



پاینامه خبری پژوهشی
مرکز تحقیقات بهداشتی سلامت

سلامت

سال سوم - شماره ۳۰ - آذر ۱۳۹۱

ISSN: 6018-2251



بسررسی آنلزو و احسوال
حکیم قطب الدین شیرازی

شیراز
قطب الدین



در این شماره می خوانید:

- ۱
- ۲
- ۳
- ۷
- ۸
- ۱۰
- ۱۲
- ۱۵
- ۱۷
- ۲۰

سخن نخست

ایبز، ایران

رژیم های درمانی در بیماری ایبز

یافته های جدید در رابطه با واکسن HIV

اج ای وی ایبز چیست؟

جنبه های روان شناختی ایبز

وضعیت شیوع ایبز در ایران و جهان

مقاومت دارویی در HIV

تازه های پزشکی

خلاصه مقالات کنگره حکیم طب الدین شیرازی



سال سوم - شماره ۳۰

آذر ۱۳۹۱

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر کامران باقری لنگرگی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:

دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلوئی

همکاران این شماره:

دکتر پیام پیمانی، دکتر مجتبی محمودی
دکتر مریم دهقان خلیلی، سید مهدی احمدی، پارس ساربخانی

رئیس شورای سردبیری:
سید مهدی احمدی

طراحی و صفحه آرایی:
فرحناز ایزدی

مدیر اجرایی:
محمد خوش سیما

نگاهی دیگر به همه گیری ایدز به بهانه روز جهانی ایدز سخن نخست

گزارش اخیر مرکز کنترل بیماری های آمریکا مبنی بر اینکه ۲۶٪ از عفونت های اچ ای وی جدید در سال ۲۰۱۰ در سنین ۱۳ تا ۲۴ سالگی رخ داده است، فقط برای ساکنین قاره آمریکا مهم نیست. روند تغییرات این بیماری در خارج از قاره آفریقا معمولاً با سیر بیماری در آمریکا ی شمالی تطبیق داشته است منتهی با یک دهه تاخیر. در قاره آفریقا