



1294.9



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
دانشکده پزشکی مهندس افصلی پور

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکترای پزشکی

عنوان:

بررسی تغییر میزان آگاهی دبیران دبیرستانها و هنرستانهای دخترانه
و پسرانه شهر کرمان پیرامون ایدز در مقایسه با ۱۰ سال قبل

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر سعدا... شمس الدینی

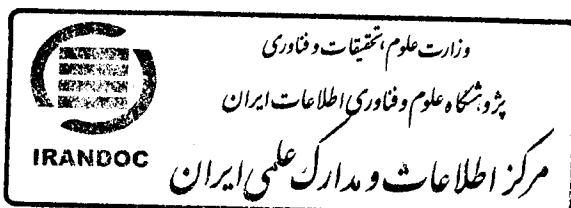
۳ ۱ ۱۰ / ۱۳۸۹

پژوهش و نگارش:

زینب چاوشیان

بهار ۸۹

۱۴۹۷۰۹





وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کرمان
دانشکده پزشکی - آموزش بالینی

نمره نهایی دفاع از پایان نامه

پایان نامه تحصیلی دکتر زینب چاوشیان

تحت عنوان مقایسه میزان آگاهی دبیران دبیرستان ها و هنرستانهای دخترانه و پسرانه شهر کرمان
پیرامون ایدز در سال ۸۸، در مقایسه با ۱۰ سال قبل.

جهت دریافت درجه دکترای پزشکی

در تاریخ ۱۳۸۹/۳/۱۰ با حضور اساتید راهنما و اعضای محترم هیئت داوری دفاع و با میانگین نمره
۱۷/۷ مورد تایید قرار گرفت.

شماره ۸۷۸۸۱
سمت دبیران و اساتید
سید علی میرزا

استاد یا اساتید راهنما

دکتر سعدالله شمس الدینی

استاد

مهر و امضاء دبیران و اساتید
دبیران و اساتید
۲۴۶۷۲

تذکره:
این فرم می بایست با توجه به نمرات دفاع تکمیل و پس از تایید توسط استاد یا اساتید راهنما و دبیر کمیته پایان نامه ها به تعداد نسخه های پایان
نامه تکثیر و در کلیه پایان نامه ها در زمان صحافی درج گردد.

سپاسگزاری

من به سرچشمه خورشید نه خود بردم راه

ذره ای بودم و مهر تو مرا بالا برد

نخستین سپاس به پیشگاه حضرت دوست که هر چه هست از اوست

تقدیم به الگوی بانوان عالم حضرت فاطمه زهرا (س)

تقدیم به پدر شهیدم که بودنش نعمت و رفتنش افتخار بود

تقدیم به مادر عزیزتر از جانم او که تن خسته اش تکیه گاهم و

دعای خالصانه اش قوت قلبم بود غبار قدومش توتیای چشمم باد

تقدیم به پدر خوانده مهربانم او که مهرش وصف ناپذیر است

تقدیم به همسرم هستی ام همراه مصطفی

تقدیم به خواهرانم زهره جان و فاطمه جان

تقدیم به امیر محمد کوچولوی عزیزم

تقدیم به خانواده محترم همسرم

تقدیم به استاد گرامی ام آقای دکتر شمس الدینی که کلام مهربانشان را فراموش

نخواهم کرد

در خاتمه سپاس به پیشگاه عزیزانی که

نامشان زمزمه نیمه شب مستان باد

تا نگویند که از یاد فراموشانند

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
I	خلاصه فارسی
II	خلاصه انگلیسی
۱	مقدمه

فصل اول: بررسی متون

۳	تاریخچه
۳	تعریف
۴	عامل اتیولوژیک
۴	راههای انتقال بیماری
۴	انتقال جنسی
۵	انتقال از مادر به فرزند
۶	انتقال از طریق فرآورده های خونی
۷	انتقال شغلی
۷	انتقال از طریق سایر مایعات بدن
۸	اپیدمیولوژی
۸	عفونت HIV و ایدز و در دنیا
۹	ایدز در ایران
۹	پاتولوژی
۱۰	عفونت اولیه HIV

