REVIEW ARTICLE

An Overview of the Action Plans of the Islamic Republic of Iran toward Elimination of Viral Hepatitis B and C

Amjad Mohamadi Bolbanabad[1],
Ghobad Moradi[2],
Mahdi Abbasi[3],
Mahdieh Heydari[4],
Azad Shokri[1],
Farhad Moradpour[1],
Rashid Ramazani[5],
Arshad Veysi[6]

[1]Assitant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[2] Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[3] PhD Student in Health Care Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] PhD Student in Health Care Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5] Infectious Disease Specialist, Center for Communicable Diseases Control, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
[6] Assistant Professor, Zoonoses Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

(Received October 19, 2022 ; Accepted March 25, 2023)

Abstract

Background and purpose: Viral hepatitis accounts for about 1.4 million deaths in the world every year. Surveillance systems and effective interventions play important roles in the management of these diseases. This study aimed to review the programs and measures done in Iran to eliminate viral hepatitis B and C.

Materials and methods: Using qualitative content analysis, the programs for hepatitis B and C care system in Iran were reviewed. Fifteen semi-structured expert interviews were conducted, and 31 documents were reviewed. The activities, plans and programs associated with the viral hepatitis surveillance system were extracted based on the interview results and the documents.

Results: The activities of the hepatitis surveillance system in Iran were categorized into six categories, including the viral hepatitis surveillance system goals, target groups, current structure of hepatitis B and C surveillance system, upstream policies and documents, current programs, and infrastructures. The most prominent interventions were the following: hepatitis B vaccination in target groups, screening, hepatitis surveys, needle and syringe distribution, safe injection, safe blood transfusion, and hepatitis treatments.

Conclusion: This study showed that the main weakness of the hepatitis surveillance system is detecting active disease cases, which can be improved by integrating the hepatitis program into the network system and active participation of private and public sectors as well as non-governmental organizations. Vaccination campaigns and treatment of hepatitis B and C can also help in eliminating hepatitis C and controlling hepatitis B by 2030.

Keywords: Hepatitis B, Hepatitis C, hepatitis surveillance system, National Viral Hepatitis Elimination Program

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (220): 214-226 (Persian).

Corresponding Authors: Ghobad Moradi and Arshad Veysi - Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. (E-mail: moradi_gh@yahoo.com, arshadveysi@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

مجـــلـــه دانـشـــگاه عـــلـــوم پـــزشـــکـــی مـــازنـــدران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۰ اردیبهشت سال ۱۴۰۲ (۲۲۶-۲۱۴)

مروری بر برنامه‌ها و اقدامات جمهوری اسلامی ایران در راستای حذف هپاتیت‌های ویروسی B و C

امجد محمدی بلبان آباد[۱]
قباد مردای[۲]
مهدی عباسی[۳]
مهدیه حیدری[۴]
آزاد شکری[۱]
فرهاد مرادپور[۱]
رشید رمضانی[۵]
ارشد ویسی[۶]

چکیده

سابقه و هدف: هپاتیت‌های ویروسی هر ساله موجب مرگ حدود ۱/۴ میلیون نفر در دنیا می‌شود. نظام‌های مراقبت و بکارگیری مداخلات اثربخش، نقش بسیار مهمی در مدیریت این بیماری‌ها ایفا می‌کند. هدف از انجام این پژوهش مرور برنامه‌ها و اقدامات ایران در راستای حذف هپاتیت‌های ویروسی B و C است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه با بهره گیری از رویکرد تحلیل محتوای کیفی و بررسی اسناد، ساختارها و برنامه‌های نظام مراقبت هپاتیت‌های ویروسی B و C در ایران مرور شده است. برای دستیابی به اهداف این مطالعه، ۱۵ مصاحبه نیمه ساختاریافته با صاحبنظران و مرور ۳۱ سند انجام گرفت. بر اساس مصاحبه‌ها و اسناد گردآوری شده، اقدامات، فعالیت‌ها، برنامه‌ها و ساختارهای نظام مراقبت هپاتیت‌های ویروسی استخراج شد.

یافته‌ها: اقدامات و فعالیت‌های برنامه نظام مراقبت هپاتیت ایران در ۶ دسته شامل اهداف نظام مراقبت هپاتیت‌های ویروسی، گروه‌های هدف برنامه، ساختار نظام مراقبت موجود هپاتیت B و C، برنامه‌های موجود، سیاست‌ها و اسناد بالادستی و زیرساخت‌ها دسته‌بندی شده است. برجسته‌ترین آن‌ها، مداخلاتی مانند واکسیناسیون هپاتیت B در گروه‌های هدف، برنامه‌های غربالگری، انجام مطالعات دیده وری هپاتیت‌های ویروسی، برنامه توزیع سرنگ و سرسوزن، برنامه تزریق ایمن در سطح تسهیلات، برنامه ایمنی تزریق خون و درمان هپاتیت‌های ویروسی می‌باشد.

استنتاج: بر اساس این مطالعه، ضعف اصلی نظام مراقبت هپاتیت در بیماریابی فعال است که با ادغام برنامه هپاتیت در نظام شبکه و مشارکت بالای بخش خصوصی و دولتی و هم‌چنین سازمان‌های مردم نهاد و ایجاد کمپین‌های واکسیناسیون و درمان هپاتیت‌های B و C می توان به حذف هپاتیت C و کنترل هپاتیت B تا سال ۱۴۰۸ امیدوار بود.

واژه های کلیدی: هپاتیت B، هپاتیت C، نظام مراقبت هپاتیت، برنامه ملی حذف هپاتیت‌های ویروسی

مقدمه

علیرغم پیشرفت چشمگیر در کنترل بیماری‌های واگیر، این بیماری‌ها می‌توانند به‌طور بالقوه باعث ابتلا، مرگ و میر و مشکلات بهداشتی در سراسر جهان شوند. این بیماری‌ها هنوز هم در بسیاری از کشورهای در حال توسعه شیوع دارند و هزینه‌های زیادی به نظام سلامت تحمیل می‌کنند(۱).

مولف مسئول: قباد مردای و ارشد ویسی– سنندج: دانشگاه علوم پزشکی کردستان، پژوهشکده توسعه سلامت
Email:moradi_gh@yahoo.com, arshadveysi@gmail.com
۱. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۲. استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۳. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. متخصص عفونی، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۶. استادیار، مرکز تحقیقات زئونوز، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۱/۷/۲۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۱/۱۱/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۲/۱/۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

در این میان، عفونت ناشی از ویروس‌های هپاتیت B (HBV) وهپاتیت C (HCV) ازچالش‌های مهم نظام‌های سلامت و از مهم‌ترین علل بیماری‌های مزمن کبدی هستند. تخمین‌زده می‌شود سالانه ۱/۴ میلیون مرگ در سراسر جهان به علت این دو بیماری رخ دهد. هم‌چنین تخمین زده می‌شود ۲۴۰ میلیون نفر با عفونت مزمن HBV زندگی می‌کنند و ۱۱۰ میلیون نفر دارای آنتی‌بادی HCV هستند. بار این بیماری‌ها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، به ویژه در آسیا و آفریقا بالا است. از طرفی، حتی در مناطق با شیوع کم، شیوع این بیماری در برخی از گروه‌های جمعیتی مانند معتادین تزریقی، افراد دارای رابطه جنسی غیرایمن و افراد مبتلا به HIV بالا است(۲). ایران جزو کشورهای با شیوع نسبتا کم هپاتیت B است. با این وجود، بار اقتصادی این بیماری در سال ۲۰۱۳ در ایران ۴۵۰ میلیون دلار برآورده شده است. هزینه درمان سالیانه بیماران نیز بالغ بر ۲۲۶ میلیون دلار بوده است(۳). بیماری هپاتیت C نیز یک چالش مهم بهداشت عمومی در ایران است که با وجود شیوع کم در جمعیت عمومی، در حال افزایش است. انتظار می‌رود در آینده نزدیک، این عفونت مهم‌ترین علت مرگ و میر ناشی از هپاتیت در ایران باشد. شیوع بالای آن به ویژه در گروه‌های پرخطر مانند زندانیان، مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی و متاآفتامین نگران‌کننده است(۷-۴).

