



ویژه متخصصین و پزشکان درمانگر ایدز



مجموعه دستورالعمل های مراقبت و درمان HIV/AIDS

۸. مشاوره و تشخیص HIV

ویرایش ششم - ۱۴۰۳

مجموعه دستورالعمل و اسناداردر فعالیت های مرتبط با

پنجمین برنامه استراتژیک ملی کنترل عفونت ایچ آی وی. جمهوری اسلامی ایران



زیرکسته تخصصی مراقبت و درمان





شناسنامه کتاب در برنامه استراتژیک:

مجموعه پیش رو توسط گروه تخصصی مراقبت و درمان با هدف تعیین استاندارد های دستیابی به اهداف مراقبت و درمان و در راستای نیل به هدف بیست و سوم از استراتژی دوازده (S12O23)* برنامه استراتژیک تدوین و در تیرماه 1403 توسط کمیته کشوری نظارت بر اجرای برنامه (SIP) مورد تأیید قرار گرفت.

این مجموعه از زیر ساخت های لازم برای رسیدن به اهداف استراتژی نهم است.

* S12O23: دستورالعمل های بسته جامع خدمات مراقبت و درمان موارد مبتلا به اچ آی وی دو سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه عزیزانی که در تهیه پیش نویس، تکمیل و تصویب متن حاضر همکاری داشته اند، شامل اعضا کمیته کشوری مراقبت و درمان HIV، گروه مشاورین و گروه نویسندگان مسئول بازبینی دستورالعمل ها تشکر و قدردانی می گردد.

گروه نویسندگان مسئول بازبینی دستورالعمل مشاوره و تشخیص HIV در بالغین به ترتیب حروف الفبا:

دکتر کتایون طایری
فلوشیپ HIV و فوکال پوینت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
دکتر لادن عباسیان
فوق تخصص HIV، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

فهرست اعضا کمیته علمی مراقبت و درمان HIV به ترتیب حروف الفبا

دکتر شهناز آرمین	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دکتر امین بجادی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
دکتر محبوبه حاج عبدالباقی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دکتر آذر حدادی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دکتر سید جواد حسینی شکوه	فلوشیپ HIV و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارتش
دکتر حسین خلیلی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دکتر علی دهقان منشادی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دکتر مهرناز رسولی نژاد	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دکتر شکراله سلیمانزاده	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز
دکتر آناهیتا سنایی نسب	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
دکتر شروین شکوهی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دکتر مهشید طالبی طاهر	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دکتر کتایون طایری	فلوشیپ HIV و فوکال پوینت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
دکتر پیام طبرسی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دکتر شبثم طهرانی	فلوشیپ HIV و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دکتر لادن عباسیان	فوق تخصص HIV، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دکتر شهنام عرشی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، رئیس مرکز مدیریت بیماریها
دکتر حمید عمادی کوچک	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دکتر بهنام فرهودی	عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم پزشکی تهران
دکتر رکسانا قناعتی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دکتر کیقباد قدیری	فوکال پوینت مراقبت و درمان HIV اطفال دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
دکتر سعید کلانتری	فلوشیپ HIV و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دکتر محمد مهدی گویا	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دکتر مینو محرز	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دکتر مسعود مردانی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دکتر موسوی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد
دکتر داود یادگاری نیا	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

دکتر هنگامه نامداری تبار کارشناس مسئول پایش و ارزشیابی برنامه های HIV وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گروه مشاورین به ترتیب حروف الفبا:

دکتر مرجان رهنمای فرزانی متخصص پاتولوژی، رئیس آزمایشگاه رفرانس در آزمایشگاه مرجع سلامت وزارت بهداشت
دکتر کاظم وطن خواه رئیس آزمایشگاه مرجع سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ویراستار

زهرا رجب پور کارشناس مراقبت و درمان، اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری های واگیر

اختصارات

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CITC	Client initiated testing and counseling
DBS	Dried spot blood sampling
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HTS	HIV Testing services
IgG	Immunoglobulin G
IgM	Immunoglobulin M
MSM	Men who have Sex with Men
NAT	Nucleic Acid Amplification Test
PCR	polymerase chain reaction
PITC	provider initiated testing and counseling
PLHIV	people living with HIV and AIDS
PMTCT	prevention of mother to child transmission
VCT	Voluntary counseling and testing

فهرست

پیشگفتار

9

اهداف آموزشی این رهنمود

10

روش تدوین متن:

11

مهمترین تغییرات این رهنمود نسبت به ویرایش پیشین:

11

فصل اول: کلیات و مبانی انجام مشاوره و آزمایش اچ آی وی

12

1. اصول پنجگانه آزمایش اچ آی وی

12

2-سیاست های شناسائی موارد اچ آی وی در گروه های مختلف جمعیتی

12

3- رویکردهای موجود برای انجام آزمایش در مراکز بهداشتی و درمانی

13

4-انواع مشاوره در چرخه تشخیص ، مراقبت و درمان اچ آی وی

15

5-موارد لزوم انجام آزمایش مجدد اچ آی وی

19

فصل دوم: مشاوره مقدماتی - توصیه به انجام تست PITC

21

25 فصل سوم: مشاوره سطح میانی - مشاوره و آزمایش داوطلبانه VCT

25 مشاوره قبل از آزمایش

26 مشاوره بعد از آزمایش

28 مشاوره بعد از یک نتیجه منفی

28 مشاوره بعد از یک نتیجه مثبت

29 فصل چهارم: مشاوره پیشرفته - مراقبت و درمان

29 مشاوره انگیزشی

31 مشاوره اعلام ابتلا به شریک جنسی / تزریقی

39 روش های تماس / اطلاع رسانی با شریک جنسی / تزریقی:

42 فصل پنجم: کفایت تشخیص آزمایشگاهی:

43 انواع آزمایش های تشخیصی HIV:

45 موارد مثبت و منفی کاذب

46 محدودیت های استفاده از تست های سرولوژی در افراد تحت درمان ARV:

46 تکرار تست قبل از شروع درمان:

47 الگوریتم کشوری انجام آزمونهای تشخیص HIV در بزرگسالان و اطفال بالای 18 ماه:

52 تکرار تست در موارد Incinclusive:

53 استراتژی تست در نوزادان و شیرخواران کمتر از 18 ماه

54	تعیین وضعیت ابتلا به HIV در مصرف کنندگان PrEP:
55	خود-آزمون HIV
55	مقدمه:
56	منافع بالقوه خود-آزمون HIV
57	آسیب ها و زیان های احتمالی ناشی از خود-آزمون HIV
58	رویکردهای خودآزمون HIV
58	رویکرد اول: "خود آزمون HIV" حمایت شده
58	رویکرد دوم: "خود آزمون HIV" بدون حمایت
59	سیاست های کشوری در اجرای برنامه خود-آزمون HIV
61	منابع:

پیشگفتار

هدف کلی **HIV Testing Services (HTS)** برای یک برنامه ملی، شامل شناسایی هرچه بیشتر و زودتر مبتلایان به HIV و اتصال موفقیت آمیز آنان به خدمات مراقبت و درمان و ماندگاری بر درمان است. برای اجرای HTS مدل‌های مختلفی به صورت جامعه مدار (community based) و مرکز مدار (facility based) وجود دارد. استفاده از مدل‌های مختلف برای انجام HTS میتواند ما را به هدف دسترسی عمومی به خدمات پیشگیری، آزمایش، مراقبت و درمان HIV نزدیکتر کند.

در تمام مدل های HTS باید حقوق فرد رعایت شود. مشاوره و تست HIV هرگز اجباری نیست و همواره اجتناب از انگ و تبعیض باید در نظر قرار گیرد. تمام تلاش ها باید انجام شود که فرد مراجعه کننده از اختیاری بودن انجام آزمایش و رازداری در باره نتیجه آزمایش، اطمینان یابد. به هر روشی که HTS انجام شود باید موارد رضایت، اطمینان خاطر، مشاوره، روش دقیق آزمایش و اتصال به مراکز مراقبت و درمان برای هر فرد مورد توجه قرار گیرد.

هدف از تدوین این دستورالعمل که بخشی از مجموعه رهنمودهایی است که برای ارائه خدمات بالینی مراقبتی، درمانی، پیشگیری و حمایتی در زمینه اچ آی وی تدوین شده است، معرفی استانداردهایی است که در مشاوره اچ آی وی و تست باید رعایت شود تا به بهترین نتیجه در این زمینه تشخیص و مراقبت و درمان و بقا بر درمان رسید.

امروزه مهمترین استراتژی کنترل اپیدمی اچ آی وی، مراقبت و درمان مبتلایان به بیماری است. در صورتی که افراد مبتلا به اچ آی وی تحت درمان استاندارد ضد رتروویروسی قرار گیرند، با مهار بار ویروسی، ضمن آنکه با کاهش چشمگیر عوارض بیماری می توانند زندگی سالم تری داشته باشند، احتمال انتقال بیماری به سایرین نیز به حداقل (حتی به صفر) می رسد. لذا تخمین زده می شود که برای کنترل اپیدمی در جامعه تا سال 2030 باید:

95٪ افراد مبتلا شناسائی شوند 📢

95٪ افراد شناسائی شده تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گیرند ✌️

در 95٪ افراد تحت درمان، بار ویروسی غیر قابل اندازه گیری شود. 📢

بدیهی است این مهم تنها در صورتی میسر می گردد، که این افراد از بیماری خود مطلع بوده، برای دریافت خدمات مراقبت و درمان تمایل داشته و به این خدمات دسترسی داشته باشند و خدمات را به صورت مستمر دریافت دارند.

چالش هایی که در حال حاضر کشور ما را در دستیابی به اهداف فوق با مشکل مواجه کرده است، عبارتند از:

1. حدود نیمی از موارد مبتلا، از بیماری خود مطلع نیستند.
 2. درصدی از افراد شناخته شده برای دریافت خدمات مراقبت و درمان تمایل نداشته و مراجعه نمی کنند.
 3. درصدی از افرادی که تحت درمان ضد رتروویرسی قرار گرفته اند درمان را به شکل مستمر ادامه نمی دهند.
- بدیهی است یکی از مداخله های موثر برای رفع چالش های فوق عبارت است از :

1. ایجاد انگیزه برای اقدام به انجام تست تشخیصی اچ آی وی با کاهش انگ بیماری
 2. فراهم کردن امکان دسترسی همگانی به تست تشخیصی
 3. ایجاد انگیزه و نیاز در افراد مبتلا برای اقدام به تحت پوشش قرار گرفتن خدمات مراقبت و درمان
 4. فراهم آوردن امکان دسترسی به خدمات مراقبت و درمان برای آنها
 5. ایجاد انگیزه و نیاز در مبتلایان به اچ آی وی برای باقی ماندن بر خدمات مراقبت و درمان و تأمین کافی داروها
- ایجاد انگیزه و نیاز در مردم به گونه ای باشد که منجر به اقدام برای دریافت خدمت مورد نظر شود. همواره برنامه های سلامت محور، مستلزم ارائه آموزش و مشاوره های تخصصی است و در این راهنما سعی شده است که نکات کاربردی و مورد نیاز درمانگران، در اختیار آنان قرار گیرد

اهداف آموزشی این رهنمود

مجموعه حاضر برای استفاده کلیه پزشکان و درمانگران اعم از بخش خصوصی و دولتی تهیه شده است. هدف از ارائه این رهنمود آن است که خوانندگان بتوانند:

- 1- اصول انجام آزمایش HIV را بدانند.
- 2- موارد نیازمند آزمایش HIV را بشناسند.
- 3- رویکردهای مناسب برای ارائه آزمایش را بشناسند.
- 4- اجزای رویکرد توصیه به انجام تست (PIT) را بدانند.
- 5- اجزای رویکرد مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT) را بشناسند
- 6- با مفاهیم کلی مشاوره های انگیزشی آشنا شوند .
- 7- الگوریتم تشخیص را بشناسند و بتوانند نتایج را تفسیر کنند.

روش تدوین متن:

اولین رهنمود مشاوره و تست HIV در سال 1387 تدوین شد. متعاقبا با پیشرفت علم و نیاز روز، هر چند سال یک بار، بطور کامل بازبینی و تغییرات به روز آن زمان، اعمال شده است. اولین بازبینی در سال 1389 و بازبینی های بعدی در سال 1393 ، 1396 ، 1399 و 1400 انجام شده است

نسخه فعلی حاصل تلاش جمع کثیری از اساتید و فوکار پوینت های درمان HIV حال حاضر کشور می باشد. روش تدوین این راهنما به طور عمده، انطباق (adaptation) بوده است. روش انطباق در تدوین گایدلاین ها، روشی است که در آن از گایدلاین های مبتنی بر شواهد که توسط سازمان ها یا نهادهای معتبر تهیه شده، برای تولید گایدلاین های منطقه ای، ناحیه ای یا کشوری استفاده می شود (Song et al, 2022). در تهیه این راهنما تلاش گردیده تا معیارهای RIGHT-Ad@pt Checklist برای انطباق در نظر گرفته شود (Song et al, 2022).

برای بازبینی رهنمودها، بررسی جامعی بر آخرین منابع علمی از جمله گایدلاین های به روز WHO، CDC NIH، EACS، AIDSinfo صورت گرفته و با توجه به مجموعه ظرفیت های موجود در کشور، تغییرات مورد نیاز اعمال شده است. برای آگاهی از منابع علمی مورد استفاده لطفا به بخش "منابع" رجوع شود. تغییرات مورد نظر در طی جلسات مختلف با حضور اساتید، مطرح شده و در نهایت نسخه نهایی به تأیید تمام اساتید رسیده و قابل انتشار است.

مهمترین تغییرات این رهنمود نسبت به ویرایش پیشین:

مباحث زیر به دستورالعمل فعلی افزوده شده است:

- الگوریتم تشخیص افراد بالای 18 ماه
- الگوریتم تشخیص افراد زیر 18 ماه

فصل اول: کلیات و مبانی انجام مشاوره و آزمایش اچ آی وی

1. اصول پنجگانه آزمایش اچ آی وی

مطابق قوانین بین المللی و دستورالعمل های ملی، تست اچ آی وی زمانی می تواند انجام شود که پنج شرط (5Cs) زیر محقق شده باشد.

1. **Consent** = **رضایت آگاهانه**: آزمایش باید به شکل کاملاً آگاهانه و با رضایت فرد (شفاهی) انجام شود.
2. **Counselling** = **مشاوره**: دسترسی به خدمات مشاوره فراهم باشد
3. **Confidentiality** = **حفظ محرمانگی و رازداری**: کلیه اطلاعات باید کاملاً محرمانه باقی مانده و اصل رازداری به شکل کامل رعایت شود
4. **Correct test results** = **تست معتبر و صحیح**: از تست های آزمایشگاهی معتبر و تایید شده استفاده شود
5. **Connection** = **امکان برقراری ارتباط با سطوح ارائه دهنده خدمات مراقبت و درمان**: امکان برقراری ارتباط با مراکز درمان برای تست های تکمیلی/تأییدی و مراقبت های تخصصی وجود داشته باشد

2-سیاست های شناسایی موارد اچ آی وی در گروه های مختلف جمعیتی

1. **اطلاع رسانی Information**: ساده ترین روش، اطلاع رسانی به گروه های جمعیتی مختلف است که بدانند برای انجام تست باید به کجا مراجعه کنند. البته این روش معمولاً برای جمعیت عمومی مناسب است و در کمپین ها مورد استفاده قرار می گیرد. نتایج این روش بسیار وابسته به میزان تاثیر گذاری برنامه اطلاع رسانی است.



2. **ارزیابی خطر Risk assessment**: در این حالت غربالگری* به کمک ارزیابی خطر در گروه های جمعیتی خاصی اتفاق می افتد و لازم نیست همه افراد مورد آزمایش قرار گیرند. ابتدا افرادی که دارای



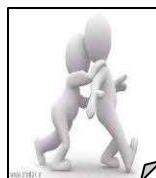
* اصولاً برای شناسایی یک بیماری در بین جمعیت، برای آنکه همه افراد جمعیت را تحت آزمایش تشخیصی قرار ندهند، ابتدا نشانه هایی را انتخاب می کنند که اگر وجود داشته باشند، بیشتر احتمال دارد فرد مبتلا باشد. سپس به جای بیماری اصلی اول افرادی که آن نشانه ها را دارند را از بین جمعیت پیدا می کنند و اقدامات تشخیصی را فقط برای آنان انجام می دهند. هر چه این نشانه ها با بیماری ارتباط بیشتری داشته باشند، احتمال پیدا کردن بیماری اصلی در آن جمعیت با دقت بیشتری انجام می شود.

یکی از عوامل خطر (اعتیاد، روابط جنسی محافظت نشده، وجود عامل خطر در همسر و....) هستند شناسائی می شوند و آن افراد برای انجام آزمایش ارجاع می شوند. یعنی در اصل ارائه دهندگان خدمت، مبتنی بر پاسخ بیمار انتخاب می کنند که چه کسی را ارجاع دهند. اشکال این روش این است که اغلب افراد، به راحتی از عوامل خطر مرتبط با اچ ای وی صحبت نمی کنند و به همین علت، عده ای که واجد شرایط باشند ممکن است که در تور غربالگری نیفتند. تا سال 1393 کشور ما نیز از همین سیاست تبعیت می کرد.

3. توصیه به انجام آزمایش توسط مشاور **Provider-Initiated Testing**: توصیه به انجام تست، به دو شکل Opt-In و Opt-Out انجام می شود. در این روش به همه افراد یک گروه جمعیتی صرف نظر از وجود یا عدم وجود عوامل خطر توصیه می شود تست بدهند. نتیجه این غربالگری بسیار وابسته است به مهارت فردی که توصیه به انجام تست را انجام می دهد. لازم نیست فرد توصیه کننده حتما مشاور باشد اما فرد باید دوره های آموزشی مرتبط را گذرانده باشد.



