

حقوق ایدز در نوجوانان

رفیه نوری زاده^۱

فاطمه باختری اقدم

چکیده

روزانه بیش از ۷۴۰۰ مورد ابتلاء جدید به ایدز در جهان رخ می‌دهد که بیش از ۹۷ درصد آن مربوط به کشورهای دارای درآمد کم و متوسط است. بر اساس آمار وزارت بهداشت تا تاریخ ۱۳۸۸/۱۰/۱، در مجموع ۲۰۵۴۷ نفر مبتلا به ایدز در کشور شناسایی شده‌اند. از بین ۸۱۴ نفر مورد ابتلای جدید به ایدز در سال ۱۳۸۸ش، اعتیاد تزریقی ۷۰/۵ درصد و روابط جنسی ۱۷/۹ درصد موارد را تشکیل می‌دهند که نشان دهنده افزایش ابتلا از طریق رفتارهای جنسی پرخطر است و می‌تواند زنگ خطر و هشدار جدی برای تشدید عواقب ناگوار این بیماری در جامعه باشد. هدف این مطالعه، بررسی چالش‌های حقوقی و نیازهای برآورد نشده نوجوانان کشورمان در رابطه با ایدز می‌باشد تا زمینه پیشگیری از روند افزایش ابتلا به آن با ارائه راهکارهایی در موارد ممکن فراهم گردد.

واژگان کلیدی

ایدز، حقوق نوجوانان، پیشگیری

حقوق ایدز در نوجوانان

سالانه در جهان، حدود ۳۴۰ میلیون مورد جدید بیماری‌های منتقله از راه جنسی در افراد ۱۵-۴۹ سال رخ می‌دهد که حداقل یک سوم موارد در جوانان زیر ۲۵ سال می‌باشد. در این میان از هر ۲۰ نوجوان، بیش از ۱ نفر مبتلا به بیماری‌های جنسی قابل درمان می‌شوند. در کشورهای در حال توسعه، بیماری‌های منتقله از راه جنسی و عوارض آنها، جزء ۵ بیماری اولویت‌دار برای درمان هستند زیرا می‌توانند منجر به علایم حاد، مزمن و پیامدهای تأخیری جدی از قبیل ناباروری، بارداری نابجا، سرطان سرویکس و حتی مرگ شیرخواران و بالغین گردند. بعلاوه، انگ و خجالت ناشی از آن می‌تواند اثرات تخریبی بر رشد روانی نوجوانان و نگرش جنسیتی آنها در مراحل بعدی زندگی داشته باشد. افراد مبتلا به بیماری‌های منتقله از راه جنسی - بخصوص زخم‌های درمان نشده - خطر بیشتری برای کسب و انتقال ایدز دارند. بنابراین یکی از حقوق ایدز، درمان فوری بیماری‌های منتقله از راه جنسی برای کاهش خطر اکتساب بیماری است. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶م).

در این میان، عوامل تضییع‌کننده حقوق نوجوانان در تشخیص سریع و درمان صحیح بیماری‌های منتقله از راه جنسی عبارتند از: کمبود آگاهی نوجوانان از خدمات بهداشتی موجود، مشکلات دسترسی و هزینه آنها، عدم تمایل برای تشخیص و درمان به دلیل خجالت از افشا شدن اسرار و یا ترس از واکنش‌های منفی کارکنان سلامت، نبود خدمات مراقبتی ویژه نوجوانان، عدم مهارت مراقبین سلامت در برقراری ارتباط با نوجوانان، تمایل نوجوانان برای مراجعه به دست فروشان، تهیه داروهای سنتی و درمان ناکافی و نیز بی‌علامتی بعضی از بیماری‌های منتقله از راه جنسی که منجر به عدم جستجوی درمان از سوی نوجوانان می‌شوند.

ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی باید با استفاده از مهارت‌های ارتباطی، روش پذیرا، غیرتهدیدکننده و اطمینان بخشیدن به نوجوانان در راستای حفظ اسرار، به احساس راحتی و غلبه بر اضطراب آنها کمک نمایند. رفتار خشن و گاهاً تهاجمی نوجوانان می‌تواند بدلیل اضطراب آنان باشد که در چنین شرایطی کارکنان باید آرامش خود را حفظ نمایند. آنان نباید فعالیت‌های جنسی نوجوانان را تأیید نمایند اما رفتار قضاوتی و سوگیرانه نیز نباید داشته باشند. رعایت هنجارهای فرهنگی و تابوهای اجتماعی به هنگام معاینه فیزیکی از موارد دیگر حقوقی نوجوانان است. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶م).

