

خلاصه سیاستی

انگ، خشونت و تبعیض علیه جمعیت‌های کلیدی و افراد مبتلا موانع اجتماعی کنترل

HIV در ایران: یک خلاصه سیاستی

سید آریا نژادقادی¹⁻²، سهیل مهماندوست¹، فاطمه توکلی¹، حسین میرزایی^۳، اعظم بذرافشان¹، حمید شریفی¹

1. مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت در مراقبت اچ‌آی‌وی، پژوهشکده

آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

2. مرکز مطالعات سلامت مهاجران و پناهندگان، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده مسئول: دکتر حمید شریفی

آدرس: مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت در مراقبت اچ‌آی‌وی،

پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

ایمیل: sharifhami@gmail.com

بر ضرورت نهادینه‌سازی پایش توانمندسازهای اجتماعی در برنامه ملی HIV، استانداردسازی ابزارهای سنجش، تقویت حمایت‌های حقوقی و تبدیل داده‌های پایش به مداخلات اجرایی تأکید می‌شود. تحقق اهداف 10-10-10 در ایران مستلزم رویکردی مبتنی بر حقوق بشر، حساس به جنسیت و جامعه‌محور است که بتواند شکاف میان سیاست‌ها و واقعیت‌های اجتماعی را کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: HIV/AIDS؛ انگ و تبعیض؛ نابرابری جنسیتی؛ خشونت؛ حقوق بشر.

پاسخ جهانی به HIV در نقطه‌ای تعیین‌کننده قرار دارد. از یک سو، پیشرفت‌های مهمی در کاهش موارد جدید ابتلا و مرگ‌ومیرهای مرتبط با ایدز به دست آمده، و از سوی دیگر، رسیدن به هدف پایان‌دادن به ایدز به‌عنوان یک تهدید سلامت عمومی تا سال 2030 همچنان با چالش‌های جدی روبه‌رو است. گزارش UNAIDS در سال 2024 بر همین دوگانگی تأکید می‌کند و نشان می‌دهد که شکاف‌های دسترسی به خدمات سلامت، همراه با انگ، تبعیض و چارچوب‌های حقوقی تنبیهی، همچنان اثربخشی مداخلات HIV را تضعیف می‌کنند. این موانع بیش از همه بر گروه‌های کلیدی از جمله افراد تزریق‌کننده مواد، زنان کارگر جنسی، مردان دارای رابطه جنسی با مردان اثر می‌گذارند (1).

در همین راستا، اهداف 10-10-10 که در راهبرد جهانی ایدز 2021-2026 مطرح شده‌اند، بر این اصل استوارند که پوشش بالای خدمات HIV فقط زمانی پایدار و مؤثر خواهد بود که افراد در محیطی امن، بدون ترس از مجازات، طرد اجتماعی یا تبعیض بتوانند به خدمات دسترسی داشته باشند. این اهداف کشورها را به سمت حذف موانع اجتماعی، سیاسی، حقوقی و اقتصادی سوق می‌دهند و بر کاهش قوانین تنبیهی، کاهش نابرابری جنسیتی و خشونت، و کاهش انگ و تبعیض علیه افراد دارای HIV و گروه‌های کلیدی تأکید می‌کنند. همچنین، این چارچوب بر ایجاد دسترسی به خدمات حقوقی، سازوکارهای گزارش‌دهی نقض حقوق، و خدمات حساس به جنسیت برای تقویت پاسخ ملی HIV تکیه دارد (2).

در ایران، اهمیت این موضوع دوچندان است، زیرا ترکیب عوامل حقوقی، فرهنگی و مذهبی، شرایط پیچیده‌ای را برای پاسخ به HIV ایجاد کرده است. جرم‌انگاری برخی رفتارها و هنجارهای اجتماعی سخت‌گیرانه، در کنار نگرش‌های منفی نسبت به گروه‌های کلیدی، موجب می‌شود که بسیاری از افراد به‌جای مراجعه به خدمات سلامت، در سکوت و پنهان‌کاری باقی بمانند. این وضعیت نه‌تنها بر سلامت جسمی و روانی آنان اثر می‌گذارد، بلکه اجرای مداخلات پیشگیری و درمان را نیز محدود می‌کند و ضرورت یک رویکرد مبتنی بر حقوق بشر، حساس به جنسیت و جامعه‌محور را برجسته می‌سازد (3, 4).