این موضوعات اهمیت پرداختن به بیماری‌های واگیر و نیاز کشورها به یک سیستم مراقبت بهداشتی موثر را برجسته می‌کند. در این راستا و براساس هدف سوم توسعه پایدار، برنامه حذف هپاتیت‌های ویروسی B و C به عنوان یک هدف جهانی تا سال ۲۰۳۰ تهیه شده است. هدف بلندمدت این برنامه، حذف هپاتیت‌های ویروسی به عنوان یک تهدید جدی سلامت عمومی تا سال ۲۰۳۰ و هدف میان مدت آن کاهش موارد جدید هپاتیت B و C در گروه‌های در معرض خطر و پرخطر به کم‌تر از نصف، تا سال ۲۰۲۱ است(۸). طبق این برنامه، ترکیب پیشگیری و درمان برای مقابله با هپاتیت می‌تواند حذف آن را عملی نماید. اکنون رژیم‌های درمانی جدید می‌توانند مرگ و میر ناشی از بیماری را کاهش دهند. در حوزه پیشگیری نیز واکسیناسیون نوزادان و کودکان، پیشگیری از انتقال مادر به کودک، درمان زنان باردار، تمرکز بر ایمنی فرآورده‌های خونی، اجرای دستورالعمل‌های تزریقات ایمن و اجرای برنامه‌های کاهش آسیب مهم‌ترین راهکارها معرفی شده‌اند(۹۸). در ایران برنامه ملی حذف هپاتیت‌های ویروسی B و C با هدف حذف این بیماری‌ها تا سال ۱۴۰۸ تدوین شده است. اهداف کمّی این برنامه شامل کاهش ۳۰ درصد در بروز موارد جدید عفونت‌های هپاتیت B و C و کاهش ۱۰ درصد مرگ و میرهای منتسب به این بیماری تا پایان سال ۱۴۰۰ است. اهداف اختصاصی این برنامه نیز شامل کاهش انتقال هپاتیت B از مادر به کودک به کم‌تر از ۹۰ درصد وضعیت پایه، تداوم احتمال انتقال هپاتیت‌های B و C از راه خون در حد صفر، افزایش نسبت تزریق‌های انجام شده با وسایل ایمن در مراکز بهداشتی و درمانی به بیش از ۹۰ درصد، افزایش نسبت تزریق سالم در معتادین تزریقی از ۵۰ درصد فعلی به حداقل ۷۰ درصد، افزایش تشخیص موارد مزمن مبتلا به هپاتیت‌های B و C به بیش از ۳۰ درصد و افزایش مبتلایان هپاتیت‌های B و C مزمن دریافت‌کننده درمان مناسب به ترتیب به بیش از ۹۰ درصد و ۸۰ درصد است(۱۰).

با این وجود نشان داده شده است که طیف وسیعی از مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از جمله انگ مرتبط با بیماری و نگرش منفی جامعه نسبت به بیماران و خانواده‌های آن‌ها، داروهای گران قیمت و عدم پوشش بیمه‌ای آن‌ها، دسترسی پایین به مراقبت‌های بهداشتی برای بیماران هپاتیت و عدم ارتباط مناسب بین متخصصان و پزشکان عمومی برای پیگیری و درمان بیماری در مسیر مدیریت بیماری هپاتیت در ایران وجود دارد(۱۱). علی‌رغم این‌که تمام عملکردهای اصلی سیستم مراقبت هپاتیت در کشور در حال اجرا است و نشان داده شده است که عملکرد نظام مراقبت هپاتیت در کشور نسبتا قابل قبول

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

بوده است، بـه نظـر می‌رسـد بـه دلیـل بـالا بـودن شـیوع هپاتیت B و C در برخی گروه‌های با ریسک بالا و نبـود سیستم جامع از بیماریابی فعال تا درمان این گروه‌ها هنوز تا رسیدن به اهداف برنامه فاصله وجود دارد. با توجه بـه هدف سازمان جهانی بهداشت، رفع این چالش‌هـا و تـلاش برای غلبه بر آن‌ها ضروری است(۱۳،۱۲). شناسـایی اقـدامات ایران در راستای حـذف هپاتیت‌هـای ویروسـی B و C و تحلیل این اقدامات منجر به ارائه راهکارهای اصلاحی و بهبود عملکرد نظام مراقبت بیماری هپاتیت خواهـد شـد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف مروری بر اقـدامات ایـران در راسـتای حـذف هپاتیت‌هـای ویروسـی B و C انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در ایـن مطالعـه بـا بهـره‌گیـری از رویکـرد تحلیـل محتوای کیفی و بررسـی اسـناد، سـاختارها و برنامـه‌های نظام مراقبت هپاتیت‌های ویروسی B و C در ایران مـرور شـده اسـت. در بخـش کیفـی بـا ۱۵ نفـر از مـدیران و کارشناسان اداره هپاتیت وزارت بهداشـت، صـاحبنظران کشوری در حوزه هپاتیت، مدیران و کارشناسان سـتادی واحـد بیماری‌هـای واگیـر دانشـگاه‌های علـوم پزشـکی مصاحبه انجام شد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: لیست افراد مشارکت‌کننده در مطالعه کیفی

ردیف	جنس	سازمان/محل خدمت	مدیر/کارشناس	کد
۱	مرد	گروه بیماری‌های واگیر دانشگاه	مدیر	P.M.01
۲	مرد	گروه بیماری‌های واگیر دانشگاه	مدیر	P.M.02
۳	زن	گروه بیماری‌های واگیر دانشگاه	کارشناس	P.E.01
۴	زن	واحد کنترل عفونت معاونت درمان	کارشناس	P.E.02
۵	زن	اداره هپاتیت	کارشناس	P.E.03
۶	زن	اداره ایدز	کارشناس	P.E.04
۷	زن	اداره هپاتیت	کارشناس	P.E.05
۸	مرد	شبکه هپاتیت ایران	مدیر	P.M.03
۹	مرد	مرکز تحقیقات گوارش و کبد	مدیر	P.M.04
۱۰	مرد	مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر	مدیر	P.M.05
۱۱	مرد	کارشناس پورتال مرکز مدیریت بیماری‌ها	مدیر	P.M.06
۱۲	مرد	گروه بیماری‌های واگیر دانشگاه	مدیر	P.M.07
۱۳	مرد	معاونت درمان دانشگاه	مدیر	P.M.08
۱۴	زن	اداره سلامت مادران	کارشناس	P.E.06
۱۵	مرد	وزارت بهداشت	مدیر	P.M.09

P= Participants; M=Management; E= Expert

روش نمونـه‌گیـری، مبتنـی بـر هـدف و بـه‌صـورت گلوله برفی بود، در این روش بعد از پایان هر مصاحبه از مشـارکت‌کننـدگان خواسـته می‌شـد تـا افـرادی را کـه اطلاعات زیادی در این حوزه دارند بـه محققـان معرفـی نمایند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات به‌صورت مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. از صـاحبنظران خواسـته شـد تـا برنامـه، زیرسـاخت‌ها و فراینـدهای نظـام مراقبـت هپاتیت‌هـای ویروسـی در ایـران را تشـریح نماینـد. بعـد از پایـان هـر مصاحبه بلافاصـله مصـاحبه‌هـا کلمـه بـه کلمـه در فایـل Word 2013 پیاده‌سازی می‌شدند. بعـد از کدگـذاری و تحلیل هر مصاحبه، هماهنگی برای مصاحبه بعدی انجـام می‌گرفت. همزمان با مصاحبه‌ها، ۳۱ سند مرتبط بـا نظـام مراقبت هپاتیت برای بخش تحلیل اسـناد شناسـایی شـده است (جدول شماره ۲).

