسی حفاظت نشده بیشتر است. هزینه تشخیص و درمان یک کارگر مبتلا به عفونت مقاربتی معمولاً کمتر از دستمزد یک روز وی است. در صورت عدم تشخیص و درمان عفونت و استمرار آن، بیماری کارمند تشدید می‌یابد. بهمین دلیل لازمست تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی را بعنوان یک بخش از برنامه جامع پیشگیری، مراقبت و حمایت از HIV/AIDS در محیط کار منظور نمود.

منافع حاصل از درمان در محل کار: چنانچه شما در محل شرکت خود درمانگاه دارید و می‌توانید اطمینان پرسنل را از محرمانه ماندن اطلاعات کسب نمائید، ضروری است خدمات مربوط به عفونتهای مقاربتی را در محل کار خود برقرار سازید. منافع حاصل از ارائه این خدمات عبارتند از:

- تمایل شرکت تجاری به درمان عفونتهای مقاربتی حاکی از تعهد مؤسسه به پرداختن به امور خصوصی کارکنان با رعایت اصول رازداری و عدم تبعیض می‌باشد.
- عفونتهای مقاربتی باعث افزایش غیبت از کار کارکنان گردیده و هزینه‌های پزشکی زیادی را برای درمان عوارض بیماری‌ها تحمیل می‌کند.
- گاهی اوقات درمانگاه شرکت تنها سرویس پزشکی یا راحت‌ترین آنها در نواحی مجاور می‌باشد. چنانچه این خدمات براحتی در دسترس باشند، کارکنان تمایل زیادی برای مراجعه به درمانگاه حتی وقتی که علامتی ندارند، از خود نشان می‌دهند.

▪ بعضی از کارکنان بدلیل هزینه گزاف خدمات خارج از محیط کار، از درمان احتراز نموده یا بدنبال خدمات ارزان قیمت و به تبع آن نامناسب می‌گردند.

استفاده از چک لیست: برای طراحی و تأسیس خدمات عفونتهای مقاربتی می‌توانید از چک لیست تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی استفاده کنید. همانطور که اشاره شد هر برنامه مدیریت عفونتهای مقاربتی بخش‌های متعددی مشتمل بر: ادغام با فعالیت‌های پیشگیری، خدمات تشخیص و درمان پزشکی، تأمین اقلام دارویی و روشهای آگاه سازی شریک جنسی دارد. درمورد جنبه‌های اختصاصی آن در زیر بیشتر توضیح داده می‌شود. توجه داشته باشید که به کمک این چک لیست می‌توانید شیوع و بروز عفونتهای مقاربتی را پایش کرده و هزینه و منافع حاصل از این قسمت برنامه را مستند سازید. اکثر کارفرمایان، منافع و ظرفیت لازم برای چنین پایشی را در اختیار نداشته و می‌توان از امکانات پایش خارج از سازمان مثل یک دانشگاه یا محقق بهداشت عمومی استفاده کرد. با اینکار شما می‌توانید منافع حاصل از برنامه را برای مدیران ارشد مشخص نمایید.

تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی: خدمات عفونتهای مقاربتی چه در محل کار یا خارج از آن ارائه شود، باید جزو خدمات بهداشتی فراهم شده از سوی شرکت باشد. خدمات مربوط به عفونتهای مقاربتی معمولاً دارای دو قسمت هستند:

▪ خدمات پزشکی برای تشخیص و درمان و

▪ آموزش مرتبط با عفونتهای مقاربتی و راه جلوگیری از ابتلاء به آنها (خصوصاً در کسانی که بیش از یکبار عفونت مقاربتی گرفته‌اند) برای کلیه کارکنان (وشرکای جنسی آنان).

برای ارائه خدمات تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی در محیط کار، علاوه بر پرسنل پزشکی آموزش دیده، درمانگاه نیاز به وسایل و تجهیزات آزمایشگاهی و از همه مهمتر تدارکات دارویی دارد. اگر شما در محل کارتان فاقد درمانگاه هستید و یا پرسنل محدودی دارد، می‌توانید این خدمات را بطور پیمانکاری به کادر پزشکی خارج از شرکت واگذار کنید تا بیماران را در محیط خارج از شرکت ویزیت نموده و یا بطور منظم در فواصل زمانی مشخص در محیط کار حضور یافته و علاوه بر تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی، در سایر فعالیت‌های پیشگیری از HIV/AIDS مشارکت نمایند.

حفظ اسرار: از آنجایی که رازداری و خصوصی بودن، اجزای مهمی از یک برنامه HIV/AIDS در سازمان می‌باشد، پرونده پزشکی کارکنان از حیث عفونتهای مقاربتی نیز باید محرمانه باشد. برای مدیریت اثربخش

عفونتهای مقاربتی، باید از شیوه بدون قضاوت توأم با احتیاط استفاده نمود. هرگونه سرزنش، قضاوت یا انگ زنی کارکنان یا شرکای جنسی آنها در ارتباط با عفونتهای مقاربتی باعث خواهد شد که دیگر برای تشخیص و درمان مراجعه نکنند. اگر کارفرما قادر به تأمین امنیت خصوصی کارکنان در محیط کار نباشد، بهتر است خدمات عفونتهای مقاربتی را در محیط خارج از شرکت فراهم نماید.

ارائه خدمات به شرکای جنسی: عفونتهای مقاربتی تشخیص داده نشده، علاوه بر کارکنان به کسانی که با آنها رابطه جنسی دارند نیز صدمه وارد می‌کنند. بهمین خاطر تأمین خدمات عفونتهای مقاربتی هم برای کارکنان و هم برای شرکای جنسی آنان لازم است. چنانچه شریک جنسی درمان نشود، احتمال عفونت مجدد فرد بسیار بالا خواهد بود. در برنامه ریزی خود، این نکات را لحاظ نمائید: حفظ اسرار فردی، رعایت قوانین و مقررات آگاه‌سازی شریک جنسی و اطمینان از آگاه‌سازی و درمان شرکای جنسی. اغلب موارد نیاز است در آگاه‌سازی شریک جنسی به هر دو جنبه قانونی و اخلاقی موضوع توجه شود. بطور مثال در بعضی از کشورها آگاه‌سازی همسران الزامی می‌باشد. در صورتی که کارکنان درمانگاه شما، از شیوه‌های مناسب آگاه‌سازی مطلع نیستند، شما می‌توانید از مؤسسات پزشکی محلی راهنمایی بگیرید. کارفرما موظف به همکاری با مؤسسات بهداشت عمومی بوده و بهمین جهت کارکنان تحت امر او بدلیل مشکلات مربوط به رازداری و خصوصی ماندن اطلاعات بیماران، مسئولیتی در قبال آگاه‌سازی شرکای جنسی ندارند.

۲- تشخیص و درمان عفونتهای فرصت‌طلب

برخی از عفونتهای فرصت‌طلب شایع (مثل عفونت ریوی ناشی از پنوموسیستیس کارینی) را می‌توان با داروهای نسبتاً ارزان قیمت (مثل آنتی‌بیوتیکی چون باکتریم) پیشگیری کرد. نشان داده شده که داروی کوتریموکسازول نیز تأثیر چشمگیری در درمان پیشگیری کننده از سل و سایر عفونتهای فرصت‌طلب دارد. داروی باکتریم را می‌توان با قیمت نازل ۵ دلار آمریکا به ازای هر نفر در سال تأمین کرد. همچنین عفونتهای شایع پوستی را که باعث ناتوانی کارگران مبتلا به HIV می‌شوند، می‌توان به راحتی درمان نمود. با درمان این عفونتهای فرصت‌طلب که هزینه ناچیزی را بر کارفرما تحمیل می‌کنند، می‌توان کارگران HIV مثبت را سالم و فعال نگاه داشت.

تشخیص و درمان سل: در اکثر محیط‌های کاری احتمال سرایت سل کم می‌باشد. ولی در کشورهای در حال توسعه مهمترین علت مرگ مبتلایان به HIV/AIDS را سل تشکیل می‌دهد. در کارکنان مبتلا به HIV درمان ضد سل باعث افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی‌شان می‌گردد. بطور نمونه در اسپانیا با درمان ضد سلی ایزونیازید در کارگران HIV مثبت، موفق شدند که امید به زندگی آنها را به میزان سه سال

افزایش دهند. مشابه برخی دیگر از تستها، می‌توان آزمایش سل را نیز در درمانگاه انجام داد. مشخص گردیده که درمان تحت نظارت مستقیم یک پرستار یا سایر کارکنان بهداشتی، نقش بسزایی در درمان ضد سلی دارد. درمان ضد سل را می‌توان با هزینه‌ای کم، معادل ۱۰ دلار آمریکا به ازای هر نفر برای مدت شش ماه انجام داد (طول درمان معمولاً بین ۶-۸ ماه بطول می‌انجامد).

برنامه‌ریزی برای تشخیص و درمان سل و عفونت‌های فرصت‌طلب: اگر در محل کار شما از قبل خدمات بهداشتی که تشخیص و درمان عفونت‌های مقاربتی را جزو برنامه‌های کاری خود قرار داده‌اند، وجود دارد لازمست تشخیص و درمان سل و عفونت‌های فرصت‌طلب را نیز در آن بگنجانید. اگر خدمات بهداشتی همچون عفونت‌های مقاربتی را به پیمان گذاشته‌اید، بهتر است کمیته برنامه‌ریزی بررسی کند که چگونه می‌توان تشخیص و درمان عفونت‌های فرصت‌طلب و سل را نیز به پیمان داد. مشابه سایر اجزای برنامه ممکنست شما برای کمک به طراحی خدمات تشخیص و درمان سل و عفونت‌های فرصت‌طلب، از چک لیست استفاده نمایید. در اینجا فرآیند برنامه‌ریزی مشابهت زیادی به برنامه تشخیص و درمان عفونت‌های مقاربتی دارد. ممکنست کمیته برنامه‌ریزی خواهان ادغام این دو نوع خدمت در یکدیگر و استفاده از چک لیست مشترک وظایف باشد.

حوزه چهارم برنامه : دسترسی به مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV

ممکنست کارفرمایان امکانات لازم برای آزمایش داوطلبانه، آگاهانه و محرمانه HIV را برای کارکنان و شرکای جنسی آنها فراهم نمایند. ضروریست بین آزمایش و مشاوره داوطلبانه با آزمایشات اجباری یا درخواستی، فرق قائل شد. آزمایشات اجباری که بدون انتخاب و رضایت کارگر صورت می‌گیرند، معمولاً با هدف استخدام، بکارگیری یا در لیست انتظار ماندن، انجام یافته و امری تبعیض آمیز و ضد حقوق بشر تلقی شده و براساس مقررات بین‌المللی کار و قوانین اکثر کشورها اقدامی غیرقانونی می‌باشد. بالعکس آزمایش و مشاوره محرمانه و داوطلبانه، خدمات ارزشمندی برای کارکنان و شرکای جنسی آنها بحساب می‌آید.

- داوطلبانه یعنی فرد به اجبار یا هدایت شده به سمت آزمایش نمی‌باشد.
- آگاهانه یعنی فرد از نوع آزمایش، چگونگی انجام آن و نتایج حاصله آگاه می‌باشد.

▪ محرمانه یعنی نتایج حاصل از آزمایش HIV هر فرد بدون کسب رضایت وی در اختیار دیگری قرار نگیرد. چنانچه طبق مقررات موظف به گزارش نتایج به مؤسسات بهداشت عمومی و امثالهم باشید، لازمست اسامی افراد درج نگردد.

زمان انجام آزمایش داوطلبانه: مطالعات جهانی نشان داده‌اند که مشاوره و آزمایش داوطلبانه باعث

کاهش رفتارهای پرخطر در هر دو گروه مبتلایان و غیر مبتلایان به HIV می‌گردد. کارفرمایان می‌توانند با مشارکت مراکز مشاوره و آزمایش موجود در جامعه، امکان آزمایش رایگان را برای کارگران و شرکای جنسی آنان فراهم سازند. همچنین امکان تأمین مشاوره و آزمایش داوطلبانه در محیط کار نیز وجود دارد. در اینصورت ارائه خدمات مذکور در محل کار مشروط به شرایط زیر خواهد بود:

- زمانی که این خدمات به راحتی در جامعه پیرامون در دسترس نباشند
- هنگامی که کارفرما قادر باشد خط مشی اجرایی اتخاذ کند که رازداری، داوطلبانه بودن و رضایت آگاهانه کارکنان را تأمین نماید و
- در شرایطی که مقررات و قوانین محلی یا ملی باعث اجباری کردن اصول فوق‌الذکر نگردند.

ربط دادن آزمایش به مشاوره: هنگامی که قرار است آزمایش HIV انجام یابد، نیاز به مشاوره قبل و بعد

از آزمایش می‌باشد. در این مشاوره‌ها به طبیعت آزمایش و آثار آن، سئوالات و نگرانی‌هایی که در اثر فرآیند آزمایش و نتایج حاصل بوجود می‌آیند، پرداخته می‌شود. بعلاوه لازمست در این مشاوره‌ها به رفتارهای پرخطر و برنامه‌های کاهش خطر نیز توجه خاص نمود.

اهمیت آزمایش: آگاهی زودرس از ابتلاء به HIV دو فایده مهم دارد: یکی فراهم سازی امکانات درمانی

مؤثر و دیگری اثرگذاری بر رفتارهایی که می‌توانند باعث سرایت بیشتر ویروس گردند. مطالعات بیانگر این واقعیت‌اند که اکثر کسانی که مبتلا به HIV هستند پس از آگاهی از مثبت بودن آزمایش HIVشان، رفتارهایی را که می‌توانند باعث انتقال عفونت از راه تماس جنسی یا شراکت در سر سوزن گردند، کاهش می‌دهند. بررسی‌های دیگر نشان دهنده این نکته هستند که افراد HIV مثبت که از وضعیت عفونت خود مطلع نیستند، رفتارهای پرخطر را کاهش نمی‌دهند. همچنین درمان دارویی بدلیل کم کردن تعداد ویروسها در بدن، احتمال سرایت بیماری به دیگران را کم می‌کند. این نتیجه حاصله نیز دلالت بر مفید بودن آگاهی افراد از وضعیت HIVشان دارد. فراهم‌سازی آزمایش و پس از آن مراقبتهای پزشکی، جلوی انتقال HIV را در جامعه گرفته و احتمال شدت بیماری و مرگ ناشی از HIV را در مبتلایان کاهش می‌دهد. بعلاوه آگاه

شدن مادر باردار از ابتلاء به HIV، باعث می‌شود که با اقدامات درمانی جلوی سرایت ویروس به جنین‌اش را بگیرد.

