

وضعیت  
ایدز  
در کشورهای مختلف



بنیاد امور بیماری‌های خاص

CHARITY FOUNDATION FOR SPECIAL DISEASES

AIDS  
IN THE  
WORLD



ISBN: 964-7161-39-5



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

## وضعیّت ایدز

# در کشورهای مختلف جهان

تألیف: دکتر نعمت‌ا... خوانساری

استاد گروه ایمنولوژی دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی - درمانی تهران



بنیاد امور بیماریهای خاص

تلفن: ۷۳۱۶۱۷۸ - ۷۳۱۶۱۷۸



**مقدمه**

قرن بیست و یکم که ماههای اول آن را می‌گذرانیم در کنار پیشرفت‌های علمی و تکنولوژی بسیار پیشرفته، شاهد مصائب و گرفتاری‌های فراوان در زمینه بیماری‌های مختلف جسمی، روانی و به‌ویژه بروز بیماری‌های جدید از جمله ایدز بوده است. بیماری ایدز یک بیماری ویروسی و واگیردار می‌باشد.

این بیماری موجب می‌شود تا به تدریج قدرت دفاعی بدن کاهش یافته، در مقابل هجوم ویروس‌ها باکتری‌ها و قارچ‌های بیماری‌زا، حتی سلول‌های سرطانی هیچ‌گونه دفاعی به عمل نیاید و در نهایت بیمار تسلیم مرگ شود. علی‌رغم آن که در چند دهه گذشته کشورهای مختلف دنیا در بخش تحقیقات پزشکی بودجه‌های کلانی به منظور مهار این بیماری مهلک هزینه کرده‌اند اما هم‌چنان این بیماری در حال قربانی گرفتن از جوامع انسانی است. عمده‌ترین عامل انتشار بیماری عدم آگاهی‌های عمومی است، به همین علت در جوامعی که از رشد فرهنگی قابل توجهی برخوردار نیستند متحنی پیشرفت بیماری نگران‌کننده‌تر از سایر نقاط است.

مجامع بین‌المللی بهداشتی تلاش فراوانی در جهت ارتقای سطح بهداشت و تأمین سلامتی جامعه به عمل آورده‌اند تا با رعایت نکاتی ساده اما با اهمیت امکان آلودگی به این بیماری را کاهش دهند. مراعات کردن دستورهای ایمنی در سطح پزشکان و پرستاران و اطرافیان بیمار موجب خواهد شد آمار مبتلایان به این بیماری به میزان زیادی کاهش پیدا کند و با عنایت به اینکه یکی از راه‌های انتقال آلودگی ارتباطات جنسی است، خوشبختانه کشورهای اسلامی و از جمله ایران به خاطر پایبندی به قیود اخلاق اسلامی نسبت به سایر جوامع، درصد آلودگی کمتری دارد (قرآن مجید سوره اسراء آیه ۲۲؛ هرگز به زنا نزدیک نشوید که کاری بسیار زشت و راهی بسیار ناپسند است).

البته باید در نظر داشت که تنها روش انتقال بیماری به این شکل نیست و عفونت از راه‌هایی مانند دریافت خون آلوده و تزریق با سرنگ مشترک (در معتادان تزریقی) نیز منتقل می‌شود. در حال حاضر با آن که جمهوری اسلامی ایران در این زمینه بحران ندارد، باید توجه داشت که مردم از خطر ابتلا به این بیماری مصون نیستند و به دلیل وجود چندین هزار فرد آلوده به ایدز در کشور، نکات بهداشتی باید به‌طور کامل و دقیق توسط همگان رعایت شود.

بنیاد امور بیماری‌های خاص به منظور تبیین جایگاه این بیماری در ایران و جهان و بررسی راه‌های پیشگیری از ابتلا به این بیماری و نیز حمایت از بیماران موجود، تلاش جدیدی را با همکاری مجامع بین‌المللی بهداشتی آغاز کرده و امیدوار است با برگزاری سمینارها، کارگاه‌های آموزشی، تحقیقات، چاپ پوستر و جزوه‌های آموزشی و جلب مشارکت‌های مردمی و حمایت‌های دولتی بتواند در ارتقای سطح آگاهی‌های عمومی و در نتیجه کاهش آمار مبتلایان نقش موثری ایفا کند.

بنیاد امور بیماری‌های خاص

وضعیت ایدز در کشورهای مختلف جهان / تألیف دکتر نعمت‌الله خوانساری - تهران: موسسه فرهنگی - هنری ریحانه نبی (ص)، ۱۳۸۰.

ISBN 964-7161-39-5 ص: ۵۶ جدول.

فهرست‌نویسی بر اساس اطلاعات فیبا.

۱. ایدز. ۲. ایدز -- جنبه‌های اجتماعی.

الف - بنیاد امور بیماری‌های خاص. معاونت آموزشی - پژوهشی.

۹ و ۹ الف ۶۰۷۱ RC ۶۱۶/۹۷۹۲

کتابخانه ملی ایران محل نگهداری: ۸۰-۷۵۸۳

ریحانه

عنوان کتاب: وضعیت ایدز در کشورهای مختلف جهان

تألیف: دکتر نعمت‌الله خوانساری

چاپ: دوم - ویرایش دوم - زمستان ۱۳۸۰

شمارگان: ۵۰۰۰ جلد

ناشر: موسسه فرهنگی هنری ریحانه نبی (ص)

مدیر داخلی: آریتا احمدی

چاپ: محبوب

لیتوگرافی: نسیم

شابک: ۹۶۴-۷۱۶۱-۳۹-۵ ISBN 964-7161-39-5

این اثر با حمایت بنیاد امور بیماری‌های خاص به چاپ رسیده و کلیه حقوق آن برای بنیاد امور بیماری‌های خاص محفوظ می‌باشد و استفاده از مطالب آن با ذکر مأخذ بلامانع است.

روابط عمومی بنیاد امور بیماری‌های خاص: ۸۷۱۱۰۲۹ - ۸۷۱۳۱۳۷





شکل ۱: انتشار ویروس ایدز در جهان در آغاز سال ۱۹۹۸

فقط در طی سال ۲۰۰۱، نزدیک به پنج میلیون مورد جدید عفونت HIV شناخته شده است. علی‌رغم اینکه روشهای تشخیصی روز به روز بهتر می‌شود و روشهای پیشگیری بیشتر آموخته می‌شود، امروزه یک نفر از هر ۱۰۰ نفر بالغ در سن فعالیت جنسی (۱۵ تا ۴۹ ساله) مبتلا به ویروس ایدز است و از این جمعیت کثیر تعداد بسیار کمی از آنها از عفونت خود اطلاع دارند. علت این است که شخص مبتلا می‌تواند سال‌ها بدون بروز علائم بالینی مشخص به زندگی خود ادامه داده و ویروس داخل بدن او تکثیر و حتی به دیگران منتقل شود. علاوه بر آن در برخی از کشورها مسئولین به علل سیاسی، مذهبی و یا وحشت عمومی سعی می‌کنند همه‌گیری را کم اهمیت تلقی کنند؛ اما موارد جدید بیماری و مرگ و میر به علت این بیماری در جهان رو به افزایش بوده و کشورهای معدودی از مشکلات و بروز این بیماری عاری هستند. در سال ۲۰۰۱ حدود ۳ میلیون نفر در اثر ابتلا به ایدز جان باختند و به همین تعداد نیز وضعیت افرادی که از HIV مثبت به بیماری علامت دار ایدز مبدل شده، افزایش یافته است و سبب شده که در بعضی کشورها شمار مبتلایان به دو برابر برسد. در بعضی مناطق دنیا

### بیماری ایدز در جهان

آلودگی به ویروس ایدز (HIV) همچنان در تمام جهان در حال گسترش است و به تدریج در جوامعی که قبلاً کمتر دچار همه‌گیری آن بودند با سرعت بیشتری گسترش می‌یابد. در نقاطی که ایدز علت اصلی مرگ در جمعیت ۱۵ تا ۴۹ ساله بوده نیز افزایش موارد مشاهده می‌شود. تخمین‌ها توسط واحد ایدز سازمان ملل و سازمان جهانی بهداشت حاکی از این است که در پایان سال ۲۰۰۱ بیش از ۴۰ میلیون نفر آلوده به ویروس ایدز خواهند بود (۱۰٪ بیشتر از سال قبل) و بیش از ۲۱ میلیون نفر در سراسر جهان به علت این بیماری تاکنون جان باخته‌اند. بدیهی است در صورتی که درمانی برای این بیماری یافت نشود یا دزها نهای نگهدارنده و طولانی‌کننده عمر موثرتری برای این بیماران به کار گرفته نشود، اکثر کسانی که اکنون مبتلا به HIV هستند طی یک دهه خواهند مرد. این مرگ‌ها انتهای کار نیست و با روند موجود، وضعیت بدتر از این خواهد شد زیرا ویروس به انتشار خود ادامه داده و تقریباً در هر روز ۱۶۰۰۰ عفونت جدید رخ می‌دهد.



بالاترین علت مرگ بالغین، ابتلا به ایدز گزارش شده است. در واقع عفونت HIV یا ایدز در میان ۵ بیماری کشنده اصلی جهان طبقه‌بندی شده و با توجه به سطح کنونی عفونت HIV بزودی ممکن است به ۴ بیماری کشنده جهان ارتقا یافته و از بیماری اسهال پیشی گیرد.

در سال ۲۰۰۱ تقریباً ۸۰۰/۰۰۰ کودک به HIV آلوده شدند. اکثر آلودگی‌ها از طریق مادران قبل یا در طی تولد یا به واسطه تغذیه از شیر آنها بوده است.

تعداد کودکان زیر ۱۵ سال که به ویروس ایدز آلوده شده‌اند از زمان شروع همه‌گیری (اواخر دهه ۱۹۷۰) تا کنون به ۸/۶ میلیون نفر می‌رسد. البته فقط ۵ میلیون نفر آنها جان باخته‌اند. لکن پیشرفت‌های اخیر در یافته‌های ما از نحوه انتقال ویروس از مادر به نوزاد و تحقیقات دارویی، امیدهای زیادی در زمینه کاهش تعداد مبتلایان و حتی افزایش طول عمر آلوده‌شدگان ایجاد کرده است. حداقل در جمعیت‌هایی که زنان باردار به انجام آزمون HIV توصیه می‌شوند، می‌توان میزان انتقال از مادر آلوده به نوزاد را به نصف کاهش داد. اصولاً بیشترین میزان آلودگی به HIV در کشورهای درحال توسعه به خصوص کشورهای که توانایی مراقبت از افراد مبتلایان ندارند متمرکز می‌باشد. ۸۹ درصد بیماران مبتلا به HIV در منطقه آفریقای زیر صحرای و کشورهای درحال توسعه آسیایی زندگی می‌کنند.

در برخی از کشورها موارد ابتلا به HIV در سطح محدود به مدت طولانی باقی مانده در حالی که در بعضی مناطق انتشار سریع ویروس مشاهده می‌شود. متأسفانه به‌طور واضح میزان عفونت در حال حاضر به سرعت در آسیا و آفریقای جنوبی در حال افزایش است. نحوه انتشار ابتلا در آمریکای لاتین تصویر شفافی ندارد به طوری که در بعضی کشورها همه‌گیری به سرعت در حال افزایش بوده ولی در قسمتهای دیگر آمریکای لاتین و بسیاری از کشورهای صنعتی میزان عفونت ثابت یا در حال کاهش است.

به طور کلی، در حال حاضر می‌توان ادعا کرد که در جهان روزانه ۷۰۰۰ نفر جوان به ویروس ایدز آلوده می‌شوند، یعنی هر دقیقه ۵ نفر. سالیانه ۱/۷ میلیون نفر در آفریقا و ۷/۰۰۰/۰۰۰ جوان در آسیا به این ویروس کشنده آلوده می‌شوند.



شکل ۲: سطح افزایش همه‌گیری در نقاط مختلف جهان

### یتیمان حاصل از همه‌گیری ایدز در جهان

عفونت ایدز باعث مرگ و میر بسیار زیادی در میان بالغین جوان شده است. این مسئله منجر به افزایش تعداد یتیمان در جهان منجر می‌شود به طوری که در نواحی روستایی شرق آفریقا از هر ۱۰ کودک، ۴ کودک یکی از والدینش را به علت عفونت ایدز از دست داده و پیش از ۱۵ سالگی یتیم شده است. از شروع همه‌گیری آلودگی به ویروس ایدز تا آغاز سال ۲۰۰۱ بیش از سیزده میلیون کودک در جهان یک یا هر دو والدینشان را به علت ابتلای به بیماری ایدز از دست داده‌اند. تنها در سال ۲۰۰۰ حدود ۱/۸ میلیون کودک در اثر ایدز یتیم شده‌اند. بیش از ۸۵ درصد یتیمان در آفریقای زیر صحرای زندگی می‌کنند.



تعداد افرادی که در سال ۲۰۰۱ به HIV مبتلا شده‌اند	افراد زیر ۱۵ سال (میلیون نفر)	بالغین (میلیون نفر)	زنان (میلیون نفر)	کل (میلیون نفر)
۰/۸	۴/۲	۱/۸	۵	
۲/۷	۳۷/۳	۱۷	۴۰	
۰/۵۸	۲/۴	۱/۳	۳	
۵	۱۶	۶	۲۱	

پیوندهای محکم خانوادگی در بسیاری از کشورها، قسمتی از تبعات افزایش جمعیت یتیمان را رفع می‌کند لکن در شهرهای بزرگ که به علت کار مهاجرپذیرند، این پیوندها ضعیف یا از بین رفته است و تناسب افزایش تعداد یتیمان با تعداد مراقبین آنها کمتر می‌شود. به همین علت مکانیسم‌های سنتی مقابله با این معضل به شکست منتهی شده است. متأسفانه در کشورهایی مانند تایلند که جمعیت خانواده‌ها در حال افزایش است یا در کامبوج که جنگ و نزاع‌های داخلی بار سنگینی بر بنیادهای خانوادگی و مکانیسم‌های مقابله با تنش‌های اجتماعی قرار داده است، معضل وجود یتیمان آثار واقعی خود را در جامعه محسوس می‌سازد. این دو کشور تاکنون بالاترین شما یتیمان ناشی از عفونت ایدز را در آسیا داشته‌اند.

### میزان ابتلا در آفریقای زیر صحرا

بیش از دو سوم همه افراد HIV مثبت در جهان یعنی تقریباً ۲۴ میلیون نفر مرد، زن و کودک در آفریقای زیر صحرا زندگی می‌کنند و ۸۳ درصد مرگ در آن منطقه ناشی از ایدز گزارش شده است.

با شروع همه‌گیری ویروس ایدز، بیماری بیشتر از طریق مقاربت جنسی بین مردان و زنان انتشار یافت. عموماً ویروس ایدز در میان مردان شایع‌تر است و از طریق مقاربت هم جنسی یا تزریق با سوزن و سرنگ آلوده منتقل می‌گردد. زنان آفریقا بیشتر

از زنان مناطق دیگر جهان مبتلا به ایدز هستند به طوری که از هر ۵ زن آلوده جهان ۴ نفر در آفریقا زندگی می‌کنند؛ به همین نسبت بیشتر کودکان آلوده به HIV در جهان نیز در آفریقا زندگی می‌کنند (۷۸ درصد). دلایل این تمرکز عبارتند از:

(۱) تعداد زنان باردار مبتلا به HIV در آفریقا نسبت به سایر نقاط دنیا بسیار زیادتر است زیرا در آفریقا زنان زودتر به سن باروری و آغاز فعالیت جنسی می‌رسند.

(۲) زنان آفریقایی فرزندان بیشتری نسبت به زنان مناطق دیگر جهان به دنیا می‌آورند، در نتیجه یک زن مبتلا به ویروس ایدز فرزندان مبتلای بیشتری به جامعه تحویل می‌دهد.