- ۱۰ تیت عفونت مزمن و پایدار
- ۱۱ بیماری پیشرفته HIV
- ۱۱ پاسخ ایمنی علیه HIV
- ۱۲ پاسخ ایمنی همورال
- ۱۲ تشخیص
- ۱۴ علائم بالینی
- ۱۵ سندرم HIV حاد
- ۱۶ مرحله بدون علامت
- ۱۷ بیماری علامت دار اولیه
- ۱۷ لنفادنوباتی ژنرالیزه
- ۱۷ ضایعات دهانی
- ۱۸ فعال شدن مجدد هرپسزoster (زونا)
- ۱۸ ترومبوسیتوپنی
- ۱۸ درمان عفونت HIV
- ۲۰ واکسن
- ۲۰ ضد عفونی و غیر فعال نمودن ویروس
- ۲۱ پیشگیری
- ۲۵ مطالعات انجام شده در این زمینه
- ۳۱ اهداف و فرضیات

فصل دوم: روش بررسی

روش بررسی و اجرا ۳۳

متغیرها ۳۴

فصل سوم: یافته ها و جداول

یافته ها ۳۵

جداول ۳۹

پرسشنامه ۴۹

فصل چهارم: بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری ۵۱

پیشنهادات ۵۳

منابع ۵۴

خلاصه

این پژوهش یک مطالعه مقطعی - توصیفی - تحلیلی است که هدف آن بررسی میزان تغییر آگاهی دبیران دبیرستانها و هنرستانهای شهر کرمان پیرامون راههای انتقال و پیشگیری از ایدز نسبت به ۱۰ سال قبل می باشد. جمعیت مورد مطالعه در این تحقیق دبیران دبیرستانهای دخترانه و پسرانه شهر کرمان می باشد. با حجم نمونه ۵۲۴ نفر که از این تعداد ۲۶۲ نفر مرد و ۲۶۲ نفر زن بودند.

ابزار گرد آوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد شده مشتمل بر دو بخش است. بخش اول مربوط به مشخصات فردی و بخش دوم حاوی ۳۲ سوال می باشد که ۱۶ سؤال مربوط به راههای انتقال و ۱۶ سؤال مربوط به راههای پیشگیری از ایدز است. بین میانگین آگاهی از راههای انتقال ایدز و میانگین آگاهی از راههای انتقال ایدز در ۱۰ سال قبل اختلاف معنی داری وجود نداشت ولی بین میانگین آگاهی از راههای پیشگیری ایدز و میانگین آگاهی از راههای پیشگیری ایدز در ۱۰ سال قبل اختلاف معنی داری وجود داشت. بین میزان آگاهی از راههای انتقال و پیشگیری ایدز و گروه سنی اختلاف معنی داری وجود داشت که این میزان آگاهی با میزان آگاهی و گروه سنی در ۱۰ سال قبل تفاوت معنی داری نداشت. بین میانگین آگاهی از راههای انتقال و پیشگیری و جنس اختلاف معنی داری وجود نداشت و این میزان آگاهی ها در مقایسه با ۱۰ سال قبل تفاوت معنی داری داشت. بین میانگین آگاهی از راههای انتقال ایدز و وضعیت تأهل اختلاف معنی داری وجود نداشت و بین میزان آگاهی از راههای انتقال در افراد متأهل نسبت به ۱۰ سال قبل تفاوت معنی دار بود. بین میانگین آگاهی از راههای پیشگیری ایدز و وضعیت تأهل اختلاف معنی دار بود که این میزان آگاهی در افراد متأهل و مجرد نسبت به ۱۰ سال قبل اختلاف معنی داری داشت. بین میزان آگاهی از راههای انتقال ایدز و گروه درسی اختلاف معنی دار بود که این میزان در مقایسه با ۱۰ سال قبل در همه گروههای درسی تفاوت معنی داری داشت. بین میزان آگاهی از راههای پیشگیری ایدز و گروه درسی تفاوت معنی داری نبود که این میزان آگاهی در همه گروههای درسی نسبت به ۱۰ سال قبل تفاوت معنی داری داشت.