استانداردها: در صفحه بعد فهرستی از استانداردها و اصول مورد توجه در تصمیم‌گیری راجع به ضرورت و چگونگی ارائه خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه آمده است.

هزینه‌ها: بسته به روش مورد استفاده، هزینه آزمایشات با هم فرق دارند. برای انتخاب عملی‌ترین و هزینه - اثربخش‌ترین روش، با افراد متخصص در منطقه خود مشاوره نمائید. یک راهبرد که می‌تواند در کاهش هزینه‌ها مفید واقع شود استفاده از فن‌آوری‌های آزمایشگاهی سریع بجای روشهای متداول الیزا و وسترن بلات می‌باشد. در صورتی که حجم این آزمایشات زیاد باشد، هزینه آزمایش هر نفر کمتر از ۲۰ دلار آمریکا خواهد بود (قیمت کیت‌های آزمایشگاهی همچنان رو به کاهش می‌باشد). استفاده از آزمایشات سریع بدان معناست که افراد در همان روز آزمایش، نتیجه را اخذ خواهند نمود.

آزمایش و مشاوره داوطلبانه:

استانداردهای برنامه که باید لحاظ گردند

- ۱- آزمایش HIV باید داوطلبانه بوده و نتایج آن بصورت محرمانه یا بدون اسم ارائه شود.
- ۲- مشاوره باید مشتری مدار بوده و معطوف به رفتارهای منجر به HIV/AIDS باشد.
- ۳- کسی که تحت آزمایش قرار می‌گیرد باید دسترسی مناسب به آزمایشگاه و پیش‌بینی حساب شده، برای دستیابی به نتایج آزمایش داشته باشد.
- ۴- تمام کسانی که آزمایش را انجام می‌دهند باید اطلاعات کافی در مورد آزمایش HIV داشته باشند.
- ۵- کارکنانی که تحت آزمایش و مشاوره قرار می‌گیرند باید از آن منفعت ببرند. منافع حاصله عبارتند از: کاهش خطر در ارتباط با شرکای جنسی، دریافت خدمات درمانی و انطباق با شرایط محیط کار.
- ۶- آزمایش و مشاوره باید منطبق بر قوانین و مقررات اجرایی باشد.
- ۷- آزمایش و مشاوره باید به نیازها و خواسته‌های مشتریان و جامعه پاسخ دهد.
- ۸- قوانین آگاه‌سازی شریک جنسی را باید دنبال کرد ولی کارفرما نباید بطور مستقیم درگیر این فرآیند شود مگر آنکه خود فرد درخواست مشاوره شریک جنسی‌اش را کرده باشد.
- ۹- خدمات ارائه شده باید متناسب با زبان، فرهنگ، جنسیت، جایگاه و تمایز جنسی، سن و سطح توسعه یافتگی گروه هدف باشد.

گاهی اوقات در نزدیکی محل کار، سازمانهای غیردولتی هستند که آزمایش را انجام می‌دهند و در اینصورت امکان ارجاع کارکنان و مشارکت در هزینه‌های آزمایشگاهی وجود دارد.

مشاوره همراه با آزمایش: مشاوره مشتری مدار، امری مهم است. در صورت ارائه خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه، ضروری است جلسات مشاوره بر کاهش خطر انتقال HIV (کاهش خطر) تمرکز داشته و بهتر است با ارزیابی عمیق خطرات فردی، برنامه اجرایی برای کاهش خطر HIV را در پیش گیرد. برای موفقیت این فرآیند ممکنست نیاز به حمایت شرکای جنسی، خانواده و جامعه باشد. اهداف اختصاصی مشاوره و آزمایش داوطلبانه عبارتند از:

- تشویق افراد به پایبندی مستمر برای تغییر رفتار
 - کمک به ارجاع افراد برای اخذ سایر خدمات و مراقبت‌های پزشکی، پیشگیری وروانی - اجتماعی و فراهم‌سازی فرصتی مطمئن برای افراد، جهت کسب آگاهی درمورد وضعیت HIV شان.
- برنامه‌ریزی برای آزمایش و مشاوره داوطلبانه:** چک لیستی که برای ارزیابی آزمایش و مشاوره داوطلبانه HIV در انتهای این بخش آمده است، می‌تواند کمک کننده شما برای طراحی و اجرای این برنامه باشد.

حوزه پنجم برنامه : مشاوره، مراقبت و سایر برنامه‌های حمایتی

ممکنست کارفرمایان بخواهند برخی از خدمات مشاوره، مراقبت و حمایتی را برای کارکنان، شرکای جنسی و اعضای خانواده آنها که مبتلا به HIV/AIDS هستند، برقرار نمایند. چنین خدماتی بخش ارزشمند یک برنامه جامع HIV/AIDS را در محیط کار تشکیل می‌دهند. وجود چنین برنامه‌هایی به سلامت جسمی و روانی کارکنان و خانواده آنها کمک کرده و به فعال ماندن کارگران مبتلا به HIV/AIDS حتی المقدور مساعدت می‌نمایند.

تعیین خدمات مشاوره، مراقبت و حمایت: برقراری خدمات مشاوره، مراقبت و حمایت از کارگران و خانواده آنها باعث تعاملات شخصی شده که تقویت برنامه HIV/AIDS را در محیط کار بدنبال خواهد داشت. فوائد حاصل از ارائه خدمات مشاوره، مراقبت و حمایت از کارگران و اعضای خانواده آنها عبارتند از: داشتن زندگی باکیفیت، ترغیب بیشتر کارگران، طولانی کردن بهره‌وری کارگران مبتلا، آماده سازی خانواده آنان برای ارائه مراقبت‌های تسکینی در انتهای عمر مبتلایان و حمایت عمومی از کارگران و خانواده آنها در ارتباط با HIV/AIDS.

انواع فعالیت‌ها: بعضی از خدمات مشاوره، مراقبت و حمایت از کارکنان و بستگانشان بصورت گروهی بوده و برخی دیگر بطور فردی یا خانوادگی می‌باشد. خدمات مشاوره‌ای کارگران مبتلا به HIV/AIDS و اعضای خانواده آنها می‌تواند شامل موارد ذیل باشد:

- گروه‌های حمایتی از افراد مبتلا به HIV/AIDS و اعضای خانواده آنها
- جلسات پیشگیری ثانویه برای جلوگیری از سرایت ویروس به شریک جنسی و همچنین پیشگیری از عفونت مجدد یا عفونتهای همراه در مبتلایان به HIV/AIDS
- مشاوره بعد از آزمایش در کسانی که نتیجه آزمایش آنها مثبت بوده و گاهی اوقات مشاوره شرکای جنسی و اعضای خانواده آنها و
- جلساتی برای کارکنان و اعضای خانواده آنها با تمرکز بر روی موضوعاتی همچون: احساسات شخصی، مشکلات، عقاید، پاسخگویی به مشکلات ناشی از HIV/AIDS و مسائل پیرامون آن مثل رابطه جنسی، روابط نزدیک و استفاده از کاندوم.
- هدایت این جلسات با هماهنگی کننده‌های حرفه‌ای یا آموزش دهندگان همسان مجرب، می‌باشد. آنها باید کارکنان و خانواده‌شان را قانع سازند که در محیطی امن و تفاهم آمیز، پرسش‌ها و نگرانی‌های خود را در مورد HIV/AIDS بیان داشته و در مورد رفتارهای شخصی و جنسی خود بحث کنند. استفاده از سایر خدمات مشاوره‌ای مثل مشاوره بهداشت روان و هدایت موردی، می‌تواند کمک کننده باشد. برای تأمین پرسنل و بودجه مناسب، نیاز به اولویت گذاری شفاف کمیته برنامه‌ریزی می‌باشد.
- گاهی اوقات کارفرمایان، خدمات مراقبتی محدودی را دایر می‌سازند. حتی زمانی که آنان خدمات پزشکی و دارویی را بطور مستقیم ارائه نمی‌کنند، می‌توانند خدمات مراقبتی محدود ذیل را فراهم نمایند:

- خدمات تغذیه‌ای و آموزش تغذیه
- آموزش اعضای خانواده بعنوان مراقبین بهداشتی، برای یاری رساندن به مبتلایان به HIV/AIDS که تا حد امکان سالم بمانند
- اطلاع رسانی در مورد خدمات و منابع موجود در جامعه و
- آماده سازی خانواده برای مراقبت در انتهای زندگی مبتلایان در منزل.

استانداردهای خدمات: خدمات مشاوره، مراقبت و حمایت باید از نظر رازداری و پاسخگویی به نیازهای مشتریان در حد اعلا استانداردها قرار داشته باشند. در موقع طراحی این خدمات حتماً قواعد و استانداردها را مرور کرده و از آنها برای برنامه‌ریزی و ارائه خدمات استفاده نمائید.

اصول خدمات مشاوره، مراقبت و حمایت از کارکنان، شرکای جنسی و خانواده آنها

- تمام خدمات برای افراد مبتلا، شرکای جنسی و اعضای خانواده آنان باید داوطلبانه باشد.
- کارکنان، شرکای جنسی و اعضای خانواده آنها باید دسترسی مداوم به مشاوره داشته باشند.
- مشاوره‌ها باید محرمانه بوده و توسط یک مشاور مجرب انجام یابد.
- مشاوره باید از حیث زبان و فرهنگ متناسب باشد.
- خدماتی که به منظور تغییر رفتار یا کاهش خطر برقرار شده‌اند باید منجر به جلوگیری از سرایت HIV به شرکای جنسی شوند.
- هم افراد مبتلا و هم خانواده آنان باید دسترسی به خدمات مراقبتی و حمایتی داشته و امکان ارجاع به مراکز خدمت رسانی مرتبط با HIV و غیر مرتبط با HIV را دارا باشند (مثل خدمات تنظیم خانواده و درمان دارویی).
- خدمات مراقبتی باید به اعضای خانواده مبتلایان به HIV/AIDS نیز کمک کرده و با آگاه سازی و مهارت آفرینی در ایشان، وضعیت مراقبتی بیماران را بهبود بخشند.
- کارفرما باید در ارزیابی وضعیت خدمات پزشکی و درمانی همکاری نماید.

نیاز به مشاورین آموزش دیده: یکی از دشواری‌های برقراری خدمات مشاوره و حمایت در اکثر برنامه‌های محیط

کار، نداشتن مشاورین مجرب می‌باشد. از آموزش دهندگان همسان می‌توان برای یاری رساندن در ارجاع امور زیربنایی، هماهنگ‌سازی گروه‌های حمایتی و جلسات پیشگیری ثانویه، استفاده نمود. از آنجایی که آموزش دهندگان همسان نیاز به آموزش و کسب مهارت داشته و از طرفی بخاطر محرمانه ماندن موضوعات، آموزش دهندگان همسان معمولاً کاندیداهای خوبی برای خدمات حمایتی نیستند. در بعضی از سازمان‌ها، نیروی‌های پزشکی یا آموزش دیده برای ارائه کمک‌های مشاوره‌ای، وجود دارند که می‌توان آنها را در زمینه مشاوره‌های HIV/AIDS نیز آموزش داد. در غیر اینصورت، کارکنان موصوف می‌توانند کارگرانی را که بدنبال مشاوره و کسب حمایت هستند، به سایر مؤسساتی که این قبیل خدمات را ارائه می‌کنند، ارجاع نمایند. گاهی اوقات بیمارستانها، مؤسسات خیریه، سازمانهای غیردولتی، درمانگاههای بالینی و سازمانهای مرتبط با ایدز، خدمات مشاوره‌ای نیز ارائه می‌کنند.

تقویم کاری: چنانچه سازمان رأساً خدمات مشاوره، مراقبت و حمایت را ارائه می‌کند، بهتر است ساعات مشخصی را

در هفته برای مراجعه و خدمت‌گیری کارکنان و اعضای خانواده آنها تعیین نماید. مناسب است زمان ارائه این خدمات و آموزش بستگان بیماران که وظیفه مراقبت را بعهده دارند، بعد از ساعات کاری باشد.

هزینه‌ها: هزینه این خدمات را باید در دل مجموع هزینه‌های برنامه پیشگیری، مراقبت و حمایت از HIV/AIDS در نظر گرفت. در صورتی که کارگران HIV مثبت، فعال باقیمانده و هزینه‌های جانبی مربوط به HIV/AIDS را کمتر پرداخت نمایند، قادر به تأمین هزینه‌های خدمت رسانی خواهند بود.

عمومی سازی خدمات: لازمست اطلاع‌رسانی درمورد فعالیت‌های HIV/AIDS را در داخل ارتباطات مربوط به برنامه گنجانند. هر فعالیت آموزشی پیشگیری ارائه شده به کارکنان، باید باعث تشویق مبتلایان به HIV/AIDS و بستگان آنها برای استفاده از خدمات مشاوره‌ای، مراقبتی و حمایتی گردد. این خدمات را می‌توان از طریق انتشار پوستر، بروشور یا پمفلت به اطلاع عموم رساند. مجموعه ارتباطات و انعکاس خدمات و فعالیت‌های فوق الذکر باعث جذب کارگران شده و منجر به نیل به هدف نهایی مشاوره و مراقبت از HIV/AIDS می‌گردد.

برنامه‌ریزی خدمات مشاوره‌ای: چک لیست‌های خدمات مشاوره، مراقبت و حمایت، می‌توانند کمک کننده خوبی برای ایجاد یک برنامه باکیفیت باشند.

حوزه ششم برنامه: تدارک امکانات درمانی پیشرفته‌تر

هنگام طراحی برنامه HIV/AIDS این موضوع را در نظر داشته باشید که آیا امکان ارائه خدمات درمانی پیشرفته‌تر مثل داروهای ضد رترو ویروسی، به کارکنان وجود دارد؟ موقع ارزیابی این مسئله لازمست کمیته برنامه‌ریزی به جنبه‌های اقتصادی، اخلاقی و اجرایی انجام چنین خدمات درمانی، توجه داشته باشد. همچنان که قیمت داروها کاهش می‌یابد، تمایل کارفرمایان برای ارائه چنین درمانهایی به کارگزارانشان بیشتر می‌شود.

مؤثر بودن درمانها: کارفرمایان بطور فزاینده‌ای خدمات درمانی HIV/AIDS؛ همچون داروهای ضد رترو ویروسی (ARV) و داروهای فوق فعال ضد رترو ویروسی (HAART)، را برای کارکنان خویش برقرار می‌سازند. در صورت ارائه چنین خدماتی، نیاز به مراقبت و پایش آن توسط یک نفر پرسنل بهداشتی می‌باشد تا بیماران را به استمرار درمان تشویق نماید. برای سنجش اثرگذاری درمان معمولاً نیاز به آزمایش شمارش ادواری CD4 و میزان ویروسهای موجود در بدن بیماران می‌باشد. بررسی‌های بعمل آمده در تمام دنیا نشان داده که درمان مستمر با HAART و پایش منظم آن، تأثیر بسزایی در کاهش ناتوانی و مرگ و میر مبتلایان به HIV/AIDS دارد. در برزیل نشان داده شد که درمان ضد رترو ویروسی میزان ناتوانی را ۳۲٪ کم می‌کند.