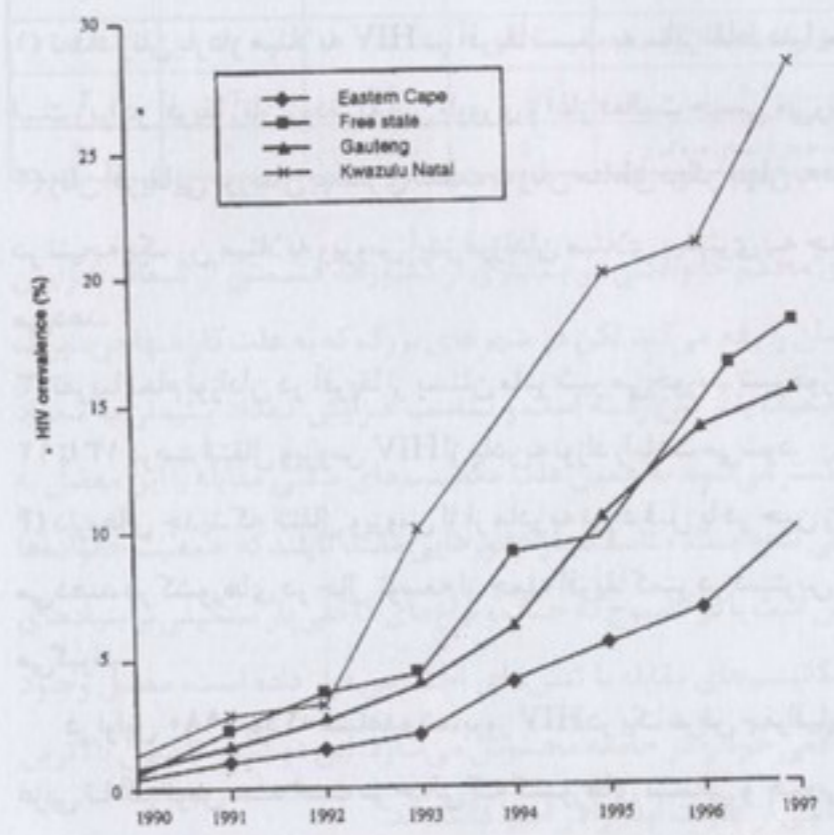
(۳) تقریباً تمام نوزادان در آفریقا از پستان مادر شیر می‌خورند. شیر خوردن از پستان ۱۲ تا ۱۳ درصد انتقال ویروس HIV از مادر به نوزاد را باعث می‌شود.

(۴) داروهای جدید که انتقال ویروس از مادر به نوزاد قبل یا در حین زایمان کاهش می‌دهند در کشورهای در حال توسعه از جمله آفریقا کمتر در دسترس بیماران قرار می‌گیرند.

در اوایل ۱۹۸۰ بود که مشاهده شد بروز HIV در یک عرض جغرافیایی از آفریقای غربی تا اقیانوس هند است در حالی که کشورهای شمالی و جنوبی این عرض جغرافیایی عاری از این ویروس باقی مانده بودند. در سال ۱۹۸۷ همه‌گیری در نواحی فوق شدیدتر شد و به تدریج به سمت جنوب رفت و سرانجام یک دهه بعد یعنی در اوائل سال ۱۹۹۷ در تمامی نقاط موارد ابتلا به ویروس ایدز گزارش شد. به طور کلی در آفریقای غربی میزان عفونت نسبت به شرق و جنوب آفریقا کمتر است. البته کشورهای پرجمعیت غرب آفریقا از این قاعده مستثنی هستند. در ساحل عاج که سومین کشور پرجمعیت غرب آفریقا است یک نفر از هر ۱۰ نفر به ویروس ایدز آلوده است. در نیجریه تخمین زده می‌شود که میزان آلودگی حدود ۵ درصد باشد بنابراین با جمعیت ۱۱۸ میلیون نفری این کشور، احتمالاً حدود ۶ میلیون مبتلا وجود دارد. در صورتی که



میزان همه گیری در نیجریه به ۲۰ درصد برسد (همانند دیگر کشورهای جنوب آفریقا) فاجعه بی سابقه‌ای بوجود خواهد آمد.



Source: Department of Health, South Africa

شکل ۳: فراوانی عفونت HIV در میان زنان باردار کشورهای آفریقای جنوبی

امروزه شیوع چشمگیر HIV در کشورهای جنوب آفریقا یافت می‌شود؛ به طوری که آمار نشان می‌دهد، در آغاز سال ۱۹۹۸ حدود ۳ میلیون نفر از مردم این منطقه آلوده بوده‌اند و جالب توجه این است که بیش از ۷۰۰۰۰۰ نفر آنها فقط در سال ۱۹۹۷ مبتلا شده بودند.

کشورهای دیگر آفریقای جنوبی میزان بالاتری از عفونت HIV را نشان می‌دهند.

در بوتسوانا، تعداد موارد آلوده به ویروس ایدز طی ۵ سال گذشته ۲ برابر شده‌است به طوری که در سال ۱۹۹۷ حدود ۴۳ درصد زنان باردار HIV مثبت بوده‌اند. در زیمبابوه، در سال ۱۹۹۷ یک نفر از هر ۴ نفر بالغ و در شهر حراره، ۳۲ درصد زنان باردار در سال ۱۹۹۵ مبتلا بودند. در بتبرج، همه گیری در زنان باردار از ۳۲ درصد در سال ۱۹۹۵ به ۵۹ درصد در سال ۱۹۹۶ رسید. اگرچه عفونت در شهرهای زیمبابوه کمی بالاتر از مناطق روستایی آن کشور است، این اختلاف قابل توجه نیست. در یکی از شهرهای مرزی آفریقای جنوبی با جمعیت بالای کارگران مهاجر، از هر ۱۰ نفر زن مراجعه کننده به درمانگاه در سال ۱۹۹۵، ۷ نفر HIV مثبت بودند. اولین کشور آفریقایی که برای پیشگیری از گسترش بیماری ایدز اقدام کرد اوگاندا بود. برنامه‌های پیشگیری فعال در این کشور عبارت بودند از برگزاری سمینارها و آموزش در مورد رفتارهای سالم اجتماعی، مشاوره خانوادگی به خصوص با خانواده‌هایی که از نظر HIV مثبت بودند و آموزش راه‌های انتقال ویروس. این برنامه‌ها سبب شد که میزان عفونت در مناطق شهری و روستایی کاهش یابد. این کاهش در ابتلای گروه سنی جوان‌تر بیشتر ملموس بود و لذا جمعیت جوان امروزی آن کشور، رفتار جنسی سالم‌تری نسبت به یک دهه قبل دارند و شروع فعالیت جنسی آنان نیز دیرتر می‌باشد. به علاوه داشتن شریک جنسی محدود و استفاده از کاندوم نیز متداول تر شده است. شواهد اولیه کاهش میزان عفونت در جوانان تانزانایی به خصوص در نواحی از کشور که دارای برنامه‌های پیشگیری فعال می‌باشند را نشان می‌دهد. در زنان ۱۵ تا ۲۴ ساله نواحی شهری کشور باکو میزان ابتلا از ۲۸ درصد در سال ۱۹۸۷ به ۱۱ درصد در سال ۱۹۹۳ تقلیل یافته است؛ همچنین در نواحی روستایی همان کشور شیوع بیماری در میان زنان همان گروه سنی از ۱۰ درصد در سال ۱۹۸۷ به ۳ درصد در سال ۱۹۹۶ کاهش یافت.



## میزان ابتلا در آسیا

عفونت ایدز دیر به کشورهای آسیایی رسید اما انتشار آن سریع بود. تا اواخر دهه ۱۹۸۰ هیچ کشوری در آسیا همه گیری مهمی را تجربه نکرده بود، در حالی که در سال ۱۹۹۲ تعدادی از کشورهای آسیایی از جمله هند و تایلند، تعداد زیادی موارد HIV مثبت را گزارش دادند. این افراد غالباً از گروه‌هایی مانند معتادان تزریقی به مواد مخدر و روسپی‌ها بودند. اگرچه هیچ کشوری در آسیا همه گیری مانند آفریقای زیر صحرا را نداشته است، موارد ابتلا به ایدز در سال ۱۹۹۷ در تمام کشورهای آسیایی مشاهده شد. البته کشورهای جنوب شرقی آسیا مثل هند بجز کشورهای اندونزی، فیلیپین و لائوس، میزان بالایی از موارد HIV مثبت را گزارش داده‌اند.

همه گیری بیماری ابتدا در چین پایین بود اما شمار آلودگان این کشور در حال افزایش است. به طور کلی می‌توان ادعا داشت که در گذشته کشورهای معدودی در آسیا انتشار ویروس ایدز را تحت مطالعه قرار داده بودند و به همین جهت تخمینی واقعی در دست نبود. نظر به اینکه بیش از نیمی از جمعیت جهان در این قاره زندگی می‌کنند، کمترین اشتباه در تخمین می‌تواند اختلاف زیادی را در تعداد واقعی افراد آلوده موجب گردد. دولت چین تخمین زده بود که در پایان سال ۱۹۹۶ فقط ۲۰۰۰۰۰ نفر آلوده به HIV در آن کشور خواهند بود ولی امروزه مشاهده می‌شود که در شروع سال ۱۹۹۸ تعداد آلودگان بیش از دو برابر رقم فوق بوده است. در حال حاضر دو همه گیری اصلی در چین در حال شکل گیری است: اول در میان معتادان تزریقی در ارتفاعات جنوب غربی کشور، دوم در اجتماعات سواحل شرقی کشور که فاصله اقتصادی بین فقیر و غنی در حال افزایش است و شمار زنان روسپی نیز بالا می‌باشد. شواهد حاکی از افزایش رفتارهای پرخطر در بین اجتماعات هستند، به طوری که ابتلا به بیماری‌های مقاربتی در سال‌های اخیر رو به افزایش گذارده است.

در هند میزان عفونت ایدز زیر یک درصد جمعیت بالغین است و در مقایسه

بابسیاری از کشورها اندک می‌باشد؛ اگرچه همین میزان نیز ۱۰ برابر درصد ابتلا در کشور چین است. در حال حاضر حدود ۴/۲ میلیون نفر مبتلا به ویروس HIV در هند زندگی می‌کنند. این رقم هند را کشوری با بالاترین تعداد مبتلایان به HIV در جهان قرار می‌دهد. میزان عفونت در زنان باردار در پانديجری حدود ۴ درصد است. در میان رانندگان کامیون همه گیری HIV از ۱/۵ درصد در سال ۱۹۹۵ به ۶/۲ درصد در سال ۱۹۹۶ رسید. در ایالت مانی پورجائی که همه گیری به سرعت در میان معتادان تزریقی مرد به وقوع پیوست، میزان موارد HIV مثبت در سال ۱۹۹۶ به ۷۲ درصد رسید. اطلاعات محدودی درباره عفونت ایدز در مناطق دیگر جنوب آسیا وجود دارد اما مشخص شده که جمعیت زیادی، فعالیت جنسی بدون مراقبت یا شریک‌های جنسی متعدد دارند. مطالعه‌ای در میان روسپی‌های بنگلادش نشان داد که ۹۵ درصد آنها هرپس ژنیتال و ۶۰ درصد آنها سیفلیس دارند و همگی از طریق خودفروشی مبتلا شده‌اند.

میزان عفونت HIV در کشورهای جنوب و جنوب شرقی آسیا پایین بوده و همین طور پایین باقی مانده است به طوری که در اندونزی، لائوس، پاکستان، فیلیپین، سری لانکا و بنگلادش عفونت کمتر از یک نفر در ۱۰۰۰ نفر بزرگسال گزارش شده است در حالی که در کشورهای دیگر منطقه از جمله کامبوج، میانمار، تایلند و ویتنام شمار بالاتری از عفونت ایدز وجود دارد. البته دلایل این تفاوت‌ها کاملاً روشن نشده است.

تایلند کشوری که بهترین و مستندترین گزارش‌ها را در مورد همه گیری عفونت ایدز در میان کشورهای در حال توسعه جهان داشته است، شواهد و مدارکی را ارائه کرده که نشان می‌دهد توانسته است گسترش این عفونت را در کشور مهار سازد. این مدارک حاکی از کاهش انتقال عفونت به خصوص در میان روسپی‌هاست. تقریباً تمام ۸۰۰/۰۰۰ مورد HIV مثبت و ایدز که در تایلند وجود دارد در میان روسپی‌ها یا



معتادان تزریقی هستند. در نتیجه تلاش مسئولان پیشگیری از بیماریها با آموزش همگانی و توصیه به استفاده از کاندوم و تغییر در رفتارهای جنسی به خصوص در دختران و زنان جوان سبب کاهش میزان ابتلای جدید در میان روسپیها شده است. میزان ابتلا در بین معتادان تزریقی در سطح بالا (۴۰ درصد) ثابت مانده است. یک مطالعه روی این گروه نشان می‌دهد که در بین این معتادان تزریقی، مردان همجنس‌باز که رابطه جنسی با افراد متعدد بین خود دارند و سطح آموزش آنان پایین است و از کاندوم هم استفاده نمی‌کنند، زیاد می‌باشد و همین مساله دلیل روشنی برای استمرار میزان بالای عفونت در این گروه است.

در مناطق دیگر غیر از جنوب شرقی آسیا موضوع متفاوت است. در کامبوج یک نفر از هر ۳۰ نفر زن باردار، یک نفر از هر ۱۶ سرباز و پلیس و یک نفر از هر ۲ نفر روسپی مبتلا به HIV هستند و این در حالی است که استفاده از کاندوم در حال افزایش است. میزان فروش کاندوم از تقریباً صفر به یک میلیون عدد در ماه در کمتر از سه سال رسیده است. علت این میزان همه‌گیری رابطه جنسی نامشروع در بین اقشار جامعه است. یک مطالعه تازه نمایانگر این است که ۳۴ درصد نیروی انتظامی و پلیس و ۲۵ درصد دانش‌آموزان پسر حداقل یک بار در سال فعالیت جنسی نامشروع داشته‌اند. در ویتنام و میانمار نیز گسترش سریع عفونت ایدز مشاهده شده است. در میانمار عفونت ایدز در میان روسپی‌ها از ۴ درصد در سال ۱۹۹۲ به بیش از ۲۰ درصد در سال ۱۹۹۶ رسید. آمار نشان می‌دهد ۲۳ درصد معتادان تزریقی و ۲/۲ درصد زنان باردار در این کشور آلوده‌اند. به طور کلی در آسیا و اقیانوس آرام ۷/۱ میلیون نفر مبتلا به HIV زندگی می‌کنند یعنی یک نفر از هر ۵ نفر نفوس جهان. در پایان سال ۲۰۰۲ این نسبت به یک نفر در هر چهار نفر نفوس جهان افزایش خواهد یافت. متأسفانه امروزه آمار نشان می‌دهد که حدود دویست هزار کودک در آسیا مبتلا به HIV هستند و این همه‌گیری روند افزایشی نیز دارد.

### میزان ابتلا در آمریکای لاتین و حوزه کارائیب

گسترش و شیوع عفونت ایدز در آمریکای لاتین شبیه به کشورهای صنعتی است. مردان همجنس‌باز و معتادان تزریقی با استفاده از سوزن و سرنگ مشترک عامل انتشار موارد عفونت جدید HIV در بسیاری از کشورهای منطقه می‌باشند. سی درصد مردان همجنس‌باز مکزیک و ۳ تا ۱۱ درصد معتادان تزریقی در این کشور HIV مثبت هستند. در آرژانتین و برزیل این رقم به ۵۰ درصد در میان معتادان تزریقی می‌رسد.

افزایش ابتلا در زنان برزیلی بیانگر این است که انتقال عفونت در این کشور بیشتر از راه مقاربت جنسی زن و مرد صورت می‌گیرد. در برزیل در سال ۱۹۸۶ یک نفر از هر ۱۷ نفر بیمار مبتلا به ایدز زن بود، اما در حال حاضر یک نفر از هر ۴ بیمار، زن است. به‌طور کلی می‌توان گفت ۲۵ درصد کل مبتلایان در برزیل که بالغ بر ۶۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد، زن هستند. البته شمار مبتلایان زن در کل آمریکای لاتین حدود ۱۵ درصد کل مبتلایان این منطقه را تشکیل می‌دهد.