هدف این مطالعه، بررسی چالش‌های حقوقی و نیازهای برآورد نشده نوجوانان کشورمان در پیشگیری از ایدز می‌باشد تا زمینه کاهش ابتلا به آن با ارائه راهکارهایی در موارد ممکن فراهم گردد.

روش

این پژوهش، مطالعه‌ای مروری است که براساس مطالعات کتابخانه‌ای، دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی، کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه و برنامه ایدز ملل متحد گردآوری شده است.

وضعیت ایدز در جهان

در تاریخ بشری یکی از بی‌سابقه‌ترین بیماری‌ها از نظر وسعت و عمق انتشار، ایدز می‌باشد. از زمانی که اولین مورد بیماری در سال ۱۹۸۱م. تشخیص داده شد، جهان به طرز هولناکی تحت فشار ایدز قرار گرفته است و افزایش سریع آن، یک تهدید کلی در اذهان بشریت تداعی کرده است. (برنامه ایدز ملل متحد، ۲۰۰۴م، آدام و هرزلی، ۱۹۹۷م، ص ۴۵) در سال ۱۹۸۸م. در جهان، بین ۱۰-۵ میلیون نفر به ویروس ایدز

آلوده بودند که تا سال ۲۰۰۸، این تعداد به ۳۳/۴ میلیون نفر رسید. در سال ۲۰۰۸، تعداد موارد جدید ابتلا به بیماری ۲/۷ میلیون نفر بوده و ۲ میلیون نفر نیز جان خود را در اثر آن از دست دادند. روزانه بیش از ۷۴۰۰ مورد ابتلاء جدید به ایدز در جهان رخ می‌دهد که بیش از ۹۷ درصد آن مربوط به کشورهای دارای درآمد کم و متوسط است، از این تعداد، ۱۲۰۰ نفر زیر ۱۵ سال و ۶۲۰۰ نفر، ۱۵ ساله و بیشتر هستند. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹م).

در کل، ۴۸ درصد مبتلایان را زن و ۴۰ درصد را نوجوانان و جوانان ۱۵-۲۴ سال تشکیل می‌دهند. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹م).

وضعیت ایدز در منطقه خاور میانه و شمال آفریقا

در طبقه‌بندی بانک جهانی، ایران جزء منطقه منا^۱ که شامل خاورمیانه و شمال آریقا می‌باشد، قرار گرفته است. در سال ۲۰۰۸م، تعداد تخمینی افراد مبتلا به ایدز در این منطقه حدود ۳۱۰۰۰۰ نفر گزارش گردید، تعداد موارد جدید بیماری حدود ۳۵۰۰۰ نفر و تعداد موارد مرگ در اثر بیماری در همان سال حدود ۲۰۰۰ نفر بود. (برنامه ایدز ملل متحد، ۲۰۰۹م، ص ۷۱) تعداد افراد مبتلا به ایدز در منطقه، نسبتاً کم، اما رو به افزایش است. (رودی فهیمی، ۲۰۰۷م). تماس جنسی، اصلی‌ترین منبع انتقال ویروس در منطقه است که مطرح کننده اهمیت برنامه‌های آموزشی مخصوصاً برای نوجوانان و جوانان می‌باشد. (کاری، لاریس و رولری، ۲۰۰۵م، ص ۱) اپیدمی ایدز در منطقه منا، بطور شایع بین معتادین تزریقی، مردان همجنس‌باز، تن فروشان و مشتریان آنان تمرکز یافته است. پوشش درمانی در منطقه، کمتر از نصف پوشش جهانی برای کشورهای دارای درآمد کم و متوسط می‌باشد. (برنامه ایدز ملل متحد، ۲۰۰۹م، ص ۷۲) در بین نوجوانان و جوانان منطقه، تمایل به رفتارهای پرخطر از