میانگین میزان آگاهی کل دبیران نسبت به راههای انتقال $11/6 + 84/8$ و نسبت به راههای پیشگیری از ایدز $7/9 \pm 71/7$ می باشد.

با توجه به اینکه دبیران نقش اصلی را در آموزش دانش آموزان که آینده سازان این کشور می باشند ایفا می نمایند. لذا لازم است که میزان آگاهی دبیران بخصوص در مورد راههای پیشگیری از ایدز هر چه بیشتر افزایش یابد تا با انتقال این آگاهی به دانش آموزان، نسل فردای کشور در برابر این بیماری خطرناک مصون گردد.

Abstract

This is a descriptive cross-sectional study with goal of determining knowledge about AIDS. The Population in our study includes teachers of Kerman High schools and Art schools. The size of our sample was 524 persons (262 males and 262 females). Amassing instrument was previously prepared a questionnaire which consists of two parts: Part one, was related to individual specifications, and part two consists of 32 questions about HIV transmission ways (16 questions), and prevention (16 questions).

The results show that, there is no significant relation between teachers knowledge about AIDS transmission ways, compare with the study done in year 1999.

[year 1999: 83% - year 2009: 84.8% ($P > 0.05$)]

But the relation between knowledge about AIDS prevention, was significant compare with the previous study.

[year 1999: 64% - year: 2009: 71.7 ($P < 0.05$)]

There is a significant relation between knowledge about AIDS and age groups. There is no significant relation between knowledge about AIDS and teachers sex groups. No significant relation was detected in our study between knowledge about AIDS transmission ways and marital status. There is a significant relation between information about prevention ways and marital status. Also a significant relation was detected between the knowledge about AIDS transmission ways and educational groups. No significant relation was found between AIDS prevention ways and educational groups.

As of teachers important role in education of students, it seems necessary to reconstruct teachers knowledge of HIV/ AIDS, to make an aware and healthy generation.

در حالیکه کشورهای پیشرفته جهان در طی چند دهه اخیر مشکل بیماریهای واگیردار را تا حد زیادی حل کرده و تمامی توان و امکانات خود را در جهت مبارزه با بیماریهای غیر واگیر منجمله بیماریهای قلبی عروقی و سرطانها متمرکز ساخته بودند، ظهور ایدز (AIDS)^(۱) در سال ۱۹۸۱ میلادی و گسترش سریع آن در اقصی نقاط دنیا، امید ریشه کنی بیماریهای واگیر را حتی در کشورهای پیشرفته دنیا به یأس تبدیل کرد.

با بروز موارد اولیه بیماری در بین همجنس بازان و معتادین به مواد مخدر تزریقی در نیویورک، کالیفرنیا و لوس آنجلس بنظر می رسید بیماری ایدز به گروه اجتماعی ویژه یا منطقه جغرافیایی خاصی از جهان محدود می شود ولی پیدایش الگوی جدیدی از بیماری در آفریقا یعنی آلودگی از طریق تماس جنسی هتروسکسوال (تماس جنسی از راه طبیعی) نشان داد که بیماری ایدز یک مشکل جهانی بوده و به کشور یا گروه خاصی منحصر نمی گردد (۲).

با استناد به گزارشات سازمان بهداشت جهانی مبنی بر وجود موارد نسبتاً زیاد آلودگی با ویروس ایدز در هندوستان، تایلند و حتی کشورهای کم جمعیت حوزه خلیج فارس لازم است سیاست «فردا دیر است»، امروز از ایدز پیگیری کنیم» را مورد توجه خاص قرار دهیم.