بر این اساس، این یادداشت سیاستی تلاش می‌کند اهداف 10-10-10 را در بستر ایران صورت‌بندی کند و با تکیه بر شواهد موجود، بر نقش تعیین‌کننده‌ی انگ، تبعیض، خشونت و موانع حقوقی در شکل‌دهی به پیامدهای HIV تأکید نماید. همچنین، این سیاست‌نامه بر ضرورت طراحی و اجرای یک چارچوب پایش و ارزشیابی ویژه برای توانمندسازهای اجتماعی در چارچوب برنامه ملی استراتژیک پنجم ایران تأکید دارد؛ چارچوبی که بتواند فاصله میان تعهدات بین‌المللی و واقعیت‌های ملی را کاهش دهد و مسیر پاسخ عادلانه‌تر و مؤثرتر به HIV را هموار کند.

روش اجرا

بخش اصلی مطالعه بر دو مرور دامنه‌ای متمرکز بود که به بررسی شواهد مرتبط با انگ و تبعیض، نابرابری جنسیتی و خشونت در میان افراد مبتلا به HIV و گروه‌های کلیدی در ایران پرداخت. علاوه بر مرور مطالعات، اسناد و چارچوب‌های پیشنهادی UNAIDS از جمله Global AIDS Strategy 2021–2026 و GAM 2024 نیز بررسی شدند تا شاخص‌های پیشنهادی با اولویت‌های جهانی هم‌راستا باشند. همچنین، قوانین و سیاست‌های مرتبط در ایران، از جمله قانون اساسی و قانون مجازات اسلامی، از منظر تأثیر بر افراد مبتلا به HIV و گروه‌های کلیدی تحلیل شدند. در ادامه، شاخص‌ها و چارچوب‌های پایش و ارزشیابی بر اساس یافته‌های مرورهای دامنه‌ای، تحلیل‌های حقوقی و توصیه‌های UNAIDS تدوین شد.

یافته‌های کلیدی

بررسی قوانین ایران نشان می‌دهد که چارچوب حقوقی کشور درباره افراد دارای HIV و گروه‌های کلیدی، هم‌زمان واجد برخی حمایت‌ها و برخی محدودیت‌هاست؛ از یک سو حق عدم انگ‌زنی، عدم تبعیض، محرمانگی، دسترسی به سلامت، مسکن و اشتغال در قانون دیده می‌شود، اما از سوی دیگر در حوزه‌هایی مانند کار جنسی، مصرف مواد و روابط هم‌جنس‌گرایانه، محدودیت‌ها و مجازات‌های

تنبیهی همچنان وجود دارد و برای تبعیض مبتنی بر HIV نیز حمایت صریح و فراگیر کافی دیده نمی‌شود. شواهد مرور مربوط به انگ و تبعیض نشان می‌دهد که این مسئله در ایران گسترده و چندلایه است؛ در میان افراد مبتلا به HIV، تبعیض در جمعیت عمومی، انگ درونی‌شده، طرد اجتماعی و تبعیض در مراکز درمانی به‌طور معناداری گزارش شده است. در میان گروه‌های کلیدی نیز انگ و طرد اجتماعی شدید است. مردان دارای رابطه جنسی با مردان، زنان کارگر جنسی و گروه‌های هم‌پوشان با بی‌خانمانی یا مصرف مواد، با خشونت کلامی، طرد خانوادگی، بی‌اعتمادی به نظام سلامت و موانع جدی دسترسی به خدمات روبه‌رو هستند. هم‌چنین، شواهد مربوط به نابرابری جنسیتی و خشونت نشان می‌دهد که زنان مبتلا به HIV و زنان کارگر جنسی در معرض خشونت بسیار بالایی قرار دارند.

راهکارهای سیاستی

نخستین راهکار سیاستی، نهادینه‌سازی پایش توانمندسازهای اجتماعی در نظام ملی HIV است؛ به این معنا که شاخص‌های مربوط به انگ، تبعیض، نابرابری جنسیتی و خشونت نباید به‌صورت پراکنده یا پروژه‌ای جمع‌آوری شوند، بلکه باید به‌عنوان بخشی ثابت از برنامه ملی کنترل ایدز ثبت و گزارش شوند.

دومین راهکار، اجرای منظم «HIV Stigma Index» برای افراد دارای HIV است تا ابعاد درونی‌شده و تجربه‌شده‌ی انگ به‌صورت استاندارد سنجیده شود. گزارش نشان می‌دهد که برای افراد مبتلا به HIV، شاخص‌های کلیدی باید شامل میزان شرم از HIV مثبت بودن، تجربه طرد در جامعه، تبعیض در محیط‌های درمانی و مواجهه با انگ در سطوح مختلف باشد. این شاخص‌ها باید با ابزارهای استاندارد و بر اساس پرسش‌نامه‌های معتبر در فواصل زمانی منظم گردآوری شوند تا بتوان روند تغییرات را در سطح ملی رصد کرد و آن را مبنای تصمیم‌گیری قرار داد.