4. **غربالگری عمومی Screening**: این سیاست معمولا در اچ آی وی به صورت عام اعمال نمی شود چون با اصل رضایت منافات دارد. در این روش همه افراد بدون استثنا مورد آزمایش قرار می گیرند. این روش تنها در موارد خاصی مانند اهدا کنندگان خون و نه با هدف بیماریابی بلکه با هدف غربالگری خون و تامین خون سالم انجام می شود. ضمنا همه اهدا کنندگان مطلع هستند که آزمایش اچ آی وی از آنها انجام می شود.



3- رویکردهای موجود برای انجام آزمایش در مراکز بهداشتی و درمانی

در مراکز بهداشتی درمانی، آزمایش HIV میتواند با رویکرد درخواست مراجع (Client initiated testing and counseling) و یا پیشنهاد درمانگر (Provider-initiated testing and counseling) انجام شود.

☒ رویکرد درخواست مراجع (CITC) Client initiated testing and counseling

در این رویکرد فرد شخصا با تقاضای انجام آزمایش مراجعه میکند. از آنجا که علت های مختلفی ممکن است انگیزه برای درخواست آزمایش را ایجاد کرده باشد، (مانند توصیه یک نفر درمانگر) سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد میکند از اصطلاح

Voluntary counseling and testing (VCT) که به معنای درخواست داوطلبانه می باشد، استفاده کنیم. در این روش بر ارزیابی خطر در مشاوره قبل از آزمایش تاکید میشود.

☑ رویکرد پیشنهاد درمانگر (PITC) Provider-initiated testing and counseling

در این رویکرد آزمایش و مشاوره توسط یک نفر درمانگر در یک مرکز خدمات سلامت به عنوان بخشی از خدمات استاندارد لازم توصیه میشود. در این رویکرد نیز رعایت اصول 5Cs الزامی است.

انواع روش های توصیه به انجام تست :

در کلیه مشاغل مانند صنعت، خدمات تبلیغاتی، الکترونیک و غیره فعالیت های ارائه یک خدمت یا تبلیغات جلب مشتری با دو روش با عنوان زیر ارائه می شوند:

Opt-In: در این روش خدمت مورد نظر به فرد معرفی می شود و در صورتی که فرد رضایت داشت خدمت را دریافت می کند. مثلاً یگ گروه ایمیلی برای فرد دعوتنامه می فرستد و اگر فرد بخواهد عضو گروه می شود

Opt-Out: در این روش خدمت مورد نظر به فرد ارائه می شود و در صورتی که فرد رضایت نداشته باشد از دریافت خدمت امتناع می کند. مثلاً فرد را در یگ گروه مجازی عضو می کنند و اگر فرد نخواهد از گروه خارج می شود.

توصیه انجام تست اچ آی وی نیز می تواند به هر دو روش زیر صورت گیرد:

Opt-In PITC HIV Testing: در این روش به فرد گفته می شود به این دلایل بهتر است شما مورد تست اچ آی وی قرار بگیرید، آیا راضی هستید برای شما تست HIV انجام شود (فعالیت های VCT نوعی ارائه تست به روش Opt in هستند) رضایت فرد می تواند به صورت شفاهی و یا کتبی باشد

Opt-Out PITC HIV Testing: در این روش مراجع مطلع میگردد که آزمایش HIV به صورت جزئی از بسته کلی خدمات برای وی انجام خواهد شد به فرد گفته می شود ما در اینجا برای همه افراد تست اچ آی وی را هم انجام می دهیم. اگر فرد مخالفت نکند تست انجام می شود ولی اگر فرد مخالفت کند سعی می شود که با ارائه آموزش و مشاوره های مناسب، فرد ترغیب به انجام تست شود ولی بعنوان یک اصل نهایی، در صورت عدم رضایت فرد، تست نباید انجام شود .

با توجه به این که رویکرد فعلی بیماریابی HIV در کشور بر پایه PITC قرار دارد، بر همین مبنا رویکرد نوین آموزش HIV طراحی و تدوین شده است که شامل مجموعه آموزش هایی است که بر پایه کاهش انگ و تبعیض بیماری بوده و بیماری HIV را از یک بیماری کشنده و بدون علاج، بصورت یک بیماری عفونی مزمن قابل کنترل معرفی می کند.
برای مطالعه این مجموعه می توانید به "راهنمای رویکرد نوین آموزش HIV" مراجعه نمایید.

4- انواع مشاوره در چرخه تشخیص ، مراقبت و درمان اچ آی وی

فرآیند تشخیص اچ آی وی به دو زنجیره به شکل زیر شکسته شده است:

1. مشاوره مقدماتی (توصیه به انجام تست) این مشاوره صرفاً در مرحله تشخیص اولیه استفاده می شود

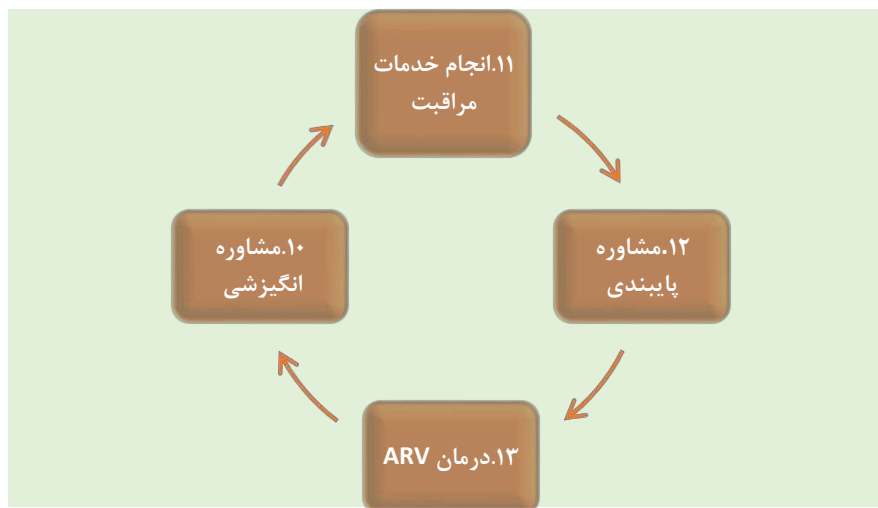


2. مشاوره میانی (مشاوره و آزمایش داوطلبانه): این مشاوره در مرحله تایید تشخیص استفاده می شود. VCT می تواند در مرحله تشخیص اولیه نیز استفاده شود. بدیهی است که زنجیره نهم از فرآیند دوم تشخیصی از اهمیت ویژه ای برخوردار است زیرا اگر موارد تشخیص داده شده به خدمات مراقبت و درمان متصل نشوند، عملاً بیماریابی بی فایده بوده است.



3. مشاوره پیشرفته

در ادامه انتظار می رود موارد تشخیص داده شده به نظام مراقبت و درمان اچ آی وی متصل شوند. پس از ورود افراد شناسائی شده به چرخه خدمات مراقبت و درمان با مشاوره و ارائه خدمات، شرایط ماندگاری بر نظام مراقبت فراهم می آید



1- مشاوره مقدماتی (PITC) :

بر مبنای سیاست‌های منطبق با برنامه ملی استراتژیک کنترل عفونت اچ‌آی‌وی و ارتقاء بیماریابی، انجام تست به روش OPT-out برای گروه‌های جمعیتی در 5 محور زیر توصیه شده است:

محور اول : Partner notification

شرکای جنسی و تزریقی افراد مبتلا از گروه‌های اصلی انجام تست به این روش هستند.

محور دوم : key Population

با توجه به اینکه کشور در مرحله اپیدمی متمرکز است؛ برنامه توصیه به انجام تست برای جمعیت‌های کلیدی در همه مناطق وجود دارد. ابتدا جمعیت‌های کلیدی هر منطقه تعیین می‌شود و نحوه دسترسی به آنها و روش‌های متناسب با هر جمعیت کلیدی، با توجه به ویژگیهای آن جمعیت، در آن منطقه مشخص می‌شود. این جمعیت‌ها شامل:

1. مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی آنها
2. مصرف کنندگان مواد محرک و شرکای جنسی آنها
3. زنان در معرض بیشترین آسیب و شرکای جنسی آنها
4. مردان در معرض بیشترین آسیب و شرکای جنسی آنها
5. گروه‌های ترانس سکسوال و شرکای جنسی آنها
6. زندانیان و شرکای جنسی آنها
7. کودکان خیابانی
8. مبتلایان به بیماریهای مقاربتی و مبتلایان به هپاتیت‌های منتقله از راه خون
9. مبتلایان به سل
10. جمعیت‌های حاشیه نشین (تعریف)

محور سوم: High risk Location

شواهد حاکی از آن است که علی‌رغم اینکه کشور در منطقه اپیدمی متمرکز است، اما در مناطقی کوچک و محدود ممکن است اپیدمی بیماری متفاوت تر باشد. بدیهی است این مناطق با عوامل خطر بالاتری شامل جمعیت‌های مهاجر، شیوع بالاتر رفتارهای پرخطر، شیوع بالاتر اچ‌آی‌وی، تاخیر در تشخیص اچ‌آی‌وی و... مواجه هستند. تشدید فعالیت

های بیماریابی و فراهم آوردن امکان دسترسی جمعیت عمومی به خدمات تشخیصی و تست در این مناطق یکی از اقداماتی است که باید پس از شناسایی این نقاط انجام شود. طراحی روش Risk Mapping برای تعیین این مکان ها، یکی دیگر از اقدامات اصلی ارتقاء می باشد.

محور چهارم: Symptom related¹

شناسایی بیمار از طریق نشانگان ایدز، در اصل نشان دهنده ی تاخیر در تشخیص است. این محور خصوصا در مناطقی که شواهد حاکی از تاخیر تشخیص در موارد شناسایی شده و قدمت اپیدمی بوده، می تواند یکی از محورهای اصلی ارتقا تشخیص باشد.

برنامه تشخیص مبتنی بر علائم در اطفال، و ادغام آن در برنامه مراقبت کودکان یکی دیگر از محورهای ارتقا خصوصا در مناطق با نشان های تاخیر تشخیص می باشد.

محور پنجم: جمعیت عمومی (Male and Female remaining population)

اگرچه کشور در مرحله اپیدمی متمرکز است، اما با توجه به اهمیت تشخیص به هنگام زنان باردار، تقویت برنامه تشخیص در زنان باردار بعنوان یکی دیگر از محورهای ارتقا تشخیص در نظر گرفته شده است

¹ از اهداف مهم این پیلار، آشنایی رشته های مختلف تخصصی با نشانگان ایدز می باشد



مشاوره توصیه به انجام تست در هر سطح از ارائه خدمات بهداشتی-درمانی می تواند انجام شود. در صورتی که زیرساخت ارائه خدمات به هریک از گروه های هدف فوق موجود باشد؛ کافی است خدمت توصیه به انجام تست در خدمات زیر ساخت مذکور ادغام شده و ارائه دهندگان خدمت مهارت لازم برای ارائه این خدمت را فرا گیرند. در این سطح ارائه دهندگان خدمات که ممکن است حتی از گروه های همسان باشند، خدمات مختلفی از جمله مراقبت زنان باردار، ارائه داروهای سل، خدمات کاهش آسیب و را ارائه می دهند. این افراد لزوماً با مفاهیم مشاوره و برقراری ارتباط آشنایی ندارند و برای ادغام ارائه خدمت انجام تست سریع لازم است این افراد مهارت های زیر را دریافت کنند:

- این افراد بعد از گذراندن دوره استاندارد مشاوره مقدماتی که با عنوان " رویکرد نوین آموزش اچ آی وی و PITC " خوانده می شوند، مهارت لازم برای انجام مشاوره مقدماتی را کسب می کنند.

2. مشاوره میانی (VCT):

این خدمت می تواند در مراکز مشاوره تخصصی (مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری و یا بخش های تخصصی مشاوره مراکز جامع سلامت و...) ارائه شود. در این سطح علاوه بر امکان ارائه کلیه خدمات سطح اول؛ قابلیت ارائه خدمات تخصصی تر مشاوره VCT و انجام تست های تاییدی تشخیصی برای موارد دارای نتیجه مثبت تست سریع را دارند. در این سطح ارائه دهندگان

خدمات علاوه بر مهارت های پیشگفت در سطح اول؛ لازم است با اصول و کلیات مشاوره کاملاً آشنا بوده و توان ارائه VCT را داشته باشند. مشاورین و مراقبین در صورت گذراندن دوره " مشاوره سطح دوم " و کسب مهارت های لازم به عنوان " مشاورین با مهارت انجام VCT " نامیده می شوند.

3. مشاوره پیشرفته (مشاوره برای مراقبت و درمان) :

این خدمت **اساساً** در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارائه می شوند این مراکز علاوه بر مشاوره پیشرفته امکان ارائه خدمات مشاوره اولیه و میانی در کنار خدمات مراقبت و درمان سرپایی به افراد مبتلا به اچ آی وی را نیز دارا هستند. مشاورین و مراقبین در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ضمن مهارت برقراری ارتباط با مراجعین، اصول مشاوره های تخصصی زیر را نیز باید بدانند

1. مهارت انجام آموزش و مشاوره "انگیزشی"
2. مهارت انجام مشاوره "افشا" و اعلام ابتلا به شریک جنسی/تزریقی
3. مهارت انجام مشاوره "پایبندی به درمان"

5- موارد لزوم انجام آزمایش مجدد اچ آی وی

آزمایش مجدد به معنی درخواست آزمایش جدید بعد از گذشت دوره زمانی مشخص است که در شرایطی مانند حوادث شغلی و غیرشغلی و یا در افرادی که در خطر تماس مکرر هستند انجام می شود. آزمایش مجدد حتماً بر روی نمونه جدید انجام می شود. بنابراین در گروههای اشاره شده در جدول شماره 1، تکرار آزمایش توصیه می شود.

جدول شماره 1: گروههای نیازمند آزمایش مجدد HIV

گروه	زمان انجام آزمایش بعد
1	داشتن آزمایش قبلی با جواب نامشخص (INDETERMINATE) طبق الگوریتم
2	شرکاء جنسی مبتلایان هر 3 ماه
3	مصرف کنندگان تزریقی مواد ، مراجعه کنندگان به مراکز کاهش آسیب هر 3 ماه
4	تن فروشان هر 3 ماه
5	مردانیکه با مردان دیگر رابطه جنسی دارند و افراد ترانس سکسوال هر 3 ماه
6	زندانیان هر 3 ماه
7	شرکاء جنسی گروههای در معرض بیشترین خطر (ردیفهای 3 تا 6) هر 3 ماه
8	زنان باردار دارای عوامل خطر که در سه ماهه اول بارداری آزمایش داده اند سه ماهه آخر بارداری / زمان زایمان
9	موارد دارای تماسهای تصادفی شغلی یا غیر شغلی طبق دستورالعمل مربوطه

فصل دوم : مشاوره مقدماتی – توصیه به انجام تست PITC

تاریخچه

به دنبال گسترش اپیدمی اچ ای وی و لزوم گسترش خدمات تشخیصی و فراهم آوردن امکان دسترسی به این خدمات، سیاست PITC مکمل سیاست VCT در امر شناسائی و تشخیص شد .

در بحث توصیه به انجام تست ، مشاوره پیش از آزمون که مشاوره ای در حد 40 تا 120 دقیقه بود جای خود را به یک توضیح مختصر در حد 5 تا 10 دقیقه می دهد در این روش لزومی ندارد ارزیابی خطر انجام شود. به افراد توصیه می شود تست انجام دهند، شرایط انجام تست برای آنها فراهم است، اما اگر فرد تمایلی به انجام تست نداشته باشد، می تواند تست را انجام ندهد. سیاست توصیه به انجام تست در کشورهایی که اپیدمی متمرکز دارند برای گروه های جمعیتی خاصی که احتمال ابتلا بالاتر داشته و یا در گروه های جمعیتی که تشخیص به هنگام اچ آی وی از اهمیت زیادی برخوردار است مانند مبتلایان به سل و مادران باردار صورت می گیرد. تعیین گروه های جمعیتی که مشمول برنامه توصیه به انجام تست هستند را سیاست های کلان کشوری مبتنی بر شواهد موجود تعیین می کند. اما کشورهایی که اپیدمی در مرحله منتشر است، توصیه به انجام تست برای همه افراد جامعه انجام می شود. در سال 2006 مرکز کنترل بیماریها در امریکا (CDC) مصوب کرد به کلیه افراد بالای 15 سال که به هر دلیلی به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می کنند توصیه به انجام تست اچ آی وی انجام شود.

رویکرد پیشنهاد درمانگر در واقع با هدف افزایش پوشش خدمات بیماریابی و برخورداری حداکثر افراد نیازمند از این خدمت مطرح شده است. مهم این است که افراد بررسی شده به خدمات مشاوره پس از آزمایش وصل شده و افرادی که آزمایش مثبت پیدا می کنند به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری ارجاع شوند. با اینحال باید در نظر داشت که افزایش تعداد آزمایش های انجام شده نیازمند افزایش دانش، مهارت و امکانات مشاوره خواهد بود و این امر نیازمند ساده تر شدن راهنماهای انجام مشاوره در آزمایش HIV نسبت به گذشته است. در واقع اساس موفقیت روش PITC بر این مبناست که اگرچه نهایتا انجام آزمایش برای بیمار اختیاری است و لیکن پرسنل بهداشتی باید بکوشند تا فرد را برای انجام آزمایش متقاعد کنند و آن را بعنوان بخشی از خدمات روتین آن مرکز معرفی کنند. روند ارائه آزمایش و مشاوره HIV با رویکرد پیشنهاد درمانگر و مبتنی بر روش Opt-out در فلوچارت 1 در انتهای این قسمت آورده شده و در ادامه این قسمت توضیحات بیشتری در باره اجزای مختلف آن آمده است.

اجزا پنج گانه توصیه به انجام تست:

اجزا مشاوره در جدول شماره 2 خلاصه شده است.