نحوه شناسایی این اسناد به صورت هدفمند و بـا دو روش زیر انجام گرفت:

۱) جستجو در سایت سازمان‌های مرتبط مانند مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان جهـانی بهداشـت، و گزارشـات منتشـر شـده داخلـی؛ ۲) مصـاحبه بـا افـراد مطلـع و کلیـدی. در مرحله اول تیم محققین به‌صورت هدفمنـد تمـامی اسـناد مرتبط با هپاتیت، حذف هپاتیت و بیماری‌های واگیـر را جستجو و شناسایی نمودند و لیست از این اسناد تهیه شد. سپس در زمـان مصـاحبه بـا صـاحبنظران، افـراد مطلـع و کارشناسان اداره هپاتیت در مرکز مـدیریت بیماری‌هـای واگیر و واحدهای ستادی دانشگاه‌های علوم پزشکی این لیست کامل شد. هم‌چنین اسنادی که به دلایـل مختلفـی ازجمله دستورالعمل‌های دیده وری هپاتیت در گروه‌هـای مختلـف منتشـر نشـده بـود، از مشـارکت‌کننـدگان اخـذ گردید. سپس تمامی اسناد مطالعه شد و مطالب مرتبط با هپاتیت‌هـای B و C در یـک جـدول شـامل «ردیـف»، «عنوان سند»، «نوع سند»، «سـال انتشـار» و «مطالـب مهـم سند» به صورت کامل خلاصه سازی شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول شماره ۲: لیست اسناد گردآوری و تحلیل شده نظام مراقبت هپاتیت

کد سند	نام سند	تاریخ انتشار
Doc 1	برنامه ملی حذف هپاتیت‌های ویروسی B و C در کشور جمهوری اسلامی ایران	۱۳۹۶
Doc 2	برنامه و راهنمای ایمن‌سازی	۱۳۹۴
Doc 3	راهنمای جامع نظام مراقبت بیماری‌های واگیر برای پزشک خانواده	۱۳۹۱
Doc 4	راهنمای عملی پزشکان در تشخیص، درمان و کنترل هپاتیت‌های ویروسی در بیماران همودیالیز و پیوند کلیه	۱۳۸۷
Doc 5	راهنمای کشوری مراقبت هپاتیت B	۱۳۸۶
Doc 6	راهنمای کشوری تشخیص، درمان و کنترل هپاتیت C در بیماران مبتلا به هموفیلی	۱۳۸۷
Doc 7	راهنمای کشوری تشخیص، درمان و کنترل هپاتیت C در بیماران تالاسمی	۱۳۸۸
Doc 8	مدیریت مواجهه شغلی با HCV و HBV، HIV توصیه‌هایی برای پروفیلاکسی پس از تماس	۱۳۹۳
Doc 9	Situation and Response Analysis of the Viral Hepatitis B and C Program in Islamic Republic of Iran	۲۰۱۷
Doc 10	مصوبه قوه قضائیه (ضرورت همکاری محاکم با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینهٔ پیشگیری و مقابله با بیماری‌های خطرناک مانند ایدز و...)	۱۳۸۳
Doc 11	مصوبه مجلس شورای اسلامی (قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار)	۱۳۲۰
Doc 12	سنـد جامـع پیشگیـری اولیـه از اعتیـاد	۱۳۹۰
Doc 13	سند سیاست ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت	۱۳۸۶
Doc 14	سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری	۱۳۹۳
Doc 15	قانون برنامه ۵ ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران	۱۳۸۹
Doc 16	قانون برنامه ۵ ساله ششم توسعه	۱۳۹۵
Doc 17	برنامه کشوری مادری ایمن؛ مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران	۱۳۸۹
Doc 18	چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل عفونت HIV جمهوری اسلامی ایران	۱۳۹۴
Doc 19	آئین‌نامه تأسیس مرکز خدمات کاهش آسیب وابستگی به مواد(Drop In Center مراکز گذری)	۱۳۹۱
Doc 20	راهنمای عمل نحوه استقرار و ارائه خدمات مراقبت و کاهش آسیب مصرف مواد، تشخیص HIV ویژه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد	۱۳۹۷
Doc 21	بسته آموزشی ایدز؛ مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری	۱۳۹۵
Doc 22	دستورالعمل اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری‌ها	۱۳۸۵
Doc 23	آیین نامه اجرایی سازمان زندان ها و اقدامات تامینی و تربیتی کشور	۱۳۸۴
Doc 24	برنامه ۱۵ ساله اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌های کشور	
Doc 25	Eliminating Viral Hepatitis The Investment Case	۲۰۱۸
Doc 26	2017,Global Hepatitis Report	۲۰۱۷
Doc 27	دستورالعمل واحدهای مشاوره هپاتیت	۱۳۹۸
Doc 28	دستورالعمل دیده وری هپاتیت در زندانیان	۱۳۹۵
Doc 29	دستورالعمل دیده وری هپاتیت در مصرف کنندگان مواد و زنان FSW	۱۳۹۷
Doc 30	دستورالعمل دیده وری هپاتیت در کودکان خیابانی	۱۳۹۷
Doc 31	ابلاغیه وزارت بهداشت در خصوص درمان بیماران دیالیزی با هپاتیت C	

تحلیل مصاحبه‌ها و اسناد خلاصه‌سازی شـده از طریـق تحلیل محتوی هدایت شـده (Directed content analysis) انجام گرفت. براساس مصاحبه‌ها و اسناد گردآوری شده اقدامات، فعالیت‌ها، برنامه‌ها و ساختارهای نظام مراقبـت هپاتیت‌های ویروسی استخراج شد و در ۶ بخش شـامل اهـداف نظـام مراقبـت هپاتیت‌هـای ویروسـی در ایـران، گروه‌هـای هـدف برنامـه هپاتیـت B و C، سـاختار نظـام مراقبت موجود هپاتیت B و C، سیاست‌ها و اسناد بالادستی، برنامه‌های موجود و زیرساخت‌ها دسته‌بندی شد.

یافته‌ها

یافته‌ها در ۶ بخش شامل: ۱- اهداف نظـام مراقبـت هپاتیت‌های ویروسی در ایران، ۲- گروه‌هـای هـدف برنامـه هپاتیت B و C، ۳- ساختار نظام مراقبت موجود هپاتیـت B و C، ۴- سیاست‌ها و اسـناد بالادسـتی، ۵- برنامـه‌های موجود و ۶- زیرساخت‌ها دسته‌بندی شده است.