در بعضی مناطق افزایش عفونت در میان جمعیت فقیرتر و با آموزش کمتر رخ می‌دهد. به عنوان مثال در ابتدای شروع بیماری در برزیل بیشتر موارد ایدز در افراد با تحصیلات دبیرستانی و دانشگاهی بود در حالی که امروزه ۶۰ درصد بیماران ایدزی را افراد با تحصیلات زیر ابتدایی یا بی‌سواد تشکیل می‌دهند. تخمین زده می‌شود که حدود ۱/۵ میلیون نفر HIV مثبت در آمریکای لاتین و حوزه کارائیب زندگی می‌کنند. بنابراین شیوع عفونت ایدز در تمام کشورهای این منطقه کمتر از یک نفر در هر ۱۰۰ نفر بزرگسال تخمین زده می‌شود.

به علت اینکه مصرف داروهای ضدبارداری در آمریکای لاتین از آفریقا و آسیا بالاتر است، نسبت کمتری از زنان در این منطقه در سن باروری حامله می‌شوند و لذا شیوع HIV در میان زنان باردار آمریکای لاتین کمتر از میزان آن در زنان بارور دیگر

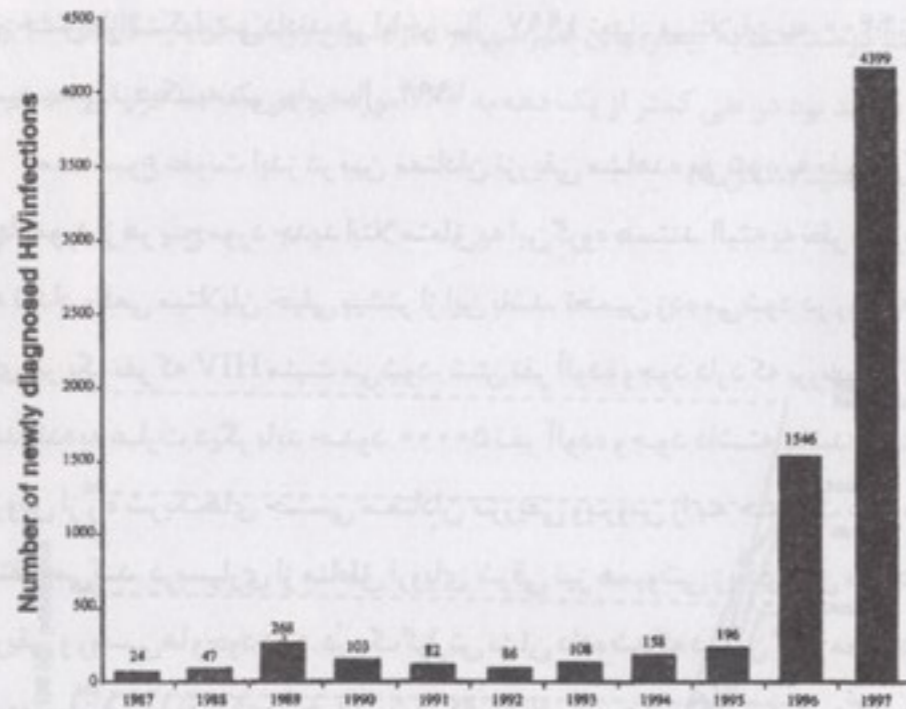


کشورهای در حال توسعه است. عفونت ایدز در میان زنان باردار هندوراس یک درصد و در برزیل سه درصد است. البته در حوزه دریای کارائیب این مبتلایان شمار بیشتری را تشکیل می‌دهند. در سال ۱۹۹۳ حدود هشت درصد زنان باردار در هائیتی به ویروس ایدز آلوده بودند. در سال ۱۹۹۶ همین میزان همه‌گیری در جمهوری دومینیکن نیز گزارش شد.

چندین کشور آمریکای لاتین به مراقبت از بیماران خود با داروهای ضد ویروس پرداختند و توانستند سبب افزایش طول عمر این بیماران شوند. اگرچه زندگی این بیماران در این کشورها بهتر از بیماران دیگر کشورهای در حال توسعه است، فاجعه هنوز ملموس می‌باشد.

### میزان آلودگی در اروپای شرقی

تا اواسط دهه ۱۹۹۰ کشورهای اروپای شرقی از اپیدمی عفونت ایدز عاری بودند. آزمون غربالگری از نمونه‌های خون افراد با رفتار پرخطر، میزان محدودی از عفونت HIV را تا اواسط سال ۱۹۹۴ نشان داد. در شروع سال ۱۹۹۵، ۳۰۰۰۰۰ مبتلا در میان ۴۵۰ میلیون نفر ساکنان این منطقه تشخیص داده شد. در آن زمان تعداد مبتلایان در اروپای غربی پانزده برابر و در آفریقای زیر صحرای چهارصد برابر این تعداد بود. در سال‌های اخیر میزان عفونت شش برابر شده است (تا پایان سال ۱۹۹۷ بیش از ۱۹۰۰۰۰ مبتلا به HIV در این منطقه شناخته شد). در سال ۱۹۹۵ شمار مبتلایان در چندین کشور شوروی سابق نیز افزایش زیادی نشان داد. روسیه سفید، مولداوی، روسیه و اوکراین در سه سال گذشته، رشد نجومی عفونت HIV را نشان داده‌اند که این افزایش بیشتر به علت تزریق غیر بهداشتی مواد مخدر یعنی استفاده از سوزن و سرنگ مشترک بوده است. اکنون موارد عفونت در اوکراین ۴ برابر کل تعداد مبتلایان در اروپای شرقی طی سه سال قبل است.



Source: Russian AIDS Centre

شکل ۴ - همه‌گیری عفونت ایدز در سالهای ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۷ در فدراسیون روسیه

در حال حاضر اوکراین آلوده‌ترین کشور منطقه به شمار می‌رود و موارد جدید عفونت در این کشور به طور نجومی در حال افزایش است در حالی که در سال ۱۹۹۴ تنها ۴۴ نفر در اوکراین HIV مثبت بودند (همین تعداد در سالهای ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳ گزارش شده). تعداد موارد تشخیص داده شده در سال ۱۹۹۶ به سی برابر و در سال ۱۹۹۷ تعداد ۱۵۰۰۰ مورد جدید گزارش شده است. باید توجه داشت که این رقم در بین افراد آزمایش شده به دست آمده است و تخمین زده می‌شود که تعداد واقعی عفونت در سال ۱۹۹۴ حدود ۱۵۰۰ نفر بوده است. در حال حاضر یعنی ۷ سال بعد، شمار آلودگان ۸۰ برابر شده است (۱۲۰۰۰۰ نفر). همین الگوی همه‌گیری در روسیه نیز مشاهده می‌شود. در سال ۱۹۹۴ فقط ۱۵۳ نفر HIV مثبت در این کشور بودند که از این تعداد ۲۱ نفر معتاد تزریقی و بقیه را مردان



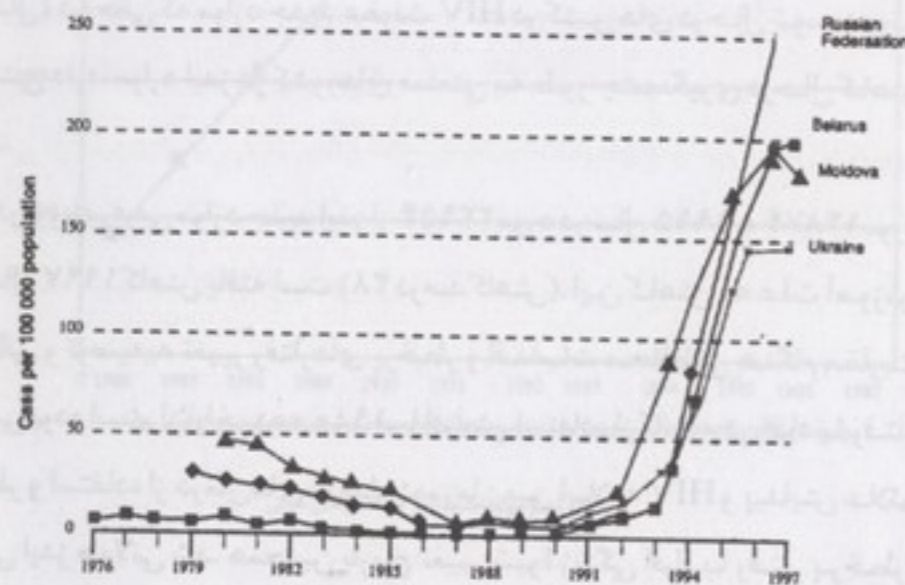
هم جنس باز تشکیل می دادند. در اواخر سال ۱۹۹۷ تعداد مبتلایان به ۴۴۰۰ نفر رسید یعنی نزدیک به سی برابر سال ۱۹۹۴.

عمده شیوع عفونت ایدز در بین معتادان تزریقی مشاهده می شود به طوری که چهار مورد از هر پنج مورد جدید ابتلا متعلق به این گروه هستند. البته به نظر می رسد که تعداد واقعی مبتلایان خیلی بیشتر از این باشد. تخمین زده می شود در روسیه به ازای هر یک نفر که HIV مثبت می شود، شش نفر آلوده وجود دارد که بررسی HIV نشده اند؛ به عبارت دیگر باید حدود ۵۰۰۰۰ نفر آلوده وجود داشته باشد. انتشار ویروس از راه شریک های جنسی معتادان تزریقی و ویروس را به جمعیت عمومی منتقل می کند. در بسیاری از مناطق اروپای شرقی نیز همپوشی زیادی بین معتادان تزریقی و روسپی ها وجود دارد. در یک گزارش نشان داده شد که در بین گروه محدودی از روسپیان (۱۰۳ نفر) که در خیابان شهر کالینگراد روسیه دستگیر شدند، ۳۰ درصد آنها معتاد تزریقی مبتلا به HIV بودند. مسئولان گزارش داده اند که از هر پنج نفر که برای درمان بیماری ایدز به درمانگاه بیماریهای آمیزشی مراجعه می کنند، چهار نفر روسپی هستند. بدون شک امکان گسترش وسیع عفونت HIV در اروپای شرقی وجود دارد، اگرچه میزان عفونت در حال حاضر در جمعیت عمومی نسبتاً پایین است. آزمایش زنان باردار داوطلب اهدای خون نشان می دهد که همه گیری ویروس در میان عموم مردم در حال افزایش است.

افزایش زیاد موارد جدید ابتلا به بیماری های آمیزشی دیگر به ویژه سیفلیس نیز مشهود است و مشکل را چندین برابر می کند.

در سال ۱۹۸۰ ده نفر از هر یک صد هزار نفر جمعیت عمومی مبتلا به سیفلیس می شد اما موارد عفونت جدید امروزه به صدها نفر رسیده است. افزایش همه گیری بیماریهای آمیزشی به علت فعالیت جنسی بدون مراقبت مردم (عدم استفاده از کاندوم) و کاهش ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به مبتلایان ذکر شده است. به همین

جهت درصد ابتلا به بیماریهای آمیزشی در فدراسیون روسیه که در سال ۱۹۷۸ زیر ۱۰ درصد بود در طی کمتر از یک دهه به ۲۶۰ مورد در هر یک صد هزار نفر جمعیت کشور رسید (شکل ۵)



Source: WHO Regional Office for Europe

شکل ۵: گزارش سالیانه موارد سیفلیس در کشورهای اروپایی استقلال یافته از شوروی سابق

### میزان ابتلا در کشورهای صنعتی

به طور کلی می توان ادعا کرد که میزان آلودگی ایدز در اروپای غربی در حال کاهش است. موارد عفونت جدید در میان معتادان تزریقی در نواحی جنوب اروپا به ویژه یونان و پرتغال متمرکز است. در سال ۱۹۹۷ حدود ۳۰۰۰۰ مورد جدید ابتلا به HIV در اروپای غربی گزارش شد. تجویز داروهای ضد ویروسی که در دوران بارداری به زنان داده می شود و توصیه به ندادن شیر از پستان به نوزادان پس از تولد، انتقال ویروس از



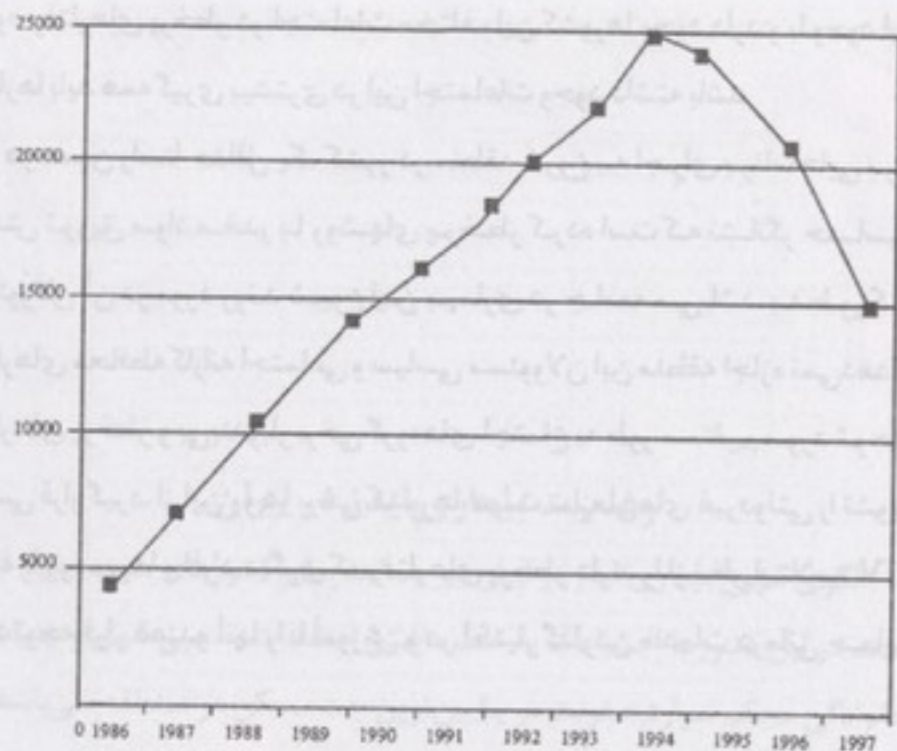
مادر آلوده به کودک را کاهش داده است به طوری که در سال ۱۹۹۷ کمتر از ۵۰۰ کودک زیر ۱۵ سال به HIV آلوده شدند.

آمریکای شمالی حدود ۴۴۰۰۰ عفونت جدید HIV را در سال ۱۹۹۷ گزارش کرده که نیمی از آنها را معتادان تزریقی تشکیل می دادند. در این کشور هم مانند اروپای غربی، انتقال از مادر به کودک به حداقل رسیده است (کمتر از ۵۰۰ مورد جدید در سال) در حالی که موارد جدید عفونت HIV در کشورهای در حال توسعه روند افزایشی دارد. موارد ایدز در کشورهای صنعتی به طور چشمگیری در حال کاهش است.

در اروپای غربی موارد جدید ایدز از ۲۳۹۵۴ مورد در سال ۱۹۹۵ به ۱۴۸۷۴ مورد در سال ۱۹۹۷ کاهش یافته است (۳۸ درصد کاهش). این کاهش به علت آموزش همگانی و توصیه به تغییر رفتارهای پرخطر و اقدامات محافظتی هنگام مقاربت جنسی بوده است. از اواخر دهه ۱۹۸۰، با افزایش استفاده از کاندوم در افراد با رفتار پرخطر و استفاده از درمان های نگهدارنده، زمان بین ابتلا به HIV و پیدایش علائم بالینی ایدز طولانی شد. همچنین با رواج تغییر شیوه زندگی افراد با رفتار پرخطر، نتایج این اقدامات در جامعه امروز به صورت کاهش موارد جدید ایدز نمایان گردید.