جدول شماره 2: اجزاء پنج گانه توصیه به انجام تست HIV

این بخش بیش از 5 دقیقه طول نمی کشد. این قسمت در قالب یه مشاوره انگیزشی است * در تمام مراحل باید از سوم شخص استفاده شود و فرد مخاطب قرار نگیرد * از پیام مثبت استفاده شود به جای جمله منفی مانند اگر دیر تشخیص داده شود و درمان نشود با مرگ همراه است از پیام مثبت در صورت تشخیص به موقع و درمان فرد می تواند طول عمر طبیعی داشته باشد. اجزا این قسمت عبارتند از 1. موضوع به او ربط دارد: (به عنوان مثال برای یک مصرف کننده تزریقی مواد می توان گفت: همه افرادی که در طول زندگی تزریقی مشترک داشته اند ممکن است ویروس اچ آی وی وارد بدنشان شده باشد) 2. موضوع مهم است: (بر خلاف باور رایج اچ آی وی یک بیماری عفونی قابل کنترل است که در صورتی که به موقع تشخیص داده شود فرد می تواند با دریافت دارو طول عمر طبیعی داشته باشد) 3. راهکار دردسترس دارد: (با یک آزمایش سریع که به صورت رایگان در این مرکز انجام می شود می توان برای تشخیص اچ آی وی اقدام کرد) 4. موانع شناخته شده و قابل حل است: (بعضی از مردم حاضر به انجام تست نیستند زیرا نگران هستند دیگران از نتیجه تست با خبر شوند اما در این مرکز نتایج کاملاً محرمانه است، به نظر شما چه عواملی دیگری مانع می شوند افراد تست ندهند) متناسب با پاسخ فرد راهکارهای مناسب ارائه شود 5. مزایا بیش از معایب است: (در انتها فرد باید بتواند توازن بین مزایای تست به گونه ای برقرار کند . که مزایای آن بیش از معایب آن باشد)	ترغیب:
این مرحله نیز نزدیک به 3 تا 5 دقیقه طول خواهد کشید. به جز آخرین قسمت که فرد مخاطب قرار می گیرد در این مرحله نیز از سوم شخص مفرد استفاده می شود. در این مرحله به 5 مورد زیر باید اشاره شود: 1. تست برای همه است (مثال در یک مرکز کاهش آسیب می توان گفت: از کلیه افراد تحت پوشش این مرکز این آزمایش به عمل می آید) 2. نتیجه کاملاً محرمانه است (نتیجه تست کاملاً محرمانه است و بجز خود شما به کسی اعلام نمی شود)	توصیه

3. نحوه دسترسی به تست (به عنوان مثال این تست توسط آقای ... در اطاق بغل دستی انجام می شود) 4. مفهوم پاسخ مثبت و منفی تست اولیه (این آزمایش یک تست اولیه است که رد پای میکروب را نشان می دهد از آنجا که گاهی ممکن است میکروب های دیگری هم رد پای مشابه اچ ای وی داشته باشند، اگر نتیجه تست مثبت باشد نمی توان قطعا گفت اچ ای وی است و برای اینکه مطمئن شویم باید آزمایش های تاییدی انجام شود. از طرف دیگر اگر میکروب تازه وارد بدن فرد شده باشد ممکن است هنوز رد پا نداشته باشد که در اینصورت بهتر است آزمایش سه ماه بعد تکرار شود) 5. توصیه (من از شما می خواهم که مثل سایرین این تست را انجام دهید) در صورتی که فرد راضی به انجام تست نباشد، باید با استفاده از رویکرد نوین آموزش و استفاده از روش مشاوره های انگیزشی موافقت وی را جلب نمود.	
مطابق دستورالعمل استاندارد مربوطه تست انجام می شود . اما قبل از انجام تست باید موارد زیر رعایت شود 1. تست اولیه است 2. مفهوم پاسخ مثبت و منفی (تکرار) 3. نتیجه کاملا محرمانه است (نتیجه تست کاملا محرمانه است و جز خود شما به کسی اعلام نمی شود) 4. روش انجام تست (تمام مراحل به زبان ساده شرح داده می شود) 5. مدت زمان آماده شدن پاسخ آزمایش	انجام تست
1. پاسخ باید بطور روشن اعلام شود 2. اگر جواب منفی شود: فرد با دانستن مفهوم دوران پنجره بداند که نیازمند تکرار تست است 3. اگر پاسخ مثبت است: تفاوت بین عفونت اچ ای وی و بیماری ایدز شرح داده شود 4. اگر پاسخ مثبت است: تست اولیه است و نیازمند تست تاییدی است 5. متناسب با پاسخ اقدام مقتضی صورت بگیرد	اعلام پاسخ

ارجاع موارد مثبت و پیگیری ارجاع

فرد با تست اولیه مثبت با فرم ارجاع به سطح دو ارجاع می شود و نتیجه ارجاع به شرح زیر پیگیری می شود:

مرکز درمان کننده تنها در صورتی از نتیجه نهایی آزمایش مطلع می شوند که خود فرد به این امر رضایت داشته باشد و خودش نتیجه را اعلام کند. مرکز نباید در خصوص نتیجه آزمایش کنجکاوی نموده و پیگیری انجام دهد. تنها باید مطمئن شود فرد ارجاع شده به مرکز مشاوره مراجعه کرده است. از آنجا که در مراکز مشاوره برای همه مراجعین اعم از مثبت یا منفی، پرونده مشاوره تشکیل می شود. مرکز ارجاع دهنده برای حصول اطمینان از مراجعه فرد به مرکز مشاوره و تشکیل پرونده برای وی است. لازم است کد شناسائی فرد در مرکز مشاوره را در پرونده وی وارد کند برای آگاهی از این کد باید اقدامات زیر انجام شود:

1. یک معرفی نامه به مرکز مشاوره صادر کنید.



2. فرد با معرفی نامه به مرکز مشاوره مراجعه می کند



3. مرکز مشاوره، فرم ارجاع را مهر و شماره پرونده مشاوره را در آن ثبت می کند



4. برگه توسط بیمار به مرکز ارجاع دهنده عودت شود



5. شماره پرونده مرکز مشاوره را در پرونده بیمار ثبت کنید.



اگر بیمار پاسخ ارجاع را همراه ندارد:



6. شماره پرونده را از مرکز مشاوره دریافت کنید



7. لیست افراد ارجاع شده را داشته باشد و در صورتی که شماره پرونده مرکز مشاوره در آن ثبت نشده



موضوع را پیگیری کنند

ترغیب فرد برای ارجاع و ادامه روند تشخیصی شبیه مرحله اول (ترغیب) و بر مبنای مشاوره انگیزشی است.

فصل سوم: مشاوره سطح میانی - مشاوره و آزمایش داوطلبانه VCT

مشاوره قبل از آزمایش

بطور کلی هدف مشاوره این است تا افراد را آماده سازد که با استرس و یا بحران بهتر مقابله کنند، معنای درست حل مسئله را دریابند و بر اساس اطلاعات صحیح و مناسب تصمیم بگیرند.

توجه به این نکته حائز اهمیت است که بر خلاف تصور عمومی هدف از انجام این مشاوره به تنهایی ترغیب افراد جهت انجام آزمایش تشخیصی نیست و حتی در بعضی موارد ممکن است با توجه به احتمال واکنشهای غیر عادی و عدم آمادگی مراجع، مشاور نه تنها وی را ترغیب به آزمایش ننماید بلکه انجام آزمایش را تا زمان آمادگی مناسب تر فرد به تعویق اندازد.

جلسات مشاوره قبل از آزمایش بهترین زمان برای آموزش در خصوص راههای انتقال و پیشگیری و کاهش آسیب است. در این جلسات بایستی تلاش شود مراجع با مفاهیم درست و واقعی آزمایش منفی و مثبت و اقدامات لازم پس از هر نتیجه ایی کاملاً آشنا شود. اغلب پس از آزمایش بدلیل تنش های ناشی از نتیجه آزمایش (اعم از مثبت و منفی) امکان ارائه این مطالب بصورت صحیح وجود ندارد.

واکنش فرد پس از اعلام نتیجه آزمایش بسیار مرتبط با جلسه مشاوره قبل از آزمایش خواهد بود و هرچقدر در این جلسه (جلسات) برقراری ارتباط و تغییر آگاهی و نگرش بهتر صورت گرفته باشد دستیابی به اهداف جلسات پس از مشاوره امکان پذیرتر خواهد بود.

- اطمینان از اینکه هر تصمیم درمورد آزمایش بر اساس آگاهی کامل از مفاهیم فردی، پزشکی، قانونی و اجتماعی مربوط به نسخه مثبت آزمایش اتخاذ می شود.
- ایجاد آمادگی برای کسانی که بابحرانهای ناشی از نتیجه مثبت روبرو می شوند.
- آماده کردن افراد، خواه کسانی که می خواهند آزمایش شوند، خواه آنانی که نمی خواهند، چه نتیجه مثبت باشد و چه منفی، برای دریافت اطلاعاتی که خطر را کم می کند. به این ترتیب آنان می توانند هم خطر ابتلاء به عفونت HIV و هم خطر انتقال به دیگران را کاهش دهند
- مشاوره قبل از آزمایش با روشن سازی مفاهیم واقعی نتایج آزمایش مثبت و منفی و نیز کمک به فرد در درک موقعیت واقعی خود، امکان واکنش های نامناسب فرد پس از آزمایش را به حداقل ممکن می رساند و همانگونه که اشاره شد تا فرد کاملاً آماده نباشد نباید برای وی آزمایش در خواست شود. لذا با توجه به انگ و بدنامی ناشی از بیماری در

جامعه و مشکلات مرتبط با آن افراد اگر قبل از آزمایش آمادگی لازم را نداشته باشد، تشخیص آلودگی در وی ممکن است منجر به واکنش هایی از سوی فرد شود که می تواند تبعات منفی برای فرد و جامعه داشته باشد.

اجزاء پنج گانه در مشاوره قبل از آزمایش شامل موارد زیر است:

1. ارزیابی عوامل خطر
 2. ارزیابی و اصلاح اطلاعات فرد در مورد HIV/AIDS و تفاوت آن دو با یکدیگر
 3. صحبت در مورد آزمایش ها و کاربردهای آن و معنای نتایج و کسب اطمینان از درک موضوع توسط مراجع
 4. ارزیابی مهارت های مقابله ای مراجع پس از اعلام نتیجه
 5. ارزیابی حمایت بیرونی (اطرافیان) از مراجع
- قبل از اینکه آزمایش داوطلبانه انجام شود، افراد باید بطور آگاهانه و از روی رغبت رضایت داده باشند. محرمانه بودن اطلاعات مراجع برای حمایت از وی ضروری است.
- تصمیم گیری در مورد آزمایش HIV باید پس از ملاحظات دقیق توسط مراجع و مشاور صورت بگیرد. در بعضی موارد، مثلاً زمانی که احتمال خودکشی در واکنش به نتیجه مثبت آزمایش بالا است، به تعویق انداختن آزمایش می تواند مناسب باشد. قضاوت بالینی باید بر اساس ارزیابی از میزان خطر و باتوجه به مبانی طبی، روانشناختی و اجتماعی صورت گیرد. وقتی تصمیم گرفته شد که آزمایش انجام شود بهتر است از مراجع بخواهیم تا نتیجه آزمایش آنتی بادی را پیش بینی کند. این اطلاعات بعداً در موقع ارائه نتایج آزمایش می تواند مفید باشد (خصوصاً وقتی که مراجع نتیجه را مثبت پیش بینی کند و پیش بینی هم درست باشد). همچنین سودمند خواهد بود که از مراجع، احتمال مثبت یا منفی بودن آزمایش و این که چه واکنشی نشان خواهد داد، پرسیده شود. این به مشاور اجازه می دهد تا اطلاعات عملی را جایگزین انتظارات غیر واقعی کند و نسبت به افکار و وضعیت روانشناختی مراجع آگاهی بیشتری پیدا کند.

مشاوره بعد از آزمایش

اهداف مشاوره بعد از آزمایش

1. آماده کردن مراجع برای اعلام نتیجه آزمایش خون
2. ارزیابی اطلاعات مراجع از نتیجه آزمایش
3. کمک به مقابله با واکنش های روانشناختی
4. مشخص کردن احتمال تداوم رفتار مخاطره آمیز و نیاز به مراقبت پیگیرانه از قبیل خدمات روانپزشکی

بنابراین اعلام نتیجه به فرد باید به جای گزارش از طریق تلفن یا نامه به صورت ملاقات حضوری مشخص شود. کمیت و کیفیت اطلاعات غیر کلامی بدست آمده از مصاحبه چهره به چهره مهم است. اطلاعات مهم باید از مشاهده زبان تن (Body language)، ظاهر و واکنشهای مراجع بدست آید.

اجزاء پنج گانه مشاوره بعد از آزمایش شامل موارد زیر است :

1. اعلام نتیجه آزمایش
2. اجازه به بیمار برای ابراز احساسات و واکنش هایش
3. ارزیابی درک و فهم مراجع از نتیجه آزمایش
4. ارزیابی وضعیت روانشناختی مراجع
5. پیشنهاد برای پیگیری روانپزشکی، پیگیری طبی و توصیه خدمات حمایتی اضافی در صورت نیاز

زمان اعلام نتیجه آزمایش:

مشخص کردن نتیجه آزمایش بهتر است در ابتدای جلسه مشاوره پس از آزمایش مستقیم انجام شود. احتمال دارد مراجع در انتظار نتیجه آزمایش مضطرب شده و مشتاق فهمیدن نتایج باشد. پس از اینکه نتایج آزمایش مشخص و اعلام شد بهتر است واکنش مراجع نسبت به نتیجه آزمایش ارزیابی شود. با پرسش هایی مانند "حالا که شما می دانید نتیجه آزمایش تان مثبت یا منفی دارید، معنای این نتیجه آزمایش برای شما چیست ؟" مشاور باید به مراجع کمک کند تا اطلاعات را خوب بفهمد و درک کند. مرور اطلاعات موجود از جلسه قبل از آزمایش سودمند است.

پس از طرح نتیجه آزمایش، امکان بروز طیف وسیعی از واکنش های روانشناختی وجود دارد. واکنش فوری به صورت تعجب، گریه و شیون و بدنال آن اضطراب ممکن است مشاهده شود. افراد با نتیجه مثبت ، ممکن است واکنش هایی بصورت ابراز بی اعتقادی، خشم، ترس ، گناه یا اتهام به خود یا دیگران نشان دهند. اغلب افسردگی بالینی در بین کسانی که آزمایش مثبت HIV دارند دیده می شود و در بعضی موارد ممکن است افسردگی به افکار یا اقدام به خودکشی منجر شود. طبیعی است نوع برخورد و مسائل مرتبط بسیار وابسته به نتیجه آزمایش باشد، لذا مشاوره پس از آزمایش در دو حالت زیر شرح داده خواهد شد:

مشاوره بعد از یک نتیجه منفی

در مواقعی که نتیجه منفی است، درک مراجع از چگونگی پیشگیری عفونت در آینده باید ارزیابی شود. گفتگوی دقیق در مورد معنای نتیجه منفی از دید مراجع بسیار حائز اهمیت است (آیا این نتیجه پیش بینی شده بود یا خیر) در بعضی مواقع خبر مبتلا نبودن، احساس آسودگی یا سرخوشی در مراجع ایجاد می کند اما بر نکات زیر باید تاکید شود:

- بعد از مواجه احتمالی با HIV یک دوره پنجره ای* وجود دارد. در طول این دوره، نتیجه آزمایش منفی را نمی توان معتبر دانست. به این معنی که باید 3 ماه باید از زمان مواجهه با HIV گذشته باشد و تنها بعد از آن، نتیجه منفی می تواند به این معنی باشد که عفونت وجود ندارد.
- فقط با اجتناب از رفتارهای مخاطره انگیز می توان از مواجهه بعدی با عفونت HIV جلوگیری نمود و مشاور باید بطور کامل و به شیوه قابل فهم، رابطه جنسی ایمن و اجتناب از تزریق مشترک را برای مراجع توضیح دهد و امکان انتخاب های مناسب را برای او فراهم کند.

مشاوره بعد از یک نتیجه مثبت

مهمترین نکته که در امر مشاوره پس از آزمایش می تواند کمک کننده باشد این است که بیمار بداند هر چند که عفونت مادام العمر است، اما داشتن یک آزمایش مثبت به تنهایی به این معنا نیست که فرد ایدز دارد و درک تفاوت بین آلودگی و بیماری بسیار کمک کننده خواهد بود. بدیهی است در صورت انجام یک مشاوره قبل از آزمایش خوب و در صورتی که این مفاهیم به مراجع انتقال داده شده باشد تنها با یادآوری آنان می توان به فرد کمک نمود. به مراجع باید فرصت داده شود تا اطلاعات جدید را خوب درک کند. پس از یک دوره سازگاری (تطابق) اولیه، مشاور باید به مراجع توضیح روشن و درستی در مورد این که خبر ها چه معنایی برایش دارند، ارائه دهد و فرصتی برای تقویت امیدواری، امید به راه حل های قابل دسترس برای مسائل شخصی و عملی خواهد بود. وقتی منابع قابل دستیابی هستند ممکن است در مورد درمان های احتمالی، بعضی علائم عفونت HIV و در مورد کارآیی درمان های ضد ویروس گفتگو کرد.

برای بیماران با آزمایش مثبت لازم است جلسات تکرار شود تا خدمات حمایتی مورد نیاز آنها فراهم شده و عملکرد روانشناختی آنها تحت نظارت قرار گیرد.

بیمارانی که نیاز به سازگاری با شرایط فعلی محیط و یا کنترل احساسات افسردگی یا اضطراب دارند، علاوه بر مشاوره، ارجاع روانپزشکی ضروری است. می توان مراجعان را به خطوط تلفن مشاوره ای، گروه های حمایت از HIV و یا برای روان درمانی انفرادی ارجاع داد لازم است بر وضعیت طبی نیز به همان اندازه نظارت شود.