شناخت آخرین روشهای درمانی

برای اکثر مبتلایان به HIV/AIDS مؤثرترین روشهای درمانی از نیمه سال ۲۰۰۲ میلادی، عبارت بوده‌اند از:

- درمان ضد رتروویروسی (ARV) - درمان مبتنی بر استفاده از دسته‌های مختلف داروهای ضد ویروس HIV و
- درمان فوق فعال ضد رتروویروسی (HAART) - درمان با استفاده از ترکیب سه داروی بسیار مؤثر بر کاهش مرگ و میر ناشی از HIV/AIDS.

بدلیل پیشرفت‌های سریعی که در کشف داروها اتفاق می‌افتد، رژیم‌های درمانی نیز زود به زود عوض می‌شوند. احتمالاً تاکنون داروهای جدید و روشهای جدیدتر درمانی جایگزین موارد فوق‌الذکر گردیده‌اند. بدلیل تغییرات داروهای ضد HIV/AIDS، لازمست کمیته برنامه‌ریزی مرتباً اطلاعات جدید راجع به قیمت و دسترسی به داروها را بدست آورده و کارکنان بخش درمان نیز در جریان آخرین پیشرفت‌های درمانی باشند. برای کسب چنین اطلاعاتی به وب سایت‌های زیر مراجعه نمائید:

- سازمان بهداشت جهانی به آدرس:

<http://who.int/medicines/organization/par/edl/access>

- برنامه مشترک سازمان ملل برای HIV/AIDS به آدرس:

www.unaids.org

هزینه‌ها: علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی در درمان HIV/AIDS، غالباً هزینه‌های درمانی عامل بازدارنده است. با

اینحال از سال ۲۰۰۲ کارخانجات دارویی موفق گردیده‌اند که یک درمان دارویی ترکیبی را با هزینه‌ای معادل ۳۰۰ دلار آمریکا در سال، عرضه نمایند. با در نظر گرفتن هزینه‌های پایش درمان جمع هزینه‌ها به ۵۰۰ دلار آمریکا در سال بالغ می‌گردد. امکان تهیه رایگان یا با هزینه کمتر، از طریق سازمانهای خدمت دهنده محلی ایدز یا مؤسسات خیریه وجود دارد. بعضی از کارفرمایان از خدمات بیمه درمانی استفاده می‌کنند که اکثر هزینه‌های دارویی را پوشش می‌دهند. یک موضوع مهم در طراحی برنامه‌های درمانی، تعیین هزینه‌های احتمالی تأمین دارو برای کارکنان و خانواده‌های آنان است. از سوی دیگر اطمینان از تأمین مداوم و مستمر این اقلام دارویی نیز اهمیت حیاتی دارد. برای تعیین هزینه‌های متداول و منابع تأمین اقلام دارویی به وب سایت‌های مرجع، رجوع نموده و با سازمانهای خدمت دهنده ایدز، اتاق بازرگانی، وزارت بهداشت یا سایر مؤسسات ذیربط تماس حاصل نمائید.

مسائل اقتصادی و اخلاقی: برای تصمیم‌گیری پیرامون ضرورت و چگونگی ارائه این خدمات دارویی، شرکتها باید

عوامل اقتصادی و اخلاقی را در نظر بگیرند. شرکتهایی که سرمایه‌گذاری حجیمی بر روی استخدام، آموزش و منافع

حاصل از آن، انجام داده‌اند، دریافته‌اند که درمان HAART هزینه - اثربخش است. در حجم زیاد این منافع آشکار می‌شوند، چون درمان دارویی باعث به تعویق افتادن ایدز بمدت چند سال می‌گردد. بعضی از کارفرمایان، HAART را برای همه کارکنان فراهم می‌سازند. مثالهایی از چنین شرکت‌ها عبارتند از: شرکت الماس بوتسوانا، شکر مومباس و فولکس واگن برزیل. حین برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات پیشرفته درمانی، لازمست دقت کافی به جنبه‌های اخلاقی، اقتصادی و نواقص اجرایی؛ از جمله محدودیت دسترسی دستجات خاصی از کارکنان، بعمل آورید.

مشکل ظرفیت: چنانچه شما قصد ارائه خدمات درمانی پیشرفته را داشته باشید، درمان دارویی به تنهایی کفایت نموده و نیاز به پایش ادواری بیمار از طریق شمارش CD4، میزان آلودگی ویروسی و همچنین پایش مراقبت‌های پزشکی، توسط یک پزشک یا پرسنل بهداشتی می‌باشد. بعضی از شرکت‌های ارائه‌کننده چنین خدمات درمانی، مثل فولکس واگن برزیل، پروتکل‌های فنی را برای استاندارد نمودن خدمات درمانی، مراقبت‌های پزشکی، آزمایشات بالینی و ارجاع بیماران برای سایر خدمات مورد نیاز، وضع نموده‌اند. برای آگاهی از شیوه ظرفیت‌سازی در کلینیک، اجزای خدمات بهداشتی و نیز اطمینان از رعایت استانداردهای ضروری مراقبتی، از سوی پیمانکاران ارائه‌کننده خدمات، شما نیاز به مشورت تخصصی دارید. بعلاوه ربط دادن خدمات درمانی پیشرفته به سایر خدمات بهداشتی از قبیل درمان سل و عفونت‌های فرصت‌طلب، از اهمیت خاصی برخوردار است. همچنین شما باید مطمئن گردید که پرسنل درمانی با پیشرفت‌های جدید پزشکی آشنا بوده و قادر به ارائه پروتکل‌های درمانی مورد نیاز می‌باشند.

عمومی سازی دسترسی به درمان: اگر شما تصمیم به ارائه خدمات درمانی پیشرفته به همه کارکنان و خانواده آنها گرفته‌اید، بهتر است اطلاع رسانی عمومی کرده و کارکنان را به انجام آزمایش تشویق و ترغیب نمایید. در صورتی که کارکنان بموقع آزمایش را انجام داده و اقدام به درمان زودرس برای به تأخیر انداختن نشانه‌های بیماری (تا جای ممکن) نمایند، کارفرمای شما نیز به منافع بسیار زیاد این قبیل خدمات درمانی، پی خواهد برد.

برنامه‌ریزی: چک لیست درمان ضد رترو ویروسی برای عفونت HIV، می‌تواند کمیته برنامه‌ریزی شما را در شناخت مراحل انجام کار کمک کرده و تصمیم‌گیری کارفرمای شما را پیرامون ارائه درمان‌های پیشرفته‌تر، تسهیل نماید.

اکنون اطلاعات شما برای طراحی و اجرای برنامه پیشگیری، مراقبت و حمایت از HIV/AIDS در سازمان متبوع‌تان، کامل شده است. متعاقب اجرای این قبیل فعالیت‌ها، به کارگردان و خانواده آنها کمک می‌شود تا از انتشار HIV/AIDS جلوگیری نموده و کارکنان HIV مثبت نیز در یک محیط کاری حمایتی همچنان فعال و سالم بمانند. کارفرمایی که مجموعه‌ای از خدمات پیشگیری جامع و هماهنگ را برقرار ساخته یا حداقل از دسترسی تمامی کارکنان به این خدمات مطمئن هستند، کسانی‌اند که برنامه‌های قوی، هزینه - اثربخش و مستمر HIV/AIDS را در محل کار اجرا نموده‌اند. اتحادیه‌ها می‌توانند به خدمات و منافع بدست آمده برای کارکنان، اشاره نمایند.

برای آگاهی کارکنان از برنامه و راه‌اندازی آن، بهتر است یک بسیج اطلاع‌رسانی را سازمان دهی کرده و پیام‌هایی را از طرف مدیریت و بخش کارگری ارسال نمایید. علاوه بر سخنرانی، استفاده از سایر وسایل ارتباطی همچون پوستر، بروشور و پمفلت را برای توصیف اجزای برنامه (مثل آموزش غیررسمی توسط آموزش دهندگان همسان و توزیع کاندوم) و انواع فعالیت‌های پیش بینی شده را، مد نظر قرار دهید. سایر مواردی را که وسایل ارتباطی باید مشخص نمایند، عبارتند از: چگونگی مشارکت کارکنان در برنامه‌ها، شیوه هماهنگ سازی فعالیت‌ها با نیازهای معمولی کار و منافع کسب شده برای کارگر و کارفرما.

پس از اجرای برنامه موردنظر شما، همگی از آن بهره‌مند خواهند شد. منافع حاصله برای کارفرما مشتمل بر: کاهش هزینه‌ها، بهره‌وری متعادل و نیروی کاری سالم‌تر، می‌باشند. کارکنان به خدمات مستقیم برای خود و خانواده‌شان دست پیدا می‌کنند. دسترسی مطمئن به این خدمات ممکنست در آینده بخشی از موافقتنامه‌های تجاری درآید. کلیه نیروهای کاری موجود در شرکت، اعم از مدیریت ارشد، رهبران کارگری، کارگران و خانواده آنها، قدردانی نموده و از کمیت و کیفیت خدمات حمایتی و فعالیت‌های HIV/AIDS در محیط کار، سود می‌برند. جامعه نیز احتمالاً بخاطر توسعه دانش پیشگیری و کاهش رفتارهای پرخطر کارکنان، منتفع می‌گردد. بعلاوه کارفرمایان بواسطه بهبود روحیه، صمیمیت کارگران و نگرش مثبت جامعه، از منفعت غیر مستقیم نیز برخوردار می‌شوند.

چک لیست های کنترل مراحل طراحی سیاست پیشگیری از ایدز در محیط کار

چک لیست طراحی و توسعه فعالیت های آموزش پیشگیری از HIV/AIDS

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت های کلیدی	وظیفه
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ آگاهی از میزان شیوع و عوامل خطر محلی HIV و ایدز ▪ توافق بر روی گروه هدف ▪ شناسایی خصوصیات و مسائل حساس در گروه مخاطب ▪ تعیین سطح دانش گروه مخاطب راجع به HIV/AIDS 	۱- شناخت گروه مخاطب
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تهیه فهرستی از مواد آموزشی قابل دسترس در کشور منطبق با فرهنگ در مورد آموزش پیشگیری از HIV/AIDS ▪ شناسایی افراد و سازمانهایی که می توانند کمک کنند ▪ آشنایی با محتوای فعالیت های آموزش پیشگیری قابل اجرا 	۲- شناسایی منابع مرتبط با موضوع
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تعیین دقیق نقش ها و وظایف آموزش دهندگان همسان ▪ جلب حمایت مدیران و رهبران کارگری برای استفاده از آموزش دهندگان همسان ▪ تهیه برنامه عملیاتی جهت بکارگیری، آموزش و نظارت بر آموزش دهندگان همسان ▪ تهیه تقویم کاری برای انتخاب و آموزش ایشان 	۳- برنامه ریزی برای استفاده از آموزش دهندگان همسان
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ توافق بر روی اطلاعات ضروری که بسته به گروه مخاطب باید در آموزش پیشگیری از HIV/AIDS گنجانده شوند ▪ توافق بر روی محتوای برنامه با توجه به: خط مشی های کاری شرکت، انگ زنی، تبعیض، خصوصی ماندن و حفظ اسرار فردی ▪ توافق بر روی محتوای برنامه با در نظر گرفتن منابع و خدمات قابل دسترس ▪ توافق بر روی سایر محتویات مورد نظر 	۴- تعیین اجزای ضروری فعالیت های آموزش پیشگیری از HIV/AIDS

چک لیست طراحی و توسعه فعالیت های آموزش پیشگیری از HIV/AIDS

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت های کلیدی	وظیفه
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ توافق پیرامون انواع فعالیت ها و روش های آموزش پیشگیری ▪ توافق بر روی اولویت بندی فعالیت ها 	۵- توافق بر روی فعالیت های اجرایی
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ توافق بر روی تمرکز و محتوای دوره های آموزشی و انواع فعالیت های مرتبط ▪ تهیه نمونه های آموزشی ▪ تهیه یا تولید دستنوشته ها و سایر مواد آموزشی 	۶- مشخص کردن محتوای آموزشی

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تعیین فعالیت‌هایی که در اوقات کاری یا خارج از وقت کاری باید انجام شوند ▪ تهیه برنامه زمان بندی اجرایی ▪ مشخص نمودن تقویم کاری برای دوره‌های تکمیلی آموزش پیشگیری 	۷- توافق بر روی تقویم کاری
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ آماده کردن اطلاع رسانی مشترک، بین مدیران و رهبران کارگری ▪ تعیین و آموزش پرسنل (آموزش دهندگان همسان و ارائه کنندگان خدمات بهداشتی) ▪ اجرا نمودن و ارزیابی اولین جلسات ▪ تعدیل فعالیت‌ها براساس تجربیات اولیه ▪ آمادگی برای اجرای مستمر فعالیت‌ها و نظارت بر آنها 	۸- معرفی فعالیت‌ها

چک لیست طراحی برنامه کاندوم

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت‌های کلیدی	وظیفه
		شناسایی متخصصینی مثل: <ul style="list-style-type: none"> ▪ پزشک یا پرستار شرکت یا سایر کادر آموزشی/بهداشتی ▪ تأمین کننده مطلع کاندوم 	۱- شناسایی متخصصین کاندوم
		در نظر گرفتن/برنامه‌ریزی برای: <ul style="list-style-type: none"> ▪ موضوع جلسات آموزش پیشگیری: - دلایل استفاده از کاندوم - نحوه استفاده صحیح از آنها - گفتگو با شرکای جنسی در مورد استفاده از کاندوم ▪ جلسات گروه همسان جهت گفتگو پیرامون کاندوم و ایفای نقش 	۲- تعیین و توافق بر روی فعالیت‌های مربوط به کاندوم
		در نظر گرفتن/تصمیم گیری در مورد: <ul style="list-style-type: none"> ▪ دستگاه‌های عرضه کاندوم ▪ توزیع نامحدود (مثلا در توالت) ▪ درمانگاه بهداشتی ▪ گیشه پرداخت دستمزد ▪ سایر 	۳- انتخاب روش توزیع کاندوم
		شناسایی منابع <ul style="list-style-type: none"> ▪ پیش بینی تدارک مستمر ▪ اعلام هزینه به کارفرما ▪ اعلام هزینه به کارکنان 	۴- یافتن شیوه تهیه کاندوم‌های باکیفیت و ارزان قیمت
		در نظر گرفتن/تصمیم گیری در مورد: <ul style="list-style-type: none"> ▪ نصب پوستر در نقاط مختلف ▪ تحویل نامه حین پرداخت دستمزد 	۵- انتخاب و اجرای مناسبترین روشهای تشویقی در برنامه