در آمریکا پیدایش موارد جدید ابتلا در سال ۱۹۹۶ حدود ۶ درصد کاهش نشان داد و در سال ۱۹۹۷ این کاهش بیشتر هم مشاهده شد به طوری که بیشترین میزان کاهش (۱۱ درصد) در مردان هم جنس باز گزارش شده است. البته در مناطق محروم جامعه موارد جدید ایدز هم چنان در حال افزایش می باشد.

در سال ۱۹۹۶ در میان بومیان آمریکا موارد جدید ابتلا به ایدز در مردان ۱۹ درصد و در زنان ۱۲ درصد افزایش داشته است. براساس همین گزارش در نژاد اسپانیایی آمریکا ۵ درصد افزایش در مردان و ۱۳ درصد افزایش در زنان نسبت به سال ۱۹۹۵ مشاهده شده است.



Source: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (CESES), France

شکل ۶: شمار موارد جدید ایدز در کشورهای غربی

### میزان ابتلا در آفریقای شمالی و خاورمیانه

اطلاعات دقیقی از وضعیت عفونت HIV در آفریقای شمالی و خاورمیانه نسبت به سایر کشورهای دنیا وجود ندارد. در برخی از کشورها به خصوص کشورهایی که محل زندگی شمار زیادی از کارگران مهاجر می باشد و برای تشخیص موارد ابتلا آزمون های غربالگری انجام می دهند، میزان شیوع کمتر از یک نفر در هر ۱۰۰۰ فرد بالغ تخمین زده می شود؛ بنابراین احتمالاً موارد عفونت در این کشورها حدود ۲۰۰/۱۰۰۰ نفر است (کمتر از ۱ درصد موارد کل جهان). این رقم خیلی منطقی به نظر نمی رسد زیرا گزارش



وجود رفتارهای پرخطر در اجتماعات مختلف این کشورها وجود دارد و با وجود این رفتارها باید همه گیری بیشتری در این اجتماعات وجود داشته باشد.

در همین راستا حداقل یک کشور در منطقه شروع به اجرای برنامه‌هایی برای کاهش تزریق مواد مخدر با روشهای پرخطر کرده است که نشانگر حساسیت مسئولان آن در مورد روند شیوع این بیماری در جامعه می‌باشد. به طور کلی رفتارهای محافظه کارانه اجتماعی و سیاسی مسئولان این منطقه اجازه نمی‌دهد که رفتارهای پرخطر و بی‌بندوبار برخی گروه‌های اجتماع به طور مستقیم مورد توجه و بررسی قرار گیرد. از این رو در برخی کشورها، دولت سازمان‌های غیردولتی را تشویق کرده تا روسپی‌ها و افراد دیگری که رفتارهای پرخطر دارند را از نظر ابتلا به HIV مورد توجه قرار دهند و آنها را با آموزش و در اختیار گذاردن خدمات درمانی حمایت کنند.

### وضعیت بیماری ایدز در ایران

الگوی شیوع بیماری ایدز در ایران نیز همانند سایر کشورهای حوزه خلیج فارس است. در این کشورها اجتماعات به علت داشتن اعتقادات مذهبی قوی و بنیادهای خانوادگی محکم موارد عفونت در پایین‌ترین حد ممکن در منطقه می‌باشد. اما متأسفانه الگوی انتشار در کلیه کشورها به خصوص کشورهای در حال توسعه تغییر پیدا کرده است. امروزه بیشترین موارد عفونت در بین معتادان به ویژه معتادان تزریقی که با استفاده از سوزن و سرنگ آلوده مشترک خود را مبتلا می‌سازند، مشاهده می‌شود. بنابراین عدم آگاهی و آموزش کافی در این گروه با توجه به نوع زندگی پرخطری که دارند، سبب افزایش موارد جدید حتی در این گونه جوامع شده است. براین اساس و طبق الگوی همه گیری جهانی، کشورهایی که بیشترین آمار این نوع معتادان را دارند طبیعتاً دارای موارد بیشتری از عفونت ایدز هستند.

در ایران در حال حاضر بیشترین موارد ابتلا در بین معتادان تزریقی است و تعدادی از بیماران هموفیلی و خانواده آنان و نیز افرادی که از راه مقاربت جنسی آلوده شده‌اند نیز وجود دارند. تعداد کل موارد تشخیص داده شده از سال ۱۳۶۶ تاکنون طبق آمار رسمی ۳۱۰۹ مورد بوده است.

کشور	سال	تعداد موارد
ایران	۱۳۶۶	۳۱۰۹
ایران	۱۳۶۷	۳۱۰۹
ایران	۱۳۶۸	۳۱۰۹
ایران	۱۳۶۹	۳۱۰۹
ایران	۱۳۷۰	۳۱۰۹
ایران	۱۳۷۱	۳۱۰۹
ایران	۱۳۷۲	۳۱۰۹
ایران	۱۳۷۳	۳۱۰۹
ایران	۱۳۷۴	۳۱۰۹
ایران	۱۳۷۵	۳۱۰۹
ایران	۱۳۷۶	۳۱۰۹
ایران	۱۳۷۷	۳۱۰۹
ایران	۱۳۷۸	۳۱۰۹
ایران	۱۳۷۹	۳۱۰۹
ایران	۱۳۸۰	۳۱۰۹
ایران	۱۳۸۱	۳۱۰۹
ایران	۱۳۸۲	۳۱۰۹
ایران	۱۳۸۳	۳۱۰۹
ایران	۱۳۸۴	۳۱۰۹
ایران	۱۳۸۵	۳۱۰۹
ایران	۱۳۸۶	۳۱۰۹
ایران	۱۳۸۷	۳۱۰۹
ایران	۱۳۸۸	۳۱۰۹
ایران	۱۳۸۹	۳۱۰۹
ایران	۱۳۹۰	۳۱۰۹
ایران	۱۳۹۱	۳۱۰۹
ایران	۱۳۹۲	۳۱۰۹
ایران	۱۳۹۳	۳۱۰۹
ایران	۱۳۹۴	۳۱۰۹
ایران	۱۳۹۵	۳۱۰۹
ایران	۱۳۹۶	۳۱۰۹
ایران	۱۳۹۷	۳۱۰۹
ایران	۱۳۹۸	۳۱۰۹
ایران	۱۳۹۹	۳۱۰۹
ایران	۱۴۰۰	۳۱۰۹
ایران	۱۴۰۱	۳۱۰۹
ایران	۱۴۰۲	۳۱۰۹
ایران	۱۴۰۳	۳۱۰۹
ایران	۱۴۰۴	۳۱۰۹
ایران	۱۴۰۵	۳۱۰۹
ایران	۱۴۰۶	۳۱۰۹
ایران	۱۴۰۷	۳۱۰۹
ایران	۱۴۰۸	۳۱۰۹
ایران	۱۴۰۹	۳۱۰۹
ایران	۱۴۱۰	۳۱۰۹
ایران	۱۴۱۱	۳۱۰۹
ایران	۱۴۱۲	۳۱۰۹
ایران	۱۴۱۳	۳۱۰۹
ایران	۱۴۱۴	۳۱۰۹
ایران	۱۴۱۵	۳۱۰۹
ایران	۱۴۱۶	۳۱۰۹
ایران	۱۴۱۷	۳۱۰۹
ایران	۱۴۱۸	۳۱۰۹
ایران	۱۴۱۹	۳۱۰۹
ایران	۱۴۲۰	۳۱۰۹
ایران	۱۴۲۱	۳۱۰۹
ایران	۱۴۲۲	۳۱۰۹
ایران	۱۴۲۳	۳۱۰۹
ایران	۱۴۲۴	۳۱۰۹
ایران	۱۴۲۵	۳۱۰۹
ایران	۱۴۲۶	۳۱۰۹
ایران	۱۴۲۷	۳۱۰۹
ایران	۱۴۲۸	۳۱۰۹
ایران	۱۴۲۹	۳۱۰۹
ایران	۱۴۳۰	۳۱۰۹
ایران	۱۴۳۱	۳۱۰۹
ایران	۱۴۳۲	۳۱۰۹
ایران	۱۴۳۳	۳۱۰۹
ایران	۱۴۳۴	۳۱۰۹
ایران	۱۴۳۵	۳۱۰۹
ایران	۱۴۳۶	۳۱۰۹
ایران	۱۴۳۷	۳۱۰۹
ایران	۱۴۳۸	۳۱۰۹
ایران	۱۴۳۹	۳۱۰۹
ایران	۱۴۴۰	۳۱۰۹
ایران	۱۴۴۱	۳۱۰۹
ایران	۱۴۴۲	۳۱۰۹
ایران	۱۴۴۳	۳۱۰۹
ایران	۱۴۴۴	۳۱۰۹
ایران	۱۴۴۵	۳۱۰۹
ایران	۱۴۴۶	۳۱۰۹
ایران	۱۴۴۷	۳۱۰۹
ایران	۱۴۴۸	۳۱۰۹
ایران	۱۴۴۹	۳۱۰۹
ایران	۱۴۵۰	۳۱۰۹
ایران	۱۴۵۱	۳۱۰۹
ایران	۱۴۵۲	۳۱۰۹
ایران	۱۴۵۳	۳۱۰۹
ایران	۱۴۵۴	۳۱۰۹
ایران	۱۴۵۵	۳۱۰۹
ایران	۱۴۵۶	۳۱۰۹
ایران	۱۴۵۷	۳۱۰۹
ایران	۱۴۵۸	۳۱۰۹
ایران	۱۴۵۹	۳۱۰۹
ایران	۱۴۶۰	۳۱۰۹
ایران	۱۴۶۱	۳۱۰۹
ایران	۱۴۶۲	۳۱۰۹
ایران	۱۴۶۳	۳۱۰۹
ایران	۱۴۶۴	۳۱۰۹
ایران	۱۴۶۵	۳۱۰۹
ایران	۱۴۶۶	۳۱۰۹
ایران	۱۴۶۷	۳۱۰۹
ایران	۱۴۶۸	۳۱۰۹
ایران	۱۴۶۹	۳۱۰۹
ایران	۱۴۷۰	۳۱۰۹
ایران	۱۴۷۱	۳۱۰۹
ایران	۱۴۷۲	۳۱۰۹
ایران	۱۴۷۳	۳۱۰۹
ایران	۱۴۷۴	۳۱۰۹
ایران	۱۴۷۵	۳۱۰۹
ایران	۱۴۷۶	۳۱۰۹
ایران	۱۴۷۷	۳۱۰۹
ایران	۱۴۷۸	۳۱۰۹
ایران	۱۴۷۹	۳۱۰۹
ایران	۱۴۸۰	۳۱۰۹
ایران	۱۴۸۱	۳۱۰۹
ایران	۱۴۸۲	۳۱۰۹
ایران	۱۴۸۳	۳۱۰۹
ایران	۱۴۸۴	۳۱۰۹
ایران	۱۴۸۵	۳۱۰۹
ایران	۱۴۸۶	۳۱۰۹
ایران	۱۴۸۷	۳۱۰۹
ایران	۱۴۸۸	۳۱۰۹
ایران	۱۴۸۹	۳۱۰۹
ایران	۱۴۹۰	۳۱۰۹
ایران	۱۴۹۱	۳۱۰۹
ایران	۱۴۹۲	۳۱۰۹
ایران	۱۴۹۳	۳۱۰۹
ایران	۱۴۹۴	۳۱۰۹
ایران	۱۴۹۵	۳۱۰۹
ایران	۱۴۹۶	۳۱۰۹
ایران	۱۴۹۷	۳۱۰۹
ایران	۱۴۹۸	۳۱۰۹
ایران	۱۴۹۹	۳۱۰۹
ایران	۱۵۰۰	۳۱۰۹



موارد آلودگی به ویروس ایدز در ایران

برحسب جنس و راه‌های انتقال

جمع	زن	مرد	
۱۷۷	۶	۱۷۱	فراورده خونی آلوده
۱۹	۶	۱۳	خون آلوده
۱۹۸۴	۶	۱۹۷۸	اعتیاد
۳۰۹	۸۱	۲۲۸	آمیزشی
۱۶	۷	۹	مادر به کودک
۶۰۴	۲۴	۵۸۰	نامشخص
۳۱۰۹	۱۳۰	۲۹۷۹	جمع

از نظر جغرافیایی راه‌های انتقال عفونت ایدز در شمال و جنوب کشور متفاوت است. در استانهای شمالی کشور برخی از طریق فراورده‌های خونی آلوده شده‌اند در حالی که در استانهای جنوبی کشور، آلودگی بیشتر از راه آمیزش و تزریق با سوزن و سرنگ آلوده اتفاق افتاده است. این امر می‌تواند معلول مسافرت‌های مکرر جوانان جنوب به کشورهای حوزه خلیج فارس که بعضاً آلودگی بالایی دارند، باشد.

بررسی سرولوژیک موارد آلوده به ویروس ایدز در ایران  
از اول ۱۳۶۵ تا آخر شهریور ماه ۱۳۸۰

گروه‌های آزمایش شده	تعداد آزمایش	موارد ثبت	موارد وارد
<b>گروه‌های پرخطر</b>			
همسران آلوده شدگان	۶۲۳	۳۸	۱۶
کودکان آلوده	۱۲۰	۱۶	۴
کودکان مقیم در کانون اصلاح و تربیت	۱۴۱۵	۱	۰
زنان ولگرد در ندامتگاه	۷۵۷۰	۱	۰
معتادان در اردوگاه‌ها	۷۱۴۵۸	۸۶۰	۷
زندانیان معتاد و قاچاقچی	۱۱۷۸۵۱	۷۷۰	۰
بیماران آمیزشی	۲۷۶۴۱	۲	۰
مراجعه‌کن سرپایی داوطلب	۷۵۷۶۵	۹۷۰	۲۸
ایرانیان اخراج شده	۲۷۵	۴۸	۴۸
رانندگان ترانزیت و دریانوردان	۲۴۶۷۵	۳	۳
<b>سایر افراد در خطر و مبتلایان به:</b>			
هموفیلی	۴۳۷۹	۱۷۷	۲
تالاسمی	۳۴۹۵	۰	۰
هپاتیت B	۳۳۰۹	۰	۰
سل	۱۰۱۱	۱۹	۰
دیالیز	۴۲۶۳۶	۰	۰
جراحی قلب باز	۱۱۲۳۹	۱۳	۶
<b>جمع گروه</b>	۴۰۸۷۷۷	۳۰۶۱	۱۱۴
<b>سایر گروه‌ها</b>			
خون دهندگان	۸۳۲۵۱۳۱	۳۷	۵
مادران باردار	۶۶۰	۰	۰
خارجیان مقیم ایران	۴۱۶۶	۷	۷
مسافری بین‌المللی	۴۰۳۰۲	۴	۴
آزادگان، اردوگاه‌ها، سرپایخانه‌ها	۳۴۰۰۱	۰	۰
کارکنان بخش بهداشت	۴۸۶۴	۰	۰
<b>جمع گروه</b>	۸۴۰۹۱۲۴	۴۸	۱۶
<b>جمع کل</b>	۸۸۱۷۹۰۱	۳۱۰۹	۱۳۰



در حال حاضر مرزهای شمالی کشور نیز از خطر این بیماران مصون نیست چرا که تنها در فروردین ماه سال جاری بیش از ۱۰۰۰ مورد عفونت در قزاقستان به ثبت رسید و در ماه‌های بعد این رقم به ۱۲۰۰ نفر افزایش یافت. علاوه بر این باتوجه به اینکه در کشور بیش از ۳ میلیون نفر معتاد زندگی می‌کنند که شمار زیادی از آنان را جوانان تشکیل می‌دهند و باتوجه به این که کشورهای هم جوار تازه استقلال یافته شوروی سابق دارای آلودگی بالایی هستند و سیر و سیاحت هموطنان به خصوص جوانان به این کشورها بسیار رایج است، آمار مبتلایان کشور ما باید خیلی بیش از رقمی باشد که مسئولان بهداشتی منتشر کرده‌اند. بر اساس تجارب بدست آمده از مطالعات سازمان جهانی بهداشت، در این کشورها شمار واقعی مبتلایان معمولاً بین ۱۰ تا ۱۵ برابر بیشتر از آمار رسمی گزارش شده توسط مسئولان بهداشتی است. بنابراین باید هوشیار بود که اگر به موقع اقدامات پیشگیری جدی و اساسی صورت نگیرد، کشور ما هم مصون از یک همه‌گیری وسیع در آینده نخواهد بود. نظر به اینکه همیشه پیشگیری به مراتب ارزانتر و مؤثرتر از درمان می‌باشد، لازم است مسئولان بهداشتی کشور به اقدامات پیشگیرانه و آموزش همگانی و در اختیار گذاشتن خدمات درمانی کافی برای تمام بیماریهای آمیزشی از جمله ایدز اهمیت دهند و برای تغییر رفتارهای پرخطر معتادان تزریقی نیز خدمات مشاوره‌ای ارائه نمایند تا حداقل سطح همه‌گیری در کشور به همین میزان فعلی باقی بماند و این خود بهترین نوع مهار شیوع بیماری خواهد بود.