جلسه بعد از آزمایش باید شامل ایجاد انگیزه کافی در مراجع برای تغییر رفتارهای مخاطره آمیز نیز باشد. به منظور پیشرفت در تغییر رفتار، مشاور می تواند از طریق تصریح راههای انتقال، گفتگو در مورد خطرات و روشهای جالب کاهش خطر با مراجع صحبت کند.

با توجه به اینکه راهنماهای آموزشی به تفصیل در زمینه مشاوره پس از آزمایش وجود دارد در این رهنمود به آن پرداخته نخواهد نشده است.

فصل چهارم : مشاوره پیشرفته – مراقبت و درمان

مشاوره انگیزشی

مراقبت اچ آی وی پروسه ای طولانی و تا پایان عمر بیمار است. در سایر بیمارهای مزمن نیز پذیرش بیمار برای دریافت خدمات مراقبتی و درمانی به راحتی صورت نمی گیرد این درحالی است انگ ناشی از اچ آی وی در بسیاری مواقع موانع جدی تری بر سر راه بیماران برای دریافت خدمات وجود دارد.

لذا ضرورت انجام مشاوره انگیزشی همراه کلیه خدمات تشخیصی و درمانی ارائه شده به بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است. در مصاحبه انگیزشی، مشاور از مواجهه کلاسیک که طی آن درمانگر بر نیاز به تغییر تاکید می کند (تو باید این کار را انجام بدهی!) در حالی که درمانجو آن را قبول ندارد، جدا اجتناب می ورزد، مشاور به جای آن که درمانجو را مستقیماً متقاعد سازد، به طور منظم اطلاعاتی را به او می دهد و همزمان به او کمک می کند که دلایل نگرانی های اش از تغییر را بفهمد. مشاور فضای صمیمی و همدلانه ایجاد می کند که به بیماران امکان می دهد احساسات تردید آمیز در مورد تغییر را شناسایی کنند. مشاور به طور مستقیم با مقاومت بیمار برخورد نمی کند. بلکه مقاومت او را ماهرانه منحرف می کند.

در این حالت برای هر اقدام باید مراحل زیر انجام شود (تست های تشخیصی، درمانهای پیشگیرانه و...)

1. ابتدا لزوم ارائه این خدمات به افراد مبتلا به اچ آی وی به زبان ساده بیان می شود (مثلاً اهمیت بیماریابی سل در اچ آی وی، یا درمان پروفیلاکسی سل و...)
2. روش انجام کار با جزئیات بیان می شود (مثلاً تست پوستی چطور انجام می شود، یا درمان مورد نظر شامل چه داروهایی است و از کجا و چطور تهیه می شود و...)
3. مزایا و عوارض خدمت مورد نظر بیان می شود

4. فرصت داده می شود تا فرد نگران های خود را از دریافت خدمت را بیان کند
5. راهکارهای مناسب برای رفع موانع و مرتفع کردن نگرانی های بیمار بیان کنید
6. تصمیم نهایی بر عهده بیمار خواهد بود. هر چه مزایا بیشتر و موانع رفع شده بیشتر باشد احتمال پذیرش بیمار بیشتر است.

بدیهی است در صورت اجبار درمانگر فرد ممکن است به ظاهر قبول کند اما در هر حال عمل موثری نخواهد داشت و بی شک نتیجه مطلوب حاصل نمی گردد.

مصاحبه انگیزشی یک تکنیک درمانی است که برای درگیر ساختن درمانجویان مقاوم در فرآیند درمانی طراحی شده است. روشی درمانجو-محور برای بالا بردن انگیزه درونی برای تغییر و تمکین از اصول مراقبت و درمان است. این نوع مشاوره نیز مانند سایر مشاوره ها بر فنون مشاوره ای تکیه دارد و تلاش می شود تا نگرش بیمار بدون مواجهه نسبت به منافع و زیان های مداخلات درمانی تغییر یابد. این رویکرد به ویژه در کسانی که هنوز آماده پذیرش برنامه های مراقبت نیستند و یا در این باره تردید دارند موثر است. در واقع هدف اصلی این رویکرد درمانی بر طرف کردن احساس دودلی مراجعان و تشویق آنها به بیان نگرانی ها و دلایل شخصی شان برای پایبندی به اصول درمانی است

در مصاحبه انگیزشی از دو تکنیک بطور عمده استفاده می شود.

1. کاهش احساس خصومت و حالت دفاعی بیمار
 2. نشان دادن اثرات مراقبت و درمان که بیمار به آن واقف نیست
- مشاوره انگیزشی روندی پایا و ماندگار است و برای هر بیمار پنج مرحله عمده زیر را طی می کند:

مرحله اول: غفلت و ناآگاهی، دادن بینش به دفاع های ناپخته بیمار، مقابله با مکانیزم های انکار در مرحله غفلت و ناآگاهی اولین خط درمان مصاحبه انگیزشی است. ممکن است در مرحله غفلت و ناآگاهی افراد حتی از آثار مفید مراقبت و درمان هیچ اطلاعی نداشته باشند. در این مرحله بهترین اقدام مشاور، فعال ساختن بیماری برای درک اثرات مراقبت و درمان است.

مرحله دوم: تفکر و تأمل، درمانگر از طریق مصاحبه انگیزشی باید مزیت های درمان یا تغییر را گوشزد کند.

مرحله سوم: آمادگی تغییر رفتار، که بیمار برای تغییر رفتار آمادگی دارد باید او را تشویق کند تا برنامه ای واقع بینانه برای ورود به مرحله عمل طرح کند.

مرحله چهارم: عمل، که برنامه درمان اجرا می شود. درمانگر باید راه هایی را برای افزایش خود کار آمدی بیمار طراحی کند.

مرحله پنجم: نگهداری، در مرحله نگهداری نگرانی بیمار ادامه روند درمان است، لذا درمانگر از طریق ارائه طرحی برای ماندگاری بر درمان او را یاری می دهد. همچنین به او کمک می کند که چگونه در صورت لغزش و نقض تعهد، به درمان پای بند باشد

مشاوره اعلام ابتلا به شریک جنسی/تزریقی

اعلام ابتلا به HIV به شریک/شرکاء جنسی/تزریقی یک روند اختیاری است که در طی آن، پرسنل بهداشتی دوره دیده اعم از پزشکان و مشاورین و حتی گروههای همسان و افراد غیر حرفه ای بهداشتی که دوره های آموزشی را گذرانده باشند، از مبتلایان به HIV در مورد شرکاء جنسی و تزریقی که دارند سوال می کنند و با کسب رضایت از فرد مبتلا، به شریک جنسی/تزریقی او پیشنهاد می کنند که با توجه به وجود رابطه پرخطر تست HIV را انجام دهد. اعلام ابتلا به HIV به شریک/شرکاء جنسی/تزریقی ممکن است توسط خود فرد مبتلا انجام شود (غیر فعال) و یا با همکاری فرد دیگری بعنوان "اعلام ابتلا حمایت شده" صورت گیرد.

خدمات اعلام ابتلا به HIV به شریک/شرکاء جنسی/تزریقی حمایت شده به کمک یک فرد دیگر نظیر پرسنل بهداشتی، یک قرارداد دارد. به این معنی که پرسنل با بیمار قرار می گذارد که تا مدت زمان مشخصی بیماری را اعلام نماید و اگر نتوانست، اعلام دو نفری انجام شود. این روش میزان پذیرش انجام تست HIV را بین شرکاء جنسی/تزریقی فرد افزایش می دهد که طبعاً نتیجه آن می تواند شناسایی افراد مبتلا و اتصال به خدمات مراقبت و درمان HIV باشد.

مطالعات و گزارشات مختلف نشان داده است که موارد بروز آسیب های اجتماعی و خشونت خانگی بدنبال افشاء HIV به شرکاء جنسی/تزریقی بسیار نادر است. بخصوص با حضور و کمک افراد آموزش دیده در این زمینه، روند اعلام ابتلا مناسب تر و با عوارض کمتری خواهد بود. در کنار اقدامات انجام شده، مشاوره های اختصاصی تری در زمینه ارزیابی احتمال بروز خشونت خانگی، می تواند تبعات نامطلوب افشاء را کاهش دهد.

به هر حال باید فرد مبتلا را از گزینه های مختلفی که می تواند برای اعلام ابتلا به HIV به شرکاء جنسی/تزریقی خود استفاده کند آگاه نمود و نهایتاً انتخاب روش، توسط بیمار صورت می گیرد.

خدمات اعلام ابتلا به HIV به شریک / شرکاء جنسی / تزریقی باید همیشه داوطلبانه باشد. روش های اجباری یا تنبیهی هرگز مورد تأیید نیست و همواره افراد برای آگاهی در مورد منافع و تبعات این روند و انتخاب های موجود مورد مشاوره قرار گیرند. از سویی دیگر، اعلام ابتلا به HIV باید به شریک / شرکاء جنسی / تزریقی صورت گیرد. قوانین کیفری، فشارهای قانونی و سایر سرویس ها به هیچ وجه نباید در این روند دخالت داشته باشند، بخصوص در جوامعی که رفتار گروههای کلیدی به خودی خود بعنوان جرم شناخته می شود. بنابراین قوانین حمایتی برای ارائه مؤثر خدمات اعلام ابتلا به HIV به شریک / شرکاء جنسی / تزریقی ضروری می باشد.

در همین راستا کشورها باید قوانین و سیاست هایی بمنظور حمایت از مبتلایان به HIV اتخاذ کنند که با ممانعت از قوانین تنبیهی و اجبار در افشاء، از میزان انگ و جرم HIV و نیز گروههای کلیدی بکاهند.

اعلام وضعیت ابتلا فرد به HIV در بین گروههای کلیدی:

مطالعات متعددی برای اعلام وضعیت ابتلا HIV به شریک جنسی / تزریقی در بین گروههای کلیدی که شامل مردان همجنس گرا، زنان تن فروش، ترانس جندر (تراجنسیتی) و معتادان تزریقی انجام شده است. در میان این گروهها استفاده از روش اعلام ابتلا حمایت شده بمراتب مؤثر تر از نوع غیر فعال در مورد تمایل به انجام تست، شناسایی موارد جدید و وصل به خدمات بوده است. یکی از مهمترین چالش هایی که در این گروه وجود دارد این است که گروههای کلیدی توانایی کمتری برای ایجاد تمایل به انجام تست در بین شرکاء جنسی / تزریقی خود دارند. این موضوع در جمعیت عمومی نیز صادق است اما در بین گروههای کلیدی بمراتب سخت تر و غیر عملی تر می باشد. به همین دلیل ارائه این خدمت به گروههای کلیدی نیاز به تلاش بیشتری برای شناسایی شرکاء جنسی و تزریقی و اطمینان دادن به آنان برای حفظ راز داری در انجام تست HIV دارد. نیز افراد مبتلا به HIV باید اطمینان داشته باشند که گمنامی آنان حفظ خواهد شد.

در مجموع بنظر می رسد که اعلام ابتلا حمایت شده و با حضور و همکاری مشاورین، بهترین راه باشد.

اعلام وضعیت ابتلا فرد به HIV در بین نوجوانان و جوانان:

مطالعات مختلف نشان داده است که هر چه سن افراد کمتر باشد، برای افشاء و اعلام ابتلا، تمایل به استفاده از روشهای مجازی نظیر ارسال پیامک از طریق تلفن های همراه یا ارسال ایمیل بیشتر از مشاوره های حضوری است. خصوصاً تمایل به استفاده از

تلفن همراه در نوجوانان بیشتر است. در حقیقت جوانان بیشتر ترجیح می دهند که در مقایسه با مشاوره های چهره به چهره، از طریق شبکه های مجازی گفتگو کنند که این در مورد افشاء نیز صدق می کند.

نکات مهمی که باید در مورد اعلام ابتلا و افشاء در نوجوانان و جوانان در نظر گرفت شامل موارد زیر است:

- با توجه به اهمیت درمان زود هنگام مبتلایان در HIV هرگز نباید گروه جوانان و نوجوانان از برنامه افشاء و اعلام ابتلا حذف شوند
- دریافت اطلاعات در مورد احتمال بالقوه انتقال HIV در گروه جوانان و نوجوانان همواره با چالش های بیشتری نسبت به بقیه همراه است
- مشاورین باید مفهوم واقعی و متناسب مشاوره و تماس با نوجوانان را دریافت کنند تا بتوانند خدمات حمایتی مورد نیاز آنان را ارائه دهند. با توجه به مشکلات خلقی و احساسی نوجوانان و جوانان در این سنین، عموماً از دست دادن حمایت ها و روابط با تبعات سنگین تری همراه است
- نوجوانان ممکن است فکر کنند که در صورت افشاء، بشدت مورد خشونت های خانگی و سوء استفاده دیگران قرار می گیرند. ضمن اینکه عموماً شناسایی شرکاء جنسی نوجوانان مشکل تر است.
- بعضاً موارد قانونی در مورد نوجوانان، نظیر سن قانونی برای رضایت تست و ممنوعیت رابطه جنسی، مشکلات مضاعفی را در مشاوره و بیماریابی این گروه ایجاد می کند. بدیهی است که فراهم کردن محیطی امن برای مشاوره نوجوانان، به دور از محدودیت ها و ممنوعیت های قانونی و عاری از قضاوت، می تواند شرایط ارائه خدمات مرتبط با اعلام ابتلا و افشاء را برای آنان فراهم کند و در صورت نیاز فرد را مهیای دریافت خدمات مراقبت و درمان HIV نماید.

روش های برتر اعلام ابتلا به HIV به شریک جنسی / تزریقی:

در حقیقت یک روش ثابت که بتوان برای همه جهت اعلام ابتلا استفاده کرد وجود ندارد. الویت انتخاب روش افشاء به جمعیت مورد نظر، سن و نوع شریک جنسی (همسر یا غیر همسر) بستگی دارد.

مطالعات نشان داده است که اعلام ابتلا حمایت شده به روش ارجاع به مشاور در مورد شرکای جنسی غیر اولیه (برای مثال غیر از همسر) مؤثر تر بوده است. شاید مشاور ابتلا از نوع غیر فعال در مورد همسر فرد مبتلا، مؤثر تر باشد.

در بین مردان همجنسگرا و زنان تن فروش، روش های حمایت شده بدلیل نگرانی آنان از شرم و ترس و خشونت، معمولاً مناسب تر است.

در مطالعه انجام شده در مورد افراد مبتلا به HIV با زمینه اعتیاد تزریقی نیز، بیش از 70٪ موافق اعلام ابتلا به کمک مشاورین و گروههای outreach بوده اند.

آنچه مسلم است این است که اعلام وضعیت ابتلا HIV فرد به شرکاء جنسی / تزریقی او امری پذیرفته شده و قابل اجرا است و به روش های مختلفی انجام می شود.

رویکرد اعلام ابتلا غیر فعال در واقع از زمان مشاوره پس آزمون شروع می شود که مشاور تلاش می کند فرد مبتلا را متقاعد کند تا در مورد بیماری اش با شریک جنسی / تزریقی صحبت نماید. پیشنهاد نوشتن یک نامه، ارسال یک کارت نوبت ویزیت، ارسال ایمیل یا پیامک و غیره توسط خود فرد مبتلا نیز در ادامه مطرح می شود.

"اعلام ابتلا حمایت شده" می تواند شامل مشاوره چهره به چهره با شریک جنسی / تزریقی، ارسال نامه، تماس تلفنی، پیامک یا ایمیل از طرف مشاور به شریک جنسی / تزریقی فرد مبتلا باشد. در مورد استفاده از تماس تلفنی یا ارسال پیام، باید دقت بیشتری کرد که حتماً با فرد مورد نظر تماس گرفته شود و اشتباهی با فرد دیگری صحبت نشود.

عموماً روش های پیام رسانی مجازی از طرف جوانان پذیرفته تر است ولی در گروههای مختلف دیگر از جمله مردان همجنس گرا و با شرکای جنسی / تزریقی متعدد نیز نتایج بسیار مطلوب بوده است.

نکته بسیار مهم این است که راههای مختلف را به فرد معرفی نمائید و به او حق انتخاب دهید.

هزینه ها و مقرون به صرفه بودن:

هزینه بالقوه خدمات مرتبط با اعلام ابتلا و افشاء همواره مورد توجه سیاست گذاران است چرا که برای دستیابی و تماس با شرکاء جنسی / تزریقی مبتلایان به HIV باید اقدامات مختلفی برای آمادگی آموزش سیستم و پرسنل بهداشتی صورت گیرد.

بدیهی است که "اعلام ابتلا حمایت شده" هزینه بر است ولی در تمام مطالعات انجام شده بر هزینه اثر بخشی آن تأکید شده است.

در نهایت با توجه به تمام مطالعات مختلف انجام شده، اعم از کارآزمایی های شاهددار تصادفی، مطالعات مشاهده‌ای، مطالعات امکان سنجی و مقرون به صرفه بودن و مطالعات مروری انجام شده، خدمات اعلام ابتلا حمایت شده اختیاری باید بعنوان بخشی از بسته جامع خدمات تست و مراقبت، به مبتلایان به HIV ارائه شود.

نکاتی که باید برای موفقیت این برنامه در نظر گرفت:

زمانی که خدمات اعلام ابتلا به شرکاء جنسی / تزریقی اجرا می شود، باید تمام بخش های مختلف و مرتبطی که می تواند برای موفقیت برنامه مؤثر باشد، در نظر گرفت که شامل موارد زیر است:

- آموزش پرسنل ارائه دهنده خدمات،

- مدل های ارائه خدمت متناسب با وضعیت موجود

- قوانین و سیاست های درمانی

برای به حداکثر رساندن منافع خدمات اعلام ابتلا حمایت شده، جنبه های مختلفی از ارتباط مؤثر با افراد مبتلا، از اولین زمان تشخیص باید در نظر گرفته شود. معمولاً افراد در ابتدای آگاهی از ابتلا به HIV، آمادگی افشاء بیماری خود به دیگران را ندارند. بنابراین زمانی که فردی وارد برنامه دریافت خدمات HIV می شود، پرسنل مرکز مشاوره باید فرد را از نظر اعلام بیماری به شرکاء جنسی / تزریقی اش بررسی کنند و در صورتی که بیماری اش را اعلام نکرده باشد، با پیشنهاد خدمات مرتبط، او را ترغیب به اعلام ابتلا و افشاء نمایند.