۱- اهداف نظام مراقبت هپاتیت‌های ویروسی در ایران

نظام مراقبت به معنی جمع‌آوری، تجزیـه و تحلیـل، تفسیر و انتشار اطلاعات مربوط به یک بیماری یا رخداد سلامت بـه منظـور طراحـی، اجـرا و ارزیـابی مـداخلات است. نظام مراقبت هپاتیت‌های ویروسی در ایران، ۵ هـدف زیر را دنبال می‌کند: ۱- شناسـایی اپیـدمی‌هـا، پـایش رونـد بروز و شناسایی عوامل خطر، ۲- تخمین شیوع عفونت‌هـای مـزمن، ۳- تخمـین بـار پیامـدهای هپاتیت‌هـای ویروسـی، ۴- طراحی برنامـه‌های مداخلـه‌ای و ارزیـابی پیشـرفت و ۵- حذف هپاتیت‌های B و C تا پایان سال ۱۴۰۸.

۲- گروه‌های هدف برنامه هپاتیت B و C

گروه‌های هدف برنامـه نظـام مراقبـت هپاتیت‌هـای ویروسی ایـران شـامل جمعیـت عمـومی، افـراد مبـتلا بـه همودیالیز و پیوند کلیـه، تالاسـمی، همـوفیلی، کودکـان خیابانی، زندانیان، افراد دارای سوء مصـرف مـواد، زنـان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

آسیب‌پذیر / Female Sex Worker (FSW) و مادران باردار هستند (Doc 4,6,7,9,18,23). برای کارکنان نظام سلامت نیز دستورالعمل مشخص مراقبت و احتیاطات استاندارد وجود دارد (Doc 8). هم‌چنین، گروه‌های هدف واحدهای مشاوره هپاتیت شامل کلیه مراجعین داوطلب دریافت آموزش و مشاوره هپاتیت، گروه‌های در معرض خطر و دارای رفتارهای پرخطر، مبتلایان به هپاتیتB و C و خانواده آن‌ها، افراد در معرض مواجهه شغلی، بیماران خاص و دریافت‌کنندگان خون و فراورده‌های خونی هستند (Doc 27).

۳- ساختار نظام مراقبت موجود هپاتیت B و C

الف. سامانه‌های گزارشدهی و ثبت اطلاعات بیماران مبتلا به هپاتیت‌های ویروسی

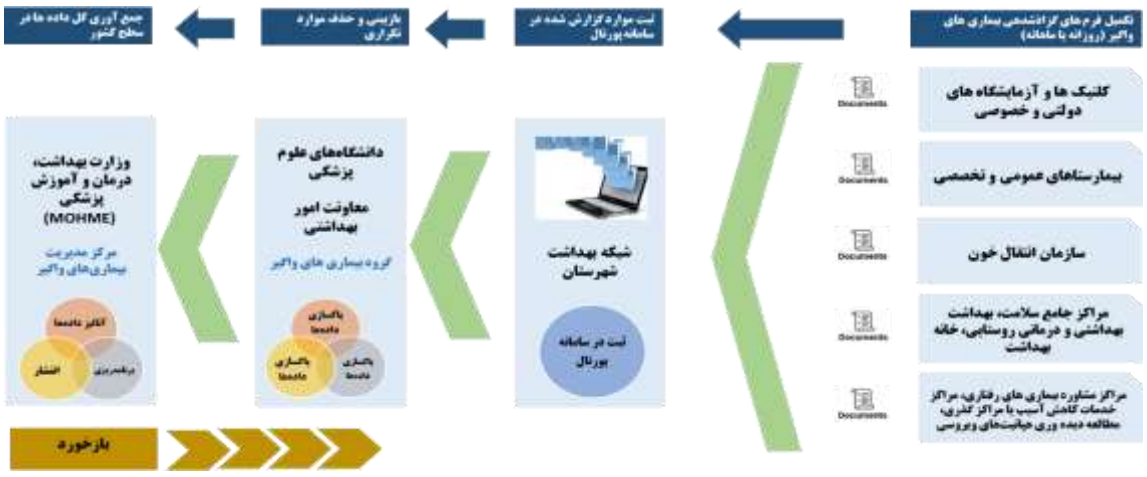
مراکز متعددی از جمله سازمان انتقال خون، آزمایشگاه‌های خصوصی و دولتی، بیمارستان‌ها، مراکز جامع سلامت شهری، مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و واحدهای مشاوره هپاتیت به‌صورت ماهانه لیست موارد مثبت هپاتیت‌های ویروسی B و C را به مرکز بهداشت شهرستان گزارش می‌دهند. فرم گزارشدهی شامل برخی اطلاعات از جمله سن بیمار، جنس بیمار، واحد گزارش دهنده، نوع تست تشخیصی، سابقه واکسیناسیون هپاتیت B، شروع درمان، نوع درمان، نتایج پاسخ درمانی ضد ویروسی پایدار و ریسک فاکتورها می‌باشد.

مرکز بهداشت شهرستان موارد گزارش شده را در سامانه الکترونیکی پورتال مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر ثبت می‌نماید، پس از حذف موارد تکراری و بازبینی موارد ثبت شده توسط مرکز کارشناسان گروه بیمارهای واگیر دانشگاه‌های علوم پزشکی، گزارش موارد ثبت شده به مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال می‌گردد. اداره هپاتیت مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر به صورت دوره‌ای و براساس منابع اطلاعاتی شامل سامانه پورتال، نتایج مطالعات دیده وری هپاتیت و مطالعات کشوری در خصوص هپاتیت‌های ویروسی، گزارشاتی از شیوع هپاتی‌های ویروسی B و C را به تفکیک سال، مناطق جغرافیایی و استانی، گروه‌های سنی، گروه‌های پرخطر و حساس و عوامل اتیولوژیک بیماری تهیه می‌نماید و به سطوح پایین‌تر اطلاع‌رسانی می‌نماید (فلوچارت شماره ۱).

ب. مطالعات دیده‌وری هپاتیت‌های ویروسی

مطالعات دیده‌وری هپاتیت‌های ویروسی در برخی گروه‌های پرخطر به صورت دوره‌ای انجام می‌گیرد:

- اجرای برنامه دیده وری هپاتیتB وC در زندان‌های کل کشور در سه دوره که در مجموع سه دوره حدود ۱۳۵۰۰ نفر را ارزیابی کرده است. اکنون برآوردهای کشوری و هم‌چنین استانی برای ۲۵ استان وجود دارد (Doc 28).



فلوچارت شماره ۱: فرآیند گزارشدهی هپاتیت‌های ویروسی B و C در ایران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

- انجام چهار دوره برنامه دیده وری هپاتیت B و C در مصرف‌کنندگان مواد ازسال ۹۵-۱۳۹۲ بر روی ۲۷۹۴ مرد با سابقه تزریق مواد در ۱۷ دانشگاه کشور (Doc 29).

- انجام چهار دوره برنامه دیده‌وری هپاتیت B و C از سال ۹۵-۱۳۹۲ بر روی ۱۵۹۹ از زنان آسیب‌پذیر/ Female Sex Worker (FSW) در ۱۷ دانشگاه کشور (Doc 29).

- اجرای برنامه دیده وری هپاتیت B و C در کودکان کار و خیابانی در تهران (Doc 29).

- اجرای مطالعه بررسی میزان شیوع هپاتیت‌های ویروسی B و C در ۱۰۰۰۰ زن باردار در کشور (P.E.03).

۴. سیاست‌ها و اسناد بالادستی

در اسناد بالادستی، سیاست‌های مرتبط با پیشگیری، درمان و نظام مراقبت هپاتیت دیده می‌شود. براساس مصوبه مجلس شورای اسلامی، درمان و مداوای بیماری‌های آمیزشی در کلیه بهداری‌ها در دوره واگیری بیماری برای همه و در دوره‌های دیگر برای اشخاص بی‌بضاعت رایگان است. تمامی واحدهای ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی که دارای پزشک هستند طبق قانون موظفند تا بیماری‌های واگیر را به مرکز بهداشت شهرستان اعلام نمایند. هپاتیت، مشمول گزارش غیرفوری بوده که در صورت مشاهده آن باید گزارش کتبی در پایان هر ماه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال شود (Doc 11). تبصره ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه نیز اعلام می‌کند که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است برنامه ایمن‌سازی کودکان (از جمله هپاتیت B) را تا حد و تراز کشورهای توسعه‌یافته ارتقاء دهد (Doc 16).