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ اطلاعیه در سالن غذاخوری ▪ آموزش دهندگان همسان ▪ آموزش بدو خدمت کارکنان جدید ▪ جلسات عمومی کارکنان 	
--	--	--	--

چک لیست طراحی و توسعه راهبردهای درمانی و پیشگیری از مصرف مواد مخدر

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت‌های کلیدی	وظیفه
		شناسایی : <ul style="list-style-type: none"> ▪ پزشک یا پرستار یا مددکار اجتماعی شرکت یا سایر پرسنل بهداشتی آگاه در مورد مصرف مواد مخدر ▪ برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد موجود در جامعه ▪ متخصصین اعتیاد و HIV/AIDS در خارج از شرکت (مثل سازمان‌های غیردولتی، درمانگاهها، اداره بهداشت عمومی) 	۱- شناسایی متخصصین و منابع مربوط به مصرف مواد مخدر و HIV/AIDS
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ مرور اطلاعات اپیدمیولوژیکی راجع به راههای سرایت موارد جدید عفونت HIV ▪ مشورت با متخصصین محلی از جمله مسئولین بهداشت عمومی ▪ اخذ نظریه پرسنل بهداشتی و کادر بهداشت روان، ناظرین و سرکارگران شرکت راجع به اهمیت و شدت اعتیاد در بین کارگران 	۲- شناسایی میزان ارتباط اعتیاد تزریقی یا سایر شیوه‌های مصرف مواد مخدر با HIV در منطقه شما
		در نظر گرفتن/ تصمیم گیری در مورد: <ul style="list-style-type: none"> ▪ پیشگیری از مصرف مواد مخدر ▪ شناسایی روشهای پیشگیری و درمان ▪ درمان دارویی مستقیم ▪ ارجاع به مراکز درمانی 	۳- در نظر گرفتن و تصمیم‌گیری در مورد فعالیت‌های پیشگیری و درمانی قابل ارائه
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تهیه وسایل اطلاع‌رسانی در مورد فراهم نمودن خدمات (در داخل یا خارج شرکت) ▪ برگزاری جلسه معرفی برنامه، با مشارکت مدیران و نمایندگان کارگران ▪ تأکید بر روی خصوصی و محرمانه بودن خدمات ▪ استفاده از آموزش دهندگان همسان برای خدمات سرپایی ▪ توافق بر روی سایر روشهای اطلاع‌رسانی از قبیل: تحویل نامه حین پرداخت دستمزد، اطلاعیه در سالن غذاخوری و اطلاع رسانی در جلسات آموزش پیشگیری 	۴- اطلاع عمومی از فراهم نمودن امکانات پیشگیری و درمان اعتیاد

چک لیست تشخیص و درمان عفونت‌های مقاربتی (STI)

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت‌های کلیدی	وظیفه
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ مرور متن برنامه آموزش پیشگیری ▪ اضافه نمودن اطلاعات ضروری به متن آموزشی 	<p>۱- اطمینان از اطلاع رسانی پیرامون ارتباط مابین عفونت‌های مقاربتی و ابتلاء به HIV طی برنامه‌های آموزش پیشگیری HIV/AIDS</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تصمیم‌گیری درمورد پوشش مطلوب خدمات - صرفاً برای کارکنان و یا علاوه بر آنها پوشش شرکای جنسی و اعضای خانواده ایشان ▪ مشورت با پرسنل درمانگاه درمورد وضعیت منابع / ظرفیت اجرایی برای تشخیص و درمان STI و تعیین نیازهای آموزشی پرسنل ذیربط ▪ تعیین نیازهای پرسنل ▪ تعیین نیازهای آموزشی ▪ جستجوی درمانگاه‌های خارج از شرکت در صورت نیاز 	<p>۲- تعیین خدمات مطلوب و ظرفیت محیط کار یا درمانگاه برای ارائه تشخیص و درمان STI و تعیین نیازهای آموزشی پرسنل ذیربط</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ در نظر گرفتن روشهای حفظ اسرار و حفاظت از اطلاعات افراد در محیط درمانگاه ▪ انجام تغییرات مورد نیاز ▪ گفتگو درمورد خط مشی‌ها و عملیات مناسب 	<p>۳- اطمینان از انطباق محیط درمانگاه با خط مشی‌های کارفرما پیرامون انگ‌زنی و حفظ اسرار و یا اقدامات مناسب</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تهیه دستورالعمل‌های مناسب مدیریت STI ▪ همکاری با متخصصین مراقبت‌های بهداشتی برای تعدیل دستورالعمل‌ها با برنامه محیط کار 	<p>۴- شناسایی، مرور و تعدیل دستورالعمل‌های مناسب مدیریت STI</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ جستجوی منابع دارویی ارزان قیمت ▪ پیش بینی تدارک مستمر داروهای موردنیاز 	<p>۵- تهیه و تدارک مستمر آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای مورد نیاز با کمترین هزینه</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ آشنایی با قوانین و مقررات مربوط به آگاه‌سازی شریک جنسی در صورت ابتلاء به STI ▪ در صورتی که آگاه‌سازی شریک جنسی ضروری است، همکاری با اداره بهداشت محلی ▪ تهیه و مرور نمونه‌ای از پروتکل آگاه‌سازی شریک جنسی ▪ تعدیل یک پروتکل با برنامه محیط کار، به گونه‌ای که ضمن رعایت قوانین ضروری و نیازهای پزشکی، حریم خصوصی کارکنان را محفوظ نگاه دارد 	<p>۶- شیوه برخورد با مسئله آگاه‌سازی شریک جنسی</p>

چک لیست تشخیص و درمان عفونتهای مقاربتی (STI)

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت‌های کلیدی	وظیفه
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ شناسایی ارتباطات مورد نیاز ▪ مشورت با آموزش دهندگان همسان ▪ مشورت با سرکارگران و نمایندگان کارگری ▪ مشورت با ناظرین ▪ توافق بر روی ارتباطات و اقدامات اتصالی 	<p>۷- اطمینان از اتصال به خدمات سرپایی / آموزش دهندگان همسان و سایر اجزای برنامه حمایت، مراقبت و آموزش پیشگیری</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تهیه وسایل آگاه سازی از فراهم شدن خدمات STI ▪ برگزاری جلسه معرفی برنامه با مشارکت مدیران و نمایندگان کارگران ▪ تأکید بر روی خصوصی و محرمانه بودن خدمات ▪ استفاده از آموزش دهندگان همسان برای ارائه خدمات سرپایی به کارکنان و شرکای جنسی آنها ▪ توافق بر روی سایر روشهای اطلاع رسانی از قبیل: تحویل نامه ▪ حین پرداخت دستمزد، اطلاعیه در سالن غذاخوری، اطلاع رسانی در جلسات آموزش پیشگیری و اعلامیه برای کارکنان جهت بردن به منزل 	<p>۸- آگاه سازی عمومی از فراهم سازی خدمات STI</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ بررسی میزان استفاده از خدمات و ویژگی‌های استفاده کنندگان (کارکنان یا شرکای جنسی و اعضای خانواده آنها) ▪ تعیین میزان شیوع STI در جامعه پیرامون، قبل از شروع برنامه ▪ همکاری با اداره بهداشت عمومی برای پایش و بررسی ادواری شیوع STI در بین کارکنان و جامعه پیرامون ▪ پایش شیوع HIV و روند آن در جامعه پیرامون 	<p>۹- پایش شیوع و بروز STI بعنوان شاخص‌های تعیین روند HIV</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ مستند سازی هزینه‌ها در کل و به ازای هر بیمار ▪ مستند سازی نتایج درمانی ▪ تحلیل هزینه - منفعت خدمات 	<p>۱۰- مستند سازی هزینه‌ها و نتایج درمانی</p>

چک لیست تشخیص و درمان سل و عفونت‌های فرصت طلب (OI)

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت‌های کلیدی	وظیفه
		<p>شناسایی:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ پزشک یا پرستار شرکت یا سایر پرسنل بهداشتی آگاه درمورد HIV/AIDS و OI ▪ متخصصین HIV/AIDS و OI در خارج از شرکت (مثل سازمان غیردولتی، درمانگاه و غیره) 	<p>۱- اخذ مشورت از متخصصین</p>

		<ul style="list-style-type: none"> تعیین ظرفیت داخلی برای ارائه خدمات تشخیص و درمان سل و OI شناسایی درمانگاهها و پرسنل پزشکی دارای تسهیلات و تجربه کافی 	۲- تعیین ظرفیت و منابع موجود در داخل و خارج شرکت
		<ul style="list-style-type: none"> شناسایی اجزای ضروری درمان تعیین پروتکل های درمانی تعیین پوشش خدمات درمانی - صرفاً برای کارکنان و یا علاوه بر آنها پوشش شرکای جنسی و اعضای خانواده ایشان 	۳- تعیین و آماده سازی اجزای متناسب خدمات
		<ul style="list-style-type: none"> تعداد مشتریان پروژه در سال اول هزینه های پروژه در کل و به ازای هر مشتری لحاظ نمودن در بودجه شرکت 	۴- تخمین هزینه ها
		<ul style="list-style-type: none"> لحاظ نمودن حفاظت از اسرار شخصی در درمانگاه تعیین تغییرات مورد نیاز گفتگو درمورد خط مشی ها و اقدامات مناسب 	۵- اطمینان از رازداری
		<ul style="list-style-type: none"> تهیه وسایل آگاه سازی از فراهم شدن خدمات سل و OI برگزاری جلسه معرفی برنامه با مشارکت مدیران و نمایندگان کارگری تأکید بر خصوصی و محرمان بودن خدمات استفاده از آموزش دهندگان همسان برای ارائه خدمات سرپایی به کارکنان (و به شرکای جنسی آنها در صورتی که باید خدمت بگیرند) توافق بر روی سایر روشهای اطلاع رسانی از قبیل: تحویل نامه حین پرداخت دستمزد، اطلاعیه در سال غذاخوری و اطلاع رسانی در جلسات آموزش پیشگیری 	۶- آگاه سازی عمومی از خدمات
		<ul style="list-style-type: none"> مستند سازی نتایج درمان بیماران مستند سازی هزینه ها مستند سازی غیبت از کار بیماران تحلیل هزینه - منفعت خدمات براساس کاهش غیبت از کار، کاهش کسالت و بیحالی و افزایش بهره‌وری 	۷- پایش و ارزیابی نتایج

چک لیست مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV (VCT)

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت های کلیدی	وظیفه
		<ul style="list-style-type: none"> تعیین انواع خدمات VCT در جامعه تعیین هزینه خدمات قابل دسترسی 	۱- تعیین امکان برقراری خدمات VCT مناسب
		<ul style="list-style-type: none"> بررسی شیوه های رازداری و حفاظت از حریم شخصی توسط ارائه کنندگان خدمات VCT شناسایی و تعدیل پروتکل های مربوط به آگاه سازی شریک جنسی با رعایت قوانین و مقررات مربوطه و حفظ اسرار شخصی تعیین شیوه های رازداری و حفاظت از حریم شخصی در صورتی که قرار است خدمات VCT در محیط کار ارائه شود مشورت با رهبران کارگری درمورد حفظ اسرار و انگ زنی به کارکنان 	۲- تعیین ظرفیت داخلی و خارجی شرکت برای حفاظت از حریم شخصی، رازداری و رعایت اصول اخلاقی

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تعیین کیفیت و دسترسی به خدمات VCT مبتنی بر جامعه ▪ شناسایی مهمترین نگرانی‌های مربوط به چنین خدمت‌رسانی‌ها ▪ ارزیابی ظرفیت ارائه خدمات VCT مناسب در محیط کار ▪ تصمیم‌گیری در مورد محل ارائه خدمات VCT - در داخل یا خارج از محیط کار 	۳- تصمیم‌گیری در مورد ضرورت و چگونگی ارائه خدمات VCT
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تهیه پروتکل‌های هدایت‌گر VCT ▪ توافق بر روی پروتکلی که قرار است برای ارائه خدمات VCT در شرکت استفاده شود ▪ گفتگو در مورد تعدیل پروتکل برگزیده 	۴- آماده‌سازی پروتکل‌ها و خدمات مناسب
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تعیین نیازهای پرسنل ▪ تعیین نیازهای آموزشی آنها ▪ مشخص نمودن نحوه پاسخگویی به نیازهای آموزشی 	۵- اطمینان از تأمین پرسنل مناسب و آموزش آنها

چک لیست مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV (VCT)

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت‌های کلیدی	وظیفه
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تهیه وسایل آگاه‌سازی از فراهم شدن خدمات VCT و تعریف افراد واجد شرایط ▪ برگزاری جلسه معرفی برنامه با مشارکت مدیران و نمایندگان کارگری ▪ تأکید بر خصوصی و محرمانه بودن خدمات ▪ استفاده از آموزش دهندگان همسان برای ارائه خدمات سرپایی به کارکنان (و به شرکای جنسی آنها در صورتی که باید خدمت بگیرند) ▪ توافق بر روی سایر روشهای اطلاع‌رسانی از قبیل: تحویل نامه ▪ حین پرداخت دستمزد، اطلاعیه در سالن غذاخوری و اطلاع‌رسانی در جلسات آموزش پیشگیری 	۶- آگاه‌سازی عمومی از خدمات
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ مستندسازی تعداد کارگران استفاده کننده از خدمات ▪ مستندسازی هزینه‌ها ▪ تعیین درصد آزمایشات مثبت ▪ نظارت بر حفظ اسرار شخصی ▪ همکاری با اداره بهداشت عمومی برای سنجش تغییرات ایجاد شده در شیوع HIV 	۷- در صورت امکان پایش و ارزشیابی خدمات

چک لیست خدمات مشاوره، مراقبت و حمایت

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت‌های کلیدی	وظیفه
------------	-------------------	----------------------	-------