از آنجایی که دانشمندان علیرغم تحقیق مستمر و تلاش بی وقفه چند ساله تا به امروز موفق به تولید واکسن ایدز نشده و نتوانسته اند داروی مؤثری برای این بیماری خانمانسوز کشف و معرفی نمایند مناسبترین راه مبارزه در شرایط فعلی آموزش و بالا بردن سطح آگاهی جامعه می باشد (۴).
باتوجه به آگاهی از راههای سرایت بیماری می توان با انجام یک رشته اقدامات پیشگیری خطر

انتشار عفونت را محدود نمود و در این راستا آموزش بهداشت نقش کلیدی خواهد داشت.

هدف برنامه آموزش بهداشت باید این باشد که رفتارهای بهداشتی جامعه را در جهت مثبتی تحت تأثیر قرار داده و در نتیجه خطر در معرض آلودگی قرار گرفتن را کاهش دهد.

باید عموم مردم در جریان ماهیت بیماری و خطرات حاصله از بی بندوباری های جنس قرار گیرند. ضمناً با آموزش کافی باید وحشت بیمورد مردم را بر طرف و ترس اغراق آمیز آنان را کاهش داد (۲).

با توجه به اینکه دبیران یکی از اقشار تأثیرگذار بر مسائل فرهنگی و اجتماعی جامعه می باشند و نقش اصلی در تعلیم و تربیت دانش آموزان را بعهدہ دارند لازم دانستیم در این تحقیق میزان آگاهی دبیران را پیرامون ایدز سنجیده و راهی جهت ایجاد حساسیت و افزایش آگاهیهای آنان گشوده باشیم تا با انتقال این آگاهی به دانش آموزان، نسل فردای کشور در برابر این بیماری خطرناک مصون گردد.

فصل اول:

بررسی متون

تاریخچه

بیماری ایدز برای اولین بار در تابستان ۱۹۸۱ در دو شهر لوس آنجلس و نیویورک با شیوع غیر عادی پنومونی پنوموسیستیس *Pneumocystis carini pneumonia* و کاپوسی سارکوما *Kaposi Sarcoma* در بین مردان همجنس باز شناسایی شد. بیماری مذکور در عرض چند ماه در مردان و زنان معتاد به مواد مخدر تزریقی شناسایی شد و اندکی بعد در بین دریافت کنندگان خون و مبتلایان به هموفیلی مشاهده گردید و پس از مدتی مشخص شد که بیماری از طریق تماس جنسی با جنس مخالف نیز منتقل می گردد. در سال ۱۹۸۳ ویروس HIV از یک بیمار مبتلا به لنفادنوپاتی جدا شد (۱۳،۲).

در سال ۱۹۸۴ مشخص شد که ویروس فوق عامل بوجود آورنده ایدز است (۱۳،۲). تا پایان سال ۲۰۰۷ بین ۳۰ تا ۳۶ میلیون نفر در کل دنیا آلوده شده اند. از این تعداد حدود ۹۵٪ از بیماران در کشورهای فقیر دنیا زندگی می کنند. حدود ۵٪ از بیماران را زنان تشکیل می دهند و حداقل ۲/۵ میلیون نفر از بیماران زیر ۱۵ سال سن دارند! اوج بروز این بیماری در اواخر دهه ۱۹۹۰ بود. (بروز بیش از ۳ میلیون مورد در سال)

تعریف

ایدز در ابتدا توسط C.D.C (۱) و با در نظر گرفتن جنبه های مراقبتی (پیش از شناسایی HIV به منزله عامل اتیولوژیک) به صورت یک بیماری فرصت طلب تعریف شد. پس از شناسایی (HIV) (۲) تعریف ایدز دچار تغییرات متعددی شده است. بنابراین پزشک نباید به وجود ایدز تکیه کند بلکه می بایست به بیماری HIV بصورت طیفی از عفونت اولیه همراه با سندرم حاد یا بدون آن تا مرحله بدون علامت و در نهایت بیماری پیشرفته توجه کند. تعریف ایدز نه تنها جهت اقدامات درمانی بیماران بلکه برای مقاصد مراقبتی نیز استفاده می شود (۱۳).