قبیل سیگار کشیدن، رو به افزایش است. علی‌رغم دستاوردهای چشمگیر آموزشی در بین دختران جوان، هنوز تبعیض جنسی در فرهنگ‌ها، سیاستگذاری دولت‌ها و سیستم‌های حقوقی به درجات مختلف در بین کشورهای منطقه به چشم می‌خورد. مسایلی از قبیل خشونت علیه زنان و ختنه دختران کم و بیش قابل مشاهده است. با اینکه به‌کارگیری برنامه‌های پیشگیری از قبیل خویشتن داری، وفادار بودن به همسر و استفاده از کاندوم با هنجارهای فرهنگی منطقه سازگاری دارد، اما برای زنان جوانی که شوهرانشان تک همسری نبوده و یا قبل از ازدواج مبتلا به ویروس شوند، جنبه حفاظتی ندارد. افزایش سطح تحصیلات همراه با تغییرات سبک زندگی که در نتیجه اقتصاد جهانی و رسانه‌های جمعی حاصل شده، منجر به افزایش فاصله نسلی و مشکلات قشر جوان منطقه در پاسخگویی به نیازهای جنسی آنان شده است. مسایل سیاسی، بیکاری و نابرابری‌های عظیم ثروت، انزوای اجتماعی جوانان منطقه را افزایش داده، کمبود فعالیت‌های مدنی و نمایندگی‌های سیاسی در منطقه، مانع از شرکت جوانان در تصمیم‌گیری‌های سیاسی تأثیرگذار بر رفاه این قشر شده است. (کاربی و همکاران، ۲۰۰۵م، ص ۲)

اپیدمی ایدز در آسیا به طور وسیعی در میان معتادان به مواد مخدر تزریقی، مردان همجنس‌باز، مراکز اشاعه فحشاء و فساد، روسپی‌ها و شرکای جنسی آنها متمرکز است. (حاتمی، ۱۳۸۲ش، ص ۴۰)

وضعیت ایدز در ایران

اولین مورد ویروس ایدز در ایران در سال ۱۳۶۶ش. در پسر بچه ۶ ساله مبتلا به هموفیلی شناخته و گزارش شد. تا سال ۱۳۷۵ش. موارد به صورت پراکنده در مصرف‌کنندگان داروهای مشتق از خون وارداتی و در افرادی که در خارج از

کشور اقامت طولانی داشتند گزارش می‌شد. در سال ۱۳۷۵ش. همه‌گیری بیماری در یکی از زندان‌ها مشاهده شد و به سرعت در بین جمعیت مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی در تمام کشور گسترش یافت، به طوری که در حال حاضر بررسی‌های انجام شده در نقاط مختلف، میزان آلودگی در این گروه را بین ۲۵-۵ درصد نشان داده است. با توجه به وجود حداقل ۲۰۰۰۰۰ نفر معتاد تزریقی تخمینی در کشور (رزاقی، موقر، گرین و خشنود، ۲۰۰۶ش، ص ۱۲) و ارتباطاتی که بین این جمعیت و توده مردم از طریق جمعیت‌های رابط مثل تن‌فروشان وجود دارد، خطر گسترش آلودگی به توده مردم وجود دارد. در این راستا با اجرای برنامه‌های کاهش آسیب مبتنی بر تغییر نگرش اساسی به موضوع، مسیر معتادین از زندان به مراکز درمانی تغییر یافت و با ایجاد مراکز گذری کاهش آسیب در برخی از استان‌های کشور، خدمات پیشگیری نظیر ارائه سرنگ یکبار مصرف، پنبه الکل و کاندوم به معتادین تزریقی مواد مخدر همراه با آموزش دفاع شخصی به تن‌فروشان، ارائه می‌شود. همچنین این افراد جهت مشاوره و درمان رایگان بیماری ایدز ارجاع داده می‌شوند.