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تعیین محدوده خدمات قابل ارائه ▪ شناسایی خدمات موجود در جامعه ▪ همکاری با رهبران کارگری برای تعیین نیازهای اولویت‌دار کارگران و خانواده آنها ▪ تعیین منابع قابل استفاده برای این خدمات 	۱- مشخص نمودن محدوده خدمات مشاوره و حمایت قابل اجرا
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ توافق بر روی مجموعه‌ای از خدمات موردنظر ▪ تعیین خدماتی که قابل واگذاری بطور مقاطعه‌کاری بوده یا امکان ارجاع به ارائه‌کنندگان خدمت در جامعه وجود دارد ▪ شناسایی خدماتی که لازمست کارفرما بطور مستقیم ارائه کند 	۲- توافق بر روی پوشش خدمات قابل ارائه
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تعیین مهارت‌ها و تجربیات مورد نیاز برای هر خدمت ▪ در نظر گرفتن امکان استفاده از آموزش دهندگان همسان و مشاورین همسان ▪ جستجوی فرصت‌های آموزشی ▪ توافق بر روی یک برنامه آموزشی پرسنل 	۳- اطمینان از تأمین پرسنل آموزش دیده
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تعیین سطح و دفعات ارائه خدمات ▪ تعیین تقویم ارائه خدمات 	۴- تنظیم تقویم کاری خدمات
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ توافق بر روی حوزه مطلوب عمومی سازی ▪ تهیه وسایل آگاه‌سازی از فراهم شدن خدمات و تعریف افراد واجد شرایط ▪ برگزاری جلسه معرفی برنامه با مشارکت مدیران و نمایندگان کارگری ▪ استفاده از آموزش دهندگان همسان برای ارائه خدمات سرپایی به کارکنان و خانواده آنها ▪ توافق بر روی سایر روشهای اطلاع‌رسانی از قبیل: اطلاع‌رسانی در خاتمه جلسات مشاوره، اطلاعیه در سالن غذاخوری 	۵- آگاه‌سازی عمومی از فراهم شدن خدمات مشاوره و حمایت
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ پایش کیفیت خدمات و میزان رضایت‌مندی کارگران و یا خانواده آنها ▪ سنجش هزینه‌های خدمات 	۶- مستندسازی کیفیت و هزینه خدمات

چک لیست درمان ضد رترو ویروسی در عفونت HIV

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت‌های کلیدی	وظیفه
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ بررسی امکان فراهم شدن ARV و HAART در خارج از محیط کار ▪ تعیین هزینه تجویز این داروها ▪ تعیین ویژگی‌های دسترسی به این داروها 	۱- ارزیابی دسترسی، فراهم بودن و مقبولیت درمان با داروهای پیشرفته، از منابع خارج از محیط کار
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تحلیل هزینه‌های فعلی و بعدی تجویز داروهای ARV و HAART و مراقبت‌های مربوط به آنها ▪ مرور هزینه‌های HIV/AIDS در محیط کار 	۲- ارزیابی هزینه‌ها و منافع حاصل از ارائه این رژیم‌های درمانی

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تحلیل منافع احتمالی ارائه داروهای ARV و HAART برای کارکنان ▪ تخمین آثار مالی ارائه خدمات دارویی در کارگران 	
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ شناسایی منابع مورد استفاده سایر کارفرمایان یا درمانگاهها در منطقه یا کشور شما ▪ ارزیابی قابلیت اعتماد به منابع 	۳- شناسایی منابع مطمئن برای تأمین دارو
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ بازنگری ظرفیت درمانگاه شرکت برای ارائه خدمات درمانی و پایش مربوط به آن ▪ شناسایی منابع احتمالی جامعه برای انجام چنین مراقبتهایی 	۴- تعیین امکان فراهم نمودن منابع انسانی و فیزیکی برای ارائه خدمات درمانی و پایش مراقبتهای در طول زمان
		<ul style="list-style-type: none"> با در نظر گرفتن روشهایی چون: ▪ بیمه‌های درمانی ▪ کمک‌رسانی مستقیم پزشکی ▪ منابع ملی، سازمانهای غیردولتی و بین‌المللی ▪ مشارکت در هزینه‌ها 	۵- تعیین روش تأمین منابع مالی خدمات درمانی

چک لیست درمان ضد رترو ویروسی در عفونت HIV

دوره زمانی	فرد (افراد) مسئول	هدف/فعالیت‌های کلیدی	وظیفه
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ مروری بر ملاحظات اخلاقی و مالی ▪ تعیین آمادگی شرکت برای ارائه خدمات درمانی ▪ مشخص نمودن ویژگی‌های استفاده کنندگان از خدمات درمانی 	۶- تصمیم‌گیری در مورد ضرورت ارائه خدمات درمانی و استفاده کنندگان از خدمات
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ بررسی دستورالعمل‌های درمانی بین‌المللی ▪ همکاری با ارائه کنندگان خدمت برای توافق بر روی پروتکل درمانی مناسب 	۷- آشنایی با دستورالعمل‌های درمانی و طراحی پروتکل درمانی برای این برنامه
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ تعریف شفافی از خدماتی که در محیط کار ارائه خواهند شد ▪ تبادل موافقتنامه با ارائه کنندگان خارج از شرکت 	۸- برقراری ارتباط با سایر خدمات در داخل و خارج محیط کار
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ اطلاع رسانی مشترک مدیران و رهبران کارگری در خصوص فراهم شدن و شرایط استفاده از درمان‌های دارویی ▪ آموزش کارکنان در مورد اهمیت درمان بموقع و استمرار آن ▪ اجرای مستمر فرآیند غربالگری بالینی و تحت پوشش قراردادادن موارد ابتلاء 	۹- آگاه سازی عمومی از فراهم شدن خدمات مراقبتی

1. UNAIDS. (1999) Peer Education and HIV/AIDS: Concepts, Uses, and Challenges. Report of a consultation in Geneva, Switzerland.
2. For information about condoms that meet ISO standards, see the ISO website, at: www.iso.org.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2001). Voluntary counseling and testing guidelines. Atlanta, GA: CDC

« بخش ۶ »

**دستور العمل سازمان جهانی کار
در مورد HIV/AIDS و دنیای کار**

« بخش ۶ »

دستورالعمل سازمان جهانی کار در مورد HIV/AIDS و دنیای کار

هدف

هدف این دستورالعمل فراهم آوردن خطوط راهنمایی است که به اپیدمی HIV/AIDS در دنیای کار و در چهار چوب ارتقاء کار شایسته اشاره دارد. خطوط راهنما در محیط کار، موارد زیر را تحت پوشش قرار می دهد.

الف) پیشگیری از HIV/AIDS

ب) درمان و تخفیف اثر HIV/AIDS بر دنیای کار

ج) درمان و حمایت از کارگران آلوده و متاثر از HIV/AIDS

د) حذف ننگ و تبعیض در مورد مبتلایان به HIV

این دستورالعمل باید در موارد زیر استفاده شود:

الف) پیشرفت واقعی پاسخدهی و مسئولیت در سطوح کارآفرینی، اجتماعی، منطقه ای، بخشی،

ملی و بین المللی

ب) پیشرفت جریان گفتگو، مشاورات، مذاکرات، کلیه اشکال همکاری بین دول، کارفرمایان،

کارگران و نمایندگان آنها، کارکنان بهداشت حرفه ای، متخصصین در زمینه HIV/AIDS، و کلیه

حمایت کننده ها (که می تواند شامل NGO ها باشد).

ج) متاثر کردن محتوای مشاوره با شرکاء اجتماعی:

■ در زمینه قوانین، سیاستها و برنامه های عملی ملی

■ در زمینه توافقنامه های محل کار/ کارآفرینی، و

■ در زمینه سیاستهای محل کار و برنامه های اجرائی



۱- هدف

این دستورالعمل برای موارد زیر تهیه شده:

- الف) تمامی کارفرمایان و کارگران (شامل متقاضیان کار) در بخشهای خصوصی و دولتی و
- ب) تمامی جنبه های کار (رسمی و غیر رسمی)

۲- اصطلاحات بکار رفته در این دستورالعمل

- **HIV**: ویروس نقص ایمنی انسانی، ویروسی که سیستم ایمنی بدن انسان را تضعیف مینماید.
- **افراد تحت تاثیر**: افرادی که به هر شکل زندگیشان بوسیله اپیدمی HIV/AIDS دست خوش تغییر شده.
- **AIDS**: سندرم نقص ایمنی اکتسابی، یک گروه حالات پزشکی که اغلب اشاره به عفونتهای فرصت طلب و سرطانهها که در حال حاضر درمان ندارد، دارد.
- **تبعیض**: بر اساس تعریف ارائه شده در کنوانسیون تبعیض در سال ۱۹۵۸ (شماره ۱۱۱) شامل وضعیت HIV و همچنین شامل تبعیض در مورد کارگران با HIV و بر اساس جنس میباشد.

- **افراد با ناتوانی:** بر اساس تعریف ارائه شده در کنوانسیون بازتوانی شغلی واشتغال در سال ۱۹۸۳ (شماره ۱۵۹) افرادی را که انتظار بازتوانی، ایمنی و ارتقاء در شغل متناسب دارند که اساسا سبب کاهش نقائص بدنی و مغزی میشود، شامل میگردد.
- **کارفرما:** فرد یا سازمانی که کارگران را تحت یک قرارداد نوشته شده یا زبانی که در آن حقوق و وظائف دو طرف، بر طبق قوانین ملی و سازمانی ذکر گردیده، بکار می‌گمارد. دول، مراجع ملی، کارآفرینان خصوصی و اشخاص میتوانند کارفرما باشند.
- **خدمات بهداشت حرفه ای:** بر اساس توضیح ارائه شده در کنوانسیون خدمات بهداشت حرفه‌ای در سال ۱۹۸۵ (شماره ۱۶۱)
- **خدمات بهداشتی** که اصولا فعالیت پیشگیری و مسئولیت مشاوره به کارفرمایان، کارگران و نمایندگان آنان در مورد نیازهایشان را دارد تا شرایط برای تاسیس و نگهداری یک محیط ایمن و سالم و روشهای کار برای حداکثر سلامت بدنی و مغزی، تسهیل گردد.
- **غربالگری:** شامل ارزیابی چه مستقیم (HIV testing) و چه غیر مستقیم (بررسی رفتارهای پر خطر) و یا پرسش در مورد تستها یا درمان گرفته شده.
- **تطابق مناسب:** هر گونه تعدیل و تنظیم در مورد شغل یا محل کار جهت ایجاد تناسب و توانائی در فردی که با HIV یا AIDS زندگی میکند بشکلی که توانائی دسترسی یا داوطلبی یا ارتقاء شغلی را فراهم آورد.
- **نوع جنس و جنسیت:** لغت جنس اشاره به تفاوت‌های بیولوژیکی دارد در حالی که جنسیت به تفاوت‌های نقش‌های اجتماعی و روابط بین مردان و زنان می‌پردازد. نقش‌های جنسیت طی روند اجتماعی شدن آموخته میشود و تفاوت‌های زیادی بر اساس فرهنگی دارد. این نقشها بوسیله سن، کلاس اجتماعی، نژاد، شهر نشینی و مذهب و محیط جغرافیائی، اقتصادی و سیاسی متاثر میگردد.

■ **STI**: عفونتهای منتقله از طریق جنسی که شامل سیفیلیس، شانکروئید، کلامیدیا، گونوره میشود. همچنین با اسم بیماری‌های منتقله از طریق جنسی شناخته میشوند.

■ **خاتمه اشتغال**: اصطلاحی که دارای صفت معنایی گنجانده شده در کنوانسیون خاتمه اشتغال که در سال ۱۹۸۲ (شماره ۱۵۸) آورده شده را دارد.

■ **اقدامات جهانی**: شامل اقدامات ساده استاندارد کنترل عفونت که جهت به حداقل رسانیدن عوامل بیماریزای خونی استفاده میگردد، میباشد.

■ **کارگران شاغل در فعالیت های غیر رسمی**: به عنوان بخش غیر رسمی هم شناخته می شود.

■ **نمایندگان کارگران**: افرادی که بوسیله قوانین ملی شناخته میشوند (کنوانسیون سال ۱۹۷۱ به شماره ۱۳۵) شامل:

الف) نمایندگان صنوف: نمایندگان انتخاب شده یا نامزد شده بوسیله اتحادیه یا اعضاء چنین اتحادیه هائی

ب) نمایندگان منتخب: نمایندگانی که بصورت آزاد توسط کارگران و براساس قوانین یا مقررات یا تجمیع موافقت نامه های ملی انتخاب می شوند و تضمین می کنند که اعمالشان شامل فعالیت هایی نباشد که بعنوان امتیاز انحصاری اتحادیه در کشور مربوطه شناخته شود.

■ **آسیب پذیری**: اشاره دارد به عدم اختیار اقتصادی- اجتماعی و بافت فرهنگی، موقعیتهای کاری که کارگران را برای خطر عفونت مستعدتر مینماید و همچنین موقعیتهائی که کودکان را در خطر بیشتری برای درگیر شدن در کار کودکان قرار می دهد.

۱- پذیرفتن HIV/AIDS بعنوان یک موضوع محل کار:

HIV/AIDS یک موضوع محل کار است و باید مانند سایر بیماری‌ها/حالات جدی محل کاردرمان گردد. این امر اساسی است زیرا نه تنها بدلیل تاثیر بر نیروی کار بلکه بدلیل اینکه محل کار قسمتی از اجتماع می‌باشد، نقش مهمی در مبارزه وسیعتر جهت محدود سازی تاثیرات و انتشار اپیدمی، بازی می‌کند.

۲- عدم تبعیض:

بر اساس روح کار شرافتمندانه و رعایت حقوق انسانی و شان افراد آلوده یا متاثر از HIV/AIDS باید عدم تبعیض در مورد کارگران اعمال گردد. تبعیض و بد نامی مردمی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند از تلاش‌ها جهت پیشرفت در پیشگیری از HIV/AIDS جلوگیری می‌نماید.

۳- تساوی جنسی:

زنان احتمال بیشتری برای آلوده شدن و تاثیر پذیری از اپیدمی HIV/AIDS بدلیل مسائل زیست شناختی، فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی دارند. تبعیض در اجتماعات و موقعیتهای پائینتر، زنان را در موقعیت منفی تری قرار میدهد. تساوی بیشتر روابط جنسی و توانا ساختن زنان برای پیشگیری موفقیت آمیز از انتشار عفونت HIV حیاتی بوده و زنان را قادر به تحمل HIV/AIDS مینماید.

۴- محیط کار سالم:

محیط کاری باید برای تمامی گروه های درگیر و بر اساس پیشگیری از انتشار HIV سالم و ایمن باشد. (کنوانسیون ایمنی و بهداشت شغلی به سال ۱۹۸۱ به شماره ۱۵۵)

۵ - گفتگوی اجتماعی:

اجرای موفقیت آمیز یک سیاست و برنامه HIV/AIDS نیازمند همکاری و اعتماد بین کارفرمایان، کارگران و نمایندگان آنان و دولت با درگیر کردن فعال کارگران آلوده و متاثر از HIV/AIDS است.

۶- غربالگری بمنظور اخراج از کار یا پروسه کار:

آزمایشات غربالگری HIV/AIDS جهت متقاضیان استخدام مورد نیاز نمیباشد.