عامل اتیولوژیک

عامل بوجود آورنده ایدز HIV (Human immunodeficiency virus) است که به خانواده رتروویروسهای و زیر خانواده لتی ویروسها تعلق دارد (۱۶، ۱۳، ۱۴).

ویروسهای نقص ایمنی انسانی HIV-۱ - HIV-۲ که ویروسهای سیتوپاتیک هستند. شایع ترین بیماری ایدز در جهان و بطور قطع در ایالات متحده HIV-۱ است (۱، ۱۳). HIV-۲ نخستین بار در ۱۹۸۶ و در بیماران اهل آفریقای غربی شناسایی شد (۱، ۱۳). اگر چه HIV-۲ نیز سبب AIDS می شود، اکثر افراد شناخته شده مثبت از نظر HIV-۲ بدون علامت هستند. یافته های جدید از این مفهوم حمایت می کنند که عفونت HIV-۲ خاصیت مهاجمی کمتری دارد و دوران نهفته بالینی آن به میزان قابل ملاحظه ای بیشتر از HIV-۱ است (۱۴).

راههای انتقال بیماری

HIV از طریق همجنس بازی و تماس با جنس مخالف، توسط خون و محصولات خونی و به وسیله مادران آلوده به فرزندانشان در حین زایمان، دوره جنینی یا از راه شیر دادن منتقل می شود (۱۶، ۱۴، ۱۳، ۱). هیچگونه شواهدی وجود ندارد که HIV از طریق تماسهای تصادفی منتقل شود یا آنکه ویروس بتواند توسط نیش حشرات نظیر نیش پشه انتشار یابد (۱، ۱۳).

انتقال جنسی

بیماری ایدز بطور اولیه یک بیماری STD (۱) است حدود ۴۹٪ از موارد شناخته شده ایدز در آمریکا از طریق مرد به مرد، آلوده شده اند و ۳۲٪ از آنها (در آمریکا) از روش هتروسکسوال آلوده شده اند. اما در کل دنیا روش اصلی انتقال هتروسکسوال می باشد.

تماس جنسی از طریق مقعد شایعترین راه مؤثر انتقال بیماری از طریق جنسی است (۱۶). در ایالات متحده احتمال انتقال HIV از یک مرد به یک زن در جریان آمیزش واژینال بسیار بیشتر از انتقال ویروس مذکور از یک زن به یک مرد است رابطه جنسی دهانی ظاهراً در مقایسه با آمیزش از راه مقعد در فرد مفعول از اهمیت کمتری در انتقال برخوردار است. مصرف الکل و کوکائین همراه با رفتارهای جنسی غیر مطمئن در هر دو گروه همجنس بازان و غیر همجنس بازان منجر به افزایش خطر انتقال تناسلی HIV می شود (۱۳).

انتقال از مادر به فرزند

طبق آمار انتقال عفونت HIV از مادر به فرزند طی حاملگی یا بعد از حاملگی دومین علت شایع انتقال بیماری است و این مهمترین منبع ایجاد بیماری در بچه ها است و یکی از مسائل عمده بهداشتی در کشورهایی چون آفریقا در کل بیشترین درصد انتقال از مادر به فرزند در آفریقا مشاهده شده است (۴۰-۳۰٪) (۱۶).