در سال ۲۰۰۷م، تعداد افراد مبتلا به ویروس ایدز در ایران حدود ۸۶۰۰۰ نفر توسط سازمان بهداشت جهانی تخمین زده شد که این میزان نسبت به سال ۲۰۰۱، حدود دو برابر افزایش داشت. طبق آمار رسمی وزارت بهداشت تا تاریخ ۱۳۸۸/۱۰/۱ش، در مجموع ۲۰۵۴۷ نفر مبتلا به ایدز در کشور شناسایی شد که ۹۲/۷ درصد، مرد و ۷/۳ درصد زن بودند. ۳/۴ درصد مبتلایان، در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال بوده و ۳۸/۱ درصد بین ۲۵-۳۴ سال داشتند. ۷۲/۳ درصد موارد شناسایی شده، بین ۲۵-۴۴ سال داشتند. علل ابتلا به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف‌کنندگان مواد (۶۹/۸ درصد)، رابطه جنسی (۸/۷ درصد)،

دریافت خون و فرآورده‌های خونی (۱/۲ درصد)، انتقال از مادر به کودک (۰/۶ درصد) و ۱۹/۷ درصد ناشناخته بود. (وزارت بهداشت، ۱۳۸۸ ش.). در مبتلایان جدید سال ۱۳۸۸ ش. (۸۱۴ نفر)، اعتیاد تزریقی ۷۰/۵ درصد، روابط جنسی ۱۷/۹ درصد و انتقال از مادر مبتلا به کودک ۱/۷ درصد موارد را تشکیل می‌داد. در ۹/۹ درصد از موارد راه انتقال نامشخص بوده و هیچ مورد جدید ابتلا از راه خون و فرآورده‌های خونی گزارش نشد. (وزارت بهداشت، ۱۳۸۹ ش.). آمارهای فوق نشان می‌دهند موارد ابتلا به ایدز از طریق رفتارهای جنسی پرخطر رو به افزایش است که می‌تواند زنگ خطر و هشدار جدی برای تشدید عواقب ناگوار این بیماری در جامعه باشد. فقدان یک برنامه جامع پیشگیرانه ملی در کشورمان و نیز زمینه‌های اجتماعی - فرهنگی که این بیماری را به صورت ننگ و تابوی اجتماعی معرفی می‌کند دست به دست هم داده و موجبات رشد پنهان این بیماری را فراهم آورده است.

این بیماری نه تنها یک مسأله مهم بهداشتی، بلکه یک گرفتاری اقتصادی اجتماعی است، به طوری که برای درمان یک بیمار مبتلا به ایدز در ایالات متحده آمریکا بین ۸۰۰۰-۱۱۰۰۰ دلار هزینه می‌گردد. هر فرد مبتلا به ایدز در ایران، ماهانه حدود ۹۲۵ هزار تومان هزینه برای دولت دارد که به طور متوسط سالیانه حدود ۱۷۶ میلیارد تومان خواهد بود. (اداره ایدز وزارت بهداشت، ۱۳۸۷ ش.). افزایش دانش افراد و جایگزینی رفتارهای بهداشتی بجای رفتارهای غیربهداشتی و ناسالم در امر پیشگیری از این بیماری موضوع مهمی محسوب می‌گردد. (مظلومی، شیروانی انارک، دهقانی تفتی و همکاران، ۲۰۰۶ م.، ص ۳۰)

ایدز یک بحران بهداشتی، اجتماعی و روانی است که نه تنها بزرگسالان، بلکه کودکان و نوجوانان را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. مرکز کنترل بیماری‌ها، ایدز را دومین علت مرگ گروه سنی ۱۵-۲۴ معرفی کرده است. (اسملتز و بار،

۲۰۰۸ش، ص ۱۴۰۲) در این میان، دختران و زنان آسیب پذیرترند. مکانیسم‌های محافظتی هورمونی دختران نوجوان هنوز زمان کافی برای تکامل نیافته، در نتیجه مکانیسم‌های دفاعی مخاطی ناکافی واژن و دیوار نارس سرویکس در نوجوانی به‌خصوص اوایل آن، سد ضعیفی را در برابر بیماری‌های منتقله از راه جنسی ایجاد می‌کند. این در حالپست که گاهاً مشکلات اقتصادی، دختران و زنان را مجبور به تجارت جنسی می‌کند. در کل، ساختار بیولوژیکی دختران و زنان و عوامل اقتصادی، فرهنگی و قانونی در جوامع، این گروه را در مقایسه با مردان، در برابر بیماری‌های منتقله از راه جنسی و ایدز، مستعدتر ساخته است. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶م).