۷- حفظ اسرار محرمانه کارگران:

هیچ توجیحی برای پرسش از متقاضیان شغل یا کارگران برای افشاء اطلاعات کارکنان مرتبط با HIV وجود ندارد. دستیابی به اطلاعات مربوط به وضعیت HIV کارگران بوسیله قوانین محرمانه ذکر شده در ILO's code of practice on the protection of workers personal data, 1997 محدود شده است.

۸- تداوم روابط کار:

عفونت HIV دلیلی بر خاتمه کار نمیباشد. افراد با بیماری مرتبط با HIV مانند بسیاری از شرایط دیگر، باید بتوانند تا زمانی که با شرایط کار خود متناسب هستند، به آن کار ادامه دهند.

۹- پیشگیری:

عفونت HIV قابل پیشگیری میباشد. پیشگیری میتواند بوسیله تغییر رفتار، دانش، درمان و ایجاد محیط بدون تبعیض مؤثرتر گردد. شرکای اجتماعی موقعیت منحصر بفردی در جهت پیشبرد تلاشهای پیشگیرانه، خصوصا در رابطه با تغییر نگرش و رفتار از طریق تهیه اطلاعات و آموزش و توجه دادن به فاکتورهای اقتصادی- اجتماعی دارند.

۱۰- درمان و حمایت:

کلیه کارگران شامل کارگران با HIV در استفاده از خدمات بهداشتی محق میباشند. نباید هیچگونه تبعیضی در مقابل آنها یا وابستگانشان برای دستیابی و رسیدن مزایای برنامه های ملی ایمنی و شغلی وجود داشته باشد.

حقوق عمومی و مسؤولیتها

۱- دولت و اختیارات کار آمد:

الف) همگرایی: دولت باید از همگرایی در استراتژی و برنامه های ملی HIV/AIDS و مشخص بودن اهمیت دنیای کار در برنامه ملی مطمئن گردد.

ب) مشارکت چند بخشی: اختیارات کارآمد باید متحرک و حمایت کننده وسیع شرکاء برای محافظت و پیشگیری (شامل آژانسهای مردمی، بخش خصوصی، سازمانهای کارگری و کارفرمایی و تمامی حمایت کننده ها) باشد و بدین ترتیب بیشترین شرکاء دنیای کار را شامل گردد.

ج) هماهنگی: دولت باید تمامی مداخلات در سطح ملی را که برای تمامی شرکاء اجتماعی و تمامی حمایت کننده ها یک محیط کار توانا ایجاد میکند، تسهیل و هماهنگ نماید. این هماهنگیها باید خدمات بررسی و حمایت در محل را فراهم آورد.

د) پیشگیری و ارتقاء سلامتی: اختیارات کارآمد باید تحریکی بوده و در شراکت با سایر شرکاء اجتماعی در جهت ارتقاء آگاهی و برنامه های پیشگیرانه، خصوصا در محل کار، کار کند.

ر) راهنمایی های کلینیکی: دولت باید راه کارهایی را برای یاری کارفرمایان در زمینه مدیریت و درمان کلینیکی ارائه کند. خصوصا در کشورهایی که کارفرمایان مسئولیت اولیه فراهم کردن خدمات بهداشتی اولیه به کارگران را بعهده گرفته اند.

س) محافظت اجتماعی: دولت باید مطمئن گردد که فوائد قوانین ومقررات ملی فراهم شده برای کارگران با HIV/AIDS کمتر از کارگران با سایر مشکلات خطرناک نیست.

ص) تحقیقات: دولت باید انتشار یافته های تحقیقات آماری، مطالعات شیوع و بروز و مطالعات موردی را در جهت ایجاد سازماندهی شبکه ای جهت دستیابی به همگرایی با برنامه ملی AIDS، به حرکت در آوردن شرکای اجتماعی، برآورد هزینه های اپیدمی در محل کار، جهت مقاصد سیستم ایمنی اجتماعی و اقتصادی، تسهیل برنامه ریزی تخفیف اثرات اقتصادی-اجتماعی، تشویق و حمایت نماید. تحقیقات باید شامل تجزیه و تحلیل های حساس نسبت به جنس که توسط کارفرمایان و سازمانهایشان و سازمانهای کارگری استفاده میشود، باشد.

ط) منابع اعتباری: دولتها در جای ممکن، در مشاوره با شرکاء اجتماعی و سایر حمایت کنندگان باید پیامدهای اقتصادی HIV/AIDS را برآورد کرده و در انتظار به حرکت در آوردن

سرمایه بصورت منطقه ای و بین المللی برای برنامه های استاتژیک ملی HIV/AIDS که شامل سیستمهای امنیتی اجتماعی میباشد، باشند.

ع) قانونگذاری: به جهت حذف تبعیض و اطمینان از پیشگیری در محل کار و حفاظت اجتماعی، دولت در مشاوره با شرکاء اجتماعی و متخصصین در حوضه HIV/AIDS، باید شبکه ای منظم و مرتبط فراهم و قوانین کار را اصلاح نماید.

ف) شروط حمایت دولت: زمانی که دولت شروع به اختصاص بودجه و مشوقهایی برای کارآفرینان ملی و بین المللی مینماید، آنها برای پیروی از این دستورالعملها و سیاستها یا دستورالعملهایی که اثردهی - ای دارند، به گیرنده هایی برای پیروی از قوانین ملی و گیرنده های مشوقها نیاز دارند.

ق) تقویت: اختیارات کارآمد باید تامین کننده اطلاعات تکنیکی و مشاوره به کارفرمایان و کارگران باشد، که شامل مؤثرترین راه توافق با قوانین و مقررات تدوین شده برای HIV/AIDS و جهان کار می باشد و همچنین باید تقویت کننده ساختارها و پروسه های نظیر بازرسان کارخانه ها/کار و دادگاه و قضات کار باشد.

ک) کارگران فعال در بخش غیر رسمی: دولتها باید برنامه های پیشگیری HIV/AIDS را برای کارگران با درآمد متفاوت و حفاظت اجتماعی گسترش و تعدیل نماید.

ل) تسکین: دولتها باید درمان و حمایت را از طریق برنامه های بهداشتی-درمانی عمومی، سیستمهای ایمنی اجتماعی و/یا سایر ابتکارات دولتی مرتبط، ارتقاء دهند و همچنین تلاش نمایند تا از دسترسی به درمان مطمئن گردند.

م) افراد جوان و کودکان: در برنامه ها جهت حذف کار کودکان، دولتها باید مطمئن شوند که توجه لازم به اثر اپیدمی بر کودکان و افراد جوان که والد یا والدین آنها بدلیل HIV/AIDS بیمار یا فوت کرده اند، مبذول شده است.

ن) همکاریهای منطقه ای و بین المللی: دولتها باید همکاریهای در سطوح منطقه ای و بین المللی را از طریق آژانسهای بین دولتی و کلیه حمایت کنندگان ارتقاء و حمایت نماید.

و) یاری بین المللی: دولتها باید یاری دهنده های بین المللی که میتوانند برنامه های ملی را حمایت کنند فهرست نمایند.

ی) آسیب پذیری: دولتها باید گروه های همسان و همگون کارگران که نسبت به عفونت آسیب پذیر هستند را بررسی و استراتژیها را برای این کارگران مستعد، تعدیل نماید. همچنین تلاش نمایند تا اطمینان حاصل کنند برنامه های پیشگیری در محل برای این کارگران اجرا گردد.

۲ - کارفرمایان و سازمان های شان:

الف) سیاست محل کار: کارفرمایان باید با کارگران و نمایندگان آنان در زمینه های پیشرفت و اجرای سیاست محل کارشان، طراحی در جهت پیشگیری از انتشار عفونت و حفاظت تمام کارگران از تبعیض مربوط به HIV/AIDS، مشاوره نمایند.

ب) موافقت نامه ملی، بخشی و محل کار: کار فرمایان باید از قوانین پیشگیری و تجارب در رابطه با الفاظ گفتگو و شرایط شغلی در باره HIV/AIDS با کارگران و نمایندگان آنها و کوشش برای حفاظت از HIV/AIDS و پیشگیری، در موافقت نامه ملی، بخشی و محل کار پیروی کنند.

ج) تحصیل و آموزش: کارفرمایان و سازمانهای آنها، در مشاوره با کارگران و نمایندگان آنان باید برنامه های حمایتی در محل کار را به اطلاع برسانند که شامل، تحصیل و آموزش کارگران در مورد پیشگیری، درمان و حمایت و سیاست کارآفرینان در مورد HIV/AIDS شامل بررسی جهت کاهش تبعیض برضد مردم آلوده و متاثر از HIV/AIDS و مخصوصا مستمری میباشد.

د) اثر اقتصادی: کارفرمایان و کارگران و سازمانهایشان باید با هم برای پیشرفت استراتژیهای مناسب ارزیابی و پاسخهای مناسب اثرات اقتصادی HIV/AIDS بر محل کار و بخششان کار کنند.

ر) سیاستهای کارکنان: کارفرمایان نباید اجازه بدهند که هر گونه سیاست شخصی یا تجربی که برای کارگران آلوده یا متاثر از HIV/AIDS ایجاد تبعیض مینماید، اجرا شود. خصوصاً کارفرمایان باید در نظر بگیرند که:

■ احتیاجی به غربالگری و تست HIV/AIDS بجز مواردی که در بخش ۸ این کد آورده شده، نیست.

■ از انجام کار بدون تبعیض یا زدن داغ بر اساس پی بردن یا وضعیت واقعی HIV اطمینان حاصل گردد.

■ تشویق افراد با HIV و حالت مرتبط با AIDS، به کار تا جایی که آن کار از نظر پزشکی متناسب با کارگر باشد.

■ فراهم آوردن شرایطی برای ادامه کار و در صورت نیاز فراهم آوردن کار جایگزین در صورتی که کارگری با حالت مرتبط با AIDS بسیار بیمار باشد و در صورتی که بدلیل وسعت بیماری مجبور به ترک کار شود، رابطه کاری ممکن است بر اساس قوانین کار و رفع تبعیض و احترام به پروسه عمومی و حداکثر مزایا قطع گردد.

س) شکایت و روش عملی انضباطی: کارفرمایان باید روش عملی که قابل استفاده توسط کارگران و نمایندگان آنان برای شکایات مرتبط با کار باشد، داشته باشند. این روشهای عملی باید مشخص نمایند تحت چه رویدادی پیگیری انضباطی میتواند بر علیه هر کارگری که بر اساس وضعیت واقعی یا احتمالی HIV تبعیض قائل گردیده یا با سیاست مربوط به HIV/AIDS مقابله نموده، آغاز گردد.

ص) رعایت موارد محرمانه: اطلاعات مربوط به HIV/AIDS کارگران باید محرمانه و فقط در پرونده های پزشکی نگهداری گردد (توصیه نامه خدمات بهداشت شغلی، ۱۹۸۵، بشماره ۱۷۱ و قوانین ملی) دسترسی به چنین اطلاعاتی باید محدود به کارکنان سرویسهای پزشکی باشد.

ط) کاهش خطر و درمان: کارفرمایان باید از محیط کار ایمن و سالم که شامل درخواست اقدامات پیشگیرانه همگانی و بررسی اکتیو و نگهداری وسایل محافظتی و کمکهای اولیه میباشد، اطمینان حاصل نمایند. در جایی که اندازه و هزینه های لحاظ شده این مشکلات را ایجاد کرده، کارفرمایان و/ یا سازمانهایشان باید در انتظار حمایتهای دولت و یا سایر مؤسسات مربوطه باشند.

ع) محلهای کاری که کارگران بطور منظم با خون و مایعات بدن انسان تماس دارند: در چنین محلهای کاری کارفرمایان به بررسی بیشتر، بدلیل اطمینان از آموزش کافی در مورد اقدامات احتیاطی عمومی نیاز دارند تا از تعلیم پذیر بودن و پیگیری کردن اقدامات در حوادث شغلی و رعایت همیشگی این اقدامات اطمینان حاصل نماید.

ف) تطابق مناسب: کارفرمایان در مشاوره با کارگران و نمایندگانشان، باید تطابق مناسب کارگران با HIV/AIDS را بررسی نمایند، که میتواند شامل تنظیم مجدد ساعات کاری، لوازم مخصوص، موقعیتهایی برای زمان استراحت، کار part time و بازگشت به کار معمول باشد.

ک) هواداری: بر اساس روح شهروندی متحد(روح انسان دوستانه)، کارفرمایان و سازمانهای آنان شخص کارفرما را جهت پیشگیری و درمان HIV/AIDS در محل کار و همچنین دولتها را برای ایفای نقش ضروری جهت توقف انتشار HIV/AIDS و تخفیف اثرات آن تشویق نمایند.

ل) حمایت برای تست و مشاوره محرمانه داوطلبانه HIV : کارفرمایان، کارگران و نمایندگانشان باید دسترسی به مشاوره و تست داوطلبانه محرمانه توسط سرویس های بهداشتی را حمایت نمایند.

م) کارگران شاغل در بخش غیر رسمی: کارفرمایان کارگران شاغل در بخش غیر رسمی باید احضار شده و برنامه های درمان و پیشگیری در مورد آنها اجرا گردد.

ن) شرکاء بين المللى: کارفرمایان و سازمانهایشان باید شراکتهای بین المللی در مبارزه با HIV/AIDS را اعطاء نمایند.

۳ - کارگران و سازمانهایشان:

الف) سیاست محل کار: کارگران و نمایندگانشان باید با کارفرمایانشان در مورد اجرای یک سیاست مکفی در محل کارشان و طراحی سیستمی برای پیشگیری از انتشار عفونت و محافظت تمامی کارگران از تبعیض مرتبط با HIV/AIDS مشورت کنند.

ب) موافقتنامه ملی، بخشی و محل کار/ کارآفرینی: کارگران و سازمانهایشان باید به تجارب و قانون ملی در تمام سطوح شامل اصطلاحات گفتگو، شرایط شغلی در رابطه با HIV/AIDS و... بپیوندند.

ج) آموزش و اطلاعات: کارگران و سازمانهایشان باید از ساختارهای موجود و سایر ساختارها استفاده کرده و تهیه اطلاعات در مورد HIV/AIDS محل کار را تسهیل نموده و منابع آموزشی و تحصیلاتی را ارتقاء داده و فعالیتهای کارگران و خانواده هایشان، شامل به روز کردن منظم اطلاعات در مورد حقوق و مزایای کارگران را، فراهم آورند.

د) اثر اقتصادی: کارگران و سازمانهایشان باید با کارفرمایان جهت ارتقاء استراتژیهای ارزیابی و پاسخ به اثرات اقتصادی HIV/AIDS در محل کار و بخش خاص خود، همکاری نمایند.

ر) هواداری: کارگران و سازمانهایشان باید با کارفرمایان و دولت در جهت افزایش آگاهی و دانش پیشگیری و درمان همکاری نمایند.