در مطالعات جدید انجام شده در برخی کشورهای آفریقائی ، انتقال ویروس ایدز از مادر به فرزند ۳۰٪ - ۲۳ قبل از زایمان ، ۶۵٪ - ۵۰ هنگام زایمان و ۲۵٪ - ۱۲ نیز در زمان شیر دهی می باشد. در صورت فقدان دارو درمانی در مادران حامله ، آمار انتقال از مادر به فرزند در کشورهای صنعتی بین ۲۵٪ - ۱۲ است در حالیکه این آمار در کشورهای در حال توسعه حدود ۳۵٪ - ۲۵ می باشد. در کل ، هر چه بار ویروس در خون مادر بیشتر باشد احتمال انتقال نیز بیشتر میشود. در ویرمی بیشتر از صد هزار نسخه انتقال بیشتر از ۴۰٪ در ویرمی ۱۰۰ - ۵۰ هزار احتمال انتقال حدود ۳۰/۹ در ویرمی بین ۵۰ - ۱۰ هزار احتمال انتقال حدود ۲۱/۳٪ و در ویرمی بین هزار تا ده هزار احتمال انتقال حدود ۱۶/۶٪ است ، در حالیکه در ویرمی کمتر از هزار نسخه ، این احتمال به صفر می رسد (۱۳).

انتقال از طریق فرآورده‌های خونی

استفاده از فرآورده‌های تزریقی شایعترین روش انتقال عفونت HIV از طریق خون در کشورهای آسیایین، آمریکای لاتین و کارائیب است (۱۶). انتقال بیماری از طریق انتقال خون سومین علت شایع عفونت HIV در آفریقا بعد از عفونت از راه هتروسکسوال و پری‌ناتال است (۱۶).

استفاده مشترک از سوزنها برای استفاده از داروهای تزریقی بطور مؤثر ویروس را انتقال می‌دهد و همچنان یکی از روشهای اصلی انتشار عفونت HIV-1 در آمریکای شمالی و اروپای غربی است (۱۴). HIV می‌تواند از طریق خون و محصولات خونی منتقل شود. تخمین زده می‌شود که ۹۰ تا ۱۰۰ درصد افرادی که خون آلوده به HIV دریافت کرده‌اند به این ویروس آلوده شده‌اند و تزریق خون کامل - گلبولهای قرمز متراکم - لوکوسیت‌ها و پلاسما قادر به انتقال عفونت HIV است. بر خلاف آن گاما گلوبین هیپرایمیون، ایمونوگلوبولین هپاتیت B، واکسن هپاتیت B مشتق از پلاسما و ایمونوگلوبولین Rho. با انتقال عفونت HIV همراه نبوده‌اند که به نظر می‌رسد روشهای مربوط به تولید محصولات فوق باعث غیر فعال شدن یا زدودن ویروس فوق می‌شود. احتمال آلوده شدن فرد مبتلا به هموفیلی از طریق دریافت فاکتورهای انعقادی تغلیظ شده برطرف شده است زیرا فرآورده‌های مذکور حرارت داده می‌شود.

در ضمن هیچ موردی از انتقال HIV-2 از طریق خون اهدایی در ایالات متحده گزارش نشده است و در حال حاضر خون اهدایی از نظر آنتی‌بادی‌های HIV-1 HIV-2 مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (۱۳).

انتقال شغلی

خطر انتقال شغلی HIV در میان کارکنان بهداشتی - شاغلین آزمایشگاهها و احتمالاً سایر کسانیکه با افراد آلوده به HIV سروکار دارند بویژه زمانی که از وسایل نوک تیز استفاده می شود اندک اما قطعی است (۱۳). با یک بار در دست رفتن سوزن آلوده با خون یک بیمار آلوده به HIV خطر عفونت تقریباً ۰/۳٪ است (۱۴). خطر عفونت هپاتیت B پس از چنین تماس مشابهی ۲۰-۳۰ درصد است. عواملی که ممکن است در ارتباط با انتقال جلدی مخاطی HIV باشند عبارتند از تماس با مقدار زیاد و غیر معمول خون - تماس طولانی مدت و وجود یک منفذ احتمالی جهت ورود (۱۳).