در واقع در هر بار ویزیت بیمار، باید در این مورد با بیمار صحبت شود تا بالاخره اطمینان وی به پرسنل بهداشتی جلب شده و موافق روند افشاء شود.

همواره سیاست های حمایتی برای اجرای مؤثر و موفق هر برنامه ای، ضروری است. بنابراین قبل از اجرای برنامه اعلام ابتلا به شرکاء جنسی / تزریقی، لازم است که شرایط و بستر مناسبی برای این کار فراهم شود. در گام اول باید تلاش شود که قوانینی که باعث محدودیت و افزایش استیگما شده یا با دیدی مجرمانه و تنبیهی به موضوع افشاء پرداخته اند، اصلاح شود.

یکی از مواردی که حتماً باید مورد تجدید نظر قرار گیرد، قانونی است که دلالت بر اجبار افشاء توسط فرد مبتلا دارد، چرا که این گونه قوانین باعث افزایش استیگما علیه بیماران شده و به گونه ای مجرمانه و تنبیهی با آنان برخورد می کند.

موانع ساختاری که می تواند مانع از افشاء موفق شود شامل موارد زیر است:

- قوانین و سیاست هایی که از تست HIV اجباری حمایت کنند
 - قوانین و سیاست هایی که از افشاء اجباری HIV به شرکاء جنسی / تزریقی حمایت می کنند
 - قوانین و سیاست هایی که دید تنبیهی و مجرمانه به انتقال HIV دارند
 - قوانین و سیاست هایی که دید تنبیهی و مجرمانه به رفتار گروههای کلیدی (نظیر مردان همجنسگرا، معتادان تزریقی، تن فروشان و ترانس ها) دارند
 - نبود رازداری و اطلاعات کافی پزشکی
 - شکستن گمنامی در زمان اطلاع رسانی به شریک جنسی / تزریقی
- برای داشتن برنامه افشاء موفق، باید مشکلات ساختاری فوق را در نظر گرفت و تا حد ممکن باید حل شود.

آموزش و اطلاع رسانی و صحبت کردن در مورد خطرات افشاء برای مبتلایان:

- به تمام افرادی که اخیراً شناسایی شده اند باید پیشنهاد شود که افشاء داوطلبانه با شریک جنسی / تزریقی خود را انجام دهند. این کار توسط یک مشاور دوره دیده باید انجام شود.
- در اولین جلسه اعلام بیماری به فرد و نیز در هر بار مراجعه بیمار به مراکز مشاوره باید این کار انجام شود تا نهایتاً بیمار تمایل و آمادگی برای اعلام بیماری به شریک جنسی / تزریقی خود را اعلام کند. بدیهی است که با ارائه اطلاعات مناسب و بیان تجربیات به بیماران، به او زمان می دهیم تا آماده افشاء شود.
- در نظر بگیرید که بیماران اغلب به دلیل اضطراب ناشی از پیامدهای احتمالی افشاء، این موضوع را به تعویق می اندازند چون از تبعات افشاء می هراسند.
- همواره در مشاوره به مواردی چون انتخاب فردی که باید افشاء به او صورت گیرد (نظیر همسر) لازم است توجه کرد. انجام افشاء به شریک جنسی / تزریقی زمانی صورت می گیرد که منافع و خطرات این کار برای بیمار کاملاً روشن شود و بیمار احساس کند که این کار به نفع اوست.
- در مشاوره با بیمار باید مطالب زیر برای وی توضیح داده شود:

- هدف از انجام اطلاع رسانی در مورد ابتلا به بیماری HIV به شریک جنسی / تزریقی
- چه شرط هایی برای اطلاع رسانی به شریک جنسی / تزریقی باید در نظر گرفته شود
- اعلام بیماری به شریک جنسی / تزریقی کاملاً اختیاری است و حتی اگر فرد از اعلام بیماری خود امتناع کند، همچنان می تواند از خدمات مرکز مشاوره استفاده نماید.
- روشهای مختلفی برای اعلام ابتلا به شریک جنسی / تزریقی وجود دارد (توسط پرسنل بهداشتی، با بستن یک قرارداد، استفاده از دو روش همزمان و ارجاع منفعل)
- خطرات و منافع افشاء برای فرد مبتلا و دیگران و این که چگونه می توان خطرات افشاء را کاهش داد
- چگونه و به چه حد می توان از حریم خصوصی و محرمانه بودن ابتلا فرد حفاظت کرد
- بیمار باید از مکان هایی که خدمات حمایتی ارائه می دهند باخبر باشد و بداند چگونه می تواند با آنها در صورت نیاز تماس بگیرد، بخصوص در مورد افرادی که قبلاً خشونت های مشابهی را تجربه کرده باشند

آموزش مشاورین برای ارائه خدمات "اعلام بیماری حمایت شده":

برای ارائه خدمات اعلام بیماری حمایت شده، پرسنل بهداشتی / مشاورین نیازمند آموزش کافی و آگاهی از نحوه حمایت از بیماران هستند تا بدانند که چگونه و بطور مؤثر باید شرکاء جنسی / تزریقی فرد را پیگیری و خدمات افشاء را ارائه کنند. باید کاملاً واضح باشد که خدمات اعلام بیماری حمایت شده به شرکاء جنسی / تزریقی فرد اختیاری و با اجازه فردی است که با HIV زندگی میکند

یکی از مهمترین نکاتی که باید در آموزش مشاورین مورد توجه قرار گیرد این است که آنها بدانند که چگونه با حساسیت کامل و بدون قضاوت کردن با بیمار در مورد شریک / شرکاء جنسی اش وارد صحبت شوند و خصوصاً در مورد افشاء به زوجینی که یکی از آنها مثبت باشند، کمک کنند و نیز احتمال وقوع خشونت های خانگی را شناخته و شدت آن را کاهش دهند. مشاوره های اختصاصی تری در این زمینه برای نوجوانان و جوانان و گروههای کلیدی ممکن است مورد نیاز باشد. آموزش های ارائه شده باید علاوه بر آموزش و یادگیری مهارت برقراری ارتباط با افراد، در جهت ترغیب شرکاء جنسی / تزریقی به انجام تست و اتصال آنان برای دریافت خدمات مرتبط صورت گیرد.

مشاورین باید مهارت کافی داشته باشند تا بتواند بیمار را حمایت کنند که بهترین فرد را برای افشاء انتخاب کند و بدانند با چه کسی یا کسانی نباید اصلاً تماس بگیرند. همچنین مشاورین باید بدانند که آنان تحت هیچ شرایطی حق ندارند راز بیماران و شرکاء جنسی آنان را بدون اجازه و رضایت خود فرد افشاء کنند.

قضات، نیروی انتظامی و سایر ارگان های غیر مرتبط با سیستم بهداشتی نباید در روند ارائه خدمات افشاء و اعلام بیماری فرد نقشی داشته باشند، خصوصاً این موضوع زمانی مهمتر است که در ارتباط با گروههای کلیدی و افراد در معرض خطر بیشتر ابتلا به HIV باشد که بعضاً نگاه مجرمانه به آنان وجود دارد.

در واقع مشاور به گونه ای باید آموزش داده شود که خود در جریان ارائه خدمات، باعث آسیب به بیمار یا شریک جنسی / تزریقی او نشود. از سویی دیگر باید مراقب باشند که توسط اطرافیان بیمار آسیب نینند. به همین منظور لازم است در مراجعه به محل زندگی / منزل بیمار برای ارائه خدمات مشاوره، حتماً با یکی دیگر از پرسنل، خصوصاً یک مددکار، بروند.

کاهش خطرات و حفاظت مقابل آسیب های احتمالی:

پرسنل آموزش دیده باید قادر باشند که مشاوره و حمایت مناسبی به بیماران مبتلا به HIV و شرکاء جنسی و تزریقی آنان ارائه دهند. تمرکز مشاوره ها باید بر حمایت و تشویق به افشاء وضعیت HIV، البته در زمانی مفید و مناسب، و اهمیت اتصال به خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان HIV باشد.

بسیار مهم است که اطلاعات دقیقی را در اختیار شرکاء جنسی و تزریقی بیماران قرار دهیم تا آگاهی کافی در مورد اهمیت پابندی به درمان در بیماران و مهار بار ویروسی در آنان، روش های مختلف پیشگیری از انتقال HIV نظیر PrEP، کاندوم داشته باشند.

پرسنل بهداشتی باید بسیار مراقب حفظ رازداری افراد باشند بخصوص در زمانی که شرکاء جنسی / تزریقی مبتلا به HIV بوده و هنوز افشاء نکرده اند.

پرسنل بهداشتی / مشاورین لازم است ارزیابی اولیه از اطرافیان بیمار داشته باشند تا بدانند کدامیک از بیماران ممکن است در معرض آسیب های اجتماعی و خشونت خانگی بعد از افشاء قرار گیرند. پرسشنامه های مختلفی برای ارزیابی خشونت خانگی وجود دارد که مشاورین می توانند از آن استفاده کنند

روش های تماس / اطلاع رسانی با شریک جنسی / تزریقی:

به تمام افرادی که مبتلا به HIV هستند باید سریعاً پیشنهاد شود که بیماری خود را به شریک جنسی / تزریقی خود اطلاع دهند. بر اساس شرایط بیمار باید تصمیم گرفت که استفاده از چه روشی برای افشاء می تواند برای وی مناسب باشد. روش های مختلف باید برای بیمار توضیح داده شود و نهایتاً انتخاب را بعهده خود وی می گذاریم.

بر اساس وضعیت بیمار، برخی اشکال اعلام ابتلا به شریک جنسی / تزریقی ممکن است برای بعضی گروهها مناسب تر باشد. برای مثال جوانترها بیشتر ترجیح می دهند برای اطلاع رسانی و برقراری ارتباط از تکنولوژی های جدیدتر نظیر ارسال پیامک، ارتباط مجازی و اینترنتی، تلفن و ایمیل استفاده کنند. گروههای کلیدی عمدتاً استیگما را تجربه کرده اند و اغلب ترجیح می دهند که گمنامی خود را حفظ کنند و از روش هایی که بدون نیاز به ذکر نام است (عمدتاً در شرکاء تزریقی) و با کمک پرسنل بهداشتی اعلام بیماری را انجام دهند. پس لازم است روش های مختلف را برای بیماران توضیح داد تا مناسب ترین روش را برای خود انتخاب کنند.

همانگونه که در ابتدا اشاره شد، اعلام ابتلا بیماری به شریک جنسی / تزریقی به دو روش غیر فعال یا حمایت شده صورت می گیرد.

در جدول شماره 3 مشخصات دو رویکرد فوق خلاصه شده است.

جدول شماره 3: رویکرد های اعلام ابتلا HIV

اعلام ابتلا غیر فعال	اعلام ابتلا حمایت شده (پرسنل بهداشتی، قرارداد، ارجاع دوگانه)
- مشاور/پرسنل مشاوره مناسب را ارائه می کند و به فرد مبتلا به HIV پیشنهاد می کند که در مورد افشاء به شریک جنسی/تزریقی او کمک کند. او را ترغیب می کند که شخصا یا از طریق تلفن، پیامک، ایمیل و غیره، شرکاء جنسی/تزریقی خود را از در معرض ابتلا بودن به HIV مطلع کنند - مشاور/پرسنل به مبتلایان به HIV یک کارت/نامه دعوت می دهد و به واسطه آنها شریک جنسی/تزریقی را دعوت می کنند که به مرکز مشاوره مراجعه کنند. وقتی شرکاء به مرکز مشاوره مراجعه کنند، خدمات مشاوره و تست HIV به آنان ارائه می شود - گاهی ممکن است فرد مبتلا بخواهد گمنام بماند و از طریق پیامک یا ایمیل یا تلفن، شرکاء را از در معرض ابتلا بودن با خبر کند	- مشاور/پرسنل مشاوره مناسب را ارائه می کند و به فرد مبتلا به HIV پیشنهاد می کند که در مورد افشاء به شریک جنسی/تزریقی او کمک کند. سه روش برای این کار وجود دارد که توضیح داده شده است - مشاور/پرسنل با شریک جنسی/تزریقی فرد از طریق تلفن، اینترنت، ایمیل و یا با مراجعه به محل زندگی و منزل فرد تماس می گیرد تا به او/آنان اطلاع دهد که در معرض ابتلا به HIV قرار دارند و به آنها پیشنهاد می دهد که برای انجام تست HIV مراجعه کنند - مشاور/پرسنل در مورد روش ها/مکان هایی که امکان انجام تست HIV وجود دارد باید برای شرکاء جنسی/تزریقی و اعضاء خانواده فرد مبتلا، آنان را راهنمایی کنند

تسهیل اتصال به خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان:

شرکاء جنسی/تزریقی افراد مبتلا به HIV که خود نیز به ویروس مبتلا شده باشند باید تحت خدمات مراقبتی و درمان زودهنگام ضد رتروویروسی قرار بگیرند تا ضمن ارتقاء سلامت آنان، از انتقال ثانویه به دیگران نیز جلوگیری شود.

شرکاء جنسی/تزریقی که مبتلا به HIV نباشند نیز باید اطلاعات کافی برای اتصال به خدمات مراقبتی در مراکز مشاوره و استفاده از مراقبت ها و درمان های پیشگیرانه نظیر استفاده از کاندوم، PrEP، کاهش آسیب و درمانهای جایگزین مخدر (متادون) برای افرادی که اعتیاد دارند، دریافت کنند. این اقدامات در جهت پیشگیری از احتمال آتی ابتلا به HIV است.

برنامه اعلام ابتلا فرصتی است که به شرکاء جنسی/تزریقی افراد مبتلا، سایر خدمات نظیر مراقبت و پیشگیری از سل، هپاتیت B، C، بیماری های آمیزشی و دسترسی به روش های ضد بارداری نیز ارائه می شود. مثال جالب این روش در آفریقای جنوبی اتفاق افتاد که 59457 نفر از اعضاء خانواده بیماران مبتلا به HIV خدمات مشترک تست HIV و سل را دریافت کردند. 15.5٪ این افراد مبتلا به HIV شناسایی شدند و نزدیک به همه مبتلایان تازه شناسایی شده مورد غربالگری علامتی سل قرار گرفتند که 21.3٪ آنان علائم بالینی مثبت به نفع سل داشتند.

تعاریف اعلام ابتلا حمایت شده و غیر فعال:

اعلام ابتلا غیر فعال: زمانی است که افراد مبتلا به HIV توسط یک مشاور دوره دیده ترغیب می شود که وضعیت ابتلا خود را به شریک جنسی/تزریقی خود اعلام کنند و به او پیشنهاد کنند که برای انجام تست HIV مراجعه کند.

اعلام ابتلا حمایت شده: زمانی است که بیمار مبتلا به HIV راضی شده است که بیماری خود را افشاء کند و یک مشاور دوره دیده به او کمک می کند که وضعیت ابتلا فرد را به شریک جنسی/تزریقی اش اعلام کند. در ادامه مشاور به شرکاء جنسی/تزریقی پیشنهاد می کند که تست HIV را انجام دهد. این کار به سه روش قرارداد، حضور مشاور و روش دوگانه انجام می شود.

قرارداد: فرد مبتلا به HIV با مشاور دوره دیده یک قرارداد می بندد و موافقت می کند که بیماری اش را در یک بازه زمانی مشخص به شریک جنسی/تزریقی اش افشاء کند و او را برای انجام تست HIV ارجاع کند. اگر در این دوره زمانی شریک جنسی/تزریقی مراجعه نکرد، مشاور خود اقدام به تماس با وی کرده و او را ترغیب می کند که برای انجام تست HIV مراجعه کند.

توسط مشاور: با رضایت فرد مبتلا به HIV، یک مشاور/ارائه دهنده خدمت دوره دیده با رعایت کامل رازداری با شریک جنسی/تزریقی فرد تماس گرفته و به او پیشنهاد می کند که تست HIV را انجام دهد.

روش دوگانه: مشاور دوره دیده همراه با فرد مبتلا به HIV با هم روند افشاء و اعلام بیماری را انجام می دهند و شرکاء را از در معرض ابتلا به HIV بودن مطلع کرده و به او پیشنهاد می کنند که تست HIV را انجام دهد.

اصول کلیدی اعلام ابتلا حمایت شده:

پنج کلیدی برای اعلام ابتلا حمایت شده وجود دارد که شامل موارد زیر است:

اختیاری بودن: هرگز اعلام ابتلا حمایت شده با زور و اجبار نباید صورت گیرد و همواره بر پایه تمایل فرد مبتلا به افشاء استوار می باشد. مشاورین باید با ارائه اطلاعات مناسب و ایجاد فضای امن و مملو از اعتماد، فرد مبتلا را تشویق به افشاء نمایند. بیماران باید به درستی از منافع و خطرات افشاء آگاه باشند

حفظ رازداری: تمام اطلاعات فرد مبتلا و شرکاء جنسی/تزویقی آنها محرمانه نگهداشته می شود و بغیر از افرادی که فرد اجازه می دهد، برای کسی افشاء نمی شود. این محرمانگی در طول روند اعلام ابتلا کاملاً رعایت می شود.

بیمار-محور بودن: ارتباط با بیماران باید بر مبنای تمرکز بر نیاز مبتلایان باشد و صرفاً بمنظور انجام یک خدمت، نخواهد بود. بنابراین قدم به قدم اقدامات انجام شده برای هر بیمار باید بر اساس نیاز آن فرد، رفتار و شرایط ویژه او و نیازهای اختصاصی که ممکن است داشته باشد، برنامه ریزی و اجرا شود.

جامع و قابل اجرا بودن: درحقیقت برنامه اعلام ابتلا حمایت شده جزئی از برنامه جامع خدمات مراقبت و درمان HIV می باشد که در مراکز مشاوره ارائه می شود.