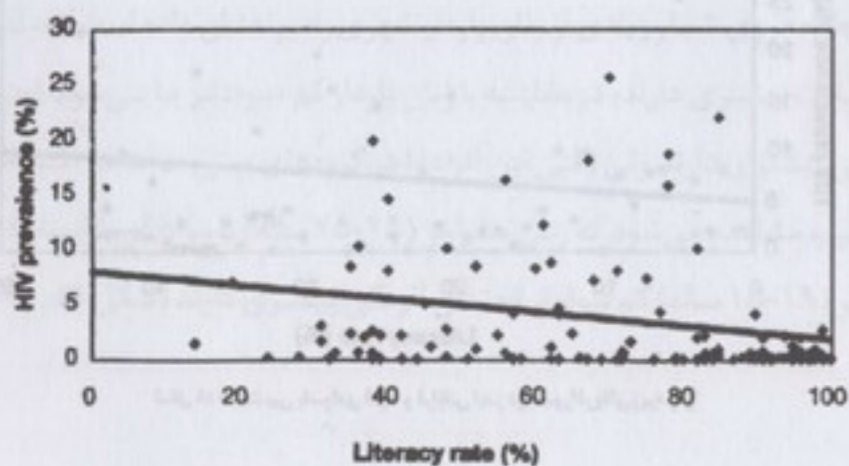
کشور	تعداد مبتلایان	تعداد مرگ‌ومیر
آمریکا	۲۷۱۲۲۸	۲۲
فرانسه	۱۰۰۰۰	۱۰۰
بریتانیا	۲۰۰۰۰	۲۰۰
آلمان	۱۰۰۰۰	۱۰۰
سوئد	۱۰۰۰۰	۱۰۰
دانمارک	۱۰۰۰۰	۱۰۰
نروژ	۱۰۰۰۰	۱۰۰
اسکاندیناوی	۱۰۰۰۰	۱۰۰
سوئیس	۱۰۰۰۰	۱۰۰
ژاپن	۱۰۰۰۰	۱۰۰

### مطالعه همه‌گیری‌ها

از ابتدای بروز همه‌گیری ویروس ایدز در دنیا، دانشمندان سعی کرده‌اند توضیح دهند که چرا شمار آلودگی در برخی از کشورها بیش از دیگر ممالک است. نظر به اینکه بیشتر کشورهای با شیوع بالا از نظر اقتصادی فقیر هستند گفته می‌شود «ایدز بیماری فقر است» و به علت این که بسیاری از جمعیت‌ها که بیشترین آلودگی را تجربه کرده‌اند جزء کشورهای با سطح آموزشی پایین هستند، گفته می‌شود: «ایدز بیماری عدم آگاهی است».

در سطح جهانی بطور کلی فقیرترین‌ها کسانی هستند که کمترین سطح معلومات را دارند و همین گروه بیشترین قربانیان بیماری ایدز را تشکیل می‌دهند. همه‌گیری‌های در حال گسترش از طرق مختلف در میان گروه‌های متفاوت جوامع و در قسمت‌های مختلف جهان به وقوع می‌پیوندد.

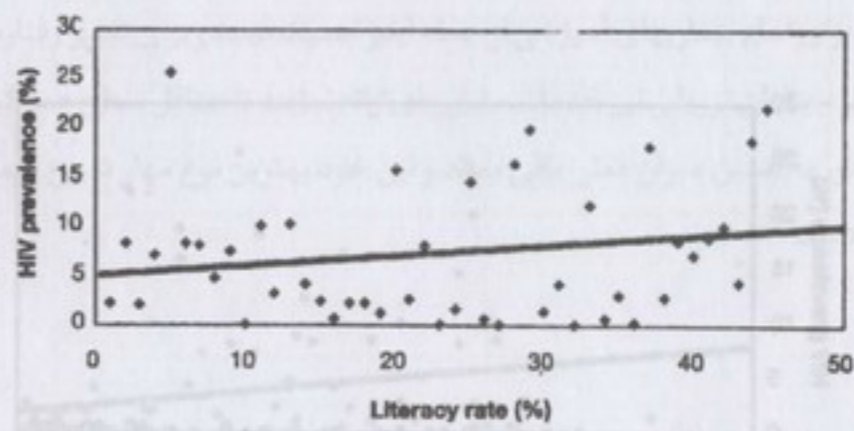
کشورهای همسایه اغلب همه‌گیری‌های متفاوتی را تجربه می‌کنند. حتی در یک ملت عفونت ایدز می‌تواند جمعیت‌های مختلف یا مناطق جغرافیایی متفاوتی را از راه‌های گوناگون مبتلا کند. البته راه‌های ابتلا با گذشت زمان تغییر پذیر هستند.



شکل ۷: نسبت بین باسوادی افراد و فراوانی ایدز در کشورها



ارتباط بین آموزش و عفونت HIV در سطح جهانی واضح است اما در سطح منطقه‌ای مختلف به نظر می‌رسد. افراد بهتر آموزش دیده، دسترسی بیشتری به اطلاعات درباره ایدز دارند (چگونه منتقل می‌شود، چگونه می‌توان از ابتلا جلوگیری کرد). علاوه بر این افراد بهتر آموزش دیده شغل‌های پردرآمدتری دارند و می‌توانند دانش خود را راجع به ایدز افزایش دهند. بنابراین به طور کلی آمار نشان داده است که کشورهای با سطح بالای معلومات تعداد کمتری افراد HIV مثبت دارند. اما اگر آلوده‌ترین منطقه جهان یعنی آفریقای زیر صحرارا مطالعه کنیم با تصویر متفاوتی روبرو می‌شویم. در این منطقه شمار بالای عفونت HIV در میان مردان و زنان تحصیل کرده نیز وجود دارد. با این که افراد تحصیل کرده اطلاعات بیشتری درباره خطرهای آلودگی به عفونت HIV دارند، پس چرا موارد عفونت به HIV در بین آنها بالاست؟ توجیه‌های مختلفی برای این پدیده وجود دارد. ممکن است تغییرات اجتماعی که امکان تحصیلات را برای آنها بیشتر کرده سبب بروز رفتارهای اجتماعی پرخطر برای ابتلا به عفونت HIV در این افراد شده باشد.



شکل ۸: نسبت بین باسوادی افراد و فراوانی ایدز در کشورهای آفریقای زیرصحرایی

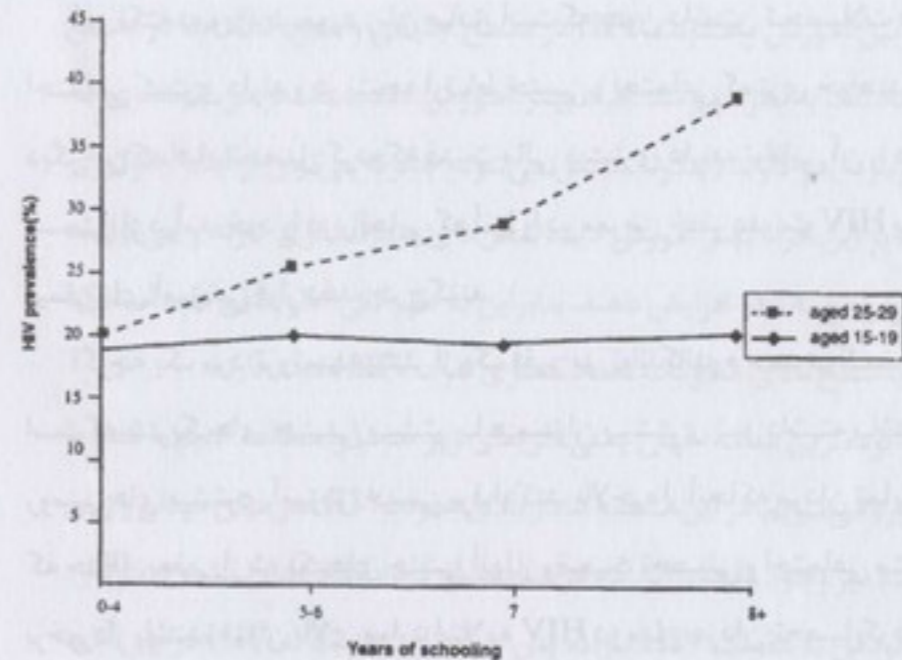
این نکته به ویژه در مورد زنان صادق است که بدون داشتن تحصیلات فعالیت اجتماعی کمتری دارند و در نتیجه ارتباط جنسی و اجتماعی کمتری خواهند داشت. دیگر این که افراد تحصیل کرده که قدرت مالی بیشتری دارند، توانایی آن را دارند که قسمتی از درآمد خود را در راه‌هایی که آنها را در معرض خطر عفونت HIV یا دیگر بیماریهای آمیزشی قرار دهد، خرج کنند.

اگرچه یک مرد ثروتمند بیشتر از یک فقیر می‌تواند کاندوم مصرف کند، او قادر است که شریک‌های جنسی بیشتر یا همسران بیشتری نیز داشته باشد، یا با روسپی‌های بیشتری آمیزش جنسی برقرار کند. بالاخره از آنجا که مردان تمایل دارند که حداقل بعضی از شریک‌های جنسی آنها از وضعیت تحصیلی و اجتماعی مشابه آنها برخوردار باشند، میزان بالای موارد ابتلا به HIV در میان مردان تحصیل کرده سبب شیوع بالای HIV در زنان تحصیل کرده نیز می‌شود.

مطلب فوق نباید این نتیجه‌گیری را القا کند که با توصیه به تحصیلات کم می‌توان از انتقال و انتشار HIV جلوگیری کرد. در حقیقت اگر ارقام و اعداد بدست آمده از مطالعات فوق را تجزیه و تحلیل کنیم و عامل سن را نیز مورد توجه قرار دهیم، الگوی دیگری مشاهده می‌شود.

مطالعه روی شمار زیادی از زنان باردار شهری زامبیا نشان داده است که زنانی که تحصیلات بیشتری دارند، در مقایسه با زنان باردار کم سوادتر یا بی‌سواد احتمال آلودگی بیشتری دارند ولی وقتی این افراد را در گروه‌های سنی مختلف طبقه‌بندی می‌کنیم، مشاهده می‌شود که زنان مسن‌تر (۲۵-۲۹ ساله) باسواد در مقایسه با زنان جوانتر (۱۵-۱۹ ساله) کم سوادتر احتمال آلودگی بیشتری دارند (شکل ۹).





Source: Fylkesnes K et al. AIDS 1997, 11:339-345

شکل ۹: فراوانی عفونت HIV در زنان باردار به نسبت سن و تحصیلات در زامبیا در سال ۱۹۹۴

این سوال پیش می‌آید که علت این پدیده چیست؟ به نظر می‌رسد که زنان مسن‌تر، در مطالعه فوق، احتمالاً در زمان جوانی مبتلا به عفونت شده باشند یعنی در زمانی که ابتدای همه‌گیری بود و اطلاعات کافی در مورد چگونگی انتشار ویروس و بیماری‌زایی آن در اجتماع وجود نداشت. در زمانی که گروه سنی جوانتر از نظر جنسی فعال شدند، اطلاعات کافی در دسترس بوده و لذا در روند ابتلا میزان تحصیلات آنان عامل مؤثری نبوده است. به علاوه آنان در زمان جوانی احتمالاً توان اقتصادی اتخاذ رفتارهای پرخطر را نداشته‌اند.

هرچه ما بیشتر درباره راه‌هایی که عفونت HIV در میان جوامع طی می‌کند می‌آموزیم، بیشتر به روابط بین HIV و شرایط اجتماعی - اقتصادی حاکم در یک جامعه پی‌می‌بریم. البته وجود این ارتباط هم یک پدیده ساده در یک جامعه نیست.

تجزیه و تحلیل اطلاعات جهانی بدست آمده ممکن است نتیجه‌گیری کلی و جهانی مفیدی در مورد عوامل مؤثر در انتشار ویروس ایدز مانند آموزش، رشد اقتصادی، برابری زنان و مردان و عامل سواد ارائه دهد. البته باید این ذهنیت را داشته باشیم که تجزیه و تحلیل‌های اطلاعات جهانی ممکن است اختلافات موجود و مهم بین مناطق، کشورها یا جوامعی را که در مراکز این همه‌گیری گسترده قرار دارند، مخفی سازد.

### نقش رفتارهای فردی در همه‌گیری

به طور آشکار همه‌گیری HIV روندهای متفاوتی در جوامع گوناگون دارد. علت این اختلاف در درجه اول به رفتارهای شخصی افراد اجتماع بستگی دارد که مردم را در درجات مختلف خطر ابتلا به عفونت قرار می‌دهد. این رفتارها ممکن است ناشی از فقر، عدم برابری ارتباط بین مردان و زنان یا بین افراد مسن و جوان یا سطح اعتقادات فرهنگی-مذهبی باشد که شخص را در وضعیت پرخطر یا مواجه شدن با ویروس قرار می‌دهد. وضعیت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی که این نوع آسیب‌پذیری را در مقابله با عفونت HIV ایجاد می‌کنند به طور کامل مطالعه نشده‌اند. شاید تعجب‌آور باشد که بدانیم هنوز در بسیاری از کشورها اطلاعات کافی در مورد رفتارهای جنسی، مصرف مواد مخدر و شبکه‌های خودفروشی جنسی که چگونگی انتشار ویروس را در یک جمعیت، تعیین می‌کنند، وجود ندارد. بسیاری از کشورها سیستم‌هایی را برای ردیابی انتشار عفونت HIV در جامعه خود ایجاد کرده‌اند. این سیستم‌ها به طور عمده ابتدا در کشورهای افریقای زیر صحرای ایجاد شد. از آنجا که این رفتارهای فردی پرخطر پیش از ابتلا به عفونت کسب شده‌اند، اطلاعات بدست آمده درباره آنها فقط به عنوان یک سیستم هشدار دهنده اولیه کاربرد دارد. اطلاعات درباره مخاطرات رفتاری می‌تواند به چگونگی مواجهه با همه‌گیری HIV در یک جامعه کمک کند به این صورت که مشخص نماید چه رفتارهایی خطر ابتلا و انتشار ویروس در جامعه را افزایش



می‌دهند. با توجه به این واقعیت، نیاز به برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات پیشگیرانه و مراقبتی در کشورهای مختلف جهان می‌دهند. هنگامی که این اطلاعات جمع‌آوری شوند، تمایلات در رفتارهای پرخطر و آسیب‌پذیر، روشهای محافظتی و این که چه تغییراتی برای پیشگیری از انتشار ویروس بیشتر مورد نیاز است خود به خود مشخص خواهند شد. اطلاعات رفتاری می‌تواند در مراحل اولیه همه‌گیری بسیار مؤثر باشد. هنگامی که ویروس در جمع زیادی از مردم با رفتارهای کاملاً شناخته شده مثل روسپی‌ها و معتادان تزریقی در حال گسترش است، فقط اطلاعات رفتاری است که می‌تواند ارتباط بین چنین افراد و دیگر گروه‌های جامعه را پیدا کند زیرا اگر این ارتباطات زود مشخص شوند، راه‌های عملی جلوگیری از انتشار عفونت و ایجاد همه‌گیری وسیع را می‌توان معین نمود و به مرحله اجرا گذاشت.