انتقال از طریق سایر مایعات بدن

شواهد متقاعد کننده ای حاکی از انتقال عفونت HIV از طریق بزاق چه از راه بوسیدن یا توسط سایر انواع تماسها نظیر تماسهای شغلی با کارکنان بهداشتی درمانی وجود ندارد. موارد مشکوکی از انتقال بوسیله بزاق گزارش شده است که احتمالاً از نوع انتقال خون به خون بوده است و علاوه بر این نوعی پروتئین موجود در بزاق که مهار کننده پروتئاز لوکوسیتی ترشحی نامیده می شود در شرایط آزمایشگاهی دارای فعالیت ضد HIV-1 است.

شواهدی وجود ندارد که انتقال HIV می تواند از طریق تماس با اشک - عرق و ادرار صورت بگیرد با این وجود موازندی از انتقال عفونت HIV از طریق مایعات بدن شناسایی شده اند که ممکن است با خون آلوده شده باشند (۱۳).

اپیدمیولوژی

عفونت HIV و ایدز در دنیا

عفونت HIV یک پاندمی جهانی است و موارد ابتلای به آن تقریباً از تمام کشورها گزارش شده است. موارد جهانی در بالغین ۳۰-۳۶ میلیون نفر می باشد که از این تعداد حدود ۲/۵ میلیون نفر کمتر از ۱۵ سال سن دارند (۱۳). به محض اینکه HIV-۱ به عنوان عامل ایجاد AIDS شناخته شد مطالعات گذشته نگر بر روی نمونه های سرمی انبار شده نشان دادند که HIV-۱ در بخشهایی از آفریقای مرکزی بمدت حداقل دو دهه قبل از شناسایی سندرم بالینی AIDS وجود داشته است (۱۴).

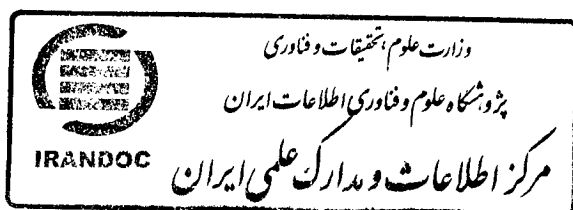
اپیدمی بیماری برای نخستین بار در ایالات متحده و کوتاه زمانی پس از آن در اروپای غربی شناسایی شده. تعداد موارد جدید سالانه به اوج خود رسیده است و مقدار آن در آمریکای شمالی و اروپای غربی به حد ثابت نزدیک می شود. آفریقا از اپیدمی بیماری آسیب فراوان دیده است و شیوع عفونت در بسیاری از شهرها به ارقام بالایی رسیده است. در کشورهای آسیایی اپیدمی بیماری کمتر از آفریقا است (بویژه هند و تایلند) اما تعداد موارد جدید در این منطقه به سرعت در حال افزایش است و تصور می شود بزودی اپیدمی در آسیایز آفریقا بیشتر شود (۱۳). در دنیا ۱۱/۸ میلیون نفر از آلودگان ایدز بین ۲۴-۱۵ سال سن دارند. روزانه ۱۵۰۰۰ نفر آلوده به ایدزمی شوند که ۶۰۰۰ نفر بین ۲۴-۱۵ سال هستند.

اهمیت آموزش جوانان و نوجوانان: ۱- نوجوانان آمادگی شدید برای آلودگی دارند

۲- نوجوانان بهتر از بزرگسالان می آموزند

۳- درصد زیادی از جمعیت کشورهای در حال توسعه جوانان

می باشند.



ایدز در ایران

بر اساس آخرین آمار اعلام شده از سوی سایت وزارت بهداشت ایران تا اول مهر ماه ۱۳۸۸ حدود ۲۰۱۳۰ نفر آلوده به HIV در ایران شناسایی شده اند. از این تعداد ۲۰۹۷ نفر به ایدز مبتلا شده اند و ۳۴۰۹ نفر نیز در اثر این بیماری جان باخته اند (۱۱).