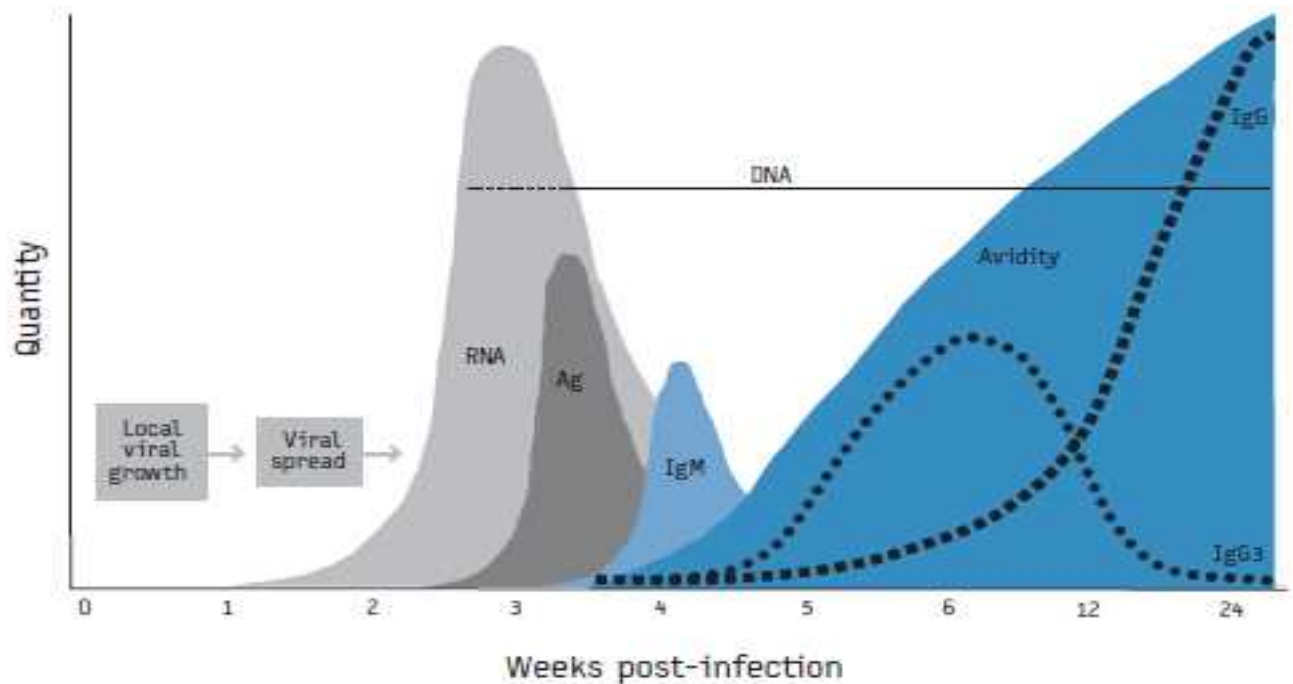
در دسترس بودن برای همه بیماران: اعلام ابتلا حمایت شده باید برای همه مبتلایان به HIV در دسترس باشد. ضمن ارائه اطلاعات مناسب، بمحض اعلام آمادگی توسط بیمار، مشاورین و پرسنل مراکز مشاوره باید تمام توان علمی خود را برای حمایت از وی و کمک کردن برای انتخاب فرد مناسب و نحوه افشاء انجام دهند.

برای مطالعه بیشتر به "راهنمای اعلام ابتلا بیماری HIV به شریک جنسی/تزویقی فرد مبتلا" مراجعه نمائید.

فصل پنجم کلیات تشخیص آزمایشگاهی:

برای درک و تفسیر بهتر از آزمایشهای HIV، شناخت سیر تغییرات آنتی ژن آنتی بادی و نیز تغییرات سطح سرمی ویروس ضروری است. نمودار ذیل این تغییرات را نشان میدهد:

نمودار شماره 1: تغییرات آزمایشگاهی در سیر ابتلا به HIV



انواع آزمایش های تشخیصی HIV:

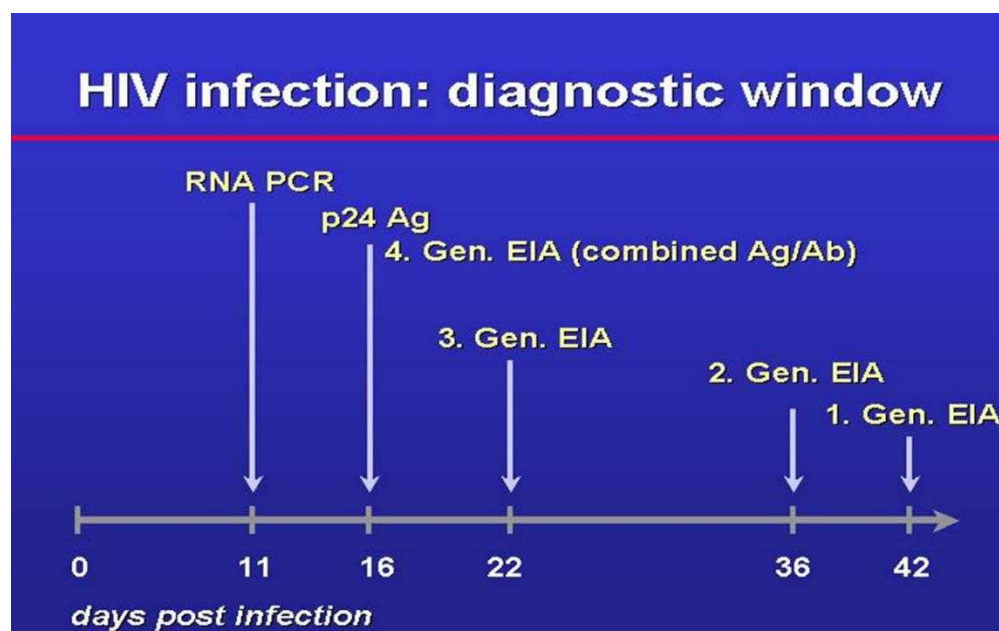
انواع آزمایش های تشخیصی برای عفونت HIV که در کشور موجودند، عبارتند از:

1. **آزمون الایزا**: براساس سنجش آنتی بادی HIV بوده 93٪ تا 100٪ حساسیت دارد. میزان اختصاصی بودن این روش (با چند بار آزمایش) تقریباً 99٪ است. با پیشرفت تکنیک انجام الیزا و به منظور کوتاه کردن دوران پنجره در حال حاضر نسل های 3 و 4 Elisa Ab مورد استفاده قرار می گیرند. کیت های نسل سوم توانایی واکنش به IgM را دارند. در کیت های نسل چهارم با اضافه کردن توان واکنش به آنتی ژن P24, دوره پنجره کوتاه تر شده است.
2. **آزمایش های تشخیص سریع**: این آزمایش ها نیز بر پایه پاسخ ایمنی طراحی شده اند. با این وجود اختصاصیت کافی را ندارند و مانند الیزا لازم است با آزمایش های اختصاصی تر مورد تأیید قرار گیرند. کیت های تشخیص سریع موجود در کشور عمدتاً نسل سوم بوده و دوران پنجره آنها مشابه الیزا نسل سوم خواهد بود.
3. **آزمون Western blot**: این آزمون وجود IgG علیه چند نوع پروتئین ویروسی را بررسی می کند و نسبت به الیزا اختصاصی تر است ولی حساسیت کمتری دارد. این آزمون به عنوان یک آزمون تأیید کننده و عمدتاً در موارد عدم تطابق به کار می رفته است. در حال حاضر کاربردی در الگوریتم تشخیصی ندارد و منسوخ شده است.
4. **آزمون های تقویت اسید نوکلئیک** (NAT (nucleic acid amplifications tests): بررسی اسید

نوکلئیک اسید عمدتاً بصورت PCR انجام میشود. با توجه به این که در این آزمون ژنوم ویروس مورد مطالعه قرار می گیرد، ممکن است در تشخیص زودرس بیماری مفید بوده ولی عمدتاً برای تشخیص نوزاد متولد شده از مادر آلوده به کار می رود، نیز در مواردی که تست های الیزا نمی تواند تکلیف ابتلا را مشخص کند (عدم تطابق) بکار می رود

5. **آنتی ژن P24**: در این روش آنتی ژن ویروس مورد بررسی قرار می گیرد، لذا می تواند در تشخیص زودهنگام آلودگی کمک کننده باشد. البته از آنجا که در مراحل عفونت بدون علامت و یا درمان ضد ویروس، تعداد ویروس موجود در خون کم است ممکن است نتایج منفی کاذب داشته باشیم. **عمدتاً آنتی ژن P24 در ماههای ابتدایی و در صورت عدم درمان در مراحل انتهایی بیماری و ورود به مرحله ایدز، مثبت می شود.**

نمودار شماره 2: زمان مثبت شدن آزمون های تست HIV بر اساس تعداد روزهای گذشته از تماس



از آنجا که یکی از مشکلات انجام آزمایش های تأییدی حمل و نقل نمونه ها به آزمایشگاه مرجع است، تلاش بر این است از نمونه های با امکان حمل آسان تر استفاده شود. یکی از این روشها **Dried Blood Spot** است. در این روش به جای استفاده از نمونه کامل خون، از نمونه قطره خون خشک شده روی فیلتر کاغذی (که با لست گرفته می شود) استفاده می گردد. با توجه به اینکه روش نمونه گیری کمتر تهاجمی است و حمل و نگهداری نمونه ها آسان تر می باشد، کاربرد مناسبی در مطالعات میدانی دارد و **در صورت دسترسی قابل استفاده خواهد بود.** الگوریتم تشخیصی در این نمونه ها نیز مشابه نمونه خون کامل است و نیاز به انجام آزمایش در چند مرحله دارد.

موارد مثبت و منفی کاذب

آزمون های ارزیابی آنتی بادی های HIV گاه دارای پاسخ های مثبت کاذب، منفی کاذب و جواب های نامشخص هستند.

دلایل پدیدار شدن جواب های مثبت کاذب در آزمونهای الایزا:

- خطای ابزاری؛
- خطاهای پرسنلی؛
- بیماریهای اتوایمیون؛
- پدیده ازدیاد ایمونوگلوبولین ها (Hypergammaglobulinemia) ؛
- واکسیناسیون آنفلوآنزا، هپاتیت B، هاری
- ابتلا به تب دنگی، EBV، لایم، سیفلیس، نوروسیستی سرکوزیز
- بیماریهای کبدی؛ التهاب مزمن کبدی و یا مشکلات ناشی از الکل؛
- دریافت خون مکرر؛
- بارداری
- شرکت افراد در آزمون های کارآزمایی بالینی واکسن HIV-1.
- نقایص مادرزادی سیستم انعقاد خون؛
- لمفوم ها، بدخیمی و یا خوش خیمی های سلولهای خونی؛
- افرادی که در کارآزمایی های بالینی HIV Vaccine شرکت می کنند.

دلایل پدیدار شدن جواب های منفی کاذب در آزمونهای الایزا:

- انجام آزمون در دوره پنجره؛ عفونت حاد ناشی از HIV؛
- خطاهای ابزاری؛

-خطاهای پرسنلی؛

-آلودگی با HIV-2 (برای آزمون هائیکه بصورت اختصاصی فقط HIV-1 را مورد شناسایی قرار میدهند)؛

- درمان های شدید سرکوب کننده سیستم ایمنی؛

-نقص های مادر زادی کمبود تولید ایمونوگلوبولین (A/hypo-gammaglobulinemia)؛

-مراحل پیشرفته HIV؛

-افرادی که Post- exposure prophylaxis دریافت نموده اند که پاسخ های آنتی بادی را با تأخیر مواجه می سازد؛

-انواع خاصی از HIV Subtype نظیر o- - در صورتیکه آن آزمون توانایی شناسایی را نداشته باشد.

-فرد تحت درمان با داروهای ضد رتروویروسی باشد

محدودیت های استفاده از تست های سرولوژی در افراد تحت درمان ARV:

پس از شروع درمان ضد رتروویروسی، انجام مجدد تست HIV هرگز توصیه نمی شود. با توجه به تأثیر بسیار مطلوب داروها بر مهار تکثیر ویروسی و نیز پاسخ ایمنی، امکان نتیجه منفی کاذب در تست های سرولوژی وجود دارد. هرچه شروع درمان ضد رتروویروسی سریعتر باشد (پس از ابتلا)، احتمال منفی کاذب شدن تست های سرولوژی بیشتر خواهد بود، خصوصا اگر درمان در طی فاز حاد بیماری HIV شروع شود و نیز در شیرخواران HIV مثبتی که در سن کمتر از 6 ماهگی تحت درمان قرار گرفته اند.

تست وسترن بلات بشدت تحت تأثیر ART قرار گرفته و پس از مدتی منفی می شود و هرگز نباید استفاده شود.

تکرار تست قبل از شروع درمان:

با توجه به این که پس از شروع درمان و دریافت منظم داروها، بار ویروسی رو به کاهش رفته و بتدریج به صفر میرسد و نیز امکان منفی شدن HIV Ab وجود دارد، اطمینان از ابتلا قطعی به HIV قبل از شروع درمان کاملا ضروری می باشد. در صورتی که احتمال تشخیص اشتباه پس از درمان مطرح شود، عملا اثبات درستی آن پس از درمان نا ممکن و یا با مشکلات عدیده ای

مواجه خواهد بود. به این منظور لازم است که پس از تکمیل الگوریتم تشخیصی و اثبات ابتلا به HIV، قبل از شروع درمان مجدداً تست آنتی بادی چک شود.

پیشنهاد اصلی این رویکرد، تکرار الگوریتم تست توسط یک کاربر دیگر با کیت های تشخیصی است که lots numbers آنها با کیت های اولیه که برای بیمار استفاده شده متفاوت باشد.

با توجه به شرایط موجود و دسترسی به کیت های تشخیصی، توصیه می شود:

از ابتدا یک بسته کیت سریع تشخیص HIV برای انجام تکرار تست در "افراد تأیید شده قبل از شروع درمان" در نظر گرفته شده، Lot number آن ثبت شده و کنار گذاشته شود. بیمارانی که با اثبات ابتلا به HIV مراجعه می کنند، در روز شروع درمان و قبل تجویز داروها، مجدداً با یک نوبت تست سریع با کیت مذکور، تست شوند. در صورتی که تست سریع تکراری راکتیو باشد، چرخه درمان شروع می شود ولی در صورتی که منفی باشد، باید مجدداً الگوریتم تشخیصی برای بیمار تکرار و بعنوان Inconclusive به آزمایشگاه مرجع معرفی شود.

الگوریتم کشوری انجام آزمونهای تشخیص HIV در بزرگسالان و اطفال بالای 18 ماه:

الگوریتم تشخیص HIV به منظور بیماریابی در هر کشور با در نظر گرفتن شواهد علمی، شیوع بیماری و نیز امکانات کشور تعیین می گردد. روند تشخیص آزمایشگاهی HIV در جمهوری اسلامی ایران در الگوریتم شماره 1 خلاصه شده است.² الگوی کشوری برای تشخیص HIV، به گونه ای ارائه شده است که قابلیت انجام آن از لحاظ دسترسی به آزمون های مختلف و امکانات آزمایشگاهی موجود، در گستره کشوری وجود دارد.

توجه به نکات زیر پیش از تصمیم گیری برای بیمار ضروری می باشد.

- انجام مشاوره با بیمار ضروری است. در بسیاری از موارد تصمیم گیری در مورد تفسیر آزمایش برحسب زمان آخرین تماس متفاوت است. در حقیقت این مشاوره زیر بنا و ستون اصلی پیگیری روند انجام آزمایش است.
- اگرچه الگوریتم شماره 1 برای بیماریابی کارآیی بسیار بالایی دارد، ولی به صورت یک قاعده کلی در نظر گرفتن ارزیابی بالینی و مشاوره بیمار در تفسیر نتایج تاثیر گذار است.

² CONSOLIDATED GUIDELINES ON HIV TESTING SERVICES, 2019

- آزمایشگاه و کیفیت انجام آزمون ها، ستون اصلی الگوها و استراتژی های مختلف تشخیصی می باشد. با توجه به اهمیت کیفیت کار آزمایشگاه، از همکاری آزمایشگاهی بهره مند گردیده ایم که عملکرد آن توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تأیید شده باشد.

- از آنجا که در روند تشخیص HIV نیاز به چند مرحله آزمایش وجود دارد، از این پس هر آزمایشگاه موظف است نام کیت و آزمون را که بواسطه آن وضعیت HIV را ارزیابی کرده است در برگه نتایج آزمایش قید نماید. این امر به استاندارد کردن تشخیص در کشور و نیز اطمینان از بکار بردن کیت در مرحله صحیح، کمک می کند.