عواملی که نوجوانان و جوانان ایرانی را در مقابل ایدز آسیب‌پذیر می‌سازد، شامل مصرف قرص‌های محرک، الکل و مواد مخدر، فراوانی و ارزانی مواد مخدر، درصد بالای معتادان تزریقی، دسترسی کم به مراکز مشاوره و عدم وجود خدمات مراقبتی مختص نوجوانان، نابسامانی اقتصادی - اجتماعی، پایین آمدن سن منارک و افزایش سن ازدواج، برخی آداب و سنن، آثار سوء ماهواره، فقدان اطلاعات کافی نوجوانان و فقدان برنامه آموزشی مناسب در مدارس برای آنان و نداشتن مهارت‌های لازم برای محافظت از خود، می‌باشند. (گویا و همکاران، ۱۳۸۳ش).

طی مطالعه‌ای، ۱۲/۸ درصد از دختران نوجوان دبیرستان‌های شهر تهران، وجود رابطه جنسی را گزارش نمودند. (عباسی، ۱۳۸۲ش). در مطالعه‌ای دیگر، ۲۸ درصد نوجوانان پسر ۱۵-۱۸ ساله شهر تهران، سابقه تماس جنسی را ذکر نمودند. در این مطالعه، ۱۰ درصد نوجوانان با یکی از والدین زندگی می‌کردند و ۱ درصد بی‌سرپرست بودند. در مورد مسائل جنسی ۳۱ درصد نوجوانان پسر با پدر و ۳۷ درصد با مادرشان بحث و گفتگو نموده بودند. حدود ۱۵-۲۷ درصد نوجوانان پسر

با ممنوعیت فعالیت جنسی قبل از ازدواج مخالف بودند. دو سوم آنان موافق عدم شروع فعالیت جنسی دختران قبل از ازدواج بودند، اما فقط نیمی از آنان چنین اعتقادی را در مورد خودشان داشتند. در مجموع ۱۳ درصد نوجوانان مصرف سیگار، ۱۷ درصد الکل و ۲ درصد داروهای غیرمجاز را ذکر کردند. (محمدی، محمد، خلیج آبادی فراهانی و همکاران، ۱۳۸۲ش، ص ۲۴۵)

بیماری ایدز با نابود کردن مولدترین قشر جامعه، تأثیر چشمگیری بر بخش‌های ماهر و تحصیل کرده جامعه می‌گذارد؛ بدین ترتیب این بیماری ترکیب خانواده‌ها، کارکرد جوامع، امنیت غذایی و سرمایه اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، منجر به تضعیف تمام بخش‌های جامعه و نهادهای ملی می‌شود و در کل توسعه پایدار را با مشکل عظیمی مواجه می‌سازد؛ از این رو پیشگیری از گسترش این بیماری در بین نوجوانان، خدمتی بزرگ به کشور در راستای سلامت جامعه و توسعه پایدار است. (عبادی فرد آذر، فشارکی، هدایت راد و موسویان پور، ۱۳۸۲ش، ص ۵۵)

بهترین مکانی که می‌توان به نوجوانان دسترسی داشت مدرسه است؛ مدرسه جایگاهی است که برنامه‌های آموزش بهداشت می‌تواند بیشترین تأثیر را داشته و می‌توان رفتارهای مخاطره‌آمیز آنها را قبل از این که تثبیت شود، تغییر داد و اصلاح نمود و یا رفتارهای سالمی را در این افراد به وجود آورد. (پوراسلامی و شیخ عطاری، ۱۳۸۱ش، ص ۲۳) دانش آموزان دبیرستانی از جمله گروه‌های در معرض خطر ابتلا به بیماری ایدز هستند زیرا در این سنین روابط اجتماعی افزایش یافته و زمینه بروز رفتارهای پرخطر فراهم می‌شود. (حاجیان مطلق، فرش، عبداللهی و همکاران، ۱۳۸۳ش، ص ۳۹۵) با توجه به اهمیت نوجوانان و جوانان در گسترش و خطر ابتلا به ایدز و عدم وجود درمان قطعی و واکسن مؤثر برای بیماری، تنها ابزار کنترل بیماری، آموزش و بالا بردن آگاهی آنان می‌باشد این در حالیست که در مدارس