علل اصلی آلودگی در ایران از سال ۱۳۶۵ به ترتیب: استفاده از سرنگ مشترک ۶۹/۸٪، انتقال جنسی ۸/۵٪، خون آلوده ۱/۲٪، انتقال از مادر به کودک ۰/۶٪ بوده اند، در حالیکه ۱۹/۹٪ از علل نیز تا کنون ناشناخته اند. در آمار تفکیک سال ۱۳۸۷ سرنگ مشترک ۷۶/۶٪، جنسی ۱۳/۳٪، مادر به کودک ۰/۸٪، علل نامشخص ۹/۳٪ را تشکیل می دادند و انتقال از طریق خون آلوده به صفر درصد رسیده است. در کل در ایران ۹۳٪ از مبتلایان مرد و ۷٪ زن می باشند (۱۱).

پاتولوژی

شاخص اصلی بیماری HIV کمبود شدید ایمنی است که بطور اولیه مربوط به کمبود پیشرونده کمی و کیفی زیر گروهی از لنفوسیت‌های T تحت عنوان T کمک کننده است روی این لنفوسیتها CD ۴ وجود دارد که گیرنده اولیه سلولی جهت HIV است (۲، ۱۳). هنگامی که یک لنفوسیت T کمکی که حاوی پروویروس ملحق شده است فعال می شود میزان بروز RNA m ی HIV افزایش می یابد. تکثیر مولد ویروسی برای سلولهای T کمک کننده حالت لیتیک دارد (۱۴). زمانی که شمار سلولهای T Helper به کمتر از میزان خاصی کاهش یابد بیمار در معرض افزایش خطر ابتلا به مجموعه ای از بیماریهای فرصت طلب بویژه عفونتها و نئوپلاسم ها قرار می گیرد که شاخص ایدز است (۲، ۱۳). تعدادی دیگر از سلولهای میزبان مانند ماکروفاژهای آلوده ممکن است نقش عمده ای را در انتشار عفونت HIV به سایر بافتها و بویژه سیستم عصبی مرکزی (CNS) ایفا کنند (۱۴).

عفونت اولیه HIV

ورود ویروس به بدن و گسترش ویروس به اعضاء لنفوئید عامل اساسی در پیدایش عفونت مزمن و پایدار است. ویروس که بطور مستقیم از طریق خون یا محصولات خونی یا راههای انتقال دیگر وارد جریان خون می شود احتمالاً توسط طحال و سایر اعضاء لنفوئید تصفیه می شود (۱۳). در جریان این مرحله نهفتگی بالینی تکثیر سریع ویروس رخ می دهد بطوری که ممکن است هر روز بیش از یک بلیون ویروس جدید تولید شود اما با مکانیسمهای ناشناخته همین تعداد ویروس از بین می رود. ممکن است بمدت چند سال نوعی تعادل پیچیده کاملاً دینامیک بین HIV و سلولهای CD4+T پابرجا بماند. در نهایت کاهش تعداد سلولهای CD4 در گردش خون در اکثریت قریب به اتفاق افراد رخ می دهد (۱۴). پس از آن منجر به ویرمی و گسترش ویروس به سرتاسر بدن می شود و بطور قطع اهداف نهایی ویروس سلولهای CD4+T و سلولهای رده منوسیت هستند (۱۳).

تثبیت عفونت مزمن و پایدار

عفونت HIV در بین عفونتهای ویروسی انسان نسبتاً منحصر به فرد است زیرا با وجود آن که پاسخ ایمنی سلولی و هومورال قوی بدنال عفونت اولیه پدید می آیند اما ویروس به استثناء موارد بسیار جزئی بطور کامل از بدن تصفیه نمی شود. نوعی عفونت مزمن پدید می آید که با درجات متغیری از تکثیر ویروس و بطور متوسط در حدود ۱۰ سال پیش از بروز علائم بیماری همراه است. HIV معمولاً از چنگ پاسخ شدید ایمنی می گریزد و حالتی از عفونت مزمن همراه با تکثیر فعال و مداوم ویروس را بوجود می آورد. HIV جهت غلبه بر سیستم ایمنی از چند مکانیسم استفاده می کند. HIV توانایی لازم جهت جهش پیدا کردن را دارد اما چنین