### ردیابی موثر همه‌گیری

بررسی و مراقبت رفتاری گروه‌ها یا جمعیت‌ها بهترین و اساسی‌ترین راه‌ردیابی همه‌گیری است و با برنامه‌ریزی دقیق برای تغییرات آن می‌توان اقدامات پیشگیرانه به مرحله اجرا گذاشت. البته این روش بهترین اثر را هنگامی خواهد داشت که همراه با نظارت بر روند گسترش و انتشار ویروس باشد.

روش‌های مراقبتی کنونی در جهت جلوگیری از شیوع HIV در برخی موارد موفقیت آمیز نبوده‌اند. بخشی از این مشکلات به علت طبیعت خاص عفونت HIV است که چندین سال طول می‌کشد تا علائم بالینی بیماری پدیدار شوند و لذا افراد مبتلا ممکن است از چند سال تا یک دهه بعد از آلودگی به عفونت زنده بمانند و جزء آمار همه‌گیری محسوب شوند، یعنی در هر زمان میزان همه‌گیری شامل افرادی که به‌تازگی مبتلا شده‌اند و نیز آنهایی که یک دهه قبل آلوده شده‌اند، خواهد بود. بنابراین تفسیر نتایج بدست آمده از بررسی و تغییرات حاصل از برنامه‌ریزی پیشگیری بسیار

مشکل می‌شود و نمی‌توان آمار واقعی عفونت جدید را مشخص کرد. در مراحل اولیه شیوع عفونت، هنگامی که ابتلا در همه گروه‌های سنی به طور هم‌زمان در حال افزایش است و تعداد کمی از این بیماری تلف شده‌اند، هرگونه اطلاع درباره شیوع بیماری در تمام گروه‌های سنی برای ردیابی همه‌گیری مفید است اما در مراحل پیشرفته همه‌گیری که تعداد افرادی که در اثر این بیماری می‌میرند مساوی می‌شود، اطلاعات در مورد شیوع بیماری در گروه‌های مختلف سنی کمتر قابل استفاده است. به علت مشکلات فوق‌تر است در ردیابی یک همه‌گیری پیشرفته از راه‌های دیگری در جمع‌آوری اطلاعات استفاده کنیم؛ به عنوان مثال بهتر است توجه خود را به جمع‌آوری اطلاعات جوانان زیر ۲۰ سال معطوف کنیم که اگر سرم مثبت هستند، احتمالاً به‌تازگی مبتلا شده‌اند. این روش تصویر بهتری از نحوه شیوع HIV به ما می‌دهد. به علاوه آزمایش منظم نمونه‌های خون زنان باردار حتی زمانی که عفونت در جمعیت منطقه به ندرت یافت می‌شود، مفیدتر است. در برخی از کشورها ممکن است توجه به گروه‌های با رفتار پرخطر اجتماع که در مقابل عفونت HIV آسیب‌پذیرتر هستند، معطوف شود. بنابراین، نوع و روش ردیابی همه‌گیری به الگوی عمومی عفونت در یک جامعه بستگی دارد.

### برنامه‌های پیشگیری از ابتلا

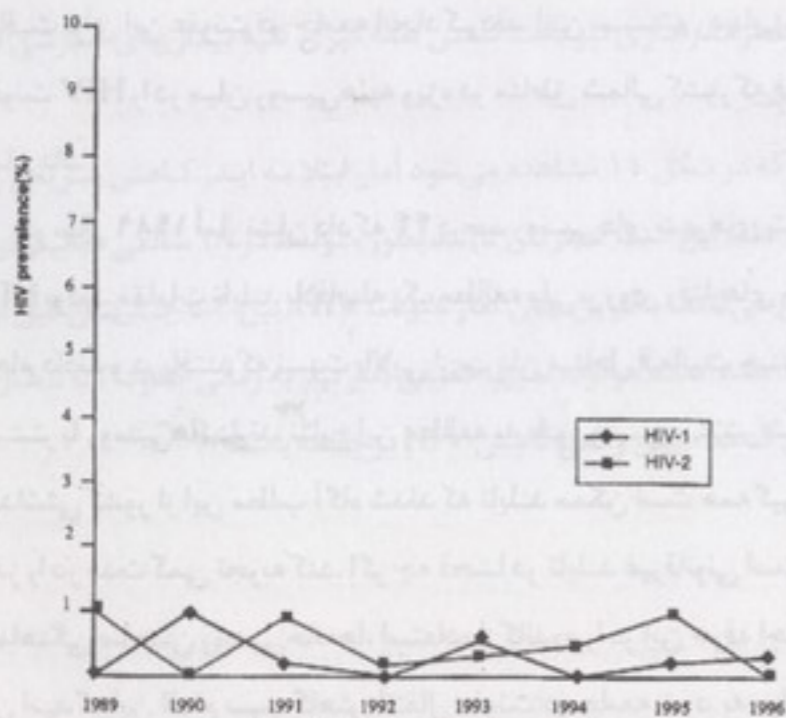
برای سال‌ها بیماری ایدز به طور خاموش در کشورها گسترش می‌یافت. حتی هنگامی که میلیون‌ها نفر به ویروس آلوده بودند، تعداد کمی علائم بیماری را نشان می‌دادند، اما اکنون به علت بلوغ همه‌گیری در بسیاری از مناطق جهان آثار آن بیشتر محسوس شده‌است؛ زیرا تعداد مبتلایان به ایدز در جوامع مختلف روزبه‌روز زیادتر می‌شود و مسؤولان بهداشتی کشورها بیشتر نگران مراقبت از افراد مبتلا و علاقمند به جلوگیری از گسترش همه‌گیری هستند.



حتی در مناطقی که همه گیری قابل توجه نیست باید عملیات پیشگیری از گسترش عفونت HIV انجام شود. بهترین روش پیشگیری عبارت است از انجام عملیاتی از قبیل: آگاهی دادن راه‌های انتقال HIV و چگونگی اجتناب از آن، توصیه به رفتارهای جنسی مناسب و سالم، کاهش بی‌بندوباری جنسی، استفاده نکردن از سوزن و سرنگ مشترک، در دسترس قرار دادن خدمات آزمایشگاهی (آزمون تشخیص HIV)، درمان بیماری‌های آمیزشی به ویژه بیماری‌هایی که اگر درمان نشوند خطر انتقال HIV را افزایش می‌دهند، دسترسی آسان و ارزان به کاندوم، در دسترس قرار دادن وسایل تزریق استریل و آموزش مهارت‌های لازم برای محافظت خود و دیگران از ابتلا به HIV. البته تغییر قوانین و مقررات منطقه، ضوابط استخدام و شرایط اقتصادی سبب ایجاد محیطی می‌شود که مردم بتوانند گسترش عفونت HIV را در جامعه کاهش یا محدود کنند. لازم به تذکر است که اثبات وجود ارتباط مستقیم این تغییرات و میزان عفونت HIV در جامعه ساده نیست. تجربه کشورهای موفق نشان داده که این عوامل در محدود کردن همه گیری بسیار موثر بوده است.

برنامه‌های جلوگیری از انتشار عفونت HIV معمولاً با هم و هماهنگ عمل می‌کنند، به طوری که هر یک دیگری را تقویت می‌کند. نمونه تجربه شده که بیانگر نیاز به اقدامات پیگیری کننده هماهنگ و مداوم می‌باشد، کشور آفریقایی سنگال است که علیه تهدیدهای همه گیری HIV به موقع وارد عمل شد. مسئولان سیاستگذاری به موقع عمل کردند و آشکارا به طرح مسأله برای عموم مردم پرداختند. علاوه بر این از موسسات مذهبی و گروه‌های اجتماعی نیز کمک گرفتند. آموزش مسائل جنسی در دبیرستان‌ها شروع شد، درمان بیماری‌های آمیزشی در جامعه رایگان و آسان شد، کاندوم در دسترس مردم قرار گرفت و استفاده از آن در مواقع لازم شدیداً توصیه گردید. نتیجه همه این اقدامات این شد که درسد پراکندگی ویروس HIV در تمام کشور حتی در شهرهای پرجمعیت زیر دو درصد باقی ماند و در سال‌های اخیر حتی به زیر یک

درصد رسید. این درحالی است که در مناطق دیگر آفریقای غربی انتشار HIV در شهرها گسترش نگران کننده‌ای دارد. پژوهش در رفتارهای اجتماعی این کشور نشان داد که میزان کم عفونت HIV تنها در نتیجه پرهیزکاری جامعه یا تغییر رفتار جنسی آنها نیست. مطالعات نشان داد که ۴۳ درصد مردان و ۱۵ درصد زنان بین ۱۵ تا ۲۴ ساله حداقل یک مقاربت جنسی نامشروع در ۱۲ ماه گذشته داشته‌اند اما ۶۰ درصد مردان و ۴۰ درصد زنان همین گروه گفته‌اند که در آمیزش جنسی خود از کاندوم استفاده کرده‌اند. همچنین طبق گزارش‌های موجود در کشور سنگال جوانان فعالیت جنسی کمتری ندارند. بنابراین در عمل مشاهده می‌شود که استفاده از کاندوم توانسته است میزان انتشار عفونت را پایین نگه دارد. اگر به آمار توزیع کاندوم در این کشور توجه کنیم، مشاهده می‌شود که در سال ۱۹۸۸ مصرف کاندوم ۸۰۰/۰۰۰ عدد بوده ولی در سال ۱۹۹۷ این میزان به بیش از ۷ میلیون در سال افزایش یافته است. افزایش مصرف کاندوم در کاهش گسترش دیگر بیماری‌های آمیزشی نیز نقش مهمی داشته است.



Source: National AIDS Program, Senegal

شکل ۱۰: فراوانی عفونت HIV در زنان باردار سنگال



باتوجه به مطالب فوق مشاهده می‌شود که کشور سنگال با اقدامات سریع و همه‌جانبه توانست از شیوع عفونت HIV جلوگیری کند. اما لازم است یک نکته دیگر مورد توجه قرار گیرد. تحقیقات اخیر مطرح می‌کند که رفتارهای پرخطر در میان روسپی‌های این کشور در حال افزایش است و لذا بستر لازم برای گسترش شیوع HIV در جامعه وجود دارد. اگر تلاش‌های پیشگیرانه مداوم نباشد، در نهایت این کشور قادر به ادامه مبارزه موفقیت‌آمیز نخواهد بود.

آیا اقدامات پیشگیری در هنگامی که همه‌گیری وجود دارد و در حال رشد سریع است، موثر می‌باشد؟ شواهد موجود از تجربه کشور تایلند حاکی از آن است که پاسخ این سؤال مثبت است. عفونت ایدز بعد از بسیاری از کشورهای آفریقایی به تایلند رسید اما هنگامی که تایلند آلوده شد، همه‌گیری با سرعت فوق‌العاده‌ای گسترش یافت. در سال ۱۹۸۸ میزان عفونت در معتادان تزریقی این کشور طی مدت شش ماه از صفر به ۳۰ درصد رسید. مقامات بهداشتی تایلند به سرعت یک سیستم ملی مطالعه و مراقبت برای این عفونت در جامعه ایجاد کردند. این سیستم ردیابی، رشد سریع عفونت HIV را در میان روسپی‌ها به ویژه در مناطق شمالی کشور که فقیرتر هستند نشان داد.

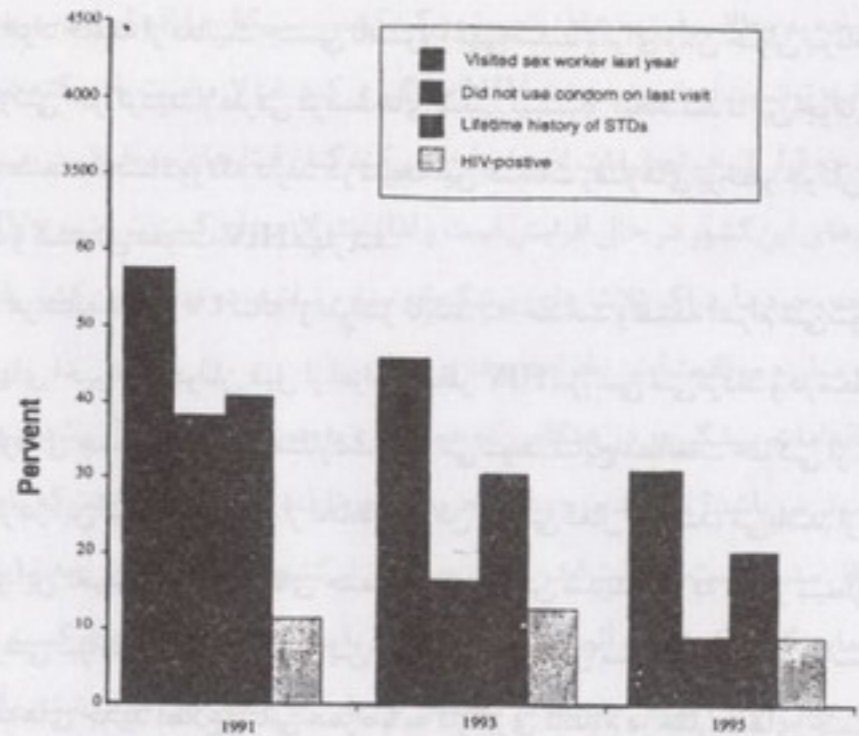
در سال ۱۹۸۹ آمار نشان داد که ۴۴ درصد روسپی‌های شهرهای شمالی آلوده به HIV بودند. مقامات تایلند بلافاصله یک مطالعه ملی بر روی رفتارهای جنسی جامعه انجام دادند و دریافتند که نسبت بالایی از مردان متأهل فعالیت جنسی نامشروع (بیشتر با روسپی‌ها) دارند. نتایج این مطالعه به طور وسیع منتشر شد. مسؤولان بهداشتی کشور از این مطلب آگاه شدند که تایلند ممکن است همه‌گیری وسیعی از ایدز را در مدت کمی تجربه کند. اگر چه فحشا در تایلند غیرقانونی است، مقامات با هماهنگی صاحبان روسپی‌خانه‌ها، استفاده از کاندوم را در این حرفه اجباری کردند با این امید که این اقدام سبب کاهش انتقال عفونت در جامعه شود. به موازات این اقدام

نیز افراد جامعه از فعالیت جنسی نامشروع نهی شدند و برای زنان جوان برنامه‌های آموزشی اجرا گردید. از طرفی فرصت‌های شغلی بیشتری ایجاد شد تا این جوانان خود را از صنعت فحشا دور نگه دارند. در نتیجه این اقدامات رفتارهای پرخطر جوانان تغییر کرد و گسترش عفونت HIV مهار شد.

هر ساله مردان ۲۱ ساله از سراسر تایلند به خدمت وظیفه اعزام می‌شوند. در سالهای اخیر این جوانان قبل از اعزام از نظر HIV بررسی می‌گردند و در مطالعات رفتارهای جنسی و پرخطر مشارکت داده می‌شوند. نتایج مطالعات حاکی از تغییر رفتار در این گروه جوانان که از لحاظ آمیزش جنسی فعال هستند، می‌باشد. از طرف دیگر این تغییرات در رفتارهای جنسی باعث کاهش شدید ابتلا به سایر بیماریهای آمیزشی نیز شده است. آنچه از این مطالعات می‌توان نتیجه گرفت این است که برنامه‌های جدید اطلاع‌رسانی همراه با به کارگیری کاندوم در مقاربت‌های جنسی در کشور تایلند سبب تغییر در رفتارهای پرخطر و کاهش مخاطرات رفتاری در جامعه شد. کاهش مخاطرات رفتاری نیز باعث کاهش همه‌گیری کلیه بیماریهای آمیزشی از جمله ایدز گردید.

