



وزارت صحت عامه

ریاست عمومی طب و قایوی

ریاست کنترول امراض ساری

پالیسی، خط مشی و رهنمای عملی همکاری های TB/HIV

2008-2013



# جمهوری اسلامی افغانستان

## وزارت صحت عامه

### مقدمه

وزارت صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان مسرت دارد که پالیسی ملی و رهنمای عملی TB/HIV را برای هماهنگی و همکاری مشترک بین پروگرام ملی کنترول توبرکلوز (NTP) و پروگرام ملی کنترول ایدز (NACP) پیشکش میدارد.

طرح این اسناد وسیله ارتباطی خوب در اخذ تصامیم، فعالیتها، همکاری این دو پروگرام بوده و با استفاده از آن موفقیت های مزیدی در این زمینه حاصل خواهد شد.

ستراتیژی TB/HIV، از منابع سازمان صحتی جهان (WHO) و ستراتیژی جدید توقف توبرکلوز (Stop TB) هماهنگ با سیستم مرکزی مراقبت های صحتی کشور که پیشکش کننده پلان های جامع و هدایات لازم برای همکاری های مشترک TB/HIV است اقتباس گردیده است.

ستراتیژی پیشنهاد شده به سطح بلند بوده اما تطبیق آن امکان پذیر است. این ستراتیژی از طریق واحد ها و بخش های وزارت صحت عامه و کمیته های مشترک وزارت های ذیدخل اجرا میشود که تکرار فعالیت های مشابه را به حداقل رسانده و استفاده مطلوب از امکانات دست داشته را میسر میسازد.

جهت تطبیق این ستراتیژی داشتن یک روش معیاری حایز اهمیت است.

من بعنوان سرپرست وزارت صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان جهت مهار مرگ و میر و معلولیت ناشی از ایدز و توبرکلوز، کاهش میزان واقعات توبرکلوز و رنج ناشی از آن را در کشور، با استفاده از این پالیسی ملی، ستراتیژی و رهنمای عملی تایید مینمایم.

وزارت صحت عامه و وزارت های ذیدخل، تمویل کننده گان، همکاران ملی و بین المللی را در مساعی با همی برای تطبیق فعالیت های مشترک TB/HIV توام با حمایت های مادی و معنوی شان تشویق نموده و تعهدات خویش را در راستای توقف توبرکلوز ابراز میدارد.

دوکتور فیض الله کاکر

معین مسلکی وزارت صحت عامه

کابل افغانستان جون 2008

# جمهوری اسلامی افغانستان

## وزارت صحت عامه

### ریاست عمومی طب و قایوی

### پروگرام ملی کنترول توبرکلوز

#### اظهار سپاس:

پروگرام ملی کنترول توبرکلوز و پروگرام ملی کنترول ایدز مراتب امتنان و سپاسگذاری خویش را در تهیه این پالیسی ملی، ستراتیژی و رهنمای عملی برای فعالیت های مشترک و هماهنگ TB/HIV در افغانستان ابراز نموده از جلالتمآب دوکتور سید محمد امین فاطمی وزیر صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان به خاطر هدایات و حمایت ایشان در تهیه این سند ملی سپاسگذاری مینمایم.

قابل یاد آوریست که محترم دوکتور فیض الله کاکرمعین مسلکی وزارت صحت عامه سهم با رزی را در انکشاف این سند ملی داشته است و از توجه و همکاری محترم دوکتورس نادره حیات برهانی معینه عرضه خدمات صحت عامه قدردانی مینمایم.

همچنان لازم است که از همکاری محترم دوکتور احمد شاه " شکوهمند" رئیس عمومی عرضه خدمات صحت عامه، دوکتور سید شکرالله " وحیدی" رئیس دفتر مقام وزارت صحت عامه، دوکتور احمد جان رئیس پلان و پالیسی، دوکتور سید حبیب رئیس کنترول امراض ساری ابراز قدردانی نمایم.

در تهیه این سند مهم موسسات تخنیکی همکاری فعال داشته مخصوصا از حمایت تخنیکی WHO و JICA اظهار قدردانی مینمایم.

جناب پیتر گراف نماینده سازمان صحتی جهان مشوق خوبی در این راستا بوده و از حمایت مسلکی داکتر کورین برونک و داکتر ویرونکو بر و تولوتی یادآوری نموده بدین وسیله از ایشان اظهار امتنان مینمایم.

با اظهار سپاس از ذوات محترم آتی که در قسمت تهیه سند TB/HIV همکاری های گرانبها نموده اند:

دوکتور عبدالحمید " احمد زی " ، دوکتور کرم شاه (WHO) ، دوکتور میتسو ایسانو (JICA)، دوکتور سیف الرحمن ، دوکتور محمد سرور " احمد زی" ، آقای جو ریتمان مشاور NACP، داکتر فهیم (پیغام)، داکتر میر زمان (ملک زی) و تیم NTP ( داکتر حبیب الله " حبیب " ، داکتر شاه حسین (حسینی) داکتر عطا الحق " سنائی" ، داکتر حامد " حسن" و داکتر سید عبیدالله " سادات" ) از این طریق اظهار تشکر نموده و برای هر کدام ایشان موفقیت آرزو دارم.

#### با احترام

دوکتور محمد خالد " صدیق "

رئیس پروگرام ملی کنترول توبرکلوز

**اظهار سپاس :**

این سند توسط کمیته ad hoc و کمیته کاری TB/HIV در سال 2006 توسط NACP و NTP ساخته شده بود. اعضای آن کمیته عبارت اند:

داکتر عطاالحق سنائی ( پروگرام ملی کنترول توبرکلوز)

داکتر حبیب الله حبیب ( پروگرام ملی کنترول توبرکلوز)

داکتر کترین تاد ( پوهنتون کالفرنیا, سن دیگو)

داکتر حامد حسن مومند ( پروگرام ملی توبرکلوز)

داکتر سید عبیدالله سادات ( پروگرام ملی توبرکلوز)

داکتر جوزف ریتمان ( پروگرام ملی کنترول ایډز)

داکتر کیتی فی کیرت ( وزارت صحت عامه)

داکتر لیلما نزهت ( سازمان صحتی جهان) افغانستان

داکتر سرور احمد زی ( پروگرام ملی کنترول ایډز)

داکتر سیداعظم ساجد ( سازمان صحتی جهان)

ما از کمک های مسلکی داکتر کورین برونک, داکتر ویرونیک بورتولوتی ( WHO ) در این رابطه اظهار سپاس یا امتنان می نمایم.

این سند در اپریل 2008 در CGHN و TAG موجود بود, و در می 2008 مطابق انکشاف خط مشی صحتی تجدید نظر شد: رهنمای انکشافی (May 2008)

**Abbreviations:**

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APHI	Afghan Institute for Public Health
ART	Anti Retroviral Therapy
ARV	Anti Retroviral
BCC	Behavior Change Communication
BHC	Basic Health Center
BPHS	Basic Package of Health Services
CGHN	Consultative Group for Health and Nutrition, MOPH
CHC	Comprehensive Health Center
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
EMRO	Eastern Mediterranean Regional Office (WHO)
EPHS	Essential Package of Hospital Services
HACCA	HIV and AIDS Coordination Committee of Afghanistan
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMIS	Health Management Information System
IBBS	Integrated Behavioral and Biological surveillance
IDU	Injecting Drug Users
INH	Isoniazid
MOCN	Ministry of Counter Narcotics
MOJ	Ministry of Justice
MOI	Ministry of Interior
MOPH	Ministry of Public Health

MSM	Men having Sex with Males
NACP	National AIDS Control Program
NGO	Non-Government Organization
NTP	National TB Program
OI	Opportunistic Infection
PLHA	People Living with HIV and AIDS
PMTCT	Preventing Mother to Child Transmission
RTI	Reproductive Tract Infection
STI	Sexually Transmitted Infection
SW	Sex Workers
TAG	Technical Advisory Group, MOPH
TB	Tuberculosis
TBHIV	TB and HIV joint collaboration and/or co infection
UNAIDS	United Nations Programmed on HIV/AIDS
VCT	Voluntary Counseling and Testing
WHO	World Health Organization

## جدول مندرجات

1	پالیسی برای همکاری های TB/HIV در افغانستان
	<b>مقدمه:</b>
2	• اپیدیمولوژی TB/HIV
6	• پالیسی ملی برای همکاری های TB/HIV
7	2. خط مشی همکاری برای پروگرام های TB/HIV
7	• حالت فعلی پروگرام های TB/HIV در افغانستان
9	• اهداف و مقاصد همکاری برای TB/HIV
11	• خط مشی برای همکاری TB/HIV
13	• فعالیت های مشترک TB/HIV در افغانستان
	ضمایم :
19	ضمیمه 1. رهنمود های عملی برای خدمات TB/HIV
19	• تداوم خدمات TB/HIV
	• رجعت دهی
27	27 شایستگی کارکن مراقبت صحتی
28	• خدمات فرعی برای مریضان
28	ضمیمه 2. لایحه وظایف برای گروپ کاری ملی TB/HIV
29	ضمیمه 3. لست Referince Documents پروگرام ملی کنترل ایدز
34	ضمیمه 4. نمونه فورم رجعت دهی

## پالیسی برای همکاری های TB/HIV در افغانستان

### 01 . مقدمه:

1. این پالیسی برای همکاری های مشترک TB/HIV در افغانستان برای سال های 2008 الی 2013 جهت ایجاد یک پالیسی در داخل یک چوکات کاری برای خدمات ملی TB و HIV/ ایجاد شده ، که توسط پروگرام ملی کنترل توبرکلوز (NTP) ، پروگرام ملی کنترل ایدز (NACP) و تعدادی از انجوها و همکاران تخنیکي که حالت اپیدیمولوژی TB/HIV Co-infection را در افغانستان سروی میکنند ، اجرا میشود.

NTP و NACP دارای اسناد رهنما ئی میباشدند ، و باید مشترکاً با این سند TB/HIV از آن به صفت ماخذ استفاده گردد. پالیسی فوق به اساس مدارک جهت رهنمائی ، اخذ تصامیم و عرضه خدمات ؛تنظم گردیده است.

2. افغانستان دارای شیوع بلند مرض ساری توبرکلوز بوده وشامل 22 کشور است که بیشترین رقم توبرکلوز را دارد . (WHO,2007)

افغانستان فعلاً بحیث یک کشور که دارای شیوع پائین HIV میباشد کتگوری شده است راپور داده شده شیوع پائین مرض ، همراه با خطر و ابسطه در بین مریضان توبرکلوز را نشان میدهد . (Final Report,2006). باوجودیکه یکتعداد از گروپ های معین خاصاً استفاده کننده گان زرقی دوا (IDU) Injecting Drug Users ، که مواجه به اپیدیمی بلند HIV اند، شاید سبب بلند رفتن شیوع انتان HIV در این گروپ ها گردد.. (ANASF, 2006)

بناء همکاری وقایوی TB/HIV و پروگرام های خدماتی از جمله اولویت ها در افغانستان است با توجه بیشتر به جمعیت که در معرض بلند خطر هستند ، مانند IDUs و اشخا صیکه یکجا جمع میباشدند مانند زندان ها باید توجه جدی صورت گیرد. ملاقات با این گروپ ها نیاز به همکاری های نزدیک بین وزارت های مواد مخدر (MOCN) ، وزارت عدلیه (MOJ) و وزارت داخله (MOI) دارد.

3. این سند توسط ، کمیته کاری توبرکلوز و اچ آی وی، ad hoc ، NTP و NACP در سال 2006 به پاسخ WHO دفتر حوزه مدیترانه شرقی (EMRO) آماده شده بود که هدف آن کشورهای عضو است که بتوانند یک میکانیزم فعال همکاری را در بین پروگرام های ملی توبرکلوز و اچ آی وی و دیگر همکاران تخنیکي در اخیر سال 2007 داشته باشند.

این سند در بین سازمان های غیردولتی ، و همکاران تخنیکي از طریق کمیته هماهنگی HIV/AIDS افغانستان (HACCA) و کمیته ملی کاری توبرکلوز وبه اساس رهنمود ماه می 2008 از پالیسی ریاست عمومی (DG) وپلاننگ تجدید نظر شده به کمیته های CGHN و TAG تقدیم گردید.



**02 . اپیدیمولوژی توبرکلوز و اچ آی وی:**

4 . افغانستان یک مملکت با عاید کم و نفوس تقریبی 30 میلیون است. این کشور در بین 177 کشور مقام 93 را در بخش پیشرفت های بشری دارد. افغانستان متحمل چندین دهه از مخالفت های دوامدار بوده، که پروگرام ملی کنترل توبرکلوز دوباره احیا و پروگرام ملی کنترل ایدز جدیداً در سال 2003 ایجاد شد. مراقبت های صحی ابتدایی (PHC) که شامل خدمات توبرکلوز می باشد از طریق مجموعه خدمات صحی اساسی (BPHS) و مجموعه خدمات صحی شفاخانه یی (EPHS) توسط منابع خارجی وزارت صحت عامه و انجوها عرضه میگردد.

**5. حالت فعلی توبرکلوز:**

افغانستان با داشتن بلند ترین رقم واقعات توبرکلوز در حوزه شرق مدیترانه یکی از 22 کشور در جهان است که بیشترین رقم توبرکلوز را دارا می باشد واقعات تخمین شده توبرکلوز بلغم مثبت در کشور ما 73 نفر در 100000 نفوس در یکسال می باشد. تمام واقعات توبرکلوز 161 نفر در 100000 نفوس در طول یک سال می باشد و این بدین معنی است که بروز واقعات در یکسال به تعداد 39500 برای تمام واقعات توبرکلوز و 17885 واقعه برای مریضان بلغم مثبت است. و همچنان شیوع مرض توبرکلوز سالانه 231 نفر در 100000 نفوس و مرگ و میر از باعث توبرکلوز 32 نفر در 100000 نفوس تخمین گردیده است. (راپور سازمان صحی جهان سال 2008)

هدف پروگرام ملی کنترل توبرکلوز دریافت و نگهداری 70 فیصد واقعات موجود، توبرکلوز ریوی بلغم مثبت. و نایل شدن به 85 فیصد موفقیت تداوی واقعات جدید توبرکلوز ریوی بلغم مثبت می باشد. که خوشبختانه نظر به ملاحظه ارقام دست داشته سال 2008 پروگرام ملی کنترل توبرکلوز اهداف فوق الذکر را بدست آورده است.

**اپیدیمولوژی TB در افغانستان (Global report 2008, NTP Annual report 2008)**

✓	نفوس نظر به احصائیه CSO	24.5 میلیون
✓	شیوع واقعات توبرکلوز	231 نفر در 100000 نفوس
✓	بروز تمام واقعات توبرکلوز	161 نفر در 100000 نفوس
✓	بروز واقعات بلغم مثبت جدید	73 نفر در 100000 نفوس
✓	مرگ و میر ناشی از توبرکلوز	32 نفر در 100000 نفوس
✓	فیصدی واقعات مقاوم دوائی در میان واقعات جدید توبرکلوز	3.4 %
✓	مجموع واقعات کشف شده در سال 2008	(28301)
✓	میزان واقعه یابی واقعات جدید بلغم مثبت ریوی در سال 2008	73% -- 13213
✓	میزان واقعه یابی تمام انواع توبرکلوز در سال 2008	72%
✓	میزان موفقیت تداوی در سال 2008:	89%
✓	میزان شفایابی در سال 2008:	87%
✓	فیصدی واقعات توبرکلوز در نزد خانم ها	68%

## 6. حالت فعلی HIV :

افغانستان کشوریست با شیوع پائین انتان اچ آی وی در بین تمام جمعیت وبا شیوع بلندانتان اچ آی وی در بین گروپ های تحت خطر مانند استعمال کنندگان زرقی ادویه (IDUs) (ANASF – 2006). حالت فعلی ایپیدمیولوژیک انتان HIV در افغانستان به طور کامل تشریح نشده است. مگر شواهدی وجود دارد که شیوع مرض HIV در بین یکتعداد از اشخاص و مریضان توبرکلوز موجود بوده ولی تعیین نشده است. از نظر مطالعات در بین IDUs در کابل شیوع HIV به 3% میرسد. (قرار راپور اخیر Todd سال 2007). یک مطالعه در بین مریضان توبرکلوز شیوع انتان اچ آی وی را در حدود 0.2% نشان میدهد. انتان HIV بصورت عموم توسط مقاربت های جنسی غیر مصئون ویا هم استفاده مشترک از پیچکاری ها و وسایل منتن، انتقال میکند. بعلاوه انتقال خون منتن شاید باعث انتقال انتان HIV گردد و در بین مادران منتن با اچ آی وی سبب انتقال انتان به اطفال نوزاد آنها شود. PLHIV با لکه های تبعیض و ننگ زنده گی میکنند که باعث محدودیت دسترسی آنها به خدمات مراقبتی صحی با کیفیت در مراکز TB/HIV میگردد. (WFP, 2006). از تمام مشاهدات موجود، ایپیدمی انتان HIV در افغانستان مدل ایپیدمی HIV آسیا ئی را تعقیب میکند. (مدل آسیا ئی 2004 T.BROWN). جائیکه ایپیدمی ملی HIV با افزایش سرایت انتان در بین گروپهای تحت خطر افزایش یافته و در بین جمعیت عمومی پل میگردد، درینجا سرعت و شدت ایپیدمی مربوط به تعداد گروپ های تحت خطر و وسعت وقایه، شامل استعمال کا ند و وسایط مصئون زرقیات میباشد. هدف NACP حفاظت کمتر از 0.5% شیوع HIV در بین نفوس عمومی و کمتر از 5% درگروپهای آسیب پذیر میباشد.

### شکل دوم : ایپیدمیولوژی HIV در افغانستان NACP, 2007:

شیوع HIV در کابل در بین IDUs به 3% میرسد (2006).

شیوع HIV در بین مریضان TB در 8 ولایت به 0.2% میرسد (2006).

### 03 انتان باهمی توبرکلوز و اچ آی وی و دلیل برای همکاری مشترک :

## 7. تاثیرانتان HIV بالای توبرکلوز:

HIV نیرومتدترین عامل خطر برای پیشرفت انتان توبرکلوز به مرض توبرکلوز نژاداشخاص منتن یا میکروپ توبرکلوز است. نزد یک شخص HIV مثبت که با MTB نیز منتن میباشد، 50% خطر انکشاف توبرکلوز در طول زنده گی موجود است. درحالیکه نزد، یک شخص HIV منفی و منتن به MTB، این خطر به 10% میرسد. اینمخصوصاً در افغانستان که تقریباً نیم از نفوس افراد کاهل منتن با میکوبکتریوم توبرکلوز میباشد خیلی مهم است. HIV زمانی اشخاص رامبتلا میسازد، که آنهاجدیداً به میکوباکتریوم توبرکلوز منتن شده باشند و به سرعت به TB فعال تبدیل میشود. در بین مریضان ایدز داخل بستر، که سیستم دفاعی شان شدیداً ماوف گردیده است هرگاه معروض به مریضان انتانی دیگر شوند، مدت زمان متوسط از مواجه شدن الی تأسس مرض 12 هفته است.

8. HIV ایپیدمی توبرکلوز را وخیتر خواهد کرد: HIV سیستم معافیت را منهدم ساخته و مریض را در مقابل توبرکلوز حساس میسازد، این مریضان بعداً مرض را به دیگران انتقال میدهند. توبرکلوز یکی از مهلکترین انتانات فرصت طلب ساری بوده که در بین اشخاص HIV مثبت اتفاق میافتد و این اولین علامه اشکار AIDS بوده که در بیشتر از 50% کشورهای روبه انکشاف دیده میشود. تعداد زیاد از اشخاص HIV مخفی دارند ممکن در کلینیک های توبرکلوز مراجعه و خواهان خدمات گردند. در بعضی از کشور ها ایپیدمی HIV واقعات TB را سه برابر افزایش داده است. در افغانستان مانند سائر کشور های روبه انکشاف بار سنگین واقعات جدید توبرکلوز از سبب HIV طوریکه دریک تعداد کشور های که از ایپیدمی HIV به شدت متأثر گردیده اند ممکن بر وجوه مالی و خدمات حمایتی غلبه نماید.

### تأثیر توبرکلوز بالای HIV:

9. توبرکلوز بقای حیات مریضان را که انتان HIV نیز دارند کوتاه میسازد. توبرکلوز شاید پیشرفت HIV را سرعت بخشیده. قسمیکه افزایش شش تا هفت مرتبه یا وسعت ویروس HIV در مریضان توبرکلوز دیده شده است. علت مرگ هریک نفر از بین هر سه نفر مریض AIDS توبرکلوز است.

10. به نسبت سطح نازل شیوع HIV در افغانستان، این کشور از نظر فعالیت های TB/HIV نظر به پالیسی موقتی سازمان صحتی جهان در مورد تشریک مساعی TB/HIV در بین کشورها در کتگوری سوم قرار دارد، (WHO, 2004)، طوریکه برای شروع فعالیت های TB/HIV رهنما تهیه شده در شکل 3 نشان داده شده است. برای کشورهای کتگوری سوم، سازمان صحتی جهان پیشنهاد پلان ملی نظارتی و مراقبتی TB/HIV را ارائه کرد تا بار توبرکلوز را در اشخاصی که با HIV زنده گی میکنند توسط واقعه یابی شدید، تداوی وقایوی با ایزونیازید و هم چنان کنترل انتان توبرکلوز در مراکز صحتی و در محلات دسته جمعی، کاهش دهد.

11. HIV یک فکتور شناخته شده است که سبب پیشرفت حالت منتن به حالت فعال توبرکلوز میشود. در صورتی که TB و HIV یکجا باشند خطر پیشرفت مرض توبرکلوز فعال تقریباً 5% الی 15% در سال و در اشخاص HIV منفی، این خطر 5-10% در طول حیات میباشد.

توبرکلوز باعث پیشرفت سریع AIDS شده، و به طور قابل ملاحظه بقای حیات یا طول عمر PLHIV را کوتاه میسازد، که از سبب ارتباط نزدیک بین توبرکلوز و HIV میباشد بناً باید نزد تمام مریضان که توبرکلوز شان تشخیص شده از نظر HIV نیز آزمایش شوند و همچنان مریضان HIV باید از نظر توبرکلوز ارزیابی شوند بخصوص در جا ها نیکه سطح شیوع انتان توبرکلوز قابل ملاحظه است. شیوع HIV در افزایش انتقال توبرکلوز نزد اشخاصیکه به HIV مبتلا شده و یا نشده اند تأثیرات خواهد داشت.

12. انتان HIV در تشدید نمودن ایبیدیمی توبرکلوز از طریق افزایش حساسیت به مرض، پیشرفت به توبرکلوز فعال و از دیاد نکس با عود رول ارزنده دارد (WHO 2007). انتان HIV معیارات تداوی را متأثر ساخته زیرا انتان HIV تشخیص توبرکلوز رابه چالش هایی مواجه میسازد که نزد شخصیکه سیستم معافیتی نورمال دراد وجود ندارد. همچنان توبرکلوز یک علت عمده مرگ و میر مربوط به HIV میباشد در عین زمان توبرکلوز یک علت عمده مرگ و میر مربوط به HIV میباشد. سازمان صحتی جهان راپور میدهد که در جهان یک بر سه، 40 میلیون مردم که با HIV زنده گی میکنند با توبرکلوز نیز منتن اند که باعث افزایش 33% مرگ و میر ایدز در جهان میشود. تقریباً نیم از PLHIV توبرکلوز را توسعه داده و تأثیرات زیان آور بالای پیشرفت HIV دارد، TB/HIV Co-infection مشکلات مزید به علت امکان مداخله رژیم های تداوی بالای یکدیگر میگردد.

**شکل 3 . طبقه بندی کشور های که شروع فعالیت های مشترک TB/HIV را توصیه میکنند. (WHO,2004).**

فعالیت های پیشنهادی مشترک TB/HIV	معیار ها	طبقه بندی
<p>A. ایجاد یک میکانیزم برای همکاری مشترک.                      A1. تا سیس یک هسته همکاری موثر برای فعالیت های مشترک TB/HIV در تمام سطوح.                      A2. اجراء سرویلانس، از شیوع انتان HIV در بین مریضان TB.                      A3. انجام پلان مشترک TB/HIV.                      A4. تنظیم مانیتورینگ و ارزیابی                      B. کاهش بار TB در بین اشخاصیکه که با HIV زندگی میکنند.                      B1. تاء سیس واقعه یابی شدید تو برکلوز.                      B2. معرفی تداوی وقایوی با ایزونیازید.                      B3. اطمینان از کنترل انتان تو برکلوز در مراکز صحتی و دسته جمعی.</p>	<p>کشور های که شیوع بلندانتان HIV را درکاهلان به سطح ملی زیادتیر یا مساوی به 1% دارند.</p>	<p>1</p>
<p>C. کاهش بار HIV در مریضان TB                      C1. تامین و تدارک تست HIV و مشاوره .                      C2. معرفی میتود های وقایوی HIV .                      C3. معرفی تداوی وقایوی با کوتیری میکسازول.                      C4. توجه و حمایت از مراقبت های HIV/ AIDS                      C5. معرفی تداوی ضد ویروس (ART)</p>	<p>یا                      که شیوع ملی انتان HIV در بین مریضان TB بزرگتر یا مساوی به پنج فیصد است .</p>	
<p>در نواحی اداری با بیشتر از 1 % شیوع انتان HIV درکاهلان .                      تطبیق تمام فعالیت ها مانند کشور های شامل کنگوری یک ذرنواحی اداری معین.                      دردیگر مناطق کشور: تطبیق فعالیت ها به مانند کشور های شامل کنگوری سوم.</p>	<p>در کشور هائیکه شیوع انتان HIV کاهلان در سطح ملی پائینتر از یک فیصد است.                      و                      دیگر ساحات اجرایی همراه                      با اندازه شیوع HIV در کاهلان بزرگتر یا مساوی به یک فیصد باشد.</p>	<p>2</p>

<p>A. ایجاد یک میکائیزم برای تشریک مساعی.</p> <p>A1. بنیاد گذاری هسته همکاری موثر برای فعالیت های مشترک TB/HIV در تمام سطوح.</p> <p>A2. اجراء سرویلانس شیوع انتان HIV در بین مریضان TB.</p> <p>A3. انجام پلان مشترک TB/HIV.</p> <p>A4. اجراء مانیتورینگ و ارزیابی.</p> <p>B و C با توجه به بیشترین گروه های تحت خطر برای HIV و یا توبرکلوز شامل استفاده کننده گان مواد مخدر، کسانی که در یک گروه دسته جمعی زیست دارند، ارتباط جنسی مرد با مرد و کارکنان جنسی.</p> <p>B. کاهش بار انتان TB در اشخاصی که با HIV زندگی میکنند.</p> <p>B1. کوشش در واقعۀ یابی شدید توبرکلوز</p> <p>B2. معرفی تداوی وقایه وی با ایزونیزاید.</p> <p>B3. مراقبت از کنترل انتان توبرکلوز در مراکز صحتی و . نقاط مزدحم.</p>	<p>3 کشور های که اندازه شیوع HIV به سطح ملی در کاهلان پائینتر از یک فیصد است.</p> <p>و</p> <p>جائیکه ساحات اذاری منظم نبوده شیوع انتان HIV در کاهلان بزرگتر و یا مساوی به یک فیصد است.</p>
<p>C. کاهش بار HIV در مریضان توبرکلوز.</p> <p>C1. تدارک تست HIV و مشاوره</p> <p>C2. معرفی میتود های وقایوی HIV .</p> <p>C3. معرفی تداوی وقایوی با کوتری میکسازول.</p> <p>C4. توجه و حمایت از مراقبت های HIV/ AIDS</p> <p>C5. معرفی تداوی ضد ویروس (ART)</p>	

تعدیل شده از پالیسی موقتی راجع به همکاری و فعالیت های مشترک TB/HIV (WHO, 2004).

#### **04. پالیسی ملی برای همکاری های TB/HIV:**

13. اهداف پالیسی ملی همکاری های TB/HIV عبارتند از:

- کاهش بار توبرکلوز در PLHIV توسط واقعۀ یابی اشتدادی توبرکلوز، پیشکش تداوی وقایوی ایزونیزاید، تهیه کورس تداوی قصیر المدت تحت نظارت مستقیم (DOTs)، توجه و حمایت در محلات که HIV مردم را منتن میکند مانند بیشترین گروه های تحت خطر یعنی IDUs و تجمع مردم مانند زندان ها .
- کاهش بار HIV در مریضان توبرکلوز با تهیه و تدارک آزمایش HIV، مشاوره، بهبودی سطح دانش کارکنان صحتی توبرکلوز در باره میتودهای وقایوی HIV و معرفی تداوی وقایوی با کوتری میکسازول .

## 2. خط مشی برای همکاری خدمات HIV و TB:

### 5.0. حالت فعلی پروگرام HIV و TB در افغانستان:

14. وزارت صحت عامه یک نهاد دولتی است که خدمات صحت عامه را در سطح شهرها و روستاها فراهم میسازد. به تعداد 1031 مرکز خدمات ملی صحت فعالیت دارند این خدمات صحت عامه توسط دولت و سازمانها یا موسسات غیر دولتی تنظیم شده و جریان دارد.

تسهیلات مذکور شامل 132 شفاخانه، 412 CHC، 379 BHC، 158 SC و 775 پوسته صحت (HP) است. تعداد مجموعی کارکنان صحت در سال 2004 عبارت از 3127 داکتر (یک داکتر به 8100 نفر)، 2876 نرس راجستر شده (یک نرس به 8800 نفر)، و 796 لابراتوار تخنیک (یک لابراتوار برای 31800 نفر) میباشد. تعداد زیاد کارکنان طبی در ساحات شهری جاگزیں شده اند. تقریباً 24% دوکتوران و 21% نرسها را در کشور طبقه انات تشکیل میدهد. در حالیکه در 40% کارکنان صحت هیچ کارکن صحت طبقه انات وجود ندارد. دادن مشوره های کلتوری یا فرهنگی یک مانع یا مشکل مهم را برای طبقه انات در بخش دسترسی خدمات صحت به میان آورده است، بر علاوه تعداد زیاد از NGO بامشکلات استخدام کارکنان طبقه انات در دهات به خاطر عدم بلند بودن معاش مواجه اند. تقریباً 60% مراقبت صحت با ارزش گذاشتن و اولویت دادن مریض توسط تهیه کننده های سکتور خصوصی یا شخصی در هر دو ساحات شهری و دهاتی آماده شده است، همچنان خدمات توبرکلوز در تمام شفاخانه های کشور انجام داده میشود.

15. NTP، مستقیماً تحت نظر دایرکتر عمومی مراقبت های ابتدایی صحت وزارت صحت عامه فعالیت میکند. قبلاً 8 کواردیناتور حوزوی توبرکلوز (RTCs) مسؤل بودند که کنترل توبرکلوز را در ولایات مهم مانند کابل، غزنی، قندهار، هرات، بلخ، کندز، بدخشان و ننگرهار مراقبت نمایند، بخاطر که محلات به طور رسمی تأیید نشده بود. بعداً وزارت صحت عامه در 34 ولایت کواردیناتور های ولایتی توبرکلوز را استخدام نموده که توبرکلوز را در ولایات تحت نظر رئیس صحت عامه ولایت از مرکز تابه سطح ولایات کنترل کنند، پروگرام ملی کنترل توبرکلوز پروگرام های مستحکم را تهیه نموده که در سیستم BPHS مرتب شده است. از لحاظ دیگر ساختار پروگرام ملی کنترل توبرکلوز شامل ذیل اند:

- بودجه دولت تنها معاشات کارکنان پروگرام ملی کنترل توبرکلوز را اکتفا میکند. وزارت صحت عامه از نظر بخش مالی و تخنیک توسط سازمان صحت جهان و GFATM کمک میگردد. با وجود یکه پالیسی BPHS خدمات صحت را تقویه میکند. پیشرفت در توسعه داتس به علت بعضی از مشکلات که شامل منابع و ظرفیت های محدود، عدم هماهنگی، بی امنیتی و عدم دسترسی موسمی در بعضی ولایات میباشد، آهسته پیش میرود.

- بعد از ماه جون 2004 مجموعاً 359 لابراتوار در کشور تاسیس شده، با وجودیکه هنوز معلوم نیست که کدام آنها به طور واقعی وظایف تشخیصیه توبرکلوز را انجام میدهند. لابراتوار مرکزی صحت عامه بخش آموزشی 34 لابراتوار را در 34 ولایت حمایت میکند. با وجودیکه تا حال از نظر منابع و کمبودی دقیقاً بررسی نشده اند. GFATM سروی 43 لابراتوار را به سطوح CHC، DH و PH تا به جولای 2005 در هشت ولایت اجرا کرده بود، تحلیل ابتدایی ارقام اشکار ساخت که تنها 18 لابراتوار (42%) توانایی این را دارد که بلغم ریوی را مایکروسکوپی کند. تنها 7/25 (28%) قادر به اجرای تست (Sputum Smear Microscopy) SSM در سطح PH میباشد. و در مقایسه با 100% (4/4) در DH، 50% در بین CHCs (7/14) در بین 18 لابراتوار جاتیکه خدمات SSM قابل دسترسی است تنها 9800 سلاید در ربع اول سال 2005 از مایش شده بود (تعداد زیاد شان ب در سطح PH انجام شده) ویزیت جهت کنترل کراس چک

سلايد ها صورت نگرفته بود. در تمام 18 لابر اتوار به مقدار کافي ريجينت موجود و پروسه مناسب را برای سمير میکروسکوبي و راپور دهيه پروگرام ملی کنترول توبرکلوز تعقيب میکنند.

- NTP یک هسته مرکزي همکاري را با همکاران و گروپ هاي کاري توبرکلوز، جهت اطمینان از پشتيباني وسيع سياسي و تخنيکي در توسعه داتس و تضمین دوامدار کنترول توبرکلوز، ساخته است. آموزش کارکنان صحت، تهیه ادويه توبرکلوز، تقويه شبکه های لابر اتواری و کارکردن با کارکن صحتی جامعه (CHW)، و بعضی از همکاری های موثر دیگر توسط مجلس کاری هفته وار MOPH و NTP صورت میگیرد.

16. NACP مستقيماً تحت اثر رئيس عمومي مراقبت های ابتدایی صحت وزارت صحت عامه میباشد. NACP شش مرکز مشاوره و آزمایش داو طلبانه (VCT) را در هماهنگی با دونرها و انجوها یکی در شهر کابل و دیگر در زندان پلچرخ، در ولایات ننگرهار، مزار شريف، بدخشان و هرات بنا نهاد. بر علاوه خدمات صحتی ملی، بانک خون تحت اثر وزارت صحت عامه تخمیناً 60% خون دریافتی را بخاطر مصنو نیت در 26 مرکز بانک خون و دیگر شفاخانه ها در سراسر افغانستان تست میکند. سرویس کاهش صدمات تقریباً برای 500 استعمال کنندگان زرقی مواد از مجموع 1000 IDUs که سروی شده بود، خدمات ارائه میکند. بطور تخمین در حدود 7000 IDUs در سراسر افغانستان).

#### از نظر ساختار NACP شامل ذیل است:

- بودجه حکومت چهار کارمند NACP و کارمندان بانک خون را تأمین میکند. بر علاوه، مشاورین NACP توسط بانک جهانی و کارمندان مراکز VCT و خدمات آسیب پذیر توسط انجوها و UN حمایت میشوند.
- آزمایش در مراکز VCT، مراکز صحتی BPHS و مراکز بانک خون از طریق تست سریع (Rapid Test) انجام میشود. سه مرکز VCT دارای ظرفیت Western Blot است. مرکز لابر اتواری صحت عامه کابل ظرفیت محدودی را برای معاینات تشخیصیه وسیع پیشکش نموده است.
- NACP متشکل از سکتور های ملی، شرکای کاری یا همکاران تخنيکی و کمیته های هماهنگی HIV/AIDS یا HACCA که شامل بخش از وزارت خانه ها، شرکا، دونرها و انجوها که جوابگوی تدابیر افزایش حمایت سیاسی و تخنيکی برای HIV باشند؛ است.

17. NACP و وزارت صحت عامه مسولیت مرکزی را در ساختن پلان ها و تطبیق آن برای پروگرام مخصوص امراض مربوطه خود داشته و مسولیت مشترک برای هر نوع پروگرام TB و HIV را دارند. هر چند بزرگترین گروپ های تحت خطر اشخاصی اند، که به شکل گروپی یا دسته جمعی زندگی میکنند مانند زندانی ها که مربوط وزارت عدلیه، وزارت داخله شامل پولیس و مسولین زندان ها میباشند میگردد. کنترول استفاده از دوی مخدر در هماهنگی با وزارت مواد مخدر صورت میگیرد.

## 06 . اهداف ومقاصد برای همکاری مشترک HIV و TB :

18 . اهداف برای خدمات مشترک HIV و TB برای سالهای 2008 الی 2013 شامل ایجاد میکائیزم برای همکاری صحتی پولیس و مسولین زندان در سطح ملی و ولایتي است. اجرای سرویلانس TB/HIV در سطح ولایات درجه اول و هم چنان کاهش بار توبرکلوز در گروپ های تحت خطر و PLHIV توسط ایجاد واقعه یابی شدید، تداوی وقایوی با ایزونیازید و اطمینان از کنترل انتان توبرکلوز توسط مراقبت های صحتی در زندان های ولایات متذکره .

19 . اولین مرحله خدمات مشترک HIV و TB برای دور 2008 الی 2013 عبارت از آماده ساختن و ازدیاد بخشیدن مراحل واقعه یابی توبرکلوز از طریق اهداف مداخلوی و هزینه بانک جهانی برای گروپ های تحت خطر شامل IDUs بوده. قسمیکه یک شخص در یک گروه یا محیط مانند زندان های ( کابل، هرات و به طور خاص کندهار) زیست میکنند با رجعت به مراکز NTP برای مراقبت TB ویا مراکز شهری اچ آی وی ( HUB )، برای خدمات ART قرار تخمین بتعداد 2000 نفر در گروپ های تحت خطر با اچ آی وی زندگی میکنند (UNAID 2006) که ازین جمله فعلاً بتعداد 300 نفر شناسائی و راپور داده شده است. توقع پوشش اشخاص IDUs در سالهای 2007-2010 توسط انجوها در ولایات کابل، هرات، مزار و جلال آباد 1800 نفر، بر علاءه 1200 نفر

IDUs در ولایات قندهار، غزنی و قندوز؛ میرفت. معلومات وسیع در مورد زندان ها و زندانی ها در دسترس نیست، تا بر اساس آن شیوع انتان توبرکلوز و استعمال کنندگان ادویه زرقی؛ تخمین میگردد، ولی حدث زده میشود که در حدود 10000 زندانی در 34 ولأیت در زندان باشند. ( UNODC -2007 )

### شکل 4 . تعداد زندانی ها بر حسب ولایات 2007 , UNODC .

تعداد زندانی های ذکور وانات و بازداشت شده گان آن طرف کشور 30 اکتوبر 2007 (UNODC)						
شماره	ولایت	نفوس ولایتی به اساس CSO	تعداد زندانی ها		تعداد بازداشت شده گان	
			ذکور	انات	ذکور	انات
1	هرات	1,611,200	618	38	493	1165
2	فراه	448,800	170		40	210
3	نیمروز	137,400	64		34	98
4	بادغیس	433,800	76		68	144
5	ارزگان	306,600	5		177	182
6	غور	604,400	19	2	83	107
7	کندهار	1,037,100	340	15	508	869
8	هلمند	807,500	76	3	198	279
9	زابل	265,900	40			40
10	بلخ	1,122,600	185	13	147	352



وزارت صحت عامه افغانستان

223		91	13	119	468,000	جوزجان	11
245	1	38	9	197	868,800	فاریاب	12
117		47	2	68	338,300	سمنگان	13
80	1	47	1	31	468,200	سرپل	14
416	2	222	11	181	866,700	کنډز	15
275		235		40	831,200	بدخشان	16
331	2	210	16	103	855,500	تخار	17
374	5	267	7	95	789,500	بغلان	18
399	3	214	7	175	1,309,400	ننگرهار	19
37		28		9	394,100	کنر	20
66	3	27	4	32	390,100	لغمان	21
0					129,600	نورستان	22
57		35		22	482,400	پکتیا	23
157	2	72	2	81	1,073,700	غزنی	24
98		53		45	502,700	خوست	25
126		120		6	380,700	پکتیکا	26
3000			94	2906	3,335,200	پلچرخي	27
554		554				ذکور کابل DC	28
26		12		14	134,400	پنجشیر	29
83	1	51	1	30	386,300	کاپیسا	30
212	7	157	4	44	579,300	پروان	31
75		25		50	522,200	وردک	32
90		59		31	342,900	لوگر	33
66		22	1	43	391,100	بامیان	34
51		14		37	403,300	دایکندي	35
10604	61	4348	243	5952	23018900	مجموع	

20. در عین زمان NTP آموزش کارمندان را در مرکز، مراکز ولایتی تویرکلوز و مراکز مراقبتی TB/HIV-Co-infection انجام

مید هد، این مراکز در ولایات ( کابل، هرات، غزني، قندهار، مزار شريف، قندوز، بدخشان و ننگرهار ) با دسترسي به

مراکز خدمات HIV در کابل، هرات، جلال اباد، مزار شريف و فیض اباد موقعیت دارند.

21- در مرحله دوم با تعیین مشاورین ولایتی HIV در 8 ولایت ، با حمایت GFR-7 امکانات توسعه خدمات TB/HIV از طریق NGOs در پلان های مراقبتی ولایتی BPHS میسر شد. در سال 2006 در CHC ها و DH ها تقریباً 10000 تست HIV و دیگر تست های ویروسی Blood born انجام شد، و همچنان آنها بار واقعه یابی توبرکلوز را حمل میکنند، هماهنگی خدمات TB/HIV نیاز به هماهنگی ملی در بین NTP و NACP و همکاران شان به شمول انجو ها، دونرها و شرکا از طریق شعبه های صحتی ولایتی تا مین میگردد.

### 7. خط مشی برای همکاری های TB/HIV:

22. خط مشی ملی برای همکاری های TB/HIV از پالیسی موقتی راجع به همکاری خدمات TB/HIV (WHO, 2004) و پلان ستراتژیک برای حوزه مد پترانه شرقی 2006-2010 تعدیل شده است (WHO 2006). قسمیکه در کاهلان شیوع انتان HIV پائینتر از 1% است بنا ء افغانستان در جمله کشورهای کتگوری سوم بوده، اولویت ها به شرح زیر است:

### شکل 5. اولویت های همکاری TB/HIV در افغانستان:

ملاحظات	اولویت های همکاری TB/HIV
1- ساختن میکا نیزم برای همکاری های عملی بین پروگرام های ملی AIDS/TB میباشد. افغانستان مانند تمام کشورهای که در این زون قرار دارند باید این فعالیت ها را الی اخیر سال 2009 تطبیق کند.	A. ایجاد یک میکانیزم برای تشریک مساعی یا همکاری TB/HIV :
2- تعیین هسته همکاری های مشترک TB/HIV حد اقل باید به سطح ملی باشد.	A1. تعیین هسته همکاری برای فعالیت های TB / HIV
3- شیوع انتان HIV در بین مریضان TB يك شاخص مهم و معتبر برای ایپیدیمی TB و HIV در یک کشور میباشد.	A2. اجرای سرویلانس از شیوع انتان HIV در بین مریضان توبرکلوز.
4- افغانستان باید یک میتود احصائیوی و نظارتی مناسب را برای کشورش انتخاب کند که مناسب برای خودش و مطمئن از اجرای دوره ای ان بوده و تمام حوزه ها را احتوا کند.	A3. انجام پلان مشترک TB/HIV.
	A4. اجرا مانیتورنگ و ارزیابی
	B. کاهش بار توبرکلوز
1- لست فعالیت های همکاری در بخش (ب) برای افغانستان پیشنهاد میشود.	در اشخاص یکه با HIV/AIDS زندگی میکنند. توسعه مراکز خدمات HIV بشمول مراکز
2- از آنجائیکه HIV یکی از بلندترین فکتور خطر برای پیشرفت انتان توبرکلوز بشکل فعال بشمار	

<p>میرود، بناءً باید تمام PLHIV برای توبرکلوز آزمایش شوند.</p> <p>3- بر علاوه، آزمایش توبرکلوز نزد اشخاص منتن با آج آی وی، که بصورت دسته جمعی زندگی میکنند نیز اجرا گردد.</p> <p>4- طبعاً توبرکلوز فعال باید هر چه زود تر تداوی شود تا مرگ و میراز باعث آن کاهش یافته و از انتقال ان به دیگران جلوگیری گردد.</p> <p>5- PLHIV با TB باید تداوی وقایوی با ایزونیاژید شوند مانند اشخاصی که HIV مثبت اند و با توبرکلوز نیز منتن هستند در حدود 50 بار بیشتر خطر فعال شدن توبرکلوز را نظر به اشخاصی که HIV منفی اند، دارند (5-15% درسال در مقابل 10 در طول زندگی).</p> <p>6- این ضروری است تا قبل از شروع تداوی وقایوی با ایزونیاژید مریضان توبرکلوز فعال کشف گردند.</p> <p>7- قسمیکه انتان HIV حساسیت به TB رازید میکند، دوباره چک کردن توبرکلوز به شکل دوره ای برای افغانستان که شیوع انتان توبرکلوز بلند است، تو صیه میگردد.</p>	<p>VCT برای تمام اشخاص صیکه با HIV زندگی میکنند.</p> <p>B1- ایجاد واقعه یابی شدید توبرکلوز.</p> <p>B2- معرفی تداوی وقایوی با ایزونیاژید</p> <p>B3 کنترول مطمئن انتان توبرکلوز در مراکز صحتی و ساحات یا محلات زندگی دسته جمعی.</p>
<p>1- بطورکل برای تمام مریضان توبرکلوز، مگر حداقل برای مریضان توبرکلوز که تحت خطر زیاد نفوذ HIV اند.</p> <p>2- تطبیق و اجرای تمام فعالیت هابالتر تیب، و شروع ان برای مریضان توبرکلوز که تحت خطر زیاد اند.</p> <p>3- جمعیت معروض بهخطر برای انتان HIV دربین مریضان توبرکلوز در افغانستان شامل زندانی هاوتوقیف شدگانمیا شند.</p> <p>4- از تجارب معلوم شده که گروپ های پرخطر برای HIV به طور عموم شامل استفاده کننده گان مواد مخدر IDU، شکل زرقی، زنان خود فروش مردان هم جنس باز و کسانیکه بصورت دسته جمعی زندگی میکنند مانند زندانی ها، پارکهای پولیس و افرانظامی، کارگران مهاجر، بی جا شده گان از محل اولی خود و کوچیها، میباشند.</p> <p>5- افغانستان بطور عموم باید تست های HIV و مشاوره را برای تمام مریضان توبرکلوز با وسعت ابتدائی برای گروپ های تحت خطر HIV انجام دهد.</p> <p>6- خدمات دیگر باید به طور کامل برای تمام مریضان توبرکلوز HIV مثبت و اقلأ برای مریضان</p>	<p><b>C- کاهش بار HIV در مریضان توبرکلوز</b></p> <p>C-1 تهیه تست های HIV ومشوره ها.</p> <p>C-2 معرفی میتود وقایوی HIV.</p> <p>C-3 معرفی تداوی وقایوی کوتری مکسازول.</p> <p>C-4 خدمات وحمايیت مطمئن HIV/AIDS.</p> <p>C-5 معرفی تداوی ضد ویروسی.</p>

<p>توبرکلوز که به خطر بالاي HIV معروض اند اجرا شود.</p> <p>7- تست و مشاوره HIV يك اصل عمده جهت وقايه، تداوي، خدمات و حمايت در اولويت کاري به سطح ملي شناخته شده است که طبعاً مريضان توپرکلوز نیز شامل تست اچ آی وي و مشاوره ميگردند.</p> <p>8- افغانستان بايد مطمئن باشد که تست های HIV، داو طلبانه و محرم بوده؛ با کيفيت عالي و ستراتيژي مناسب (مجموعه سه ستراتيژي مختلف تست اچ آی وي براي تشخيص و تائيد Seropositivity اچ آی وي، براي اکثريت کشورها در حوزه<sup>1</sup> بشمول افغانستان) با انجام پري تست، پوست تست و مشاوره توسط يك شخص مسلکي ترين شده، اجرا ميگردد.</p> <p>9- خدمات HIV برای مريضان TB شايدبا ايجاد یک سيستم رجعت دهی بين خدمات TB/HIV، ميسر گردد.</p> <p>10- برای تمام اشخاص IDU، جائیکه خطر زياد انتقال هر دو مرض موجود است، بايد خدمات و فايوی TB/HIV به طور کامل اجرا شود.</p>
--

1-- خلاصه ستراتيژي استعمال تست رپيد اچ اي وي در کشورهاي EMRO - قاهره 2007- اعلاميه پالیسی برای تست کردن HIV توسط، Geneva, UNAIDS/WHO, June 2004.

### 08. شکل 6. فعاليت های مشترک TB/HIV در افغانستان :

ملاحظات	مسوول	تشریحات	فعالیت
A. ايجاد ميکانيزم همکاری برای TB/HIV			
	NTP, NACP	<ul style="list-style-type: none"> <li>تعريف و تجديد نظر خط مشی برای کادر های صحی به خاطر کاهش TB/HIV- Co-infection</li> <li>تعريف رهنمود .</li> <li>انکشاف پلان های عملی</li> <li>بسيج کردن منابع</li> </ul>	A1- ايجاد هسته هماهنگی برای فعاليت های TB/HIV
Under WB funded AHAPP	NACP, WHO, OTHER PARTNERS	<ul style="list-style-type: none"> <li>انتخاب شاخص برای پلاننگ TB/HIV</li> <li>تنظيم مراقبت ها</li> <li>تنظيم جمع اوری نتیجه تحقيق و تجزيه ان</li> </ul>	A2- اجراي احصائيه گيری از شيوع انتان HIV در بين مريضان TB
	NTP, NACP	<ul style="list-style-type: none"> <li>پلان و مونيتورینگ ظرفيت سازي .</li> </ul>	A3 - تنظيم پلان مشترک

		• تنظیم تبلیغات ملي و ارتباطات	TB/HIV
	NTP,NACP	• انتخاب شاخص ها برای TB/HIV • مرور راپور ها	A 4- اجرا مانیتورنگ و ارزیابی
B. کاهش بار توبرکلوز در PLHIV و گروپ های تحت خطر			
	NACP, NGOs	• تربیه کادرها در انجوها برای واقعه یابی و رجعت دهی.	B1 . ایجاد واقعه یابی شدیدتوبرکلوز .
	NTP,NGOs	• تربیه کادرهای توبرکلوز در مراکز صحتی برای تداوی و قیابوی با INH • اطمینان از ذخایر INH	B2 . معرفی تداوی و قیابوی با ایزونیاژید.
	NTP,NGOs, ومسولین زندان	• همکاری همراي مسولین انجو ها و زندان ها.	B3 . مراقبت از کنترول انتان توبرکلوز در مراکز صحتی و مراکز دسته جمعی.
C. کاهش بار انتان HIV در مریضان توبرکلوز و گروپ های تحت خطر			
	NACP,NGOs	• تربیه کادر های توبرکلوز برای تست HIV و رجعت دهی	C1 . تهیه تست اچ آی وی و مشاوره
	NACP,NGOs	• اطمینان همگانی از محافظت و اجرای زرق مصون ان در مراکز مراقبت HIV/TB	C2 . معرفی میتود های وقایوی اچ آی وی.
	NACP,NGOs	• تربیه کادرهای TB/HIV • اطمینان از ذخایر دوا	C3 . معرفی تداوی و قیابوی کوتری مکسازول.
	NACP,NGOs	• تربیه کادر های TB در رجعت دهی HIV . • تربیه کادرهای برای مراقبت HIV .	C4 . توجه و حمایت از مراقبت های HIV/AIDS
	NACP,NGOs	• ایجاد مراکز خدمات HIV • اطمینان از تشخیص و دوا	C5 . معرفی ART

23. همکاری مشترک خدمات TB/HIV ضرورت به تقویت گروپ کاری TB/HIV و توسعه ان به سطح ولایتی تحت اثر دفتر صحت عامه ولایتی دارد. این گروپ کاری ملی و ولایتی از اشتراک و ارائه خدمات در پروگرام ملی امراض مانند تهیه کننده گان خدمات مفید زایمانی مطمئن خواهد شد. این همکاری برای تاثیرات مفید خدمات وقایوی، رجعت دهی و هم چنان کیفیت مراقبت بیشتر برای موفقیت های مزید که پاسخ گو برای هردو TB و HIV باشد، ضروری است. در گروپ تشریک مساعی نماینده گان زندان و مسولین پولیس نیز باید شامل باشد.

24. تشریک مساعی IEC برای TB/HIV جهت انکشاف پیام های مربوطه برای اشخاص کلیدی پالیسی ساز، کارکنان مراقبت های صحتی و مریضان؛ نکته اساسی است. IEC برای توبرکلوز و IEC برای اچ آی وی، باید در اسناد استراتژیک و ارتباطات برای هردو مرض بطور جداگانه موجود باشد. IEC برای توبرکلوز و اچ آی وی باید اشخاص کلیدی پالیسی ساز و کارکنان صحتی را در اولویت دادن همکاری های مشترک و خدمات انگیزه دهد. کارکنان صحتی ضرورت به دانستن TB/HIV Co-infection اهتما

مات عومي، اجرائي زرق مصئون، و دوري از stigma و تبعيض مربوط به TB/HIV دارند. مريضان ضرورت به تعليمات در مورد شناسائي اعراض توبركلوز دارند.

- اين پيام ها بايد با مهارت هاي عالي فهمانده و آگاهي داده شود: HIV بطور عموم قابل وقايه از طريق فعاليت هاي جنسي مصون و اجرائي درست زرقيات ميباشد.
- HIV قابل معالجه يا تداوي با استفاده از ART است.
- توبركلوز قابل شفا است با استفاده از DOTS .
- وقايه HIV يك اصل اساسي براي كنترول توبركلوز است.

25. وزارت صحت عامه مسؤليت عام و تام براي هماهنگي TB/HIV Co-infection به سطح ملي و ولايتي دارد. وزارت صحت عامه داراي چند ين كمپته مسوول نظارتي و مرور موضوعات تخنيكي كه شامل خدمات TB/HIV است ميباشد. مشكلات ممكنه بايد توسط رئيس عمومي طب وقايوي و خدمات صحي اساسي PHC، و ديگر روئساي عمومي مسوول ( DG ولايتي براي BPHS , DG APHI براي لابراتوار , DG براي بانك خون، پاليسي DG براي معلومات و پلاننگ) کاهش داده شود. شركاي كاري يا همكاران تخنيكي كه با NACP از طريق HACCA همكار هستند شامل چند سكتور از نماينده گان دولت، دونر هاي همكار، انجوها و PLHIV ميباشد. در HACCA يك گروه كاري گماشته شده است، كه مسؤول مراقبت و خدمات با كيفيت براي TB/HIV ميباشد. NTP توسط كمپته كاري ملي توبركلوز هماهنگ ميشود. وزارت صحت عامه به خاطر همكاري ملي يك گروه كاري را كه شامل مدير ها و تهيه كنندگان همكاري خدمات براي TB/HIV هستند، ايجاد خواهد كرد. كه اين گروه كاري كمپته همكاري TB/HIV ولايتي را از طريق دفاتر صحي ولايتي كه متشكل است از مدير هاي BPHS, HIV و انجوهاي كه در آن ولايت به سطح ملي و ناحيوي همكار هستند، مانند مسوولين زندان، مريضان توبركلوز و PLHIV را حمايت ميكند .

26. خدمات TB/HIV براي گروه هاي بيشتري تحت خطر، PLHIV و اشخاصي كه بصورت يك گروه در ساحات دسته جمعي يا زندان ها زندگي ميكند، صورت ميگردد و هم چنان خدمات كه از طريق وزارت صحت عامه و انجوها تهيه شده شامل خدمات وقايوي، تداوي و مراقبت HIV ميباشد. تشريك مساعي انجوها با دفاتر صحي ولايتي مطمئن خواهد ساخت كه PLHIV منزوي شده، باعث کاهش خطر توبركلوز تالي گرديده و باعث رهنمائي در مسير اصلي تداوي، مراقبت و حمايت خدمات TB/HIV ميگردد.

27 اين پاليسي TB/HIV، خط مشي، و رهنما ها بايد يكجا با ديگر پاليسي ها و رهنما هاي ملي كه در پائين لسست شده است استفاده گردد..

- رهنمود ملي پاليسي انتان.
- قانون نامه ملي اخلاقي HIV ( MOPH 2007 ).
- رهنمود پروگرام ملي كنترول توبركلوز ( وزارت صحت عامه 2009 ).
- معياريات پروسه عملياتي يا SOP براي واقعه يابي توبركلوز و تداوي آن ( وزارت صحت عامه 2005 )
- رهنمود تست HIV و مشاوره ( وزارت صحت عامه 2007 )
- رهنمود استراتيژي کاهش خطر ( وزارت صحت عامه و MOCN 2006 )
- رهنمود تداوي ضد ويريوسي ART ( MOPH 2007 )
- استراتيژي ارتباطات و Advocacy ملي HIV 2008 MOPH

28. چاپ دوم نظارت انتان HIV در مریضان تویرکلوز توسط وزارت صحت عامه از طریق مجموع شیوه های تصادفی و مطالعات بیولوژیکی اجرا میشود. (IBBC) (Integrated behavioral & biological Survilance). نظارت شیوع TB/HIV در بین زندانی ها اولویت دارد، به خاطر متمرکز بودن استفاده کننده گان مواد مخدر نظر به وضعیت محیطی شان شاید باعث سرایت انتان TB/HIV شود.

29. مانیتورنگ و ارزیابی به اساس کسب ارقام خدمات ولسوالی و ولایتی از طریق MOPH- HMIS و سیستم اطلاعات ارتباطی برای تویرکلوز صورت میگیرد. ارقام جمع شده از راپورهای به دست آمده از BPHS و دیگر مراکز مراقبت های صحتی درباره فعالیت های کنترل تویرکلوز میباشد. و برای HIV ارقام به دست آمده شامل راپور انجوهای که خدمات HIV را مهیا میسازد مانند تست HIV در مراکز صحتی BPHS. شیوع انتان HIV را اندازه 1/10000 نفوس و تست خون بواسطه 27 مرکز بانک خون شیوع انتان HIV را به اندازه 1/100000 نفوس نشان داده است.

### شکل 7. شاخص ها برای فعالیت های مشترک TB/HIV :

دوره	سطح	منبع	اندازه گیری یا پیمایش	شاخص
هماهنگی				
سالانه	ملی	یادداشت مجالس	<p>شاخص ها باید به اساس جواب سوالات ذیل باشد</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آیا اینجا یک میکانیزم به سطح ملی موجود است ؟</li> <li>• آیا اینجا نماینده اصلی برای هر دو مرض TB/HIV موجود است؟</li> <li>• آیا اینجا میتینگ های ربعوار صورت میگیرد؟</li> </ul>	<p>موجودیت میکانیزم در کمیته برای هماهنگی به سطح ملی.</p>
سالانه	ملی	پلان عملیاتی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• آیا اینجا یک پلان سالانه مشترک موجود است؟</li> <li>• آیا پلان با اشتراك اجرا کنندگان دیگر تهیه شده است؟</li> <li>• آیا منابع مالی قابل دسترسی است ؟</li> </ul>	<p>موجودیت یک پلان مشترک سالانه TB/HIV.</p>

حالت HIV				
تعداد و تناسب مریضان توبرکلوز که تست HIV شده اند .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت- تعداد مجموعی مریضان راجستر شده توبرکلوز و اشخاصی که تست HIV شده بودند.</li> <li>• مخرج- مجموع مریضان توبرکلوز راجستر شده در عین دوره .</li> </ul>	خدمات TB/HIV	مرکز خدمات ملی و ولایتی توبرکلوز.	سالانه , ربع وار
تعداد و تناسب مریضان توبرکلوز که تست HIV شده اند و HIV مثبت اند .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت -- تعداد مجموعی مریضان راجستر شده توبرکلوز که HIV مثبت دارند.</li> <li>• مخرج-- مجموع مریضان توبرکلوز راجستر شده در عین دوره که تست HIV شده اند.</li> </ul>	مراقبت TB/HIV	مراقبت های ملی و ولایتی توبرکلوز	سالانه , ربع وار
تعداد و تناسب مراکز توبرکلوز که مراقبت HIV را انجام میدهند	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت-- تعداد مجموعی مراکز توبرکلوز که خدمات HIV را انجام میدهند .</li> <li>• مخرج-- تعداد مجموعی مراکز TB</li> </ul>	مراقبت های TB/HIV	مراکز ملی ولایتی مراقبت توبرکلوز	سالانه , ربع وار
واقعہ یابی شدید توبرکلوز				
تعداد و تناسب واقعات جدید توبرکلوز تشخیص شده.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت-- تعداد واقعات جدید توبرکلوز</li> <li>• مخرج-- تعداد مجموعی واقعات مشکوک توبرکلوز.</li> </ul>	مراقبت های TB/HIV	مراکز ملی ولایتی مراقبت توبرکلوز	سالانه , ربع وار
مراقبت مریضان انتان انضمامی				
تعداد و تناسب مریضان انتان انضمامی که در سیستم PLHIV مراقبت شده اند.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت :تعداد مریضان انتان انضمامی که مراقبت گردیده اند.</li> <li>• مخرج تعداد مجموعی مریضان انتان انضمامی که راجستر شده اند..</li> </ul>	مراقبت های TB/HIV	مراکز ملی , وولایتی خدمات توبرکلوز.	سالانه , ربع وار
تعداد و تناسب مریضان انتان انضمامی که تداوی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت -- تعداد مریضان انتان انضمامی که تداوی و قیابی را</li> </ul>	مراقبت های TB/HIV	مراکز ملی ولایتی مراقبت	سالانه , ربع وار .



	توبرکلوز		گرفته اند <ul style="list-style-type: none"> <li>• مخرج -- تعداد مجموعی مریضان انتان انضمامی که راجستر شده اند.</li> </ul>	وقایوی کوتریمکسازول را گرفته اند.
سالانه, ربع وار	مراکز خدمات ملی و ولایتی توبرکلوز.	مراکز خدمات TB/HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت تعداد مریضان انتان انضمامی که ART را شروع کرده اند</li> <li>• مخرج تعداد مجموعی مریضان منتن انضمامی که راجستر شده اند</li> </ul>	تعداد و تناسب مریضان انتان انضمامی که ART را بعد از تکمیل DOTS شروع کرده اند .
سالانه, ربع وار	مراکز ملی و ولایتی مراقبت توبرکلوز	مراقبت های TB و HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت --تعداد مریضان HIV که ART را گرفته اند و تداوی TB را شروع کرده اند</li> <li>• مخرج --تعداد تخمینی واقعات جدید TB همراه با HIV</li> </ul>	تعداد تناسب واقعات جدید توبرکلوز در بین مریضان HIV که تداوی برای هر دو TB/HIV را گرفته اند.
کاهش در انتقال TB و HIV				
سالانه, ربع وار	مراکز ملی و ولایتی مراقبت توبرکلوز	مراقبت های TB/HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت --تعداد مراکز مراقبتی TB/HIV با مواد IEC</li> <li>• مخرج --تعداد مجموعی مراکز TB/HIV</li> </ul>	تعداد و تناسب مراکز مراقبتی TB/HIV همراه با مواد IEC , معلومات تهیه شده برای وقایه TB/HIV و تاثیر متقابل ان ها
نظارت از انتان انضمامی TB و HIV :				
سالانه, ربع وار	مراکز ملی و ولایتی مراقبت توبرکلوز	مراقبت های TB/HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صورت --تعداد مریضان جدید توبرکلوز که HIV مثبت دارند.</li> <li>• مخرج --تعداد مجموعی مریضان جدید توبرکلوز</li> </ul>	تعداد و تناسب مریضان TB که راجستر شده و HIV مثبت دارند .

اقتباس از رهنمای مانیورنگ و ارزیابی برای همکاری فعالیت های TB/HIV ترجمه تست ساحوی. WHO, 2004.

30 . آموزش برای خدمات TB/HIV ضرورت به اطمینان از داشتن مهارت ارائه خدمات صحی دارد که بتواند خدمات با کیفیت TB و HIV که شامل تشخیص مریضان TB و HIV است، فراهم سازد . پروگرام های ملی از انگشاف انتشار رهنمای عملی کلینیکی برای اداره TB/HIV و پرسونل کلینیکی اطمینان داشته و مراقبت خواهد کرد. این مهارت ها شامل فعالیت های ابتدایی قومی، باخبر ساختن و رضایت آنها به طور مطمئن , احترام به اشخاص , تشریح خدمات HIV و قوانین قومی یا نژادی (MOPH, 2007) و خط

مشی ملی صحتی میباشد. (2005, NHP). برای کارمند توپرکلوز این مهارت ها شامل شناخت فکتور های خطر و توصیه برای مریضان TB برای گرفتن تست و مشا و ره HIV میباشد و برای کارمند ان HIV این مهارت ها شامل واقعه یابی , رجعت دهی مریضان HIV و اشخاصی که در معرض خطر توپرکلوز قرار دارند، میباشد. هر دو NTP و NACP کورس های آموزشی منظم ، برای پیشرفت سطح دانش و تمرین کارکنان صحتی در فعالیت های TB/HIV ، یکجا شدن خدمات TB/HIV و علایم کاهش شیوع انتان TB/HIV را دارند.

## ضمیمه 1 . رهنمود های عملی برای خدمات TB/HIV:

### A. خدمات دوامدار TB/HIV :

31. مراقبت دوامدار توپرکلوز شامل واقعه یابی, مشاهده , ارز یابی فیزیکی و لابراتواری همراه با تداوی قابل دسترس DOTS است, قسمیکه در شکل 6 نشان داده شده است, از زمانیکه خدمات توپرکلوز در BPHS مدغم شده , وقتی که یک مریض سرفه میداشته باشد و تا دو هفته ادامه پیدامیکند برای ازمایش و واقعه یابی توپرکلوز رجعت داده میشود. معاینه یا ازمایش میکروسکوپی بلغم در کلینیک های BPHS و معمولاً در شفاخانه های ولایتی , شفاخانه های والسوالی, کلینیک های CHC و BHC+ اجرا میگردد.. بطور عموم وقتی یک مریض توپرکلوز تشخیص میشود باید به تداوی استند رد مراقبتی DOTS رجعت داده شود, درین وقت, زمانی که یک مریض توپرکلوز مثبت شناسائی مگردد , کارکن صحتی توپرکلوز باید به مریض سفارش تست HIV را کند . خدمات دوامدار توپرکلوز توسط کارمندان کلینیک ها و لابراتوارها تحت نظر مستقیم اداره BPHS در سطح ولسوالی و تحت نظر تخنیکی NTP به سطح ملی و ولایتی صورت میگردد .

32 . خدمات دوامدار HIV شامل وقایه, تداوی و حمایت بوده که در شکل دوم نشان داده شده. تعداد زیاد گروپ های تحت خطر, مانند IDUs, SWs, یا تن فروشان و زندانی ها در شهرها و محلات دسته جمعی توسط انجوها رسیده گی میشود, شامل یک محموله از خدمات جامع ( طبق ذیل) که شامل واقعه یابی شدید توپرکلوز میباشد, است. دیگر گروپ های تحت خطر مانند دریوران موتر ها یا باربری نیز توسط انجوها رسیده گی میشود. دیگر ان مانند کارگران مهاجر و عودت کننده گان توسط خدمات BPHS رسیده گی میشود. مریضان HIV مثبت باید از طریق مراقبت های صحتی اساسی مانند مشوره ها, وقایه و تداوی رسیده گی شود یا توسط تهیه کننده گان مراقبت های ابتدائی یا توسط رجعت دهی به مراکز صحتی HIV در نواحی شهری رسیده گی شود. همچنان از خدمات لابراتواری مراکز صحتی مانند ART مانیتورینگ خواهد شد.

### شکل 8 . خدمات جامع TB/HIV در افغانستان:

مداخله	خدمات اساسی	مراقبت از انجام شاخص ها	اشتراک چندین بخش و فرصت برای بلند بردن پوشش
1 . اداره واقعات RTI/STI انتانات ساری	<ul style="list-style-type: none"> <li>تداوی عرضی یا سندرومیک</li> <li>( فمی/مقعدی STIs ) تطبیق دوز واحد انتی بیوتیک .</li> </ul>	ارزیابی فیصدی واقعات STI تعیین شده و تداوی شده (توصیه استفاده از پوش یا کاندوم های محکم و تداوی	کلینیک های مستقر در زندان, مراکز صحتی, خدمات

جنسي و انتانات طروق تناسلي	همسر و يا شريك جنسي .	صحي شخصي
2. خدمات وقايوی HIV	تست و مشاوره ، PMTCT, RTI رجعت دهی برای ART به اساس واکنش جامعه ارتقا دانش و استفاده از پوش	مراکز صحتی BPHS کلینیک های مستقر در زندان ها، پرورشگاه ها
3. جامع	تبدیل سوزن و پیچکاری ها	پروگرام های قوای بشری در جامعه
پروگرام IDU	تداوی جاگزین فمی. دوای ترک اعتیاد. ارجاع جهت (OI ، ART، DOTS PMTCT، تست و مشاوره ). واقعہ یابی شدید توبرکلوز	خدمات اجتماعی مستقر در زندان ها . مربی NGOs حساس ساختن زندان ها و مشروعیت سیستم
4- خدمات MSM (همجنس بازان ) .	تهیه لوازم مانند پوش یا کاندوم و مواد چرب کننده. خدمات کاهش خطرات در جامعه خدمات رجعت دهی . STI	گرداننده اجتماع مربی انجوها ارتباطات تغییر سلوک حساس ساختن زندان ها و مشروعیت سیستم
5 . واقعہ یابی شدید توبرکلوز	تاریخچه کلینیکی سرفه کردن رجعت دادن به مراکز توبرکلوز جهت آزمایش.	مراکز صحتی BPHS , مراکز شهری HIV خدمات بر اساس جامعه برای اشخاص معروض به زیاد ترین خطر
6 . اداره مشکوکین توبرکلوز	شناسائی و راجستر مشکوکین توبرکلوز در کلینیک جمع کردن سه نمونه بلغم از هر شخص مشکوک به توبرکلوز	مراکز صحتی BPHS کلینیک های

مستقر در زندان ها .	فیصدی نمونه های بلغم انتقال داده شده.	● انتقال نمونه های بلغم به لابراتوار	
مراکز صحتی BPHS کلینیک های مستقر در زندان ها لابراتوار های تعیین شده در خارج از زندانها.	فیصدی مریضان که بلغم مثبت تشخیص شده اند.	● معاینه مستقیم بلغم و راجستر آن	7. معاینه میکروسکوپی بلغم
مراکز صحتی BPHS کلینیک های مستقر در زندان	فیصدی مریضان توبرکلوز که SS منفی تشخیص شده اند.	● درمان با انتی بیوتیک ● رادیو گرافی صدر	8. تعقیب تشخیص.
مراکز صحتی BPHS اساس کلینیک زندان	فیصدی مریضان توبرکلوز که رژیم CATI, CAT2, را گرفته اند فیصدی مریضان توبرکلوز که بلغم شان منفی شده است. فیصدی مریضان توبرکلوز تحت تداوی DOT ( باید صد فیصد باشد)	● تهیه دواى توبرکلوز ● مانیتورنگ از تداوی توسط معاینه میکروسکوپی بلغم ● تداوی زیر نظارت مستقیم	9. تداوی ضد توبرکلوزیک.
مراکز صحتی BPHS کلینیک های مستقر در زندان	فیصدی SS مثبت تشخیص شده از بین تماس داشتگان.	● آزمایش تماس دارندگان ● INH برای تداوی وقایوی ● تداوی ضد توبرکلوزیک برای مریضان توبرکلوز که از بین تماس داشتگان تشخیص شده اند.	10- اداره اشخاصیکه به تماس مریض توبرکلوز اند ( در يك خانه)

### 33. مشکلات تشخیصیه در اشخاص TB/HIV Co- infection (از) TB/HIV Co- infection

infection- يك رهنما برای آفیسران طبی, (NACO, India):

(a) مریضان مبتلا به HIV همیشه معروض به انتانات منکرر ریوی میباشند. هر وقت که انتان ریوی اتفاق افتاد مریض باید برای توبرکلوز ارزیابی شود. علل انتانات ریوی عبارتند از Bacterial pneumonia, Pneumocystis carinii pneumonia, Mycobacterium avium complex and Mycobacterium TB, suppurative lung and sinus disease, cytomegalo virus. انتان مایکوبکتیریوم توبرکلوز زمانی انکشاف میکند که شمار CD4 پائینتر از 400/ml شود. انتانات دیگر، زمانی که تعداد CD4 پایین تر از 250/ml باشد انکشاف میکند، به این معنی که اولین انتان که در مریضان HIV مثبت اتفاق می افتد، مایکوبکتیریوم توبرکلوز میباشد. ازینرو توبرکلوز در اشخاص اچ آی وی مثبت، نظر به انتانات دیگر زود تر تشخیص میشود.

(b) علایم کلینیکی، نتایج لابراتواری و رادیوگرافی مریضان TB در اشخاص اچ آی وی مثبت مربوط به درجه نقص سیستم معافیتی مریضان میباشد. سرفه به طور عموم کم راپور داده شده، است که شاید به خاطر کم بودن التهاب، کهف و تخریشات داخل برونش از سبب تنقیص غیر مستقیم معافیت داخل حجروي باشد. به همین شکل هیمو پتیزس که از باعث bronchial arteries caseous necrosis (نیکروز تجنئی شرائین برونش) به میان میاید در مریضان مصاب HIV کمتر معمول است.

(c) در مرحله ابتدائی انتان HIV زمانی که سیستم معافیتی نسبتاً فعال می باشد، خیال کلینیکی توبرکلوز، بلغم ریوی و دریافت های رادیوگرافیک مشابه به اشخاص اچ آی وی منفی اند، مرض همیشه به طور عمد در ششها جاگزین میشود. در بلغم ریوی موجودیت باسیل تثبیت گردیده و رادیوگرافی خیالار تشاحی زروه ها و تخریبات کهفی را نشان میدهد.

(d) قسمیکه معافیت در مرحله اخیر انتان اچ آی وی کاهش میاید، تظاهرات غیر وصفی توبرکلوز امکان پذیر است. توبرکلوز خارج ریوی نسبت به توبرکلوز ریوی بیشتر معمول است. در بین توبرکلوز خارج ریوی: pericardial, miliary TB, meningial TB, pleural effusion, lymphadenitis معمولاً زیاد دیده میشود. بلغم ریوی در مراحل پیشرفته بسیار احتمال دارد که منفی باشد. مریضان بلغم مثبت، منتن با اچ آی وی تمایل به استخراج تعداد کم باسیل در هر ملی لیتر بلغم نظر به مریضان اچ آی وی منفی دارند، در صورتیکه معا ئینه؛ با قدرت مناسب و بلند میکروسکوپ صورت نگیرد، سبب اشتباه میگردد. دریافت های رادیوگرافی این نوع مریضان غیروصفی بوده و عبارت از hilar adenopathy, lower lung infiltrates و عدم موجودیت کهفاست. این بسیار مهم است که یادداشت شود، که مریضان توبرکلوز ریوی منتن با اچ آی وی شاید رادیوگرافی صدر نارمل داشته باشند.

(e) امراض مهم شش از باعث اچ آی وی مانند Kaposi's sarcoma, pneumocystis carinii pneumonia, bacterial pneumonia, fungal infection and nocardiosis, شاید با توبرکلوز ریوی مغالطه شود.

(f) در امراض خارج ریوی الی 70% راپور داده شده که HIV با واقعات توبرکلوز زمانی رابطه دارد که تعداد CD4 LYMPHOCYTE کمتر از 100 باشد. تشخیص تفریقی توبرکلوز خارج ریوی بخاطر کمبود سهولت های تشخیصی

اکثراً مشکل است.

### 34. رهنمود های ذیل مربوط به خدمات HIV است :

**(A) آزمایش سریع HIV :** زمانی که يك شخص تحت خطر زیاد HIV با سرفه حد اقل دو هفته دیده شد، سازمان های که مراقبت های صحی را تهیه میدارند قبل از رجعت دادن شخص برای آزمایش توبرکلوز، تست اچ آی وي را انجام بدهند. دلیل اصلی این است که تشخیص TB در اشخاص HIV مثبت به اسانی پوشیده میشود. این تست توسط سازمانها برای مراقبت گروپ های تحت خطر در مراکز صحی افغانستان (BPHS) میتواند تهیه شود، مانند مراکز صحی HIV در شهرهای معین (جلال اباد؛ کابل؛ هرات؛ بلخ و بدخشان). همچنان دیگر تهیه کننده گان مراقبت های صحی شخصی شاید این آزمایش یا تست را انجام دهند، مشوره دهنده گان آموزش یافته در فهمیدن پروسه تست به مریضان همکاری نمایند، این تست را شخص آموزش یافته طبی میتواند انجام دهد. در واقعات که یک تست سریع با حساسیت بلند به مثبت برگشت میکند، یک تست دیگر را به طریقه مختلف همراه با یک ویژه گی بلند و خاص باید انجام داد. اگر دو تست با طریقه های مختلف آزمایش مثبت باشد یک تست سوم حمایتی انجام شود به خاطر معین ساختن serostatus (WHO, 2007) اجرا گردد

از نظر اخلاق ایجاب میکند که نتیجه تست HIV خیلی محرمانه باشد، زمانی که تست سوم HIV اجرا شد به شخص باید مشوره داده شود که HIV مثبت دارد و ضرورت به مشوره که شامل معلومات که چطور از انتقال HIV به دیگران جلوگیری گردد، دانستن علایم انتانات فرصت طلب و ضرورت مراقبت منظم طبی که شامل ART است، دارد.

**(b)** زمانی که یک شخص توبرکلوز مثبت است، مراقبت کننده توبرکلوز باید تست HIV را به شخص پیشنهاد تا حالت HIV مریض، شامل تاریخچه کلینیکی اش گردد.

**(c) احتیاط مقدماتی:** با شیوع معلوم TB/HIV Co-infection، این ضروریست که باید پرسونل آموزش داده شود و هم چنان بلند ترین معیار های احتیاط مقدماتی را تمرین یا عملی کنند و پیرو عملیه دقیق تعقیب و پروسه نگهداشت ضد عفونی به سطح بلند باشند. زمانی که از سوزن ها و سرنج ها در تداوی استفاده میشود مانند تداوی زرعی توبرکلوز توسط سترپتومایسین کارکن صحی باید آموزش دیده باشند و در استفاده کردن از سوزن و پیچکاری تعقیب شده صرف یک مرتبه برای یک مریض همیشه تاکید گردد و اشیای نوک تیز را به یک شیوه خاص زائیل نموده تا خود و دیگران را حفاظت نماید و از استفاده دوباره ان جلوگیری شود. اهداف پروگرام برای احتیاط همه گانی و از بین بردن مصئون لوازم مصرفی از جمله اولویت های هر دو پروگرام ملی است.

**(d) تداوی وقایوی با ایزونیازید.** تداوی وقایوی با ایزونیازید، چانس فعال شدن توبرکلوز را در اشخاص اچ آی وي مثبت که به تماس مریضان توبرکلوز اند، کاهش میدهد. این مشکل است تا در مریضان HIV مثبت، توبرکلوز مشخص گردد. شخص HIV مثبت مشکوک به توبرکلوز باید توسط یک داکتر و یا هم کارمند صحی ارزیابی گردد تا توبرکلوز فعال شنا سانی گردد. تداوی وقایوی با ایزو نیازید نباید برای کاهلان و اطفال که مرض توبرکلوز فعال دارند توصیه شود. در صورت ضرورت، INH به مقدار پنج ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن برای شخص HIV مثبت بدون توبرکلوز برای یک دوره شش ماهه باید توصیه میشود.

### 35. رهنمود های ذیل به پروتوکول تداوی ضد توبرکلوزیک مربوط است:

**(a)** پرسونل توبرکلوز برای تداوی توبرکلوز بلغم منفی ریوی باید آموزش گرفته باشند، که این میتواند باعث افزایش همکاری در رابطه با TB/HIV CO-epidemic شود. با وجودیکه تست تشخیصیه (Gold standard) برای توبرکلوز بلغم منفی ریوی بسیار کم است، و اکثرآ تشخیص TB ریوی با دیگر امراض ریوی که با HIV ارتباط دارند مشکل است. وسعت بیش از حد تشخیص توبرکلوز بلغم

منفی ریوی تا حال معین نیست. از رهنمای تشخیصیه پیشنهادی توسط پروگرام ملی کنترول توبرکلوز در صورتی استفاده شود که گمان های کلینیکی در قسمت تشخیص توبرکلوز بلغم منفی ریوی بلند برود. (NTP2009, )

(b) مریضان HIV بسیار علاقه دارند که miliary, lymphadenopathy, pleural effusion, یا دیگر اشکال توبرکلوز خارج ریوی را مانند افزایش نقص معافیت داشته باشند. حتی در مریضان مبتلا به HIV, توبرکلوز ریوی شکل عام توبرکلوز میباشد. شکل پائین نشاندهنده منظره کلینیکی، نتیجه نمونه بلغم ریوی و خیالات رادیوگرافی که اکثرآ در مرحله شروع و اخیر انتان HIV متفاوت است، میباشد.

### شکل 9. چطور توبرکلوز ریوی را در شروع و اخیر انتان HIV تشخیص نمود (رهنمای کلینیکی

(2007,WHO, TB/HIV)

مرحله انتان HIV		
مقدم	موخر	
اکثرآ مشابه مرحله بعدیتوبرکلوز ابتدایی ریوی.	اکثرآ مشابه به توبرکلوز ریوی ابتدایی	منظره کلینیکی
اکثرآ مثبت	اکثرآ منفی	نتایج نمونه بلغم
اکثرآ کھفی	اکثرآ ارشاحی بدون کھف	خیالات رادیوگرافی صدر

(c) عوارض جانبی بدرجات متفاوت شاید با هر دواى ضد TB اتفاق بیافتد، به هر حال در مریضان مبتلا به HIV و خطر تنقیص درجه معافیت بسیار معمول است. خارش شاید دلالت به الرژی یا حساسیت کند که در جریان تداوی با دواى توبرکلوز میتواند تداوی شود. اگر خارش زیاد شد دواى ضد توبرکلوز باید توقف داده شود تا وقتی که عکس العمل دوباره رشف شود. عدم تحمل دردهای معدی معائی در مریضان HIV مثبت بسیار معمول است و همچنان نزد انها خطر زیاد تأثیرات سمی کیدی به ادویه توبرکلوز موجود است.

(d) معیار قابل استفاده برای تعیین کردن کتگوری های تداوی مریضان TB مشابه است، صرف نظر از حالت HIV. عموماً تداوی ضد توبرکلوز مشابه تداوی به مبتلایان HIV و توبرکلوز بدون HIV میباشد، به استثنای استعمال تیاسیتازون.

تیاسیتازون با خطر شدید و بعضاً با عکس العمل مهلك جلدی در مبتلایان HIV همراه است. از ایتمیبول باید به عوض تیاسیتازون در مریضان که شناخته و یا مشکوک به انتان HIV هستند، استفاده شود.

بنابر داشتن سطح بلند 88.9% مقاومت نباید در افغانستان از تیاسیتازون استفاده شود. (Final report, MOPH, WHO 200)

(e) ستریتومایسین هنوز در کشور هائیکه توانایی و اطمینان از تعقیم سوزنها و سورنگهارا دارند در تداوی مریضان توبر کلوز که اچ آی وی مثبت اند، قابل استفاده میباشد. اما در کشور های که شیوع بلند HIV را دارند مگر مطمین به تعقیم بودن و یک بار استفاده کردن سوزن و بیچکاری نیستند، از ستریتومایسین نباید استفاده شود (NTP 2005).

### 36. تداوی توبرکلوز در مریضان HIV مثبت (از TB/HIV Co-infection)؛ یک رهنما برای کارمندان طبی (India NACO).

• بصورت عموم تداوی ضد توبرکلوز نزد مبتلایان HIV و مریضان HIV منفی مشابه است، البته به استثنای استفاده تیاسیتازون. که تیاسیتازون باعث عکس العمل شدید پوستی یا جلدی میشود. همچنان Steven Johnson syndrome یا Steven Johnson syndrome شاید اتفاق افتد که میتواند کشنده باشد. Steven Johnson syndrome یک نوع عکس العمل مخصوص حساسیتی جلدی است. و متصف است با آبله های منتشر و بعضاً خون دهنده که جلد و غشای مخاطی را در بر میگیرد. در مریضان HIV مثبت عکس العمل پوستی فوق از باعث تیاسیتازون بصورت مکرر و بسیار شدید میباشد. در عوض برای مریضان که به انتان HIV شناخته شده یا مورد شک است از ایتامبیتول باید استفاده شود. زمانیکه از سوزن و پیچکاری برای زرق ستریپتوماسین استفاده میشود در قسمت تعقیب بودن آن ها باید کاملاً مطمئن باشید.

**(a) جواب به تداوی:** مریضان که تداوی را تکمیل کرده اند نتایج کلینیکی مشابه مانند نتایج کلینیکی، رادیوگرافی و مایکروبیولوژیکی را نشان میدهند، صرف نظر از اینکه آنها HIV مثبت دارند یا منفی.

**(b) حالت مرگ و میر:** مریضان مبتلا به HIV مثبت در جریان و یا بعد از تداوی توبرکلوز دارای مرگ و میر بلند نظر به اچ آی وی منفی هستند. این تا حدی به توبرکلوز مربوط بوده، ولی به پیمانیه وسیع به اچ آی وی ارتباط میگیرد. مریضان مبتلا به HIV که TB ریوی منفی اند، انزار بدتر نسبت به مریضان HIV مثبت و مریضان توبرکلوز ریوی مثبت دارند. تاخیر در تشخیص توبرکلوز در نتیجه تداوی اثر بد دارد. پس تشخیص و شروع تداوی به همان زودی که به توبرکلوز مشکوک شدیم، بسیار مهم است.

**(c) مرگ و میر در مریضان توبرکلوز که با اچ آی وی نیز منتن اند، که با کورس کوتاه مدت تداوی شده اند نسبت به تداوی استاندارد 12 ماهه کمتر است، که شامل دوا ریفامپسین نیست این نسبتاً مربوط به موثریت بیشتر رژیم کوتاه مدت بوده مگر حقیقت این است که ریفامپسین دارای فعالیت ضد باکتریایی وسیع میباشد. این حالت ممکن باعث کاهش مرگ های انتانات HIV در جریان تداوی ضد توبرکلوز یک شود.**

**(d) تداوی نظارت مستقیم هنوز هم برای تداوی مریضان توبرکلوز که با اچ آی وی نیز منتن اند، خیلی مهم است، اما تداوی خودی این مریضان زمینه را برای یک حالت بلند مرگ و میر مساعد میسازد.**

**(e) مقاومت دوائی:** شیوع مقاومت چندین دوائی توبرکلوز در مریضان HIV راپور داده شده که انتان HIV خودش باعث مقاومت نشده بلکه در انتشار و یا بخش این وضعیت خطرناک توسط افزایش حساسیت قابلیت انتان و سرعت پروسه انتان به مرض رول دارد.

**(f) تداوی با DOTS:** نه تنها ظرفیت حیاتی مریضان TB/HIV را بالا میبرد، بلکه باعث پیشرفت طول عمر یا زنده گی آنها نیز میشود که حد اقل آن دو سال میباشد. DOTS واقعات عاجل MDR-TB را وقایه نموده و همچنان تمایل برگشت به MDR-TB را کم میکند.

**(g) درجه نکس یا عود در مریضان توبرکلوز منتن با HIV، که بصورت کامل و مستقیم کورس کوتاه مدت تداوی شامل ریفامپسین را گرفته اند کمتر است. استفاده دوامدار کورس تداوی بدون ریفامپسین و انقطاع تداوی از باعث عکس العمل دوائی، خطر نکس یا عود مرض توبرکلوز را زیاد میکند. اندازه میل عود یا برگشت مرض بلند تر خواهد بود اگر با یک رژیم استاندارد و یا کورس تداوی کوتاه مدت که ایزونیازید و ایتامبیتول در مرحله تعقیبیه داده شود و یا هم اگر تداوی بصورت کامل تحت نظارت مستقیم نباشد.**



(h) عدم موفقیت استعمال داتس در مقابل HIV میتواند سبب سرعت انتشار توپرکلوز همراه با واقعات سه گانه و افزایش مقاومت دوائی دوباره شود.

**37 . تداوی با ART برای مریضان HIV مثبت و مریضان TB ( From HIV-TB Co-infection –A Guide for Medical Officers, NACO, India ) این یادداشت توسط گروپ کاری ART برای افغانستان تجدید نظر شده است.**

(a) تا وقتی که تاریخ شفا یا معالجه برای HIV/AIDS بد سترس نباشد، یگانه فرصت برای انتان HIV/AIDS است که میتواند تداوی شود. دواي ضد ویروسی که برای مریضان HIV مثبت تطبیق میشود در کاهش فعالیت ویروس و طولیل ساختن زنده گی موثر است. این ادویه عبارتند از نهی کننده های protease , nucleoside reverse transcriptase inhibitors, nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors .

(b) Nucleoside reverse transcriptase inhibitors مانند Zidovudine, Zalcitabine, Stavudine, Lamivudine, Abacavir و Didanosine میتواند مصون تر با ادویه انتی TB یکجا تجویز شود.

(c) توصیه Rifampicin همراه با هر دواي منع کننده پروتیز مانند, Nelfinvir, Indinavir, Ritonavir یا Nonnucleoside Reverse Transcriptase inhibitors (Nevirapine, Delavirdine, Thioben) مضاد استتباب است.

(d) Protease Inhibitor و Non- Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor شاید مانع یا تحریک کننده Serum concentration of cytochrome P-450 isoenzymes و در این صورت این دوا ها شاید عوض شود به Rifamycins. Rifamycins فراهم کننده Cytochrome P-450 بوده و کاهش سطح خون شاید از نتیجه دواهای ضد ویروسی با یک توسعه بالقوه مقاوم باشد. Rifabutin توانائی کمتر Cytochrome-450 inducer را نسبت به Rifampicin دارد که میتواند با دوا های NNRTIs یکجا استفاده شود. (مانند Nevirapine, Efavirenz) یا همراه Certain Protease inhibitors مانند (Indinavir, Nelfinavir).

(e) Streptomycin, Pyrazinamide, Ethambutol, Isoniazide میتواند یکجا با Protease inhibitors یا Nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors استفاده شود.

F. اگر Protease inhibitors یا Nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors توصیه شود بعد از دادن Rifampicin یعنی بعد از گذشتن کمتر از دو هفته آخرین دوز Rifampicin باید دوا های نامبرده توصیه شود.

**38 . تداوی ضد ویروسی برای افراد HIV مثبت همراهی توپرکلوز (پیشنهادات WHO – April 2002).**

در اینجا خطر بیشتر پیشرفت انتان HIV و مرگ در جریان تداوی توپرکلوز وجود دارد (به طور مثال تعداد CD کمتر از 200 درملی مترمکعب با موجودیت TB منتشر). در حا لا تیکه یک شخص ضرورت به تداوی مشترک توپرکلوز و اچ آی وی دارد، تداوی خط اول شامل (lamivudine)ZDV/3TC یا TC3/(Stavudine) d4t جمع یکی از NNRTI یا ABC (Abacavir) است. اگر از یک رژیم NNRTI-based استفاده میشود EFZ (Efavirenz) باید ترجیح داده شود که تأثیر بد Hepathotoxicity تداوی TB

کتر نسبت به NVP (Nevirapine). با وجودیکه دوز آن ضرورت به افزایش 800mg/ day دارد، به استثنای SQV/r (Saquinavir)، لطفاً در جریان تداوی TB با Rifampicin دوی بعدی را نظر به تاثیرات متقابل آن تجویز یا پیشنهاد نکنید.

## **B. رجعت دهی:**

39. مراکز خدمات TB/HIV، برای مریضان ضرورت به یک سیستم رجعت دهی متقابل دارند. به منظور کاهش بار HIV در مریضان TB، ارائه کننده های خدمات توبرکلوز برای مریضان TB پیشنهاد اجرائی تست و مشا وره HIV را در BPHS و شهرهای که مراکز مراقبت صحتی HIV وجود دارد، میکند. وبعد از تکمیل تداوی توبرکلوز در وقت مناسب برای خدمات ART معرفی شود.

40. بطور مشابه تمام تهیه کننده گان مراقبت های صحتی HIV (NGOs، BPHS و EPHS) باید طبقه شدید واقعه یابی را در محلات و رجعت مریضان HIV و اشخاص تحت خطراً برای آزمایش TB مهیا سازند. اداره مناسب واقعات و اطمینان دسترسی به DOTS برای PLHIV و مریضان مواجه به خطر باید توسط مراکز مراقبتی توبرکلوز و مراکز انجوها مشخص شود.

A. يك نمونه فورم رجعت دهی در ضمیمه 3 تهیه شده است.

## **C. شایستگی کارکن مراقبت های صحتی:**

41. کارکنان انجوها که تهیه کننده مراقبت های صحتی برای PLHIV و گروه های تحت خطر هستند، باید یک هفته آموزش TB را که توسط NTP تهیه میشود کسب نمایند. به علاوه کارمندان که در BPHS و مراکز صحتی HIV شهری که تهیه کننده وقایه، تداوی و حمایت مریضان هستند، بر علاوه تشخیص، تداوی، مانیتورینگ و راپور خدمات مراقبتی TB آنها باید خوب ترین شوند تا اصول رضایت و محرمت را خوب بدانند. کارمندان تهیه کننده خدمات HIV و رجعت دهی باید عملاً وقایه، کنترول HIV و تشخیص TB را در PLHIV با یک توجه خاص بدانند، و بیشتر احتیاط همگانی را در وقایه از انتشار انتان TB/HIV داشته باشند.

42. BPHS، EPHS و دیگر انجوها که تهیه کننده مراقبت های صحتی هستند جهت ایجاد هماهنگی بین کلینیک ها برای تشخیص و تداوی واقعات TB/HIV باید باهم یکجا کار کنند. پروگرام ملی مطمئن خواهد شد که تمام کارمندان در مورد TB/HIV Co-infection آگاهی پیدا کرده و میدانند که چطور واقعه یابی کنند، چطور مریضان را جهت تشخیص و تداوی TB رجعت دهند. کارمندان توبرکلوز باید بدانند که مریضان توبرکلوز کسیکه نیاز خدمات HIV را دارد به کجارجعت داده شوند.

43. NTP و NACP مسؤل بلند بردن سطح آگاهی جامعه در مورد مرگ و میر موجوده، پی آمد اقتصادی اجتماعی TB/HIV و عمل متقابل TB/HIV میباشد. هر دو NTP و NACP و همچنان انجوها و همکاران خصوصی در خدمات TB/HIV مشترکاً فعالیت کنند. انجوهاي تهیه کننده خدمات HIV/ باید با مراکز مربوط خدمات توبرکلوز جهت رجعت دهی و نتایج واقعه یابی جدی TB همکاری خوب داشته باشند.

44. اشخاصی که به حیث کارکنان صحتی در خدمات TB/HIV معرفی یا نامزد شده اند، باید قادر باشند به:

- آگاهی دادن به اشخاص HIV مثبت درباره خطر پیشرفت توبرکلوز.
- آموزش دادن اشخاص HIV مثبت درباره اعراض و علایم TB و ارزش دادن راپور به مشاور در مراکز صحتی HIV به اسرع وقت.
- اطمینان از معرفی هر شخصی که اضافه از دو هفته سرفه دارد به مراکز میکروسکوپی برای اجرائی سه معاینه بلغم.

- (d) تاکید بر اهمیت معاینات بلغم برای تشخیص TB .
- (e) تاکید بر این که TB قابل شفا است اما در صورت که تداوی منظم و کامل DOTS گرفته شود .
- (f) تاکید به اینکه تشخیص و تداوی TB/HIV بصورت رایگان بوده و قیمت انرا دولت وانجوها از طریق مراکز صحتی میپردازند.
- (g) مراقبت از مریضان TB/HIV که دواي خویش را منظم تحت مشاهده مستقیم در جریان دوره تشدیدي تداوی، میگیرند.
- (h) تاکید بر اهمیت تداوی مشاهده مستقیم.
- (i) تاکید به تمام مریضان TB بلغم مثبتو اهمیت سکریننگ تماس داشتگان آنها.
- (j) اطمینان از ارزیابی تماس داشتگان که اعراض دارند.
- (k) کمک کردن مریضان و مشخص کردن موقعیت مناسب آنها برای تهیه تداوی ، مراقبت و حمایت .
- (l) مشاهده و تهیه تداوی تحت نظارت در مراکز صحتی HIV, در صورت امکان.
- (m) نگهداشت راجستر مریضان HIV که برای تشخیص TB رجعت داده شده اند.
- (n) ارائه راپور ماهانه تمام مریضان که رجعت داده شده و تشخیص شده

### **D. خدمات فرعی:**

45. پیشکش خدمات فرعی در تشخیص و تداوی مریضان که TB/HIV دارند این خدمات فرعی مانند ترانسپورت ؛ حمایت تغذیه وی، تداوی اعتیاد ویا کدام حالات پیچیده دیگر، حمایت روانشناسی و مشوره دادن به طور انفرادی و فامیلی و هم چنان توضیح مناسب و مفید خدمات برای بهتر شدن مریضان و فامیل های شان میباشد . خدمات توبرکلوز میتواند شامل خدمات فرعی، تکمیل تغذی مخصوص برای مریضان و در بعضی اوقات این خدمات قابل ملاحظه به شکل یک بخش خدمات داخلی است. خدمات HIV شامل مشوره دادن، رجعت دهی و ترانسپورت برای خدمات طبی همراه با حمایت خدمات اجتماعی و تقویه غذایی میباشد.

### **ضمیمه دوم : لایحه و ظایف گروپ ملی برای TBHIV Coifection افغانستان (NWG for THC),**

1. پروگرام ملی کنترول توبرکلوز و پروگرام ملی کنترول ایدز هر دو مسوول کنترول برای TBHIV Coinfection و کاهش مرگ و میر میباشند.
2. پروگرام ملی کنترول توبرکلوز و پروگرام ملی کنترول ایدز یک تشکیل گروپ کاری ملی را برای TBHIV Coinfection افغانستان پیشنهاد کردند. این گروپ تمام مسوولیت های فعلی و قبلی گروپ های مسؤل را از نظر فعالیت های TBHIV ملغا نموده است.(NWG for THC)
3. هدف پیشنهاد NWG برای THC پیشنهاد یک محل برای تدویر جلسات, مذاکرات و تصامیم در مورد TBHIV Coifection در افغانستان است.
4. NWG برای THC مسوول است تا :
  - تهیه ستراتیژی های معتبر ملی و پلان عملیاتی سالانه برای همکاری های مشترک TBHIV توسط پروگرام ملی کنترول توبرکلوز و پروگرام ملی کنترول ایدز
  - تصریح اصول و رهنمود ها برای همکاری های مشترک .
  - پیشرفت در مانیتورنگ و ارزیابی مطابق پلان ملی.
  - اطمینان از انتشار معلومات به تمام سطوح برای شرکای کاری.

- بسیج کردن منابع
- مشخص کردن مراحل ارزیابی و تحقیقات در مورد **TBHIV Co infection**.
- 5. گروه کاری ملی برای کارهای **THC** هماهنگی ساده را با تمام گروه های همکار صحتی ملی و ولایتی که شامل گروه همکاری ملی توبرکلوز، **HACCA**، و دیپارتمنت های صحتی ولایتی میباشد، ساخته است.
- 6. **NWG** برای **THC** به اساس ربع وار جلسه میگیرد، پروگرام ملی کنترل توبرکلوز مسوولیت سکرتریت **NWG** را برای **THC** داشته تا تنظیم نماید مجالس را و همچنان یادداشت مجالس را توسط ایمیل برای تمام شرکای کاری و اشترکننده گان ارسال نماید.
- 7. اعضای **NWG** برای **THC** عبارتند از:
  - دایرکتر پروگرام ملی کنترل توبرکلوز
  - دایرکتر پروگرام ملی کنترل اید س
  - تهیه کننده گان مراقبت های توبرکلوز
  - تهیه کننده گان مراقبت های **HIV**
  - متخصصین توبرکلوز
  - متخصصین **HIV**
  - نماینده گان **NGO** های که تهیه کننده مراقبت های توبرکلوز هستند
  - نماینده گان **NGO** های که تهیه کننده مراقبت های **HIV** هستند
  - نماینده گان شرکای که در فعالیت های **TBHIV** همکار هستند به شمول **WHO**.

### Annex 3. NACP List of Reference Documents for HIV, Afghanistan (5 Jul 08)

#### A. HIV Policy, Strategy, Guidelines

- A1. Afghanistan National Code of HIV Service Ethics, Ministry of Public Health (MOPH) 2007.
- A2. HIV/AIDS Co-ordination Committee of Afghanistan (HACCA), Terms of Reference.  
NACP, MOPH, Afghanistan, 2007.
- A3. HACCA, Policy on Work Visa Testing, MOPH, 2007.
- A4. Afghan National Army HIV Policy, ANA, 2008.
- A5. Harm Reduction Strategy for IDU (Injecting Drug Use) and HIV/AIDS Prevention in Afghanistan.  
HIV/AIDS Unit, MOPH and Demand Reduction Section, Ministry of Counter Narcotics May 2005.
- A6. Afghanistan National Strategic Framework for HIV/AIDS 2006-2010. MOP Afghanistan.

- A7. National Drug Control Strategy: Drug Demand Reduction Implementation Plan, MOCN, October 2006.
- A8. Program Operational Plan (POP) in Support of the Afghanistan HIV/AIDS National Strategic Framework 2006-2010. NACP, MOPH, Afghanistan, March 2007.
- A9. National HIV Advocacy and Communication Strategy 2008-2010. MOPH, Afghanistan.
- A10. National Drug Control Strategy Implementation Plan 2008-2013, MOCN.
- A11. National HIV Testing and Counselling Guidelines, MOPH, 2007.
- A12. National HIV M&E Guidelines, NACP, MOPH, Afghanistan, 2007.
- A13. National HIV M&E Guidelines Annex, NACP, MOPH, Afghanistan, 2007.
- A14. National Harm Reduction Guidelines, NACP, MOPH, 2007.
- A15. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections, WHO, 2003. (Also in Dari)
- A16. National Drug Treatment Guidelines. Ministry of Counter Narcotics and MOPH, Afghanistan. February 2006.
- A17. National TB and HIV Policy, Strategy, and Guidelines. MOPH, 2007
- A18. National OST Conference Report, MOPH, MOCN, 2007
- A19. National HIV Rapid Test Protocol, MOPH, 2008.

## **B. HIV Studies**

- B1. A Study on Knowledge, Attitude, Behavior and Practice in Most at Risk and Vulnerable Groups in Afghanistan, 2006. Action Aid Afghanistan.
- B2. Final Report 2006. Four Components Population-Based Assessment of Tuberculosis in Afghanistan. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Rescue Committee, MOPH, 2006.

- B3. Lab Assessment 2006. Rapid Laboratory Assessment for HIV/AIDS, TB, and Malaria Control in 8 Districts, Global Fund, MOPH.
- B4. Mapping and Situation Assessment of Key Populations at Risk in Three Cities of Afghanistan. World Bank, March 2008.
- B5. Afghanistan Drug Use Survey-UNODC. MOCN, 2005.
- B6. National HIV Statistics. July-Sept 2007 (1386) NACP, MOPH, 2007.
- B7. National HIV and BBV Statistics. Oct-Dec 2007 (1386), NACP, MOPH, 2007
- B8. National Risk and Vulnerability Assessment, 2005. Central Statistics Office, Afghanistan.
- B9. Survey of Groups of High Risk of Contracting Sexually Transmitted Infections and HIV/AIDS in Kabul, April 2005, Ora International.
- B10. Socioeconomic Status and Needs of PLWHA in Afghanistan. World Food Program, MOPH, 2006.
- B11. Presentation: Qualitative Evaluation of Harm Reduction Services in Kabul, 2006-2007, IRC, 2007.
- B12. Presentation: Seroprevalence & correlates of HIV, syphilis, & hepatitis B & C infection among antenatal patients & testing practices & knowledge among obstetric care providers in Kabul, C.S. Todd et al, UCSD, 2007
- B13. Assessment of Drug Use and HIV/AIDS Vulnerability among Afghan Refugees North West Frontier and Balochistan Provinces (Pakistan), UNHCR, 2007.
- B14. Factors Influencing HIV/AIDS Risk Behavior among Freshmen Students in Afghan Universities, Abdul Basir Mansoor, M.A. Thesis, Mahidol University, 2008.
- B15. Afghanistan Health Survey: Estimates of Priority Health Indicators, MOPH, 2007.
- B16. Baseline Knowledge and Attitude Report among Students in 10<sup>th</sup> through 12<sup>th</sup> Grades in Three Districts of Kabul Province, ICRC, 2007.
- B17. Hospital Assessment: National, Provincial, Kabul Results, March 2008. MOPH with JHU.
- B18. HIV and AIDS Awareness and Knowledge in Afghanistan, 2 April 2008. InterMedia, Washington,
- B19. National HIV Statistical Report, 2007. NACP, MOPH.

- B20. National Audience Research on Afghan Education Project, BBC World Service, 2008.
- B21. Afghanistan Opium Use Survey, UNODC, 2007

### C. HIV Publications

- C1. Todd CS, Abed A, Strathdee SA, Scott PT, Botros BA, Safi N, Earhart KC. Association between expatriation and HIV awareness and knowledge among injecting drug users in Kabul, Afghanistan: A cross-sectional comparison of former refugees to those remaining during conflict. *Conflict and Health*, 2007; 1:5.
- C2. Sanders-Buell E, Saad MD, Abed AS, Bose M, Todd CS, Strathdee SA, Botros BA, Safi N, Earhart KC, Scott PT, Michael N, McCutchan FE. A nascent HIV-1 epidemic among injecting drug users in Kabul, Afghanistan is dominated by Complex AD Recombinant Strain, CRF35\_AD. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 2007; 23:834-9.
- C3. Todd CS, Barbera-Lainez Y, Doocy SC, Ahmadzai A, Delawar FM, Burnham G. Prevalence of Human Immunodeficiency Virus Infection, Risk Behavior, and HIV Knowledge Among Tuberculosis Patients in Afghanistan. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007; 34:878-882.
- C4. Todd CS, Abed AM, Strathdee SA, Scott PT, Botros BA, Safi N, Earhart KC. Prevalence of HIV, hepatitis C, hepatitis B, and associated risk behaviors among injection drug users in Kabul, Afghanistan. *Emerging Infectious Diseases*, 2007; 13:1327-1331.
- C5. Todd CS, Abed AM, Scott PT, Botros BA, Safi N, Earhart KC, Strathdee SA. Correlates of Receptive and Distributive Needle Sharing Among Injection Drug Users in Kabul, Afghanistan. In press, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*.
- C6. Todd CS, Abed AS, Scott PT, Safi N, Earhart KC, Strathdee SA. A cross-sectional assessment of utilization of needle and syringe programs and addiction treatment in Kabul, Afghanistan: implications for future programming. In press, *Substance Use and Misuse*.
- C7. Todd CS, Stibich MA, Stanekzai MR, Rasuli MZ, Bayan S, Wardak SR, Strathdee SA. A Qualitative Assessment of Injection Drug Use and Harm Reduction Programmes in Kabul, Afghanistan: 2006-2007. Accepted for publication, *International Journal of Drug Policy*.
- C8. C. S. Todd et al. Drug Use and Harm Reduction in Afghanistan. *Harm Reduction Journal* 2005, 2:13 doi:10.1186/1477-7517-2-13.

- C9. Saif-ur-Rehman et al. Responding to HIV in Afghanistan. Lancet 2007; 370:2167-69.
- C10. Abdul Basir Mansoor. Gender Differences in Knowledge, Attitudes, and Practices among Freshmen Students in Afghan Universities. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, Vol 39. No. 3, May 2008.

**D. HIV Projects :**

- D1. The Afghanistan HIV and AIDS Project 2007-2010 Implementation Plan, 2007.
- D2. The Global Fund Round 7 HIV 2008-2011 Proposal, 2007
- D3. The Asian Development Bank North South Corridor Project 2007-2010, HIV Component, 2007.
- D4. Innovative Initiatives Manual for Multisector Review Board, AHAPP, NACP, 2007.
- D5. Afghanistan HIV Prevention for Female IDUs and Prisoners, UNODC, 2008
- D6. National Drug Control Strategy Implementation Plan, 2008-2013, MOCN, Afghanistan.

**E. HIV Training:**

- E1. Guide on HIV/AIDS for Community Health Workers, Action Aid (undated)
- E2. Pre and Post Test, CHW Training, Afghan Support Education and Training, 2007.
- E3. Training Monitoring Tool, Mullah Training, Action Aid, 2007.
- E4. HIV/AIDS Medical Staff Training Manual, Swedish Committee Afghanistan, 2007.
- E5. HIV Training (Dari), Action Aid International, Afghanistan, 2007.
- E6. Pretest for TOT Participants, Action Aid, Afghanistan, 2007.



**ضمیمه 4. فارم رجعت دهی برای خدمات TB/HIV**

پروگرام ملی کنترول توبرکلوز و پروگرام ملی کنترول ایډس، وزارت صحت عامه افغانستان  
(فارم رجعتي مریضان TB برای تست HIV و مریضان HIV و دیگران برای تست یا آزمایش TB)

جز --- این قسمت را نگهدارید		
نام بخش رجعت دهنده یا انتقال دهنده: بخش توبرکلوز (-----)		
بخش HIV -----		
نام بخش گیرنده:		
توبرکلوز ----- وز (-----) HIV		
نام مکمل مریض		
سن:	جنس:	
	○ مذکر	
	○ مونث	
داکتر رجعت دهنده:	نمبر راجستر توبرکلوز: ----- نمبر راجستر HIV -----	
-----∞		
جز ( ب ) این قسمت را با مریض ارسال کنید		
نام رجعت دهنده یا انتقال دهنده ----- بخش توبرکلوز (-----)		
بخش HIV -----		
نام مکمل مریض:		
سن:	جنس:	
	○ مذکر	
	○ مونث	
داکتر رجعت دهنده:	نمبر راجستر توبرکلوز: ----- نمبر راجستر HIV -----	
نتیجه آزمایش توبرکلوز	نتیجه تست HIV 1 (+) یا (-)  نتیجه تست HIV 2 (+) یا (-) تائید یا تصدیق Western Blot ( ) بلی ( ) نخیر	

جز الف این قسمت را نگهدارید		
نام بخش رجعت دهنده یا انتقال دهنده: بخش توپرکلوز (-----) بخش HIV -----		
نام بخش گیرنده: توبرکلا -----وز (-----) HIV-----		
نام مکمل مریض	جنس: ○ مذکر ○ مونث	سن:
نمبر راجستر توپرکلوز: -----نمبر راجستر HIV-----		داکتر رجعت دهنده:
-----∞		
جز ( ب ) این را با مریض ارسال کنید.		
نام رجعت دهنده یا انتقال دهنده: بخش توپرکلوز(-----) بخش HIV -----		
نام مکمل مریض:	جنس: ○ مذکر ○ مونث	سن:
نمبر راجستر توپرکلوز: -----		داکتر رجعت دهنده:
نمبر راجستر HIV-----		
نتیجه تست HIV 1 (+) یا (-)		نتیجه آزمایش توپرکلوز
نتیجه تست HIV 2 (+) یا (-)		
تائید یا تصدیق Western Blot ( ) بلی ( ) نخیر		

# پایان



Printed by Global Fund