- آزمونهای Immunoassay که در این الگوریتم برای آزمون 1 عنوان شده اند الزاماً باید بالاترین حساسیت را داشته باشند:

- در صورت استفاده از تست سریع حساسیت یا Sensitivity حداقل 99٪ و در صورت استفاده از الیزا حساسیت 100٪ داشته باشد. برای آزمون یک، ویژگی بیش از 98٪ در نظر گرفته می شود

- آزمون های Immunoassay که در این الگوریتم برای آزمون 2 و 3 عنوان شده اند الزاماً می بایست بالاترین Specificity را داشته باشند:

- ویژگی یا Specificity حداقل 99٪ داشته باشند. حساسیت قابل قبول برای این تست های الیزا 100٪ می باشد

تشخیص ابتلا به HIV در کشور بر پایه انجام سه آزمون گذاشته شده است و مشخصات آزمون ها به قرار زیر می باشد:

- آزمون 1: می تواند یکی از تستهای ایمینواسی زیر باشد:

- تست سریع

- آزمون الایزای نسل چهارم

- آزمون الایزای نسل سوم

- آزمون 2: می تواند یکی از تستهای ایمینواسی زیر باشد:

- آزمون الایزای نسل چهارم

- آزمون الایزای نسل سوم

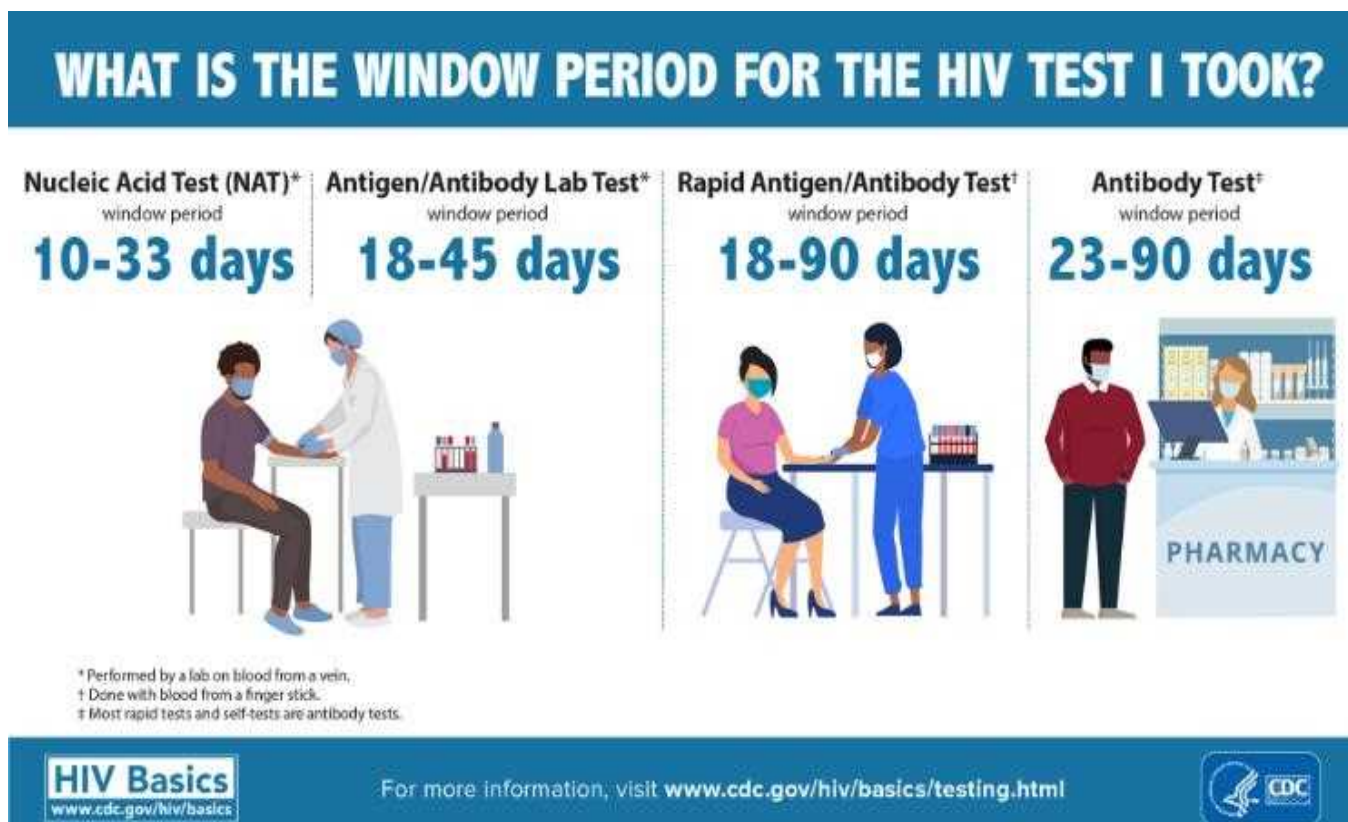
• آزمون 3: می تواند یکی از آزمون های زیر باشد:

- آزمون الایزای نسل چهارم

- آزمون الایزای نسل سوم

دوره پنجره در صورتی که آزمون اول الیزای نسل چهارم باشد، یک ماه و نیم و در صورتی که آزمون اول الیزای نسل سوم و یا تست سریع باشد بمدت 3 ماه در نظر گرفته می شود. دوره پنجره برای تمام موارد حداکثر 3 ماه در نظر گرفته می شود.

تصویر شماره 1: دوره پنجره در روش های مختلف تست



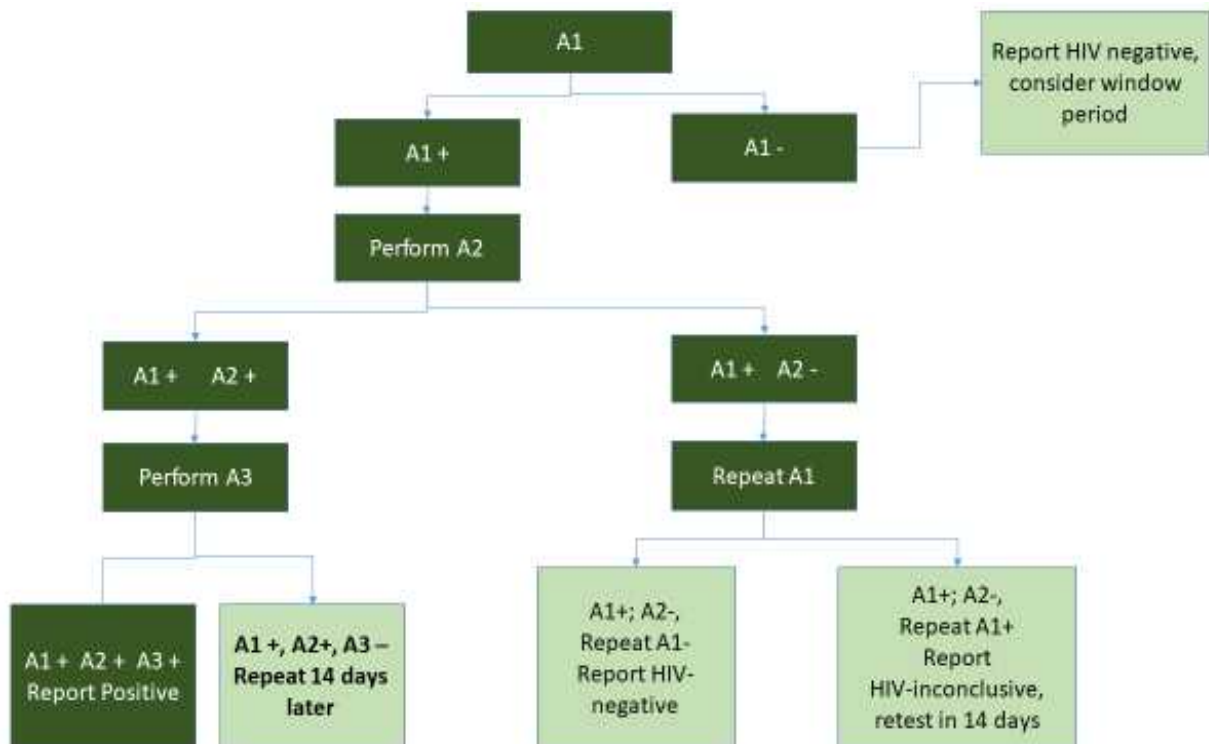
خونگیری در نمونه اول و دوم متفاوت است ولی آزمون دوم و سوم باید بر روی یک نمونه و در یک مرکز انجام شود. آزمون دوم و سوم باید در آزمایشگاههای سازمان انتقال خون و یا آزمایشگاه مرجع خدمات تشخیصی HIV در سطح دانشگاه علوم پزشکی انجام شود. توصیه میشود در صورت مثبت شدن آزمون اول مراجع بلافاصله برای انجام آزمایش های تاییدی و وصل

شدن به خدمات، به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری متصل گردد که ضمن حفظ رازداری و با ارائه خدمات رایگان، بیمار برای انجام آزمایشات تأییدی هدایت می شود.

در حال حاضر با توجه به فراهم کردن خدمات تشخیصی اولیه HIV در مراکز مختلف ارائه دهنده خدمات بهداشتی-درمانی و مراکز کاهش آسیب، در بسیاری موارد تست اولیه با استفاده از کیت های تشخیص سریع در این مراکز انجام می شود و در صورتی که این مراکز از کیت های تأیید شده توسط آزمایشگاه مرجع سلامت استفاده نمایند، بعنوان تست اولیه مورد قبول است.

نیز به دلیل اهمیت دقت در انجام آزمایشات، سایر تست هایی که در آزمایشگاه های دیگر انجام شده باشد و یا تست هایی که بعنوان Self test مورد استفاده قرار گرفته و نتیجه مثبت گزارش شده باشد، بعنوان "آزمون صفر" در نظر گرفته می شود و از ابتدا تشخیص فرد باید بر مبنای الگوریتم تشخیصی اعلام شده در این گایدلاین انجام شود. الگوریتم تشخیصی در صفحه بعد آورده شده است

الگوریتم شماره 1: تشخیص HIV در افراد بالاتر از 18 ماه



راهنمای الگوریتم تشخیصی:

■ آزمون یک (A1) برای فرد انجام می شود. در صورتی که دوره پنجره رعایت شده باشد (حداکثر 3 ماه) و تست منفی باشد، فرد بعنوان HIV منفی تلقی خواهد شد.

■ در افرادی که آزمون یک راکتیو باشد (A1+)، آزمون دو (A2) توسط یک روش/کیت متفاوت صورت می گیرد

■ در افرادی که آزمون یک و دو راکتیو دارند (A1+; A2+)، آزمون سه (A3) توسط یک روش/کیت متفاوت صورت

می گیرد:

○ در صورتی که آزمون سه نیز راکتیو باشد (A1+; A2+; A3+)، بعنوان HIV مثبت گزارش می شود

○ اگر آزمون سه راکتیو نباشد (A1+; A2+; A3-)، نتیجه بعنوان عدم تطابق HIV inconclusive اعلام می شود

و 14 روز بعد فرد باید مجدداً برای تکرار تست ها مراجعه نماید

■ در افرادی که آزمون یک راکتیو و آزمون دو منفی باشد (A1+; A2-)، باید مجدداً آزمون یک تکرار شود:

○ اگر آزمون یک تکرار شده واکنش نباشد ($A1+; A2-; repeat A1-$)، وضعیت فرد بعنوان HIV منفی گزارش می شود

○ اگر آزمون یک تکرار شده مجدداً واکنش باشد ($A1+; A2-; repeat A1+$)، بعنوان عدم تطابق HIV inconclusive/علام می شود و 14 روز بعد باید تکرار تست ها مراجعه نماید

استراتژی تست فوق که شامل موارد تکرار تست نیز می باشد بمنظور دستیابی به حداقل 99% PPV می باشد که میزان موارد مثبت کاذب را کاهش دهد. برای رسیدن به این مهم، رعایت موارد زیر الزامی و بسیار حساس است:

- آزمون یک باید بالاترین حساسیت را داشته باشد تا بیشترین موارد شناسایی اولیه (که می تواند شامل موارد مثبت کاذب نیز باشد) را پوشش دهد

- آزمون های دوم و سوم باید قادر به حذف موارد مثبت کاذب باشد لذا باید بالاترین ویژگی (Specificity) را داشته باشند.

- آزمون های یک، دو و سه باید از سه HIV assay متفاوت با حداقل واکنش های مشترک کاذب باشند

- در مواردی که عدم انطباق در نتیجه آزمون ها رخ دهد ($A1+; A2-$) لازم است تست اول را تکرار کنیم تا مشخص شود که آیا فرد با تستی که حساسیت بالایی دارد مجدداً واکنش هست یا نه و براساس نتیجه طبق الگوریتم ادامه می یابد. تأکید می شود که برای وضعیت ($A1+; A2-$) نباید آزمون سه انجام شود و روال الگوریتم می بایست طی شود

تکرار تست در موارد Inconclusive:

در برخی موارد ممکن است عدم تطابق هایی در روند الگوریتم تشخیصی ایجاد شود. در این شرایط از بیمار درخواست می شود که 14 روز بعد برای تکرار تست ها مراجعه نماید. این اتفاق به معنی نقص الگوریتم تشخیصی و اقدامات انجام شده نیست، به هر حال باید پذیرفت که هیچ تستی حساسیت و ویژگی 100٪ ندارد.

14 روز بعد از مراجعه فرد، مجدداً همان الگوریتم تست ها تکرار می شود و بر اساس نتایج حاصله، تصمیم گیری می شود.

- اگر در تکرار تست ها، هر سه مورد راکتیو شد، فرد بعنوان HIV مثبت معرفی می شود.
- اگر بعد از 14 روز همچنان A1+;A2- بود، با توجه به ویژگی بالاتر آزمون دو، فرد بعنوان HIV منفی گزارش خواهد

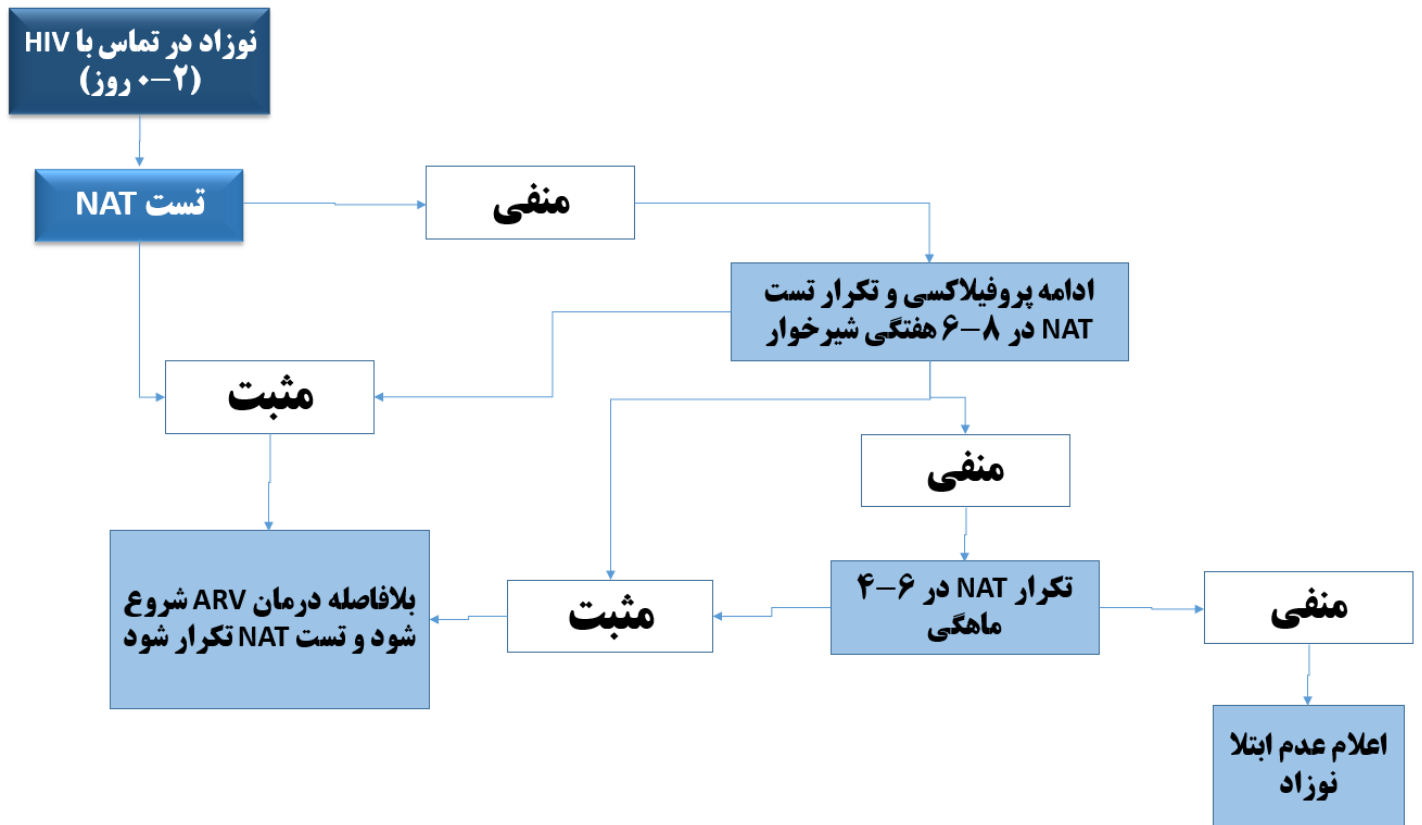
شد

- اگر همچنان بعد از 14 روز A1+;A2+;A3- بود، طبق توصیه WHO فرد منفی تلقی می شود **ولیکن توصیه کمیته درمان کشوری این است که در این شرایط، با انجام تست مولکولی (PCR)، منفی بودن فرد ثابت و با اطمینان اعلام شود.**

استراتژی تست در نوزادان و شیرخواران کمتر از 18 ماه

برای بچه های زیر 18 ماه استفاده از سرولوژی برای رد HIV معمولاً کمک کننده نیست چرا که ممکن است آنتی بادی مادر در بدن نوزاد وجود داشته باشد و تست کودک مثبت کاذب باشد. خاطر نشان می شود که انتقال آنتی بادی مادری به کودک در طول بارداری و پس از تولد طی شیردهی می تواند اتفاق افتد. به همین دلیل برای تشخیص در این سن باید از تست های مولکولی (NAT) استفاده کرد (الگوریتم شماره 2)

الگوریتم شماره 2: تشخیص HIV در افراد کمتر از 18 ماه بدون شیر مادر



خاطر نشان می شود که اگر شیرخوار از شیر مادر تغذیه کند، اقدامات تشخیصی متفاوت خواهد بود و آخرین تست انجام شده برای نوزاد، سه ماه پس از قطع شیردهی خواهد بود. بدیهی است که تست های انجام شده پس از 18 ماهگی، بر اساس سرولوژی خواهد بود

تعیین وضعیت ابتلا به HIV در مصرف کنندگان PrEP:

برای کاهش بروز مقاومت دارویی، باید قبل از شروع PrEP از HIV منفی بودن فرد اطمینان حاصل شود. تست پیشنهادی دقیقاً مشابه الگوریتم تشخیصی می باشد. در صورت منفی بودن و شروع پروفیلاکسی، تکرار تست ها هر سه ماه یکبار خواهد بود. تأکید می شود که استفاده از NAT در تست های پیگیری سه ماهه دریافت کنندگان PrEP هیچ کاربردی ندارد

خود-آزمون HIV

مقدمه:

“خود آزمون HIV” بعنوان یک روش قابل قبول برای انجام تست HIV و در جهت رسیدن به 95-95-95، در کنار روش های قبلی تست HIV می باشد

برای رسیدن به اهداف کنترل اپیدمی HIV در کشور باید تقاضای منطقی در افراد ایجاد شود تا خود برای انجام تست HIV داوطلب شده و خدمات تست و مشاوره HIV را بپذیرند.