سومین راهکار، استانداردسازی ابزارها، اعتبارسنجی دقیق پرسش‌نامه‌ها و تضمین کیفیت داده‌ها است.

چهارمین راهکار، گسترش رویکردهای نمونه‌گیری دسترس‌پذیر و عادلانه برای گروه‌های سخت‌دسترس است. گزارش به‌درستی پیشنهاد می‌کند که برای گروه‌های کلیدی از روش نمونه‌گیری پاسخگو-محور استفاده شود، زیرا بسیاری از افراد در معرض خطر HIV، به‌ویژه کسانی که از خدمات کاهش آسیب یا درمان دور هستند، از طریق نمونه‌گیری‌های متعارف شناسایی نمی‌شوند.

پنجمین راهکار، تبدیل داده‌های پایش به مداخله عملی است. صرف ثبت میزان انگ و تبعیض کافی نیست؛ باید بر اساس نتایج، بسته‌های مداخله‌ای طراحی شود که شامل آموزش کارکنان سلامت، اصلاح مسیر ارجاع، تقویت محرمانگی، کاهش رفتارهای تبعیض‌آمیز در مراکز درمانی و ایجاد سازوکارهای امن برای گزارش نقض حقوق باشد. پایش انگ و تبعیض باید در نهایت به «اقدام» منجر شود، نه فقط تولید آمار، و به همین دلیل در گزارش نهایی، توصیه‌ها و مسیرهای مداخله‌ای نیز باید همراه با نتایج گزارش شوند.

ششمین راهکار، تقویت پاسخ حقوقی و نهادی به نقض حقوق افراد مبتلا به HIV و گروه‌های کلیدی است. از آنجا که بخشی از موانع موجود ریشه در قوانین تنبیهی، نبود حمایت صریح ضد تبعیض و ضعف دسترسی به خدمات حقوقی دارد، نظام سیاستی باید سازوکاری برای ثبت، ارجاع و پیگیری موارد نقض حقوق ایجاد کند. در این چارچوب، شاخص‌هایی که در گزارش برای دسترسی به خدمات حقوقی، توانمندسازی حقوقی و گزارش موارد تبعیض پیشنهاد شده‌اند، باید در کنار شاخص‌های سلامت به‌صورت هم‌زمان پایش شوند تا بتوان شکاف میان قانون و اجرا را آشکار کرد.

هفتمین راهکار، زمان‌بندی روشن برای گزارش‌دهی و بازنگری سیاست‌ها است. داده‌های مربوط به انگ و تبعیض باید هر 2 تا 3 سال و داده‌های مربوط به نگرش‌ها و رفتارهای تبعیض‌آمیز در مراکز درمانی و جمعیت عمومی باید در بازه‌های 3 تا 5 ساله جمع‌آوری و تحلیل شوند. این نظم زمانی کمک می‌کند تا سیاست‌گذاران بتوانند روندها را مقایسه کنند، اثربخشی مداخلات را بسنجند و در صورت لزوم، سیاست‌ها را بازتنظیم کنند.

نتیجه گیری

شواهد این گزارش روشن می‌کند که تحقق اهداف 10-10-10 در ایران بدون کاهش انگ، تبعیض، خشونت و موانع حقوقی ممکن نیست. اگر قرار است پاسخ ملی HIV به سمت عدالت، پوشش مؤثر خدمات و حفاظت از گروه‌های آسیب‌پذیر حرکت کند، باید پایش توانمندسازهای اجتماعی به یکی از ارکان اصلی سیاست‌گذاری HIV در کشور تبدیل شود. در نتیجه، اقدام مورد نیاز، پذیرش و اجرای چارچوب ملی پیشنهادی برای پایش و ارزشیابی این توانمندسازها، همراه با اصلاحات اجرایی و بین‌بخشی برای کاهش تبعیض و خشونت است.

تشکر و قدردانی

این خلاصه سیاستی از طرح تحقیقاتی شماره ۴۰۳۰۰۰۷۵۰ مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمان استخراج گردیده است. از برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه HIV/AIDS (UNAIDS) دفتر ایران که از اجرای این مطالعه حمایت کردند، سپاسگزاریم.

- .1 The urgency of now: AIDS at a crossroads. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- .2 Joint United Nations Programme on HIV AIDS. Global AIDS strategy 2021-2026: End inequalities. End AIDS. UN: The United Nations; 2021.
- .3 Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. American Journal of Public Health. 2013;103(5):943-51.
- .4 Poteat T, German D ,Kerrigan D. Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. Social science & medicine (1982). 2013;84:22-9.