همان‌طور که در شکل ۱۱ مشاهده می‌شود آمار ابتلا به ایدز کاهش سریعی را نشان نمی‌دهد. علت این است که مردان تایلند بطور متوسط در ۱۸ سالگی فعالیت‌های جنسی را شروع می‌کنند؛ بنابراین چون آمار عفونت HIV بین ۳ تا چند سال قبل از این مطالعه اخذ شده است، هرگونه تغییر حقیقی آمار نیاز به زمانی حدود ۳ تا ۵ سال دارد تا منعکس‌کننده میزان واقعی کاهش HIV در جامعه باشد.





Source: Nelson et al. New England Journal of Medicine, 1996; 335:297-303

شکل ۱۱: تغییر رفتار جامعه و ارتباط آن با عفونت ایدز در تایبند

در تایبندو سنگال اطلاع رسانی همگانی و فعالیتهای پیشگیرانه برای جمعیت عمومی به کنترل انتقال و گسترش همه گیری HIV کمک کرد. در کشورهای دیگر هم فعالیتهای پیشگیری کننده در جهت تغییر رفتار در میان افرادی که رفتارشان آنها را مستعد آلودگی به HIV می سازد، شروع شده است.

برای مثال در نیال آموزش رانندگان کامیون و روسپی ها از خطر آمیزش جنسی بدون محافظت همراه با در دسترس قرار دادن کاندوم، خطر همه گیری را به طور موفقیت آمیزی کاهش داده است.

در نواحی ای که مبارزه پیشگیرانه شروع شده، استفاده از کاندوم به وسیله روسپی ها و مشتریان آنها دو برابر شده است (۶۱ درصد بین سالهای ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۶). در میان روسپی های نواحی که برنامه پیشگیری نداشته اند استفاده از کاندوم در

حقیقت کاهش یافته است. در بسیاری از کشورهای صنعتی فعالیتهای پیشگیری کننده در میان مردان هم جنس باز موفقیت مشابهی را نشان می دهد. یک مطالعه روی مردان هم جنس باز و غیر هم جنس باز در لندن در اواسط دهه ۱۹۹۰ نشان داد که تقریباً از هر ۱۰ نفر، ۹ نفر آنها در نخستین آمیزش جنسی خود از کاندوم استفاده کرده بودند در حالی که یک دهه قبل از آن، استفاده از کاندوم زیر یک نفر در هر ۱۰ نفر بود. در سوییس مردان و زنان تعداد شریک های جنسی خود را برای پیشگیری از ابتلا به ایدز کاهش نداده اند، ولی استفاده از کاندوم به ویژه در میان جوانان افزایش چشمگیری داشته است. استفاده از کاندوم در میان افراد زیر ۳۰ سال که قبل از برنامه مبارزه با ایدز هشت درصد بود، در سالهای ۱۹۹۰ به بعد ۶۰ درصد افزایش یافت.



### پیشگیری از شیوع HIV در جوانان

در کشورهایی که شیوع عفونت HIV بالا است، افراد جوان به محض رسیدن به سن فعالیت جنسی در برابر انتقال ویروس از راه آمیزش آسیب پذیر می‌شوند، زیرا شریک‌های جنسی آنها به شدت آلوده‌اند. این مطلب هم در مورد مردان جوان (که در بسیاری از کشورها تمایل دارند اولین تجربه جنسی را با روسپی‌ها داشته باشند) و هم در مورد زنان جوان (که تمایل دارند با مردان مسن‌تر از خود ارتباط جنسی برقرار کنند) صادق است. هنگامی که همه‌گیری تثبیت می‌شود، الگوی توزیع سنی همه‌گیری در موارد جدید به گروه سنی کمتر متمایل می‌شود تا اینکه رفتارهای جنسی سالم‌تر در میان گروه سنی جوان یک عادت شود.

آشکار است که دادن اطلاعات و خدمات مناسب به این گروه از جوانان در جلوگیری از گسترش انتقال ویروس بسیار مهم است. اگرچه مسؤولان به سختی معترف هستند که جوانان زیر ۱۸ سال در یک جامعه از نظر جنسی بسیار فعال‌تر از جوانان مسن‌تر هستند ولی در یک مطالعه در لوزاکای زامبیا مشاهده شد که ۶۰ درصد جوانان ۱۵ و ۱۶ ساله به ویروس ایدز آلوده‌اند. علت آن است که این گروه از جوانان آمیزش جنسی بدون محافظت را ترجیح می‌دهند و خطر ابتلای بالایی دارند به ویژه که اطلاعات و آموزش کافی در مورد راه‌های انتقال و پرهیز از رفتارهای پرخطر ندارند تا خود را از نظر ابتلا به ایدز و سایر بیماری‌های آمیزشی محافظت نمایند. شواهد معتبری در دست است که وقتی مهارت‌ها و خدمات مناسب برای افراد جوان در دسترس باشد، احتمال استفاده از آنها در جوانان بیشتر از افراد مسن‌تر خواهد بود. به همین دلیل استفاده از کاندوم در گروه سنی جوان از افراد مسن‌تر بیشتر است و حداکثر استفاده در حدود ۲۰ سالگی گزارش شده است. این مسأله احتمالاً به این خاطر است که افراد ۱۵ تا ۱۹ ساله مشکلات بیشتری در به دست آوردن و مهارت استفاده از آن دارند. از آنجا که فعالیت جنسی در این گروه بالاست، محافظت جوانان از فعالیت جنسی پرخطر نگرانی اصلی برنامه‌های پیشگیری علیه ایدز است. اگرچه میزان استفاده از کاندوم با شریک‌های معمول در میان زنان جوان پایین می‌باشد، استفاده از آن با شریک‌های اتفاقی که خطر

بیشتری برای انتقال ویروس ایدز دارند بالاتر است. این پیام که «استفاده از کاندوم فعالیت جنسی سالم‌تری را سبب می‌شود» بین جوانان بیشتر از مسن‌ترها مقبول واقع شده است. اگرچه مراقبت کافی از افراد آلوده به HIV ضروری است، جلوگیری از انتشار ویروس از اولین مکان موثرترین روش در کاهش گسترش همه‌گیری ایدز در خانواده و جوامع می‌باشد.

برای اینکه پیشگیری مؤثر باشد، باید هم‌زمان با مراقبت انجام شود. برنامه‌های پیشگیری هنگامی مفید هستند که با توجه به نیازهای جوانان تدارک دیده شوند. افراد جوان به علت اینکه روش ثابتی در رفتارهای جنسی خود ندارند، بهتر است اطلاع و آموزش کافی از رفتارهای سالم جنسی داشته باشند تا هنگام شروع زندگی جنسی خود این آموزش‌ها را به کار برند. به طور کلی باید از هر فرصتی برای آموزش جوانان استفاده کرد. بهترین زمان شروع، دوران ابتدایی است تا نوجوانان اطلاعات لازم درباره‌ی ابتلا به عفونت ایدز را کسب کنند. هم‌زمان با این آموزش‌ها، جوانان نیاز به دسترسی به ابزارهای پیشگیری‌کننده و خدمات ویژه جوانان دارند تا بتوانند مشاوره و مراقبت‌های بهداشتی باروری از جمله درمان بیماری‌های آمیزشی را به سهولت دریافت کنند.

هرچه کشورها خدمات پیشگیری‌کننده بهتری ارائه دهند، آسیب‌پذیری جوانان نسبت به عفونت HIV کمتر خواهد بود. با این وجود در مناطق زیادی از جهان خدمات لازم به آسانی در دسترس نیست یا بهتر است گفته شود، در دسترس کسانی که به آن نیاز دارند نیست. برای مثال در زامبیا افراد زیر ۱۸ سال نمی‌توانند بدون حضور والدینشان آزمایش HIV دهند؛ در حالی که تقریباً نیمی از دختران جوان در سن ۱۶ سالگی فعالیت جنسی دارند و بسیاری از آنها به HIV آلوده هستند.



### تزریق مواد مخدر و ارتباط آن با ایدز

کشورهای زیادی در جهان معتادان تزریقی مواد مخدر دارند و اکثر آنها انتقال ویروس ایدز را به وسیله تزریق مواد مخدر گزارش کرده‌اند. در بسیاری از کشورها تزریق مواد مخدر انتقال عفونت HIV را بیشتر از راه‌های دیگر به خصوص در ارتباط با فعالیت جنسی سبب شده است. به عنوان مثال در مالزی، ویتنام، جنوب غربی چین، شمال شرقی هند و میانمار ۷۵ درصد مبتلایان ایدز معتاد تزریقی هستند. اگرچه این تا حدی این واقعیت را منعکس می‌کند که معتادان تزریقی شناخته شده بیشتر از سایر گروه‌های با رفتارهای پرخطر دیگر در برخی از این کشورها آزمایش می‌شوند، بیانگر این واقعیت نیز هست که تزریق مواد مخدر یک راه مهم انتقال عفونت HIV است. در اروپای غربی اگر عفونتهای منتقل شده به شریک‌های جنسی و نوزادان معتادان تزریقی را مورد توجه قرار دهیم، مشاهده می‌شود که تزریق مواد مخدر ۴۴ درصد موارد ابتلا به ایدز را سبب شده است. این شیوه انتقال در کشورهای جنوب آمریکای لاتین تقریباً ۳۳ درصد موارد را تشکیل می‌دهد. در اروپای شرقی تصویر هشدار دهنده‌تر است زیرا ۸۷ درصد موارد عفونت HIV در روسیه سفید در میان معتادان تزریقی گزارش شده است. در روسیه تا سال ۱۹۹۵ ایدز بیشتر از راه مقاربت جنسی منتقل می‌شد اما در ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷ عفونت در معتادان تزریقی شایع شد به طوری که از هر ۵ مورد جدید ۴ نفر آنها معتادان تزریقی بودند. امروزه هم همه‌گیری در میان معتادان تزریقی سریع‌تر از هر گروه دیگری در حال رشد است.



شکل ۱۱۲: فراوانی عفونت HIV در معتادان تزریقی کشورهای مختلف

در بانکوک پایتخت تایلند شیوع عفونت HIV در میان معتادان تزریقی طی کمتر از ۲ سال از ۲ درصد به ۴۰ درصد رسیده است. در اوکراین در شهر مایکولایو میزان همه‌گیری در سال ۱۹۹۶ کمتر از ۲ درصد بود در حالی که در سال ۱۹۹۷ به بیشتر از ۵۶ درصد تخمین زده شد. علت همه‌گیری سریع HIV در معتادان، استفاده از سوزن و سرنگ مشترک برای تزریق مواد مخدر به یکدیگر است. سرسوزن آلوده به خون می‌تواند ویروس را به طور مستقیم به جریان خون شخص غیرآلوده منتقل کند. انتقال ویروس از این راه بیماری‌زایی حدود ۹۹ تا ۱۰۰ درصد دارد. بنابراین سرعت انتقال ویروس در جمعیت تزریق‌کننده به طور عمده به میزان اشتراک وسایل و نحوه تمیز کردن آنها بستگی دارد.

در ویتنام بیشتر فروشندگان مواد مخدر تزریقی محلول‌های مواد مخدر را در محل‌های خاصی در یک ظرف بزرگ تهیه می‌کنند و معتادان در این محل‌ها تزریقات خود را انجام می‌دهند. بدین صورت گاهی بیش از ۵۰ معتاد از منبعی مشترک، مواد مخدر را آن هم با یک سوزن و سرنگ به خود تزریق می‌کنند. تا سال ۱۹۹۷ بیش از ۷۰ درصد موارد مثبت HIV در بین معتادان تزریقی ویتنام گزارش شده بود. البته احتمالاً این رقم بیش از میزان واقعی بوده است زیرا این گروه بیشتر از گروه‌های دیگری که رفتارهای پرخطر داشتند مورد آزمون تشخیصی HIV قرار گرفته بودند. مشابه این نوع تزریق مواد مخدر در سایر کشورها هم دیده شده است؛ به عنوان مثال در میانمار در چنین محل‌های عمومی، تزریقات مواد مخدر از محلول ساخته شده مشترک انجام می‌گیرد و در محل گاهی به جای سوزن و سرنگ معمولی از سوزن و قطره‌چکان استفاده می‌شود که هرگز قابل سترون کردن نیست. در یک مطالعه که با مشارکت سازمان ملل و مسئولان محلی انجام شده بود، در قسمتهای شمالی کشور ۹۰ درصد معتادان تزریقی به HIV آلوده بودند و در قسمتهای جنوبی حدود ۸۲ درصد این افراد آلودگی نشان می‌دادند.

در اروپای شرقی شواهد عینی حاکی از آن است که در محل‌هایی که فروشندگان مواد مخدر این مواد را می‌سازند معمولاً ظرف بزرگی از محلول این مواد را تهیه



می‌کنند و چند قطره خون در آن می‌ریزند تا باعث رسوب ناخالصی‌ها بشود. اگر این خون آلوده باشد تمام محلول نیز آلوده خواهد شد. برای آزمایش کیفیت مواد مخدر تهیه شده معمولاً بردگانی وجود دارند که مقدار کمی از این محلول را به خود تزریق می‌نمایند، به تهیه کننده گزارش می‌کنند که آیا ماده حاصل به اندازه کافی مخدر هست یا نه و در ازای این آزمایش، مجاز به تزریق یک دوز کامل به خود هستند. بدین ترتیب در بین آنان آلودگی منتشر می‌شود.

البته این مسائل تنها عامل شیوع بیماری در بین معتادان تزریقی نیست زیرا در کشورهای هم که محلهای تزریق عمومی ندارند، مشاهده می‌شود که شیوع ایدز در بین معتادان تزریقی بسیار بالاست. به عنوان مثال در شهر نیویورک شیوع عفونت HIV در میان معتادان تزریقی طی ۳ سال از ۱۰ درصد به ۵۰ درصد رسید. در بیشتر کشورها مصرف مواد مخدر بجز برای مصارف پزشکی غیرقانونی است. به این علت معتادان تزریقی (اغلب جوانان در سنین آسیب‌پذیر زندگی خود) در بازار سیاه به این راه کشیده می‌شوند و برای کسب کمک و آموزش در دسترس نیستند. آمار جهانی که توسط سازمان جهانی بهداشت بدست آمده تخمین زده است که در سال ۱۹۹۲ بیش از ۵ میلیون معتاد تزریقی در جهان وجود داشته که بین ۱۵۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰۰ نفر از آنها هر ساله تلف شده‌اند و حداقل نیمی از این مرگ و میرها به علت ابتلا به HIV بوده است. این ارقام کمتر از میزان واقعی آلودگی هستند. بنابراین خطر کاملاً جدی است و باید اقدامات اضطراری صورت گیرد تا خطر انتقال HIV از راه تزریق مواد مخدر کاهش یابد. این خطر نه تنها برای خود مصرف‌کنندگان وجود دارد بلکه برای شریک‌های جنسی آنها، کودکان آنها و برای جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند نیز وجود دارد.

بهترین شیوه از بین بردن خطر، انجام برنامه‌های پیشگیری کننده آن هم به صورت جامع است. برای اینکه برنامه‌های پیشگیری بیشترین اثر را داشته باشند، باید حداقل موارد زیر بخشی از برنامه‌های پیشگیری باشد:

- آموزش معتادان تزریقی (وشریک‌های جنسی آنها) در مورد عفونت زایی HIV و

سایر بیماریهایی که از طریق خون منتقل می‌شوند.

- آموزش رفتارهای سالم و بی‌خطر جنسی

- در دسترس قرار دادن وسایل تزریق سترون یا امکانات تمیز و سترون کردن آنها

- در دسترس قرار دادن کاندوم

- ارائه خدمات درمانی برای کمک به ترک اعتیاد

- ارائه اطلاعات و آموزش در مورد کاهش یا عدم نیاز به تزریق مواد مخدر

مقایسه اخیر شهرهای با همه‌گیری HIV با سطح بالا و شهرهای با همه‌گیری با سطح پایین در میان معتادان تزریقی نشان داد که شهرهایی که موفق شدند همه‌گیری را محدود سازند، حداقل در سه مورد زیر وجه مشترک داشتند:

(۱) از امکانات جامعه برای آموزش معتادان استفاده کردند.