فراهم آوردن شرایط مناسب برای انجام تست HIV و دسترسی به آن اهمیت بسیاری دارد و این موضوع در بین گروه هایی که بدلائل مختلف بیشتر در معرض استیگما قرار دارند و تمایلی به مراجعه برای تست HIV ندارند (یا به بیان دیگر از انجام ویا تبعات آن می ترسند)، اهمیت بیشتری دارد. از این رو لازم است شرایطی فراهم شود که افرادی که بعنوان موتور پیشبرنده شیوع وی مخفی HIV در جامعه محسوب می شوند، آزادانه و به دور از ترس و استیگما، دسترسی به تست HIV داشته و به سیستم خدمات پیشگیرانه، مراقبت و درمان HIV متصل شوند.

“خود آزمون HIV” به روندی اطلاق می شود که در طی آن فرد خودش نمونه گرفته و تست را انجام می دهد و نتیجه را تفسیر می کند. اغلب این کار در یک محیط خصوصی و به تنهایی یا با کمک کسی که فرد به او اعتماد دارد انجام می شود. انجام تست های خود آزمون پدیده ی جدیدی نیست و سالهاست که افراد برای چک بارداری در خانمها یا سطح قند خون در مبتلایان به دیابت از این گونه تست ها استفاده می کنند. نکته مهم این است که پس از انجام تست و دریافت نتیجه، فرد از قدم بعدی آگاه و برای انجام آن آماده باشد.

“خود آزمون HIV” در حقیقت می تواند ابتلای احتمالی به بیماری HIV را نشان دهد و هرگز بعنوان تشخیص قطعی نیست. در حقیقت هرگز ابتلا به HIV با یک نوبت تست و یک کیت نمی تواند تشخیص داده شود. بنابراین استفاده از “خود آزمون HIV” به نوعی یک غربالگری اولیه خواهد بود و راهنمایی است که افراد واجد شرایط را به خدمات پیشگیرانه، مراقبت و درمان HIV متصل کند.

مطالعات مختلف نشان داده است که استفاده از خود-آزمون از طرف بسیاری از افراد مقبول بوده و توانایی انجام آن را دارند. نتایج این مطالعات نشان می دهد که گروه هایی چون مردان در معرض بیشترین آسیب ابتلا به HIV، جوانان، پرسنل بهداشتی، جمعیت عمومی جامعه و بعضا گروههای دیگر در کشورهای مختلف می توانند از این روش استفاده نمایند. از اوایل سال

2000 تاکنون، استفاده از این روش برای پرسنل بهداشتی و جمعیت عمومی در کشورهای با شیوع بالای HIV موفق بوده است ولی همواره دغدغه جدی استفاده از کیت های غیر استاندارد و آگاهی ناکافی برای اتصال بعدی به خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان، نگرانی هایی را در مورد استفاده از این روش به همراه داشته است.

منافع بالقوه خود-آزمون HIV

“خود آزمون HIV” بعنوان یکی از روش های انجام HIV محسوب می شود و در بعضی موارد می تواند بسیار کمک کننده باشد. در ادامه به برخی از منافع استفاده از “خود آزمون HIV” اشاره شده است:

- افزایش دسترسی به خدمات تست تشخیصی HIV
- افزایش حس استقلال افراد
- تقویت رازداری و احترام به حریم خصوصی افراد
- توانمند سازی افراد
- ایجاد رضایت و ترغیب در افراد برای انجام تست HIV
- توجه به تقاضا و نیاز افراد

موارد اشاره شده برای رسیدن به تصمیم انجام تست تشخیصی اهمیت زیادی دارد.

استفاده از “خود آزمون HIV” بعنوان یک روش کمکی برای تأمین نیاز افراد به انجام تست HIV و چالش هایی که در زمینه انجام تست ممکن است وجود داشته باشد، مناسب است.

بدیهی است که برای انجام “خود آزمون HIV”، باید دانش متناسب در مورد بیماری و تست وجود داشته باشد. در غیر اینصورت ممکن است صدمات جبران ناپذیری به روح و جسم فرد وارد شود. این اطلاعات عمدتاً از طریق مشاورین آموزش دیده و نیز توسط بروشورها و راهنماهای مفید و ساده ای که همراه با کیت های “خود آزمون HIV” توزیع می شود، در اختیار وی قرار می گیرد.

در حقیقت “خود آزمون HIV” می تواند یک روش کمکی و تکمیلی برای آموزش ها و استراتژی قبل از تست، در جهت افزایش آگاهی از وضعیت HIV و وصل به خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان HIV باشد.

یکی دیگر از منافع این روش، افزایش دسترسی گروههای کلیدی و پنهان جامعه به تست HIV است و به این ترتیب برای غربالگری اولیه این افراد و دسترسی به آنان، منابع انسانی و زیر ساخت های کمتری مورد نیاز خواهد بود.

خاطر نشان می شود که اگرچه تست های تأیید شده مورد استفاده برای انجام تست خود آزمون از حساسیت و اختصاصیت کافی (بترتیب حداقل 99٪ و بیش از 98٪) برخوردار هستند ولی هرگز برای تشخیص قطعی کافی نیستند و باید در صورت مثبت شدن، تست های تأییدی برای فرد انجام شود.

در صورتی که برنامه "خود آزمون HIV" به درستی اجرا شود می تواند باعث افزایش کارایی سیستم بهداشتی در زمینه تشخیص HIV شود و همچنین در مواردی که افراد نیاز به تکرار تست دارند دسترسی راحت تری به انجام آن داشته باشند و مسیر مراجعه افراد را برای انجام تست کوتاه کرده و وقت کمتری را از آنان بگیرد.

به هر حال همیشه افرادی هستند که با روشهای شخصی انجام تست، احساس بهتری دارند و در این زمینه "خود آزمون HIV" برای آنها جالب خواهد بود.

آسیب ها و زیان های احتمالی ناشی از خود-آزمون HIV

به نظر می رسد در صورتی که اطلاعات کافی و متناسب در اختیار فرد قرار نگیرد "خود آزمون HIV" می تواند منجر به بروز تبعات فردی و اجتماعی نامطلوب و حتی خطرناک شود. مانند سایر انواع تست اچ آی وی در صورتی که فرد اطلاعات کافی نداشته باشد :

یک نتیجه تست مثبت می تواند باعث یاس شدید ، اقدام به خودکشی ، اقدام به خشونت علیه دیگران، انزوا و... شود . احتمال بروز این موارد در مناطقی با استیگمای بالای بیماری، بیشتر است.

یک نتیجه منفی می تواند منجر به اطمینان کاذب وی و تشدید رفتارهای پرخطر شود.

اگر چه در صورتی که اطلاعات کافی و مناسب در اختیار فرد قرار گیرد و کیت با کیفیت مطلوب وجود داشته باشد و نیز فرد بداند که در ادامه باید به کدام مرکز مراجعه کند، تبعات نامطلوب تست به حداقل خواهد رسید. در حقیقت مطالعات مختلف نیز نشان داده که عملاً آسیب شدیدی در نتیجه استفاده از "خود آزمون HIV" رخ نداده است. تاکنون تعداد بسیار معدودی از موارد آسیب بصورت خشونت خانگی گزارش شده که البته مستقیماً مرتبط با "خود آزمون HIV" نبوده است.

اما با وجود تمام شواهدی که به نفع سلامت انجام "خود آزمون HIV" وجود دارد، باید در انجام آزمایش HIV (به هر روش) به شرایط فرد/ افراد و ارتباطات آنان توجه شود و همواره احتمال بروز برخی آسیب های احتمالی و خشونت ها در نظر گرفته شود. از سویی دیگر باید به مشکلات مربوط به اتصال به خدمات تشخیصی تکمیلی، پیشگیری، مراقبت و درمان نیز توجه کرد و بر اساس مجموعه شرایط اشاره شده، بهترین روش را برای انجام تست تشخیصی به فرد پیشنهاد نمود. از سویی دیگر

باید تلاش شود که از میزان خطرات احتمالی که ممکن است فرد را تهدید کند، کاسته شود. حفظ رازداری و انتخاب مناسب ترین زمان و مکان برای تست، از جمله موارد کمک کننده است.

رویکردهای خودآزمون HIV

“خود آزمون HIV” می تواند با دو رویکرد به مخاطبین مختلف ارائه شود. تفاوت دو روش در میزان و نوع حمایتی است که در حین انجام تست برای مخاطب ارائه می شود.

رویکرد اول: “خود آزمون HIV” حمایت شده

یک مشاور دوره دیده و یا فرد همسان دوره دیده و یا یکی از پرسنلی که در مراکز مختلف بهداشتی/خدماتی کار می کند و آموزش کافی در این زمینه دیده است، به مخاطبی که تصمیم دارد “خود آزمون HIV” را انجام دهد، کمک کرده و اطلاعات لازم را ارائه می دهد. ارائه اطلاعات ممکن است قبل از انجام تست و یا در حین انجام تست HIV صورت گیرد. این اطلاعات در مورد نحوه انجام تست و تفسیر نتیجه تست می باشد.

این روش می تواند به فردی که “خود آزمون HIV” را انجام می دهد و احتمالاً به تنهایی توانایی انجام تست را ندارد، سواد کافی ندارد و یا به هر دلیل نیاز به کمک دارد تا بتواند تست را با سلامت و امنیت بیشتری انجام دهد و نتایج آن را تفسیر کند، کمک کند. این روش میتواند به فردی که تمایل به انجام تست دارد اطلاعات کافی ارائه بدهد تا هر کسی بتواند این تست را در سلامت و امنیت بیشتری انجام دهد. این روش در جوانان و برخی گروههای جمعیتی می تواند بسیار کمک کننده باشد. ابزار حمایتی از “خود آزمون HIV” می تواند شامل موارد زیر باشد:

- موارد آموزشی (پمفلت و بروشور) که توسط شرکت سازنده کیت “خود آزمون HIV” داخل آن قرار می گیرد
- آموزش و اطلاع رسانی کوتاه و مناسب (بصورت فردی و چهره به چهره یا گروهی) قبل از انجام تست
- کمک حضوری در طی مراحل انجام “خود آزمون HIV”
- خطوط ارتباطی کمکی برای اطلاع رسانی بیشتر در مورد “خود آزمون HIV” و تفسیر نتایج
- برنامه های اینترنتی/شبکه های مجازی برای ارائه اطلاعات و راهنمایی در مورد “خود آزمون HIV”

رویکرد دوم: “خود آزمون HIV” بدون حمایت

“خود آزمون HIV” حمایت نشده زمانی است که فردی تست را با استفاده از کیت های مخصوص “خود آزمون HIV” انجام دهد و فقط از مطالب آموزشی داخل کیت استفاده کند و برای انجام تست و تفسیر نتایج آن، از فرد دیگری کمک نگیرد.

در هر دو رویکرد، کیت های "خود آزمون HIV" معمولاً همراه با اطلاعات / ابزارهایی نظیر خط تلفن پاسخگو، موبایل یا خط پاسخگو با پیامک، ویدئو، پمفلت و بروشورهای آموزشی و راهنما، آدرس و تلفن محل های ارجاع در صورت نیاز به تست های تشخیصی تأییدی و خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان HIV، می باشند.

اگر چه در این رویکرد نیز وجود حداقل یکی موارد زیر لازم است:

- موارد آموزشی (پمفلت و بروشور) که توسط شرکت سازنده کیت "خود آزمون HIV" داخل آن قرار می گیرد
- خطوط ارتباطی کمکی برای اطلاع رسانی بیشتر در مورد "خود آزمون HIV" و تفسیر نتایج
- برنامه های اینترنتی / شبکه های مجازی برای ارائه اطلاعات و راهنمایی در مورد "خود آزمون HIV"

در حال حاضر سیاست کشور جمهوری اسلامی ایران (در صورت دسترسی به تست های خود آزمون) "خود آزمون HIV"، با رویکرد حمایت شده است.

سیاست های کشوری در اجرای برنامه خود-آزمون HIV

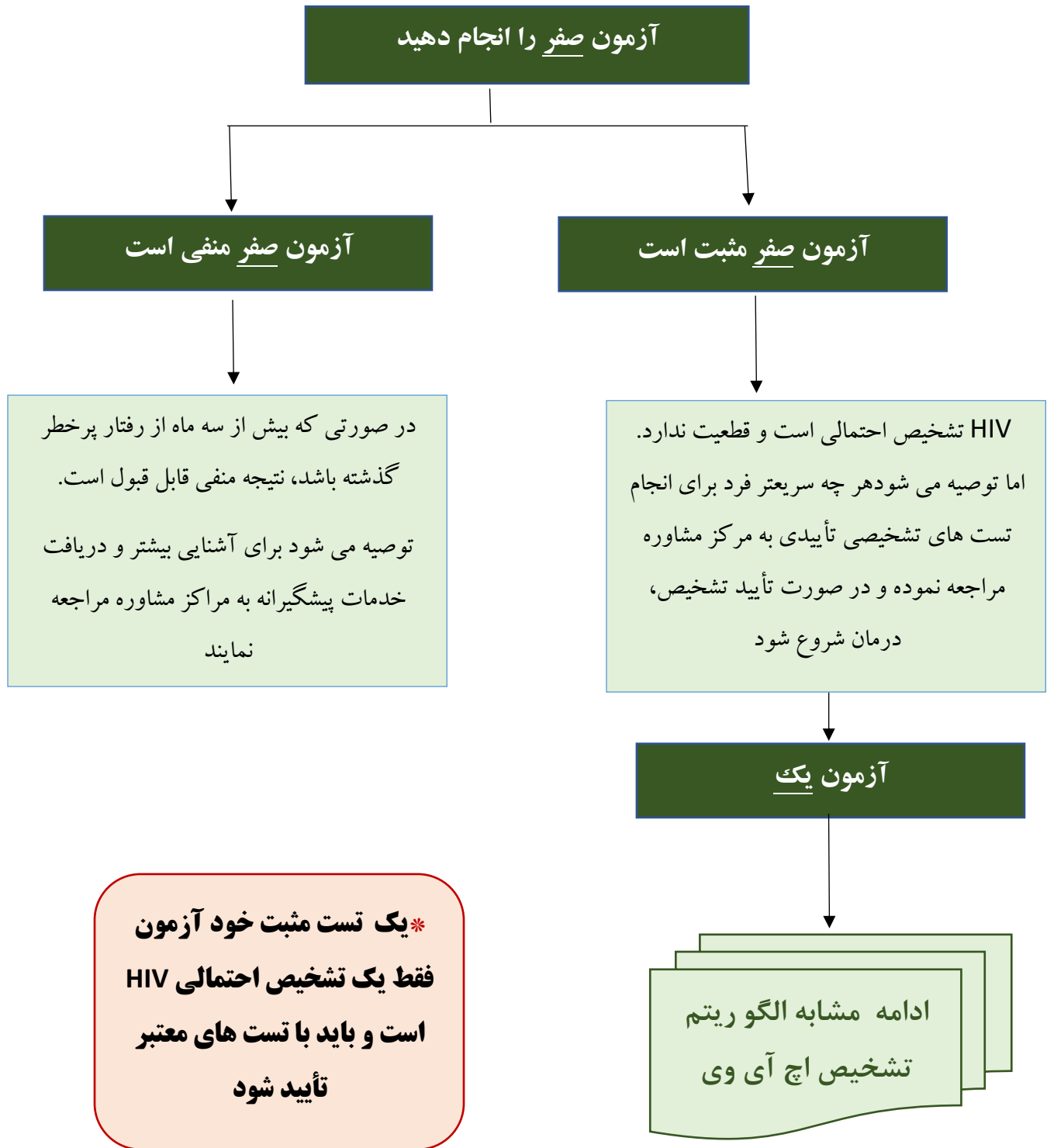
جایگاه خود-آزمون HIV در الگوریتم کشوری تشخیص HIV

خود آزمون HIV" بعنوان یک روش قابل قبول برای انجام تست HIV و در جهت رسیدن به اهداف کنترل اپیدمی، در کنار روش های قبلی تست HIV می باشد، در حال حاضر سیاست کشور جمهوری اسلامی ایران (در صورت دسترسی به تست های خود آزمون) "خود آزمون HIV"، با رویکرد حمایت شده است.

الگوریتم تشخیص HIV در کشور شامل استفاده سریال از سه آزمون است که بعنوان آزمون 1، آزمون 2 و آزمون 3 شناخته می شوند. و "خود آزمون HIV" به عنوان آزمون صفر محسوب می شود.

"خود آزمون HIV" یک روش برای غربالگری اولیه است که می تواند فرد را در مسیر صحیح اقدامات پیشگیرانه، تشخیصی و در صورت نیاز درمانی قرار دهد.

الگوریتم جایگاه "خود آزمون HIV" در الگوریتم تشخیص اچ آی وی



منابع:

1. Consolidated guideline on HIV testing services, WHO, Nov 2019
2. Guidelines on HIV self testing and partner notification, supplement to consolidated guidelines on HIV testing services, WHO, December 2016