کشورمان، بحث درباره مسائل جنسی با دانش‌آموزان با محدودیت شدید روبه‌رو بوده و محققین کشور در این حوزه‌ها اجازه ورود ندارند. لذا عملکردهای سلیقه‌ای و متفاوت مراکز بهداشتی و مناطق مختلف آموزش و پرورش، همچنین محدودیت‌های قایل شده برای آموزش در مدارس به دلایل شرایط خاص فرهنگی مناطق مختلف، منجر به متفاوت بودن سطح آگاهی دانش‌آموزان کشور شده است. (شریف‌زاده، مودی و زنده‌دل، ۱۳۸۹ش، ص ۴۷) در حال حاضر، پیشگیری از ایدز مؤثرترین شیوه جهت مبارزه با آن است و در این راستا، پیشگیری نوع اول یعنی آموزش و افزایش آگاهی گروه‌های در معرض خطر، به‌ویژه نوجوانان و جوانان نقش کلیدی در تغییر نگرش و باور که نهایتاً منجر به تغییر رفتار می‌گردد، دارد. این آموزش زمانی موفق است که براساس واقعیت‌های موجود، مفاهیم درک شده نادرست و سوء تعابیر موجود در بین نوجوانان باشد.

نتیجه

با توجه به اینکه دستورات دینی و فرامین اسلام نوعی کاهش آسیب و آموزش بهداشت جنسی محسوب می‌شوند، لذا نباید با پنهان کاری، عاملی برای ابتلای نوجوان یا جوانی به این بیماری شویم. متأسفانه عده‌ای با این اعتقاد که آموزش بهداشت جنسی نوعی ترویج بی‌بندوباری است با اجرای برنامه‌های آموزشی در این زمینه مخالفت می‌کنند، اما از شواهد جهانی چنین برمی‌آید که چنین برنامه‌هایی نه تنها شروع زودرس فعالیت جنسی را سبب نمی‌شوند، بلکه تأخیر در اولین تماس جنسی، استفاده مداوم از کاندوم و عملکرد جنسی سالم‌تری را باعث می‌شود. (کاری و همکاران، ۲۰۰۵م، ص ۲) حق آموزش، پایه‌ای‌ترین حق هر انسان بوده و هیچ کس به هیچ دلیلی نمی‌تواند این حق را زایل گرداند.

آغاز آموزش بهداشت جنسی یا به تعبیری دیگر تربیت جنسی از سنین کودکی ضروری بوده و آموزش‌های متناسب با سن باید از طرق مختلفی نظیر مدرسه، خانواده، دوستان همسال، فیلم‌های آموزشی، رسانه‌ها و نیز از طریق متون آموزشی در مدارس انجام گردد. آمارهای جهانی حاکی از آن است که ۱۰ درصد بار بیماری‌ها در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال قرار دارد. این در شرایطی است که حدود ۳۰ درصد جمعیت ایران را نوجوانان و جوانان در رده سنی ۱۰ تا ۲۴ سال تشکیل می‌دهند. بنابراین به نظر می‌رسد کمترین فایده برنامه‌های آموزشی، کاهش بار بیماری‌ها در این گروه سنی باشد. (خلیلی، ۱۳۸۹ش).

با توجه به توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی مبنی بر این که امروزه ایدز برای نوجوانان و جوانان یک مشکل بهداشتی مهم محسوب می‌شود و کاربردی‌ترین روش برای پیشگیری از بروز این بیماری، ارتقای آگاهی و بهبود نگرش آنان است. (عابدینی، عابدینی، خواجه و همکاران، ۱۳۸۵ش، ص ۲۴) و از طرفی

در راستای شکل دادن الگوهای سالم از دوران نوجوانی و تربیت جنسی، اتخاذ نگرش‌های سالم به جنس و جنسیت، ایجاد اعتماد به نفس و قدرت «نه» گفتن، کسب توانایی تجزیه و تحلیل مسایل جنسی، توانمندسازی در شناخت خطرات و حفاظت از خود و نیز مشاوره، پروفیلاکسی و درمان موارد ذیل در رابطه با حقوق ایدز در نوجوانان پیشنهاد می‌گردد:

- تشویق به تربیت جنسی از طریق والدین و معلمین آموزشی، پرورشی و مربیان بهداشتی مدارس.
- افزایش آموزش‌های پیشگیری از ایدز مبتنی بر نوجوانان و جوانان از طریق رسانه‌های جمعی، به‌ویژه صدا و سیما.
- تشکیل کلاس‌های آموزشی مدون در مورد مهارت‌های زندگی، ایدز و شیوه‌های پیشگیری از آن در فرهنگسراها. (احمد نژاد، کرمی یار، عرفانی و همکاران، ۱۳۸۵ش).
- پایه‌گذاری آموزش صحیح سبک زندگی سالم، مراقبت از خود و رفتارهای پیشگیرانه از ایدز در مدارس بصورت واحد درسی.
- درنظر گرفتن خطوط تلفن مشاوره‌ای.
- استفاده وسیع از CD و فیلم‌های آموزشی پیشگیری از ایدز.
- راه‌اندازی و توسعه کلینیک‌های مخصوص نوجوانان یا خدمات ویژه نوجوانان در مراکز بهداشتی - درمانی جهت تضمین پذیرش نوجوانان توسط کارکنان و رعایت حریم شخصی و اسرار آنان.
- توسعه مراکز مشاوره و آزمایش داوطلبانه ایدز.
- حمایت جامعه از بی‌سرپرستان.

- نوآوری‌های متناسب با فرهنگ در راستای ارتقای برنامه‌های پیشگیری از ایدز در نوجوانان و جوانان دارای رفتارهای پرخطر.
- انجام تحقیقات وسیع در مورد رفتارهای پرخطر نوجوانان جهت درک نیازهای آموزشی آنها.
- درگیر کردن نوجوانان جهت مسئولیت‌پذیری در مسائل بهداشتی و سلامتی مربوط به خود از طریق آموزش همسالان.
- گسترش امکان پروفیلاکسی بعد از تماس.
- درمان زودرس عفونت‌های دستگاه تناسلی.
- برنامه‌های وسیع برای کاهش تزریقات آسیب‌رسان.
- تدوین برنامه‌های پیشگیری برای نوجوانانی که با بیماران مبتلا به ایدز زندگی می‌کنند.

پی‌نوشت

1- MENA: Middle east & North Afriga

فهرست منابع

اداره ایدز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، درمان ایدز سالیانه ... میلیارد تومان هزینه دارد، ۱۳۸۷/۹/۲۳، شماره خیر: ۱۰۰۹۵۶۸۳۴۳۰۴. قابل دسترس از سایت:

www.jamejamonline.ir/newstext.aspx

احمدنژاد، الهام؛ گرمی یار، محمد؛ عرفانی، ربه‌گاہ؛ ایوبیان، بارزان؛ حاتمی، ساناز؛ سپهروند، نریمان - (۱۳۸۵ش)، بررسی باورها و رفتارهای رایج دختران ۱۸-۱۱ ساله در مورد ایدز در شهر ارومیه،

فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هشتم، شماره ۳۲-۳۱، ۸۱ تا ۸۶

پوراسلامی محمد؛ شیخ عطاری، پیام - (۱۳۸۱ش)، برقراری ارتباط برای سلامت و تغییر رفتار، چاپ اول، تهران: انتشارات زیتون

حاتمی، حسین - (۱۳۸۲ش)، جنبه‌های پزشکی بهداشتی و اجتماعی ایدز، (تک جلدی)، تهران: انتشارات معاونت سلامت

حاجیان مطلق، ناصر؛ فرشی، سوسن؛ عبدالهی، عشرت؛ ارون تاج، علی؛ کردستانی، آزاده؛ احمدی یزدی، سیروس؛ خرمی بنارکی، آناهیتا؛ اسدی، علی؛ کیان پیشه، معصومه؛ بیات، رزاق؛ نرمانی، محمدرضا - (۱۳۸۳ش)، بررسی آگاهی و نگرش دانش آموزان دبیرستانی از بیماری ایدز در شهرستان.