س) سیاست های کارکنان: کارگران و نمایندگانشان باید کارفرمایان را برای ایجاد و اجرای سیاستهای کارکنان و اجرای عدم تبعیض بین کارگران مبتلا به HIV/AIDS حمایت و تشویق نمایند.

ص) پایش ظرفیت: کارگران و نمایندگانشان محق هستند مسائل محل کار را از طریق راه کار شکایتی و انضباطی بدست آورند و/ یا براساس اختیارات قانونی گزارشات تمامی تبعیض ها را دریافت نمایند.

ط) آموزش: سازمانهای کارگری باید با برگزاری دوره های آموزشی برای نمایندگانشان در مورد موضوعات اپیدمی محل کار و احتیاجات کلی مردمی که با HIV /AIDS زندگی میکنند، سطح علمی آگاهی های آنان را ارتقاء دهند.

ع) کاهش خطر و درمان: کارگران و سازمانهایشان باید کارفرمایانی را که تامین کننده ایمنی و بهداشت محیط کار هستند، پشتیبانی و با آنها همکاری نمایند.

ف) رعایت موارد محرمانه: کارگران حق دارند که به مدارک پزشکی و شخصی دسترسی داشته باشند. سازمانهای کارگری نباید به اطلاعات کارکنان که در رابطه با وضعیت ایدز کارگران میباشد، دسترسی داشته باشند. توصیه نامه سرویسهای بهداشت حرفه ای ۱۹۸۵ (شماره ۱۷۱).

ک) کارگران شاغل در بخش های غیر رسمی: کارگران و سازمانهایشان باید فعالیتهایشان را به کارگران این بخش توسعه دهند.

ل) آسیب پذیری: کارگران و سازمانهایشان باید مطمئن شوند که به عواملی که سبب افزایش خطر عفونت در گروه معینی از کارگران میگردد، در مشاوره های با کارفرمایان اشاره گردیده است.

م) حمایت برای تست و مشاوره محرمانه HIV داوطلبان: کارگران و سازمانهایشان باید با کارفرمایان خود برای تشویق و حمایت از مشاوره و تست داوطلبانه محرمانه همکاری نمایند.

ل) مشارکت بین المللی: سازمانهای کارگری باید با تشکیل گروه های بخشی، منطقه ای و بین المللی که، مسائل HIV/AIDS و دنیای کار را مشخص نموده و مسائل آن را جزء حقوق کارگران مینمایند، یک اتحاد خارج از مرزهای خود بسازند.

پیشگیری از طریق ارائه اطلاعات و آموزش

اطلاعات مربوط به محل کار و برنامه های آموزشی از جمله عوامل اصلی در جلوگیری از انتشار و آلوده شدن کارکنان به ویروس HIV به شمار می آیند.

آموزش های کاربردی در بالا بردن میزان توانایی کارکنان در مراقبت از خودشان در مقابل ویروس ایدز بسیار مؤثر خواهد بود. با این وسیله می-توان عوامل خطر زا و علائم مربوط به آن را کاهش داد تا میزان ریسک را به حداقل رساند و به این ترتیب مراقبتها را به صورت رفتار عادی و جزو خصیصه های افراد در آورد. برنامه ها باید از طریق رایزنی ها بین دولت ها، کارکنان و نمایندگان آنها که برنامه ها را پذیرفته و در سطح بالا و کامل اجرا می نمایند، گسترش یافته و نتایج حاصله را با در نظر گرفتن سن، جنسیت، ویژگیهای مکانی و فاکتورهای رفتاری مربوط به فشار کار و ویژگیهای فرهنگی، تجزیه و تحلیل نمود.

آموزش همراه با تلاش و پیگیری که تاثیر خاصی بویژه بر روی مردمی که رفتار ویروس HIV یا ایدز می-باشند، در پیشبرد و تکامل برنامه ها بسیار مفید می-باشد.

۱ - اطلاعات و برنامه های منظم افزایش آگاهی

الف) برنامه های آگاهی دهنده باید در جاییکه امکان داشته باشد به تعداد بیشتری از افراد مبتلا در داخل کشور دسترسی داشته باشد. برنامه ریزی ها باید بر مبنای اطلاعات صحیح و به هنگام شده در باره ایدز (HIV چگونه بیماری است و از چه راههایی انتقال نمی یابد، چگونه میتوان از انتشار آن جلوگیری نمود و...) صورت گیرد.

ب) تا جایی که امکان دارد اطلاعات برنامه-ها، رشته ها و گروه ها باید در قالب آموزش و تصمیم گیری ها گنجانده شوند و برنامه ریزی ها باید به نحوی باشند که بیشترین امنیت و سلامت را تامین نمایند.

۲- برنامه های آموزشی

الف) طرح های آموزشی باید بر مبنای تبادل نظر بین کارکنان، نمایندگان آنها و دولت، همچنین دیگر عواملی که به نوعی در آموزش برای مقابله با ایدز (HIV) شرکت دارند، پیاده شوند. تا جایی که امکان دارد روش ها باید واکنشی و داوطلبانه باشد.

ب) در برنامه ریزی های آموزشی باید به جابجایی افراد در ساعات کاری و مواد آموزشی پیشرفته که در خارج از محیط کاری توسط کارکنان استفاده می شود، توجه شود.

ج) برنامه های کاربردی و مناسب باید شامل:

■ فعالیت هایی کمک کننده به تشخیص و ارزیابی مجزا و انفرادی ریسک هایی که در مقابل اشخاص بوده و این ریسک ها را در زمان تصمیم گیری، مهارت های ارتباطی و مذاکره ای، که به خوبی آموزش برنامه های مهارکننده و مشاوره کاهش می دهد، می باشد.

■ تاکید خاص بر رفتار مخاطره آمیز و دیگر عوامل خطرآفرین مانند مشاغل بی ثبات که گروهی از کارکنان را در معرض افزایش ریسک آلودگی HIV قرار می دهد، داشته باشد.

■ تهیه اطلاعات درباره انتقال ویروس HIV از طریق تزریق دارو(مواد مخدر) و اطلاعات درباره نحوه کاهش ریسک در این نوع انتقال

■ ارتقاء کیفیت گفتگو بین دولت و سازمانهای کارفرمایان و کارکنان در حد بین

الملل و منطقه ای

■ ارتقاء آگاهی های مربوط به ایدز (HIV) با برنامه های خاص آموزشی که توسط دولت و سازمان هایی که ارایه می شود و در همکاری با سازمانهای کارگران

■ افزایش مبارزه هدفمند برای کارکنان جوان و زنان

■ تاکید خاص روی آسیب پذیری زنان نسبت به HIV و تصمیمات بازدارنده که می تواند این آسیب پذیری را کاهش دهد.

■ تاکید بر اینکه HIV در یک تماس معمولی منتقل نمی شود و افرادی که HIV مثبت هستند نیاز به دوری از دیگران و یا علامت گذاری ندارند اما بهتر است این افراد در محیط کاری حمایت و با محل کار تطابق بیابند.

■ توضیح اثر تضعیف کننده ویروس و نیاز به همراهی تمامی کارگران تا رفتار تبعیض آمیز با کارگران با HIV/AIDS ننمایند.

■ دادن فرصت به کارگران برای ابراز و توضیح واکنش و روحیه شان به سبب

HIV/AIDS

■ راهنمایی کارگران در استفاده از پیشگیری عمومی و ارائه اطلاعات در مورد روندهای متعاقب تماس

■ ارتقاء تجربه جنسی ایمن تر شامل راهنمایی در استفاده از کاندوم

■ تشویق به آموزش و فعالیتهای آموزشی غیر رسمی

■ در جایی که لازم است باید بررسی، پایش، بازنگری و تجدید نظر صورت گیرد.

■ فراهم نمودن آموزش پیشگیری و درمان STI ها و سل، نه تنها بدلیل ارتباط آن

با خطر عفونت HIV بلکه بدلیل شرایط قابل درمان این بیماریها و ارتقاء سلامت

عمومی و ایمنی

■ تدارک بهداشت و تغذیه کافی

۳- برنامه های ویژه جنسیت:

الف) در تمام برنامه ها باید همان طور که نژاد و آگاهی جنسی گنجانده می‌گردد، جنسیت نیز در نظر گرفته شود. (بدین منظور که بدلیل نوع و درجه متفاوت خطر برای کارگران زن و مرد، باید برنامه های جداگانه ای طراحی شود).

ب) اطلاعات برای زنان نیازمند ایجاد هوشیاری و توضیح در مورد در معرض خطر بیشتر بودن به عفونت خصوصا در مورد زنان جوان میباشد.

ج) آموزش باید به زنان و مردان در درک و عمل روی قدرت ارتباط نا برابر آنها در موقعیتهای شخصی و شغلی کمک نماید.

د) برنامه ها باید به زنان در محافظت از خود و درک حقوق خود هم در محل کار و هم در خارج آن، کمک نماید.

ر) آموزش در مردان باید شامل افزایش آگاهی، بررسی خطر و استراتژیهای جهت ارتقاء مسؤلیت در رابطه با پیشگیری از HIV/AIDS باشد.

س) تناسب برنامه های هدفمند پیشگیری باید برای مردان همجنس باز فعال در مشاوره با این کارگران و نمایندگانشان توسعه یابد.

۴- پیوستن به برنامه ارتقاء سلامتی:

برنامه های آموزشی باید برای چالش با مسائلی نظیر سوء مصرف مواد، استرس و تولید سلامتی در محل کار به برنامه های ارتقاء سلامتی پیوندد. کمیته های موجود ایمنی و بهداشت حرفه ای نقطه ورودی برنامه های آموزشی و مبارزه با HIV/AIDS می باشند. در این پیوند باید خطر افزایش عفونت در استفاده از سوزن های داخل وریدی تزریق دارو(مواد مخدر) مشخص گردد و همچنین مشخص گردد که در طی سم زدائی الکل و دارو(مواد مخدر) فرد میتواند به رفتاری که خطر عفونت HIV را افزایش می دهد سوق داده شود.

۵- بررسی‌های تجربی جهت حمایت از تغییر رفتار

الف) کارگران باید با یک برنامه آموزشی مطمئن، حساس و به روز شده در مورد استراتژیهای کاهش خطر آماده شوند.

ب) تشخیص، درمان و مدیریت زودرس و مؤثر STI و به همان خوبی، برنامه‌های جایگزینی سرنگ و سوزن استریل در دسترس، مؤثر میباشد.

ج) برای کارگران زن در موارد احتیاجات اعتباری، آموزش برنامه باید شامل استراتژیهای تقویت افراد با درآمد کم باشد.

۶- برنامه‌های اجتماعات خارج از دسترس:

کارفرمایان، کارگران و نمایندگان آنان باید برنامه‌های آموزشی و ارتقاء اطلاعات در مورد پیشگیری و درمان ایدز در اجتماعات منطقه‌ای، خصوصاً مدارس را تشویق نمایند. باید داوطلبی در برنامه‌های خارج دسترس تشویق گردد تا فرصتی برای مردم برای بهسازی فراهم گردد. برنامه‌های مشابهی در شراکت با قسمتهای منطقه‌ای و ملی باید اجرا گردد.

آموزش

آموزش باید هدفمند و تعدیل شده برای گروههای مختلف از جمله مدیران، سرپرستان و کارکنان دفتری، کارگران و نمایندگانشان، بازرسان ایمنی و بهداشت و بازرسان کارخانجات باشد.

منابع آموزشی، بر اساس منابع آموزشی در دسترس میتواند متفاوت باشد. این آموزشها باید بخشی از برنامه های آموزشهای محل کار باشد که در مشاوره با نمایندگان کارگران باید ارتقاء یابد.

۱ – آموزش برای مدیران، سرپرستان و کارکنان دفتری:

آموزشهای مورد نظر برای این افراد باید شامل موارد زیر باشد:

- آنان را توانا سازد تا سؤالات در مورد HIV/AIDS در محل کار را پاسخ یا توضیح دهند.
- بخوبی در مورد HIV/AIDS، جهت توضیح به همکارانی که دچار اشتباه در مورد روشهای انتشار HIV/AIDS در محل کار شده اند، اطلاعات گرفته باشند.
- توضیح تطابق مناسب به کارگران با HIV/AIDS تا بتوانند تا جای ممکن به کار خود ادامه دهند.
- مدیریت رفتار در محل کار، برای کارگران با HIV/AIDS در مورد رفتار تبعیض آمیز هدایت شود.
- آنها را توانا سازد تا در مورد خدمات بهداشتی و منافع اجتماعی که در دسترس میباشد مشاوره دهند.

۲ – آموزش برای آموزش گیرندگان همسان:

آموزش گیرندگان همسان باید آموزشهای خاص دریافت نمایند :

- به اندازه کافی در باره محتوی و روشهای پیشگیری HIV/AIDS دانش داشته باشند و بتوانند تمام یا قسمتی از اطلاعات و آموزش خود را در محل کار ارائه نمایند.
- در مورد نژاد، آگاهی های جنسی، جنسیت و فرهنگ حساس بوده و آنها را انتقال دهند.

- همکاران خود را قادر به تشخیص تمامی مواردی که در محیط زندگیشان آنها را به خطر ابتلا سوق میدهد، سازند.
- با سیاست‌های محل کار موجود در سایر محیط‌های کاری پیوند حاصل نمایند، مانند محلهای کاری که کارگران در آن از نظر جنسی مورد آزارند یا افراد معلول دارند.

۳- آموزش برای نمایندگان کارگران:

- قادر باشند به سؤالات در مورد سیاست‌های HIV/AIDS در محل کار پاسخ و توضیح دهند.
- قادر باشند سایر کارگران را در برنامه آموزشی آموزش دهندگان، آموزش دهند.
- رفتار محل کاری افراد را بشناسند تا بتوانند در هدایت این نوع رفتارها یاری لازم را بعمل آورند.
- به کارگران با مشکلات مرتبط با ایدز کمک و یا آنها را برای کارهای متناسب معرفی نمایند.
- به کارگران در مورد شناخت و کاهش عوامل خطر ساز محل زندگیشان مشاوره بدهند.
- بخوبی بتوانند در مورد نحوه انتقال و انتشار HIV/AIDS به کارگران اطلاعات بدهند.
- مطمئن باشند که هر اطلاعاتی که آنها در باره کارگران با HIV/AIDS در دوره کار خود بعنوان نماینده کسب مینمایند محرمانه باقی میماند.