(۲) برای معتادان تزریقی دسترسی آسان و ارزان به سرنگ‌های سترون و تمیز فراهم نمودند.

(۳) برنامه‌های پیشگیری را زود شروع کردند، قبل از اینکه همه‌گیری HIV از نقطه بحران فراتر رود.

مطالعات آماری نشان می‌دهد هنگامی که بیش از ۱۰ درصد معتادان به HIV آلوده شدند، همه‌گیری طی چند سال به ۴۰ تا ۵۰ درصد می‌رسد. در بسیاری از شهرها افزایش سریع تری ثبت شده است اما در نقاطی که برنامه‌های پیشگیری قبل از اینکه ۵ درصد معتادان به HIV آلوده شوند شروع شده، میزان همه‌گیری همانقدر پائین مانده است. مطمئن‌ترین راه برای جلوگیری از عفونت HIV از طریق مواد مخدر، توقف تزریق است. بسیاری از کشورها در مقابل شیوع HIV در میان معتادان خدمات ترک اعتیاد را گسترش دادند. اما برخی افراد نمی‌خواهند یا نمی‌توانند ترک اعتیاد کنند. برای آنها اشتراک کمتر سرسوزن‌ها و سترون کردن وسایل تزریق می‌تواند خطر انتقال را بسیار کاهش دهد. برنامه‌هایی که به مردم می‌آموزد چگونه از



اشتراک وسایل خودداری کنند و چگونه وسایل را سترون نمایند، در بسیاری از مناطق خطر همه گیری را کاهش داده است. در یک منطقه در آمریکا قبل از شروع برنامه پیشگیری، میزان استفاده از وسایل غیر سترون مشترک ۵۴ درصد بود اما بعد از ۶ سال به ۱۴ درصد کاهش یافت، به موازات این کاهش استفاده از وسایل غیر سالم، میزان عفونت جدید HIV نیز ۷۵ درصد کاهش یافت یعنی از ۸/۴ درصد در سال به ۲/۴ درصد در سال رسید. در برنامه تعویض، سرسوزن و سرنگ های قابل تعویض در اختیار معتادان تزریقی قرار گرفت. میزان عفونت HIV در گروهی که در این برنامه شرکت کردند سه برابر کمتر از گروهی بود که در این برنامه شرکت نداشتند. آنالیز خون های موجود در سرنگ های پس داده شده در این برنامه مطالعاتی نشان داد که چنین اقدامی انتقال عفونت را ۲۳ درصد کاهش می دهد. این برنامه علاوه بر کاهش انتقال عفونت ایدز، سبب کاهش موارد عفونت دیگر بیماری های قابل انتقال از راه خون نیز شده است. در یک مطالعه انتقال عفونت هپاتیت B در گروهی که در این برنامه شرکت کردند سه برابر کمتر از گروهی بود که در این برنامه شرکت نداشتند. در یک مطالعه انتقال عفونت در گروهی که در این برنامه شرکت نکردند برای هپاتیت B ۵/۵ و برای هپاتیت C هفت برابر بیشتر از گروه شرکت کننده بود. هپاتیت B ۵/۵ و برای هپاتیت C هفت برابر بیشتر از گروه شرکت کننده بود.

اجرای این برنامه همچنین این فرصت را فراهم کرد که معتادان با مشاورین اجتماعی، آزمون تشخیص HIV، روش های ترک اعتیاد و خدمات بهداشتی مرتبط آشنا شوند. در بسیاری از شهرها برنامه تعویض سرسوزن بالاترین منبع منفرد ارجاع معتادان به درمانگاه های ترک اعتیاد بوده است. در بعضی شهرها نیاز به این خدمات طی ۶ ماه اول پس از تاسیس به ۳ برابر رسید. البته در برخی مناطق برنامه تعویض سرسوزن یا سوزن و سرنگ سترون و تمیز اثر مطلوب ندارد، زیرا عفونت HIV از راه محلول های مخدر آلوده منتقل می شود. در این مناطق فعالیتها باید روی تهیه کنندگان این مواد متمرکز گردد. ضمناً باید توجه داشت که موفقیت برنامه تعویض سرسوزن محدود به کشورهای صنعتی است.

تزریق و مصرف مواد مخدر در جهان الگوی خاصی دارد. در قسمتهایی از جنوب شرق آسیا و سواحل شرقی و غربی آفریقا قاچاق مواد مخدر فراوان است در حالی که کشورهای اروپای شرقی نقاط ترانزیت مهمی برای قاچاق مواد مخدر هستند. در مناطقی که تزریق مواد مخدر وجود دارد، کاهش قاچاق به تنهایی کمک نمی کند بلکه در واقع سبب افزایش تزریق ناسالم آن می شود. هنگامی که مواد مخدر فراوان باشد، بسیاری از مصرف کنندگان به جای تزریق آن را از طریق استنشاق استفاده نمایند. تزریق مواد مخدر با دوز کمتر اثر بیشتری دارد بنابراین در موارد کمبود مواد مخدر، این شیوه رواج بیشتری پیدا می کند. یک مطالعه در کلکته نشان داد که کاهش زیاد هروئین سبب افزایش شدید شمار معتادانی شد که راه تزریق را انتخاب می کنند.

در بسیاری از شهرها که همه گیری عفونت HIV در میان معتادان تزریقی وجود دارد، تلاش های فراوان باید برای آموزش و القای رفتارهای سالم تر چه در میان افراد آلوده و چه در میان معتادان غیرآلوده انجام شود زیرا خطر انتقال عفونت HIV از معتادان تزریقی به شریک های جنسی و کودکان آنها در تمام کشورهایی که دارای معتادان تزریقی آلوده هستند، ثابت شده است. باید توجه داشت که در کشورهایی که معتادان تزریقی دارند ولی شیوع عفونت HIV در آنها پایین است نیز اجرای به موقع برنامه های صحیح پیشگیری سبب می شود که میزان همه گیری در همان سطح ثابت بماند و حتی در شرایط مناسب کاهش یابد و این خود یک موفقیت علیه این بیماری مرگ بار به شمار می آید.

به امید روزی که تمام کشورهای جهان موفق به مهار و محدود کردن این طاعون قرن شوند.



آمار منطقه‌ای مبتلایان به ویروس ایدز در خاتمه سال ۱۹۹۸

منطقه	شروع شیوع	آلودگی کودکان و بزرگسالان (میلیون)	آلودگی جدید کودکان و بزرگسالان
آفریقای زیر صحرا	اواخر دهه ۷۰	۲۲/۵	۴
آفریقای شمالی و خاورمیانه	اواخر دهه ۸۰	۰/۲۱	۰/۰۱۹
جنوب و جنوب شرقی آسیا	اواخر دهه ۸۰	۶/۷	۱/۲
آسیای شرقی	اواخر دهه ۸۰	۰/۵۶	۰/۲
آمریکای لاتین	اواخر دهه ۷۰	۱/۴	۰/۱۶
کشورهای ناحیه کارائیب	اواخر دهه ۷۰	۰/۳۳	۰/۰۴۵
اروپای شرقی و آسیای مرکزی	اوایل دهه ۹۰	۰/۲۷	۰/۰۸
اروپای غربی	اواخر دهه ۷۰	۰/۵	۰/۰۳
آمریکای شمالی	اواخر دهه ۷۰	۰/۸۹	۰/۰۴۴
استرالیا و زلاندنو	اواخر دهه ۷۰	۰/۰۱۲	۰/۰۶۴
جمع کل		۳۳/۴	۵/۸

روش انتقال عفونت	فراوانی در بین بالغین	فراوانی در بین زنان
مقایرت معمولی	٪۸	٪۵۰
سوزن و سرنگ آلوده*، مقایرت معمولی	٪۰/۱۳	٪۲۰
مقایرت معمولی	٪۰/۶۹	٪۲۵
سوزن و سرنگ آلوده، همجنس‌بازی و مقایرت	٪۰/۶۸	٪۱۵
سوزن و سرنگ آلوده، همجنس‌بازی و مقایرت	٪۰/۵۷	٪۲۰
مقایرت معمولی و همجنس‌بازی	٪۱/۹۶	٪۳۵
همجنس‌بازی و سوزن و سرنگ آلوده	٪۰/۱۴	٪۲۰
همجنس‌بازی و سوزن و سرنگ آلوده	٪۰/۳۵	٪۲۰
همجنس‌بازی مقایرت معمولی و سوزن و سرنگ آلوده	٪۰/۵۶	٪۲۰
همجنس‌بازی و سوزن و سرنگ آلوده	٪۰/۱	٪۵
	٪۱/۱	٪۴۳

\* منظور معتادان تزریقی است که سوزن و سرنگ مشترک استفاده می‌کنند.

در کشورهای مختلف جهان، شیوع ویروس ایدز در بین مردان و زنان به روش‌های مختلف و در سنین مختلف صورت می‌گیرد. در حالی که در برخی کشورها، شیوع ایدز در بین مردان بیشتر است، در برخی دیگر، شیوع آن در بین زنان بیشتر است. همچنین، در برخی کشورها، شیوع ایدز در بین کودکان و نوجوانان نیز مشاهده شده است. این موضوع نشان می‌دهد که شیوع ایدز در جهان به سرعت در حال گسترش است و نیاز به اقدامات فوری برای کنترل آن وجود دارد. در این زمینه، آموزش و ترویج استفاده از وسایل محافظتی مانند کاندوم و سرنگ استریل، نقش مهمی دارد. همچنین، غربالگری و درمان زودهنگام بیماران مبتلایان به ایدز، می‌تواند به کاهش شیوع آن کمک کند.



### نکاتی در مورد آزمونهای تشخیصی HIV

لازم است از محدودیتهای آزمونهای HIV آگاهی کافی داشته باشیم. این آزمونها پادتن (آنتی بادی) تشکیل شده علیه ویروس HIV توسط دستگاه دفاعی بدن را مشخص می کنند. معمولاً از روش الایزا (ELISA) برای جستجوی آنتی بادی علیه آنتی ژن های سطحی ویروس استفاده می شود. متأسفانه این آزمون می تواند آنتی بادی علیه سایر آنتی ژن ها را هم تعیین کند یعنی نتیجه مثبت کاذب بدهد. به عبارت دیگر با وجود حساسیت قابل قبول، آزمونی کاملاً اختصاصی نیست ولی امروزه در تمام مراکز انتقال خون و آزمایشگاههای تشخیص پزشکی بعنوان آزمون غربالگری مورد استفاده قرار می گیرد.

نتیجه مثبت یا مشکوک با آزمون الایزا به این مفهوم است که نمونه باید توسط روش وسترن بلات (Western blot) بررسی گردد. آزمون وسترن بلات آنتی بادهای مختلف علیه آنتی ژن های اختصاصی بیشتری از ویروس HIV را مشخص می کند؛ بنابراین از حساسیت بسیار زیادی برخوردار است و معمولاً بعنوان آزمون تأییدی مورد استفاده قرار می گیرد.

### دوره حفاصل<sup>۱</sup>

معمولاً بعد از ۲ تا ۳ هفته که ویروس وارد بدن شد آنتی بادی علیه ویروس را می توان با آزمون غربالگری مشخص کرد بنابراین اگر در این مدت آلودگی موجود باشد نمی توان با آزمونهای موجود آن را مشخص نمود در حالی که شخص آلوده می تواند افراد سالم را آلوده سازد. این دوره را «دوره حفاصل» می نامند.

با توجه به محدودیت تشخیصی فوق الذکر در صورتی که پزشک مظنون به آلودگی بیمار و آزمون منفی باشد، لازم است که آزمون مجدد بعد از ۲ ماه انجام شود و نتیجه آزمون دوم ملاک تشخیص باشد. در صورتی که بیمار جزء گروه های پرخطر باشد،

حداقل دو آزمون به فاصله ۲ تا ۳ هفته ضروری است. باید توجه داشت که نتیجه منفی یک آزمون HIV حاکی از عدم آلودگی به این ویروس نیست بلکه حاکی از نبود پادتن (آنتی بادی) علیه ویروس آن هم در زمان نمونه گیری است؛ بنابراین توجه به سابقه بیمار یعنی مسافرت های انجام شده، شیوه زندگی، شغل، وضعیت تأهل و سایر مسائلی که احتمال ابتلا به عفونت HIV را افزایش می دهد، در تشخیص بیماری اهمیت فوق العاده دارند.

### آزمون آنتی ژن P24

این آزمون وجود آنتی ژن هسته ویروس را در خون محیطی مشخص می کند. طی مدت ۳ تا ۴ روز پس از ابتلا، سطح این آنتی ژن در گردش خون بالا می رود در حالی که در این مدت آنتی بادی علیه آنتی ژن های سطحی که برای آزمون غربالگری بکار می رود در خون محیطی یافت نمی شود. با پیدایش پادتن علیه آنتی ژن P24 که همزمان با پیدایش آنتی بادی علیه آنتی ژن های سطحی ویروس است، سطح آنتی ژن مذکور کاهش می یابد. در تمام مدت نهفتگی (کمون) بیماری یعنی زمانی که علائم بیماری ایدز آشکار نیست و فرد به عفونتهای فرصت طلب مانند پنوموسیستیس کارینی و سل (توبرکولوز) مبتلا نمی شود، وجود آنتی ژن P24 را نمی توان با آزمون های سرولوژیک مشخص نمود. در مراحل پایانی یا مرحله بیماری ایدز که تعداد ویروس در خون محیطی بسیار بالاست، این آنتی ژن در خون محیطی با آزمون الایزا مجدداً قابل تشخیص می شود. معمولاً پزشک این آزمون را برای تعیین مرحله بیماری یا پاسخ به درمان بکار می گیرد.

### برخورد با افراد HIV مثبت

باید توجه داشت که پزشک موظف است به بیمار اطمینان دهد که نتیجه هر آزمونی محرمانه می باشد و این نکته باید مکرراً به کارکنان درمانگاهها گوشزد گردد به ویژه که یک نتیجه مثبت قبل از آزمون تأییدی ارزش تشخیصی ندارد و ممکن است







راههایی که باعث انتعال ایدز نمی شوند:



دست دادن یا بغل کردن



خوردن، آشامیدن و استفاده از ظروف در رستوران ها



در کلاس درس کنار فرد دیگری نشستن



تماس اتفاقی با فرد آلوده به ویروس در اجتماع یا مکانهای شلوغ، مانند محل کار یا وسایل نقلیه عمومی



## اهداف بنیاد امور بیماریهای خاص

- ۱ - جمع آوری اطلاعات و آمار بیماران خاص، از نظرو ویژگی های فردی و وضعیت پزشکی و درمانی
- ۲ - شناسایی نیازهای مختلف درمانی و اجتماعی بیماران
- ۳ - ارتقای سطح آگاهی علمی و اجتماعی بیماران، خانواده آنان و کل افراد جامعه
- ۴ - فراهم کردن شرایط بهره گیری بهینه از اعتبارات موجود و امکانات مراقبتی و درمانی این بیماران در سطح جامعه و ایجاد شرایط و امکانات علمی، اجتماعی و مالی برای رفع مشکلات آنان
- ۵ - جلب توجه مراکز دولتی و جوامع مختلف ملی به مسایل خاص درمانی و اجتماعی این بیماران و نیازمندی ها و مشکلات آنان.



۶ - جلب حمایت و کمک‌های دولتی و مردمی

داخلی و خارجی

۷ - ایجاد ارتباط و همکاری با انجمن‌های علمی،

حمایتی و صنفی بیماران خاص در سطح داخلی و

بین‌المللی

۸ - گسترش فعالیت‌های پژوهشی و آموزشی و

خدمات مربوط به تشخیص، درمان و افزایش

آگاهی‌های اجتماعی

۹ - ارائه طرح‌های قابل اجرا برای پیشگیری و

بهبود وضعیت درمانی و اجتماعی بیماران خاص

به نهادهای مختلف اجرایی کشور و مشارکت

در اجرای آنها

۱۰ - گسترش مراکز درمانی بیماران خاص

در سطح کشور