ساوجبلاغ، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۱۱ (۴۱)، فوق العاده ۱، ۳۹۳ تا ۴۰۰

خلیلی، کیانوش - وضعیت و آمار ایدز در ایران و جهان، ۱۳۸۹/۳/۱۲، قابل دسترس از سایت:

<http://fa.parsiteb.com/news.php?nid>

شریف‌زاده، غلامرضا؛ مودی، میترا؛ زنده دل، ابوالفضل - (۱۳۸۹)، ارزشیابی تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی و نگرش دانش آموزان دبیرستان های دخترانه شهر بیرجند در مورد بیماری ایدز سال ۱۳۸۶،

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۱۷(۱)، ۴۲ تا ۴۹

عابدینی، سمیره؛ عابدینی، صدیقه؛ خواجه، ابراهیم؛ عابدینی، سیماء؛ کمال‌زاده، حسام‌الدین - (۱۳۸۵)،

آگاهی و نگرش دانشجویان دانشکده بهداشت بندرعباس در زمینه ایدز سال ۱۳۸۴، فصلنامه علمی دنا،

سال اول، شماره ۳، ۲۵-۲۰

عبادی فرد، آذر فرید؛ فشارکی، محمد؛ هدایت راد، مهدی؛ موسویان پور، میرکبیر - (۱۳۸۲ش)، تأثیر

آموزش بر آگاهی دانش آموزان دبیرستان از بیماری ایدز، مجله حکیم، دوره ۶(۲)، ۵۳ تا ۶۰

عباسی سنجدری، زینب - (۱۳۸۲ش.). بررسی رفتارهای پرخطر بهداشتی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۱، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

گزارش مرکز مدیریت بیماری‌ها - (دکتر گویا و همکاران)، کنگره اپیدمیولوژی، زمستان ۱۳۸۳، زاهدان، پانل ایدز

محمدی، محمدرضا؛ محمد، کاظم؛ خلیج‌آبادی فراهانی، فریده؛ عالی‌خانی سیامک؛ زارع، محمد؛ رضانی، فهیمه؛ رمضان‌خانی، علی؛ علاء‌الدینی، فرشید؛ حسن‌زاده، علیرضا؛ صالحی فرد، مهدی - (۱۳۸۲ش.). بررسی آگاهی و نگرش پسران نوجوان ۱۵-۱۸ ساله تهران در مورد بهداشت باروری

سال ۱۳۸۱، فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۴ (۳/۱۵)، ۲۳۷ تا ۲۵۰

وزارت بهداشت - مرکز مدیریت بیماری‌ها، آمار مربوط به عفونت HIV/AIDS در جمهوری اسلامی ایران، پاییز ۱۳۸۸

وزارت بهداشت - آخرین آمار موارد ثبت شده ابتلا به ویروس ایدز تا پایان سال ۱۳۸۸، ۱۳۸۹/۲/۲۲ قابل دسترس از سایت:

http://www.irhiv.com/index.php?option=com_content&view=article&id

Adam PH, Herzlie C. (1997). Sociologie de la maladie et de la medicin. Bavardaran company. PP: 40-65.

Kirby D. Laris B.A., Roller L. (2005). Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries, Family Health International Youth Research Working Papers, No. 2.

Mazloom SS, Shirvani-Anarak M, Dehghani Tafti AA, Tabibnejad N, Sheikha MH. (2006). Knowledge and attitude about HIV/AIDS among pregnant women in Yazd, Iran. Iranian Journal of Reproductive Medicine, 4(1): 29-33.

Razzaghi EM, Movaghar AR, Green TC, Khoshnood K. (2006). Profiles of risk: a qualitative study of injecting drug users in Tehran, Iran. Harm Reduct J, 18(3): 12.

Roudi-Fahimi F. (2007). Time to Intervene: Preventing the Spread of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa, Washington, DC: Population Reference Bureau.

Smeltzer C.Z, Bare G.B. (2008). Brunner and suddarth text book of medical surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Co.

UNAIDS. (2004). Report on the global AIDS epidemic. Available from: <http://www.unaids.org>

- UNAIDS. (2009). AIDS epidemic update, WHO: 70-74.
World Health Organization. (2009). Key facts: 2008 HIV/AIDS Programme Highlights. WHO.
World Health Organization. (2006). Orientation programme on adolescent health for health-care providers, Handout for module G: STIs in Adolescents, WHO.

یادداشت شناسه مؤلفان

رقیه نوری زاده: دانشجوی دکترای بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز مدیریت سلامت کشوری تبریز (NPMC)

پست الکترونیکی: rnourizadeh@gmail.com

فاطمه باختری اقدم: دانشجوی دکترای آموزش بهداشت شهید صدوقی یزد، هیات علمی دانشکده بهداشت و تغذیه تبریز، NPMC تبریز

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۹/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۲۴