۴ - آموزش برای بازرسان ایمنی و بهداشت:

این افراد باید آموزش خاص به منظورهای زیر دریافت نمایند:

- به اندازه کافی در مورد روشهای پیشگیری HIV/AIDS دانش کسب نمایند و بدین ترتیب بتوانند به کارگران این اطلاعات را انتقال دهند.
- قادر به بررسی محیط کار و برآورد روشها و شرایط کاری که بر اساس درس آسیب پذیری کارگران با HIV/AIDS میباشد، باشند.
- مطمئن شوند که کارفرمایان برای کارگران یک محیط و پرسه های ایمن و سالم شامل اعمال کمکهای اولیه ایمن تهیه و حفظ کرده اند.
- مطمئن شوند که اطلاعات مرتبط با HIV/AIDS بصورت محرمانه مانند سایر مدارک پزشکی نگهداری میگردد.
- قادر به مشاوره دادن به کارگران در زمینه شناخت و کاهش عوامل خطر در محل زندگیشان باشند.
- قادر باشند کارگران را به خدمات پزشکی در منزل یا خارج از محل کار که بطور مؤثر به نیازهای آنان پاسخ میدهد، ارجاع دهند.

۵ - آموزش برای بازرسان کار:

- باید مطمئن شد که بازرسان کار بطور کامل از قدرت نظارتی، ایجاد فشار و مشاوره ای خصوصا در مورد HIV/AIDS بهره میبرند و مطمئن شوند کارفرمایان به وظائف خود عمل مینمایند. جهت دستیابی به آن، آنها باید آموزش خاص در مورد استراتژیهای پیشگیری و محافظت از HIV/AIDS در محل کار را بگیرند که شامل:
- اطلاعات در مورد استانداردهای بین المللی کار خصوصا تبعیض و قوانین و مقررات کار ملی
 - چگونگی ایجاد آگاهی در مورد HIV/AIDS در کارگران و مدیریت.

- چگونگی وارد کردن سرفصلهای HIV/AIDS در مقررات ایمنی شغلی و آموزش کارگران.
- چگونگی کمک به کارگران در دستیابی به مزایا و تمرین در زمینه سایر حقوق قانونی.
- چگونگی شناخت مبارزه یا کوتاهی در اجرای حقوق مورد انتظار افراد با شرایط HIV در محل کار.
- مهارت در جمع آوری و آنالیز اطلاعات مرتبط با HIV/AIDS در محل کار برای مطالعات آماری و بررسی اثرات اجتماعی .

۶- آموزش کارگرانی که با خون انسان و سایر مایعات بدن انسان تماس دارند:

- تمام کارگران در مورد روندهای کنترل عفونت در حوادث یک جور محل کار و کمکهای اولیه آموزشهای لازم را ببینند. که شامل استفاده از وسایل محافظتی و عملیات صحیح در موقع تماس با خون و مایعات انسانی میگردد. و میتواند شامل موارد زیر باشند:
- در زمینه کمکهای اولیه
 - در باره اقدامات جهانی برای کاهش خطر تماس با خون یا سایر مایعات انسانی
 - در مورد استفاده از وسایل محافظتی
 - روند صحیح پیگیری در زمان مواجهه با خون یا مایعات بدن انسان
 - حقوق جبرانی در صورت برخورد شغلی

آزمایشات نباید در محل کار انجام گیرد بجز در موارد خاصی که در این دستورالعمل آمده است زیرا الزامی نبوده و از طرف دیگر بدلیل اینکه ممکن است تست مورد سوء استفاده قرار گیرد، حقوق و شان انسانی کارگران را به خطر میاندازد. همچنین ممکن است اطلاع از رضایت کارگران همیشه کاملاً آزادانه نباشد. حتی در آزمایشاتی که در خارج از محل کار انجام میگیرد باید همواره اطلاعات بصورت داوطلبانه و توسط پرسنل ماهر و با رعایت اصل محرمانه بودن اخذ شود.

۱- جلوگیری از استخدام نیروی جدید و اشتغال نیروی قبلی:

آزمایش HIV برای استخدام نیروی جدید و یا اشتغال نیروی قبلی الزامی نیست. بدین معنی که در هیچکدام از انواع آزمایشات معمول کارگران، آزمایش اجباری HIV نباید انجام گیرد.

۲- منع برای مقاصد بیمه ای

الف) تست HIV نباید مورد نیاز برای شرایط قبول در طرحهای ایمنی اجتماعی ملی، سیاستهای عمومی بیمه ای، طرحهای شغلی و بیمه سلامتی باشد.

ب) شرکتهای بیمه ای نباید تست HIV را قبل از مورد پوشش قرار دادن محل کار نیاز داشته باشند.

ج) کارفرمایان نباید برای مقاصد بیمه ای هیچ تستی انجام دهند و باید تمام اطلاعات کارگران محرمانه باقی بماند.

۳ - مراقبت های همه گیری شناسی

بر خلاف تستهای همه گیر شناسی HIV در محل کار ، این مطالعات بر اساس اصول پژوهشهای علمی قومی، قوم شناسی تخصصی و محافظت حقوق و حفظ محرمانه بودن انجام میگیرد. این اطلاعات نباید جهت تبعیض در مورد افراد یا گروهی مورد استفاده قرارگیرد.

۴- آزمایش داوطلبانه:

ممکن است کارگری بخواهد تست HIV را انجام دهد. این آزمایش باید در سرویسهای خدمات اجتماعی صورت گیرد نه در محل کار و باید طی درخواست کارگر و با اخذ رضایت کتبی وی و با مشاوره با نمایندگان کارگران صورت گیرد. محرمانه بودن و مشاوره های بر اساس جنسیت که تسهیل کننده درک طبیعت و قصد از آزمایش HIV ، مزایا و مضرات تست و نتایج اثرات آن بر کارگران است باید جزء اساسی تستها باشد.

۵- آزمایش و درمان پس از تماس شغلی:

الف) در جایی که خطر تماس با خون انسان، مایعات بدن یا بافت انسان وجود دارد در محل کار باید روندی را برای مدیریت خطر چنین تماسهای شغلی وجود داشته باشد.

ب) متعاقب خطر تماس با مواد بالقوه آلوده کننده در محل کار، کارگران باید فوراً مورد مشاوره در مورد ترتیب مسائل پزشکی، آزمایش HIV دلخواه و پروفیلاکسی بعد از تماس، و ارجاع به تسهیلات پزشکی قرار گیرند و حقوق قانونی وی نیز گوشزد گردد.

اشتراک مساعی، درمان و حمایت از موارد مهمی است که باید یک محل کار پاسخگو را راهنمایی نماید. مکانیسمها باید جهت تشویق، قبول و حمایت برای کارگران مبتلا به HIV نه تبعیض آمیز و نه دارای داغ و ننگ باشد. جهت تخفیف اثرات اپیدمی HIV/AIDS در محل کار، محل های کار باید شرایط مشاوره و سایر حمایت های اجتماعی را فراهم آورند. در جایی که خدمات بهداشتی و درمانی مهیا میباشد شرایط درمان مکفی باید فراهم گردد و در غیر این صورت کارگران باید از نحوه دسترسی به این خدمات مطلع گردند. این پیوندها مزایایی نظیر تحت پوشش قرار گرفتن خانواده شان را نیز دارد. شراکت بین دولت ها، کارفرمایان، کارگران و سازمان های آنها و دیگر حمایت کنندگان باید از تاثیر و ارائه خدمات مطمئن گردند.

۱- برابری با سایر بیماری های خطرناک:

در محل کار مانند سایر بیماری های خطرناک مدیریت شود.

ب) کارگران با HIV/AIDS باید همانند سایر بیماران با بیماری های خطرناک درمان و از مزایای مشابهی برخوردار گردیده و تطابق مناسب در مورد آنها صورت گردند.

ج) به اندازه ای که کارگران بتوانند از یک کار مناسب لذت ببرند باید در آن کار باقی بمانند. (طول زمان کاری در یک شغل خاص)

۲- مشاوره:

الف) کارفرمایان باید کارگران را جهت سود جستن از خدمات مشاوره ای در خارج از سیستم کارآفرینی یا در صورت امکان در سیستم ایمنی و بهداشت شغلی یا سایر برنامه های محل کار تشویق نمایند.

ب) برای ایجاد تاثیر، کارفرمایان باید به موارد زیر توجه نمایند:

■ شناسایی متخصصان، گروه‌های کمک کننده به خود و خدمات داخل اجتماعات و

منطقه‌ای که در مورد HIV/AIDS تخصص دارند.

■ شناسایی سازمانهای اجتماعی هم در زمینه پزشکی و هم غیر پزشکی که بتوانند به

کارگران کمک نمایند.

■ توصیه به کارگران جهت تماس با پزشک برای شروع بررسی یا درمان اگر تا آن زمان آن

را شروع نکرده است.

ج) کارفرمایان باید برای کارگران با HIV/AIDS مناسبترین زمان فراغت از کار برای

مشاوره و درمان را تدارک ببینند.

د) حمایت‌های مشاوره ای باید مجانی و متناسب با نیازهای مختلف برای مردان و زنان

باشد.

س) نمایندگان کارگران باید به کارگران با HIV/AIDS برای مشاوره کمک نمایند.

ص) خدمات مشاوره ای باید اطلاعات کافی در مورد حقوق و مزایای تمام کارگران را به آنها

بدهند تا این افراد بتوانند راحت تر زندگی نمایند.

ع) در مواقع تماس شغلی با HIV کارفرمایان باید زمان استراحت لازم برای مشاوره را

فراهم آورند.

۳- خدمات بهداشت حرفه ای و سایر سیستم‌ها:

الف) بعضی از کارفرمایان ممکن است در موقعیتی باشند که بتوانند کارگران‌شان را در

دستیابی به داروهای ضد رتروویروس کمک نمایند. در جایی که خدمات بهداشتی در محل کار

وجود دارد، ارائه این خدمت باید در همکاری با دولت ، و تمامی حمایت کنندگان، در محدوده

وسیعتر برای کمک به کارگرانی که با HIV/AIDS زندگی میکنند، پیشنهاد گردد.

ب) این خدمات میتواند شامل فراهم آوردن داروهای ضد رتروویروسها، درمان برای رفع نشانه های مرتبط با HIV ، مشاوره تغذیه ای، کاهش استرس و درمان عفونتهای شایعتر مانند STI ها و سل باشد.

۴- پیوند با گروههای جمعیتی و خود کمک کننده:

سازمانهای کارفرمایان، کارگران و کارکنان بهداشت حرفه ای باید تاسیس گروههای خود کمک کننده در داخل مجموعه کاری یا ارجاع کارگران متاثر از HIV/AIDS به این گروهها و سازمانهای حمایتی در اجتماعات منطقه ای را تسهیل نمایند.

۵- مزایا:

الف) دولتها (در مشاوره با شرکاء اجتماعی خود) باید از یکسان بودن مزایای قوانین و مقررات ملی که برای کارگران مبتلا به HIV/AIDS تدوین گردیده، با سایر بیماریهای خطرناک، مطمئن گردند.

ب) کارفرمایان و سازمانهای کارگران و کارفرمایان باید با دولت، تطابق مکانیسمهای موجود مزایائی که برای کارگران با HIV/AIDS نیاز است، پیگیری نمایند.

۶- پوشش ایمنی اجتماعی:

الف) دولتها و سازمانهای کارگران و کارفرمایان باید تمامی مراحل را که برای اطمینان یافتن از خارج از برنامه های حفاظتی و مزایای ایمنی اجتماعی نبودن کارگران و خانوادههایشان وجود دارد، تدوین نمایند. این مراحل همچنین برای تمامی کارگران و خانواده های آنان که در خطر ابتلا به HIV/AIDS هستند باید اجرا گردد.

ب) این برنامه ها باید مزایای یکسانی را برای تمامی کارگران با HIV/AIDS همانند کارگران مبتلا به سایر بیماری‌های خطرناک فراهم آورد.

۷- رعایت مسائل خصوصی و محرمانه ای:

الف) دولتها، شرکتهای بیمه و کارفرمایان باید از نگهداری محرمانه اطلاعات مربوط به مشاوره، درمان و مزایای تعلق گرفته، بعنوان اطلاعات پزشکی مربوط به کارگران، اطمینان حاصل نمایند. (توصیه نامه سرویسهای بهداشت حرفه ای)

ب) طرفهای سوم، نظیر معتمدین و مدیران برنامه های ایمنی اجتماعی و برنامه های شغلی، باید تمامی اطلاعات مربوط به HIV/AIDS را، مانند اطلاعات پزشکی مربوط به کارگران، بر اساس اطلاعات شخصی آمده در 'ILO's code of practice on protection of workers' data. محرمانه نگهدارند.

۸- برنامه های کمک به کارگران و خانواده آنان:

الف) در شرایط اپیدمی، برنامه های کمک به کارگران ممکن است نیازمند بنیانگذاری یا توسعه به میزانی که شامل یک محدوده سرویسها برای کارگران و حمایت از اعضای خانواده آنان گردد، باشد. این امر باید در مشاوره با کارگران و نمایندگان آنان، همچنین بر اساس منابع و نیازها در همکاری با دولت و دیگر حمایت کنندگان، انجام گیرد.

ب) در چنین برنامه هائی باید زنان بعنوان بخش اعظم درمان افراد با بیماری AIDS مشخص شوند. همچنین باید نیازهای مشخص زنان باردار مشخص گردد. آنها باید پاسخگوی نیازهای کودکانی که یک یا هر دو والدین خود را بدلیل AIDS از دست داده- اند، از مدرسه عقب افتاده اند، بزور بکار گمارده شده اند و بطور فزاینده ای مورد آزار جنسی قرار میگیرند، باشند.

ج) برنامه کمک خانواده ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- اجازه همدردی
- دعوت به داوطلبی در برنامه های آموزشی
- ارجاع به گروههای حمایتی مانند گروههای خود کمک کننده
- کمک به اعضاء خانواده جهت بدست آوردن شغل جایگزین برای کارگران یا اعضاء خانواده آنها بشکلی که کار نتواند در تحصیل دخالت کند.
- اقدامات خاص، مانند حمایت برای آموزش رسمی، آموزشهای حرفه ای و کارآموزی برای رفع نیاز های کودکان و جوانانی که یک یا هر دو والد خود را بدلیل AIDS از دست داده اند.
- هماهنگی با تمامی حمایت کنندگان و سازمانهای استوار بر اجتماع شامل مدارس که برای فرزندان کارگران تاسیس شده.
- کمکهای مستقیم و غیر مستقیم مالی
- مدیریت موضوعات مالی مربوط به بیماری و نیازهای وابستگان
- اطلاعات قانونی، پیشنهاد و کمک
- کمک در رابطه با درک روندهای قانونی بیماری و مرگ مانند مدیریت موضوعات مالی مربوط به بیماری، آماده نمودن وصیت نامه و برنامه های موفقیت آمیز.
- کمک به خانواده ها در سروکار داشتن با برنامه های ایمنی اجتماعی و برنامه های شغلی
- راهنمایی خانواده ها به اختیارات قانونی و بهداشتی

پایان