ایران برنامه ملی حذف هپاتیت‌های ویروسی B و C را تدوین کرده است. هدف کلی این برنامه تا پایان سال ۱۴۰۸، حذف هپاتیت‌های B و C به‌عنوان یک تهدید برای سلامت عمومی است. هم‌چنین اهداف کمی آن تا پایان سال ۱۴۰۰شامل ۳۰ درصد کاهش در بروز موارد جدید (از ۷ به۴ الی ۵ در صد هزار نفر) و ۱۰درصدکاهش آسیب در مرگ ومیرهای منتسب به هپاتیت B وC است (Doc 1).

کنترل و مراقبت هپاتیت‌های ویروسی در دیگر برنامه‌های سلامت نیز مورد تاکید بوده است. به‌عنوان نمونه، در قالب چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل عفونت HIV جمهوری اسلامی ایران مداخلاتی مانند گسترش پوشش خدمات‌کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و بهبود کیفیت این خدمات و ارتقاء برنامه‌های پیشگیری در زنان و دختران و شناسایی زنان باردار مبتلا به‌منظور ارائه خدمات پیشگیری از انتقال مادر به کودک انجام می‌شود(Doc 18). هم‌چنین در سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد انجام مداخلات پیشگیرانه به‌منظور کاهش عوارض اعتیاد ازجمله عوارض سلامتی مانند ابتلا به هپاتیت‌های ویروسی مورد تاکید بوده است (Doc 12).

۵. برنامه‌های موجود

در این بخش به برنامه‌هایی ازجمله برنامه واکسیناسیون هپاتیت B، برنامه توزیع سرنگ و سوزن، دستورالعمل تزریق ایمن در سطح تسهیلات، تزریق خون ایمن، درمان بیماران هپاتیت‌های B و C آورده شده است.

الف. برنامه‌های واکسیناسیون هپاتیت B

- واکسیسناسیون هپاتیت B از سال ۱۳۷۲ در برنامه ملی واکسیناسیون ایران نوزادان و کودکان قرار گرفته است. اولین نوبت واکسن هپاتیت B در بدو تولد تزریق می‌شود. از ابتدای سال ۱۳۹۳ با اضافه شدن واکسن پنتاوالان به برنامه واکسیناسیون کشوری، واکسن هپاتیت B جزئی از این واکسن شد که در حال حاضر این واکسن در نوبت‌های ۴،۲ و ۶ ماهگی تزریق می‌شود (Doc. 2).

- واکسیناسیون هپاتیت B برای تمامی کارکنان بهداشتی-درمانی و دانشجویان پزشکی از سال ۱۳۷۲ در ایران انجام می‌شود (Doc 8).

- انجام واکسیناسیون هپاتیت B چهار کوهورت سنی ۶۸، ۶۹، ۷۰، و ۷۱ سال در سال ۱۳۸۵ با پوشش بالای ۸۵ درصد و در کل واکسیناسیون بالغ بر ۳۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

میلیون نفر از جمعیت کشور بر علیه بیماری هپاتیت B. اکنون همه افراد زیر ۳۰ سال ایرانی سابقه انجام این واکسن را دارند (P.M.05).

– واکسیناسیون هپاتیت B زندانیان در تمام زندان‌های کشور برای ۱۱۳ هزار زندانی ۲۵ تا ۴۰ ساله مقیم در سه نوبت و ۴۰۰۰۰۰ زندانی در بدو ورود (Doc 28).

– غربالگری هپاتیت‌های ویروسی و تزریق واکسن هپاتیت B به ۴۵۰ کودک کار و خیابانی در استان های البرز و تهران توسط شبکه هپاتیت ایران با همکاری انجمن حامیان کودکان کار و خیابانی (Doc 30).

– واکسیناسیون هپاتیت B حدود ۳۰۰ هزار نفر از اهداکنندگان مستمر خون، دریافت سه نوبت واکسن هپاتیت (با سابقه حداقل دو بار اهدای خون در سال) بر اساس تفاهم‌نامه مشترک بین مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت و سازمان انتقال کشور (P.M.05).

– واکسیناسیون هپاتیت B تمامی بیماران همودیالیز و پیوند کلیه، بیماران مبتلا به هموفیلی و بیماران تالاسمی از سال ۱۳۷۲ (Doc 6, 7).

– واکسیناسیون کارکنان شهرداری‌ها، پلیس و آتش‌نشان‌ها (P.M.05).

– تزریق عضلانی HBIG (Hepatitis B immune globulin) به نوزاد متولد شده از مادران مبتلا به هپاتیت B حداکثر در ۱۲ ساعت اول پس از زایمان (Doc. 2).

– واکسیناسیون بستگان بیماران مبتلا به هپاتیت B و C گزارش شده به شبکه‌های بهداشتی و درمانی (Doc 27).

ب. برنامه‌های غربالگری

برنامه‌های غربالگری هپاتیت B و C در برخی از گروه‌های پرخطر و حساس انجام می‌گیرد که در ادامه به آن‌ها اشاره شده است:

– غربالگری اهداکنندگان خون از نظر هپاتیت B از سال ۱۳۵۵ و از نظر هپاتیت C از سال ۱۳۷۵ (Doc 9).

– غربالگری بیماران همودیالیز و پیوند کلیه، بیماران مبتلا به هموفیلی وتالاسمی ازنظر هپاتیتB وC (Doc 6,7).

– غربالگری کلیه کارکنان دارای مواجهه شغلی از قبیل نیدل استیک از نظر هپاتیت B و C (Doc 8).

– غربالگری نزدیک به ۸۰ درصد مادران باردار از نظر هپاتیت B (P.M.05).

– غربالگری هپاتیت B در تمامی نوزادانی که از مادران HBsAg مثبت متولد شده‌اند (Doc 2).

– غربالگری جمعیت زندانیان از طریق برنامه دیده وری هپاتیت B و C در زندان‌های کل کشور و هم‌چنین برنامه بیماریابی فعال (Doc 28).

– غربالگری افراد با سابقه تزریق مصرف مواد از طریق برنامه دیده وری هپاتیت B و C در مصرف‌کنندگان مواد (Doc 29).

– غربالگری زنان آسیب‌پذیر از طریق برنامه دیده وری هپاتیت B و C بر روی آن‌ها (Doc 29).

– غربالگری کودکان کار و خیابانی از طریق دیده وری هپاتیت B و C در کودکان کار و خیابانی در تهران (Doc 30).

ج. برنامه توزیع سرنگ و سرسوزن

توزیع سرنگ و سرسوزن در بین معتادان تزریقی از طریق برنامه کاهش آسیب انجام می‌گیرد. سرنگ و وسایل تزریق از طریق ۱۴۰ مراکز خدمات کاهش آسیب یا مراکزگذری (Drop In Center)، ۱۸۰ مرکز مشاوره بیماری رفتاری (behavioural counseling centers) و ۲۵۰ پایگاه مشاوره بیماری‌های رفتاری در سراسر کشور در دسترس معتادان تزریقی قرار می‌گیرد (Doc 19, 20 & 21).

د. برنامه تزریق ایمن در سطح تسهیلات

در ایران، نظارت بر اجرای دستورالعمل‌های تزریقات ایمن در مراکز بهداشتی و درمانی بسیار حائز اهمیت هستند و شاید بتوان شیوع پایین عفونت هپاتیت C را به آن نسبت داد (P.M.09). اقدامات زیر به منظور افزایش تزریقات ایمن در مراکز بهداشتی و درمانی انجام گرفته است:

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

- تدوین دستورالعمل تزریقات ایمن و رهنمودهای مربوطه و ابلاغ به تمامی واحدهای بهداشتی و درمانی.

- آموزش دستورالعمل تزریقات ایمن به دانشجویان پزشکی و متخصصان بهداشتی در دانشگاه‌ها (Doc 9).

- نظارت واحدهای کنترل عفونت در بیمارستان‌ها بر رعایت استانداردهای تزریقات ایمن، اقدامات احتیاطی به منظور کنترل عفونت، و گزارشدهی موارد نیدل استیک به معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی.

- نظارت و پایش اجرای دستورالعمل تزریق ایمن در همه مراکز بهداشتی و درمانی توسط برخی واحدهای معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی از جمله واحد نظارت بر درمان و واحد کنترل عفونت به صورت دوره‌ای.

ه. برنامه ایمنی تزریق خون

از سال ۱۳۶۱ تنها مرجع مسئول تأمین خون و فرآوردههای آن در ایران، سازمان انتقال خون می‌باشد. این سازمان در سال‌های اخیر با رویکرد ویژه برای سلامت و کیفیت خون، جهت انتخاب اهداکننده که یکی از ارکان سلامت خون تلقی می‌شود، عمل می‌کند. غربالگری HBV از روز اول شروع اهدا خون در ایران (سال ۱۳۵۵) انجام می‌شود. غربالگری HIV Ab و Anti-HCV از ۱۳۶۹ و ۱۳۷۵ نیز آغاز شده است. با توجه به سیاست‌های سخت‌گیرانه ایران در مورد انتقال خون، خطر ابتلا به برخی بیماری‌های منتقله از خون‌های اهدایی نزدیک به صفر درصد کاهش یافته است (Doc 9).

و. برنامه درمان هپاتیت‌های ویروسی

در ایران، هزینه‌های درمان هپاتیت B و C، توسط بخش دولتی به صورت رایگان تأمین نمی‌شود، اما داروهای هپاتیت B و C تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفته است (Doc 1). اگر چه تنها درصدی از فرانشیر داروهای درمانی هپاتیت B و C توسط بیماران مبتلا پرداخت می‌شود، اما برخی از گروه‌های پرخطر از جمله معتادان تزریقی (PWIDs) توان پرداخت فرانشیر را ندارند.

درمان رایگان هپاتیت C برای برخی گروه‌ها شامل بیماران دیالیزی، بیماران مبتلا به هموفیلی و تالاسمی انجام می‌گیرد (Doc 4, 6 & 7). هم‌چنین درمان رایگان هپاتیت C به صورت پایلوت در برخی گروه‌های پرخطر از جمله موارد زیر انجام می‌شود:

- غربالگری و درمان رایگان در ۲۰ درصد مراجعین پر خطر بی‌بضاعت در واحدهای مشاوره هپاتیت.

- اجرای طرحی به صورت پایلوت برای درمان هپاتیت C در بین ۱۲۲ تا ۱۵۲ زندانی در دو زندان کرج و گلستان از اردیبهشت ۱۳۹۶.

- اجرای طرح درمان و حذف نقطه‌ای هپاتیت C رفسنجان در گروه‌های پرخطر با حمایت مجتمع مس سرچشمه و خیرین این شهرستان در طول مدت سه سال.

۶. زیرساخت‌ها

ساختار مراقبت هپاتیت مرکب از اجزاء و سطوح مختلف جمع‌آوری اطلاعات، برنامه‌ریزی و ارائه خدمات می‌باشد:

سطح ملی: «اداره هپاتیت» مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، هسته مرکزی تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ها هپاتیت‌های ویروسی در سطح ملی می‌باشد. این اداره چهار نفر نیروی انسانی شامل یک نفر رئیس اداره، یک نفر کارشناس مسئول و دو نفر کارشناس دارد. «کمیته کشوری هپاتیت» سیاست‌های مصوب در این کمیته را برای اجرا به سطوح پایین‌تر ابلاغ می‌کند(Doc 5).

سطح استان: یک نفر از کارشناسان گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها/ گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر، برنامه‌های کشوری را در سطح استان اجرا و نظارت می‌نماید. هم‌چنین کمیته هپاتیت استانی حداقل سالی ۲ بار و حداکثر آن بسته به نیاز در سطح استان تشکیل گردد (Doc 5).

سطح شهرستان: یک نفر کارشناس واحد بیماری‌های مرکز بهداشت شهرستان به‌عنوان فوکال پوینت برنامه هپاتیت در کنار سایر وظایف خود در خصوص بیماری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

هپاتیت اقداماتی شامل اطمینـان از پـیش‌بینـی و تـدارک مناسب واکسن مورد نیاز و سهولت دسترسـی بـه HBIG در سطح شهرستان، گزارشگیری و ثبت مـوارد گـزارش شده هپاتیت در سامانه پورتال را برعهـده دارنـد. مراکـز جامع سلامت/ مراکز بهداشتی درمانی روسـتایی، خانـه‌های بهداشت روستایی در سطح شهرستان اقدامات بیماریـابی غیرفعال و بررسی افراد مظنون، واکسیناسیون هپاتیـت B کودکان و سایر گروه‌های هدف واکسیناسیون مطابق بـا دفترچه ایمن‌سازی کشوری را انجام می‌دهند (Doc 5).

واحد مشاوره هپاتیت در مرکز اسـتان و یـا در شـهر محل استقرار دانشگاه علوم پزشکی بـا حـداقل جمعیـت ۲۰۰ هزار نفر ایجاد می‌گردد. ایـن واحـد دارای حـداقل یک مشاور و یک پزشک است. در حال حاضـر حـدود ۵۵ دانشگاه و دانشکده علوم پزشـکی کشـور واحـدهای مشاوره هپاتیت در بستر مراکز جامع سـلامت راه‌انـدازی شده است. در مراکز مشـاوره‌ای هپاتیـت کلیـه خـدمات مشاوره‌ای، مراقبتی، حمایتی، درمـان و ارجـاع بـا انجـام خـدمات غیرفعـال و فعـال شـامل بیماریـابی، ارجـاع دو طرفـه بـا سـایر ادارات و سـازمان‌هـای مـرتبط داخلـی و خارجی، دسترسی به گروه‌های پر خطر گـزارش نشـده، درمان و آزمایش رایگان بـرای ۲۰ درصـد مـراجعین پـر خطر بی بضاعت، تجمیع خدمات مرتبط بـا هپاتیت‌هـای ویروسی، پیگیری بیمار و اطرافیان، ثبـت و گزارشـدهی موارد انجام می‌شود (Doc 27).

هـم‌چنـین بیمارسـتان‌ها جزئـی از فراینـد مراقبـت هستند. کارشناس پرستار کنترل عفونت و مسـئول واحـد آزمایشگاه در بیمارستان‌های عمومی و تخصصی شهرسـتان و استان در کنار سایر وظایف خود، در خصوص بیماری هپاتیـت اقـداماتی از قبیـل مـوارد زیـر انجـام می‌دهـد: پیگیـری انجـام واکسیناسـیون هپاتیـت B توسـط کلیـه پرسنل بیمارستان، گزارش موارد نیدل استیک به معاونت درمان و بهداشت دانشـگاه و ۳- گـزارش لیسـت مـوارد بیماری هپاتیت به مرکز بهداشـت شهرسـتان بـه صـورت ماهانه (Doc 5).

بحث

هدف از اجرای این پژوهش، مرور اقـدامات ایـران در راستای برنامه حذف هپاتیت‌های ویروسی B و C در کشـور بـود. براسـاس نتـایج حاصـل از مـرور شـواهد و مصاحبه‌ها اقـدامات و فعالیت‌هـای برنامـه نظـام مراقبـت هپاتیـت ایـران در ۶ دسـته شـامل اهـداف نظـام مراقبـت هپاتیت‌های ویروسی در ایران، گروه‌های هـدف برنامـه، نظام مراقبت موجود هپاتیـت B و C، سیاسـت‌ها و اسـناد بالادستی، برنامه‌های موجود و زیرساخت‌ها دسـته بنـدی شده است. برجسته‌تـرین اقـدامات در مـداخلاتی ماننـد واکسیناسـیون گروه‌هـای هـدف، بهبـود ایمنـی خـون و فرآورده‌های خونی، خودکفایی نسـبی در تهیـه خـون و فرآورده‌های آن و اجرای برنامه‌های کاهش آسیب بوده است. هم‌چنین مداخلات دیگری مانند توسـعه امکانـات آزمایشگاهی مرتبط با تشخیص بیماری، پایه‌ریـزی نظـام ثبت و گزارشدهی بیماری و اجرای برنامه‌های غربـالگری در گروه‌های هدف علی‌رغم وجود نواقص و چالش‌هـا، توانسته‌اند موفقیت نسبی داشته باشند.

ایران یکی از کشورهای متعهد به حذف هپاتیت‌های ویروسی B و C تا سال ۲۰۳۰ میلادی است. طبق توصـیه سازمان جهانی بهداشت، تمرکز نظام سلامت بر پیشـگیری، تشخیص و درمان بیماری می‌تواند تحقـق ایـن هـدف را تسهیل نماید. بر این اساس در حـوزه پیشـگیری از بـروز بیمـاری هپاتیت‌هـای ویروسـی B و C، شـواهد نشـان می‌دهد اقـدامات ایمنـی سـازمان انتقـال خـون در حفـظ خون‌رسانی ایمن موثر بوده است(۱۴). اتخاذ رویکردهای حمـایتی بـرای حفـظ ایـن دسـتاورد ضـروری اسـت. از طرفی، علی‌رغم شیوع پائین بیماری در جمعیت عمـومی کشور، شیوع آن در گروه‌های پرخطر ماننـد زنـدانیان و معتـادین تزریقـی بـالا اسـت(۱۵). پشـتیبانی و اجـرای سیاسـت‌ها و برنامـه‌های مربـوط بـه حـذف نقطـه‌ای یـا micro elimination و اجـرای برنامـه‌های آمـوزش پیشرفته می‌تواند سرعت رشد بیماری در این گروه‌هـا را کاهش دهد(۱۷،۱۶). علاوه بر این، بـه‌دلیـل شـیوع بـالای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

HCV در کودکان خیابانی، تصمیم گیرندگان و سیاست گذاران باید توجه بیش‌تری به آنان داشته و رویکردهای حمایتی را از نظر اجتماعی و اقتصادی اجرا نمایند(۱۸).

در حوزه تشخیص بیماری، علی‌رغم پیشرفت‌های تشخیصی و درمانی، اکثر افراد مبتلا هنوز از عفونت خود بی اطلاع هستند و این موضوع موجب بروز اشکال پیشرفته بیماری شده است. از طرفی با وجود تست‌های تشخیصی معتبر، هنوز هم میزان انجام آزمایش هپاتیت پائین است. امکانات ناکافی آزمایشگاهی، فقدان سیاست‌های ملی تشخیص، عدم وجود دستورالعمل‌های شفاف و الگوریتم‌های تشخیصی پرهزینه و پیچیده از علل پائین بودن انجام آزمایشات تشخیصی است(۱۹). از این‌رو لازم است از مراکزی که به‌طور خاص برای تشخیص و مدیریت این عفونت اختصاص داده شده‌اند، برای غربالگری و انجام آزمایشات ارزان و باکیفیت استفاده شود. فعالیت‌های غربالگری و درمانی نیازمند تامین منابع مالی کافی است. وزارت بهداشت قادر به تخصیص منابع مالی لازم نیست و عدم همکاری با سازمان‌های دیگر می‌تواند مشکلات جدی را برای افراد بی‌بضاعت ایجاد کند(۲۰). هم‌چنین، لازم است نظام سلامت امکاناتی برای غربالگری بیش‌تر گروه‌های در معرض خطر مانند کودکان خیابانی و زنان آسیب‌پذیر فراهم کند(۱۸).

در حوزه درمان بیماری، هرچند دسترسی به رژیم‌های درمانی موثر، انقلابی در درمان عفونت مزمن هپاتیت B و C ایجاد کرده است، اما قیمت بالای درمان دارویی مانع اصلی دسترسی است. استفاده از ظرفیت سازمان‌های حمایتی و صندوق‌های بیمه‌ای برای کاهش هزینه درمان بیماری می‌تواند دسترسی به درمان را برای بیماران تسهیل نماید(۱۹).

در حال حاضر ایران یک نظام مراقبت برای کنترل و پایش بیماری‌های واگیر از جمله هپاتیت ویروسی دارد. اما، این نظام مراقبت با چالش‌های بسیاری از جمله عدم جامع بودن گزارشگری، ضعف مشارکت بخش خصوصی و سازمان های خارج از بخش سلامت، عدم وجود قوانین مناسب در مورد گزارش بیماری‌های واگیر، مشکل در عملیاتی شدن قوانین موجود، دانش ناکافی پزشکان و متخصصین سلامت در مورد نظام مراقبت و گزارشدهی مواجهه است(۲۳-۲۱). اطلاعات صحیح پایه و اساس سیاستگذرای اثربخش است. از این رو لازم است در بخش نظام ثبت و گزارشدهی بیماری راهکارهایی مانند تعیین یک فرآیند خاص برای گزارش بیماری، ساده کردن فرم‌های گزارش، توسعه فناوری الکترونیکی، فرمول راهنمای عملیاتی برای آزمایشگاه‌ها، بخش‌های خصوصی و بیمارستان‌ها، آموزش مناسب به پرسنل و ارائه بازخورد به سطح گزارشگر به کار گرفته شود(۱).

با توجه به این‌که نظام مراقبت بیماری‌های هپاتیت B و C در کشور به صورت مراقبت غیرفعال می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد به دلایلی از قبیل: ۱) شیوع بیش‌تر بیماری در گروه‌های پرخطر و کم‌تر در دسترس از قبیل معتادان تزریقی، ۲) بالا بودن دوره نهفتگی بیماری تا زمان علامت‌دار شدن و فازهای حاد بیماری و ۳) متفاوت بودن اغلب بیماران هپاتیت از نظرعدم اهمیت به بیماری و عدم پیگیری درمان(۱۲،۱۱)، بیماریابی در بیماری‌های هپاتیت B و C به‌صورت فعال باشد. هم‌چنین به‌منظور پیگیری بیماران شناسایی شده تا زمان بهبودی و دستیابی به اهداف کنترلHBV و حذفHCV تا سال ۲۰۳۰ پیشنهاد می‌گردد ارائه خدمت به بیماران هپاتیت از بیماریابی تا پیگیری درمان در سه سطح زیر ارائه شود: سطح اول شامل کلیه مراکز خدمات جامع سلامت: غربالگری و بیماریابی؛ سطح دوم: بیماریابی فعال در گروه‌های پرخطر و محیط‌های پرخطر مانند مراکز ترک اعتیاد و زندان‌ها و پیگیری درمان در واحدهای مشاوره هپاتیت و سطح سوم: کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی و مراکز تحقیقاتی.

با وجود این‌که سعی شد از طریق مصاحبه با خبرگان همه اسناد مرتبط با هپاتیت B و C شناسایی و تحلیل گردد، اما ممکن است برخی اسناد مرتبط با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

هپاتیت موجود در سازمان‌ها و نهادهای خارج از وزارت بهداشت مانند بهزیستی و کمیته امداد از قبیل پوشش داروهای هپاتیت برای مددجویان، در تحلیل نیامده باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که کشور ما در حوزه‌هایی مانند واکسیناسیون هپاتیت B، ایمنی خون و فرآورده‌های خونی، خودکفایی نسبی در تهیه خون و فرآورده‌های آن و اجرای برنامه‌های کاهش آسیب، اقدامات موثری انجام داده است. هم‌چنین در مداخلات دیگری مانند توسعه امکانات آزمایشگاهی مرتبط با تشخیص بیماری، پایه‌ریزی نظام ثبت و گزارشدهی بیماری و اجرای برنامه‌های غربالگری در گروه‌های هدف علیرغم وجود نواقص و چالش‌ها، توانسته است موفقیت نسبی داشته باشد. با وجود این هنوز هپاتیت‌های ویروسی به عنوان معضلات بهداشت عمومی درکشور مطرح هستند. براساس یافته‌های مطالعه حاضر ضعف اصلی نظام مراقبت هپاتیت در بیماریابی فعال است که با ادغام برنامه هپاتیت در نظام شبکه و مشارکت بالای بخش خصوصی و دولتی و هم‌چنین سازمان‌های مردم نهاد و ایجاد کمپین‌های واکسیناسیون و درمان هپاتیت‌های B و C می‌توان به حذف هپاتیت C و کنترل هپاتیت B تا سال ۱۴۰۸ امیدوار بود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل یک طرح تحقیقاتی ملی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد IR.MUK.REC.1398/218 می‌باشد که با حمایت مالی سازمان بهداشت جهانی انجام شده است.

References

1. Janati A, Hosseiny M, Gouya MM, Moradi G, Ghaderi E. Communicable disease reporting systems in the world: a systematic review article. Iranian Journal Of Public Health 2015; 44(11): 1453-1465.
2. WHO. Guidelines on hepatitis B and C testing: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Keshavarz K, Kebriaeezadeh A, Alavian SM, Sari A, Dorkoosh F, Keshvari M. Economic burden of hepatitis B virus-related diseases: evidence from Iran. Hepatitis Mon 2015; 15(4): e25854.
4. Behzadifar M, Gorji HA, Rezapour A, Bragazzi NL. The hepatitis C infection in Iran: a policy analysis of agenda-setting using Kingdon's multiple streams framework. Health Res Policy Sys 2019; 17(1): 30.
5. Zare F, Fattahi MR, Sepehrimanesh M, Safarpour AR. Economic burden of hepatitis C virus infection in different stages of disease: a report from southern Iran. Hepatitis Mon 2016; 16(4): e32654.
6. Moradi G, Gouya MM, Azimizan Zavareh F, Mohamadi Bolbanabad A, Darvishi S, Aghasadeghi MR, et al. Prevalence and risk facto rs for HBV and HCV in prisoners in Iran: a national bio-behavioural surveillance survey in 2015. Trop Med Int Health 2018; 23(6): 641-649.
7. Moradi G, Hajarizadeh B, Rahmani K, Mohamadi-Bolbanabad A, Darvishi S, Zareie B, et al. Drug use and risk behaviour profile, and the prevalence of HIV, hepatitis C and hepatitis B among people with methamphetamine use in Iran. Int J Drug Policy 2019; 73: 129-134.
8. WHO. Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030: advocacy brief. Geneva: World Health Organization; 2016.
9. WHO. Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2015.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

10. Center for communicable diseases control. National Program for the Elimination of HBV and HCV in the Islamic Republic of Iran; 2017-2021. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2017 (unpublished).
11. Behzadifar M, Azari S, Gorji HA, Rezapour A, Bragazzi NL. The challenges of hepatitis C management in Iran: A qualitative study with patients. Int J Health Plann Manage 2020; 35(1): e56-e65.
12. Mahmoodi M, Yazdanpanah A, Ghavam A, Sheikhzadeh K. Assessment of the core functions of hepatitis B surveillance system in the southeastern Iran: a qualitative study. Iran J Health Sci 2019; 7(3): 1-8.
13. Lotfi B, Karami M, Soltanian A, Poorolajal J, Mirzaee M. Evaluation of completeness and geographical representativeness of the public health surveillance system for hepatitis B between 2007 and 2013 in Hamadan province: an analytical literature review. IRJE 2015; 11(2): 83-98.
14. Sajjadi SM, Pourfathollah AA, Mohammadi S, Nouri B, Hassanzadeh R, Rad F. The prevalence and trends of hepatitis B, hepatitis C, and HIV among voluntary blood donors in kohgiluyeh and boyer-ahmad transfusion center, Southwestern Iran. Iranian Journal Of Public Health 2018; 47(7): 944-951.
15. Najimi A, Gholami-Fesharaki M, Rowzati M. Prevalence of Hepatitis C Virus in Iranian Prisoners: An Updated Systematic Review and Multilevel Meta-Analysis Study. Hepatitis Monthly 2020;20(5):1-8.
16. Behzadifar M, Gorji HA, Rezapour A, Bragazzi NL. Prevalence of hepatitis C virus among street children in Iran. Infectious diseases of Poverty 2018; 7(1): 88-94.
17. WHO. Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection updated version April 2016: guidelines: Geneva: WHO; 2016.
18. Behzadifar M, Gorji HA, Rezapour A, Bragazzi NL. Comparison of prevention, screening and treatment of hepatitis C in Iran, Egypt and Georgia. J Virus Erad 2019; 5(2): 116-121.
19. Khorrami rad A, Karami M, Abedini Z. Knowledge, Attitudes and Practice of General Practitioners about Disease Notification (Reporting) in Qom. IRJE 2012; 7(4): 49-56.
20. Kolahi A, Bakhshaei P, Ahmadnia H, Moazzami-Sahzabi J, Mohammadinia N, Kalantari B. The Viewpoints of General Practitioners Owning a Private office in North and East of Tehran about Barriers and Problems of Reporting of Communicable Diseases in 2011. Iranian J Infect Dis Trop Med 2013; 18(62): 1-10.
21. Moradi G, Asadi H, Gouya MM, Nabavi M, Norouzinejad A, Karimi M, et al. The Communicable Diseases Surveillance System in Iran: Challenges and Opportunities. Arch Iran Med 2019; 22(7): 361-368.
22. Kolahi A, Bakhshaei P, Ahmadnia H, Moazzami-Sahzabi J, Mohammadinia N, Kalantari B. The Viewpoints of General Practitioners Owning a Private office in North and East of Tehran about Barriers and Problems of Reporting of Communicable Diseases in 2011. Iranian J Infect Dis Trop Med 2013; 18(62): 1-10.
23. Moradi G, Asadi H, Gouya MM, Nabavi M, Norouzinejad A, Karimi M, et al. The Communicable Diseases Surveillance System in Iran: Challenges and Opportunities. Arch Iran Med 2019; 22(7): 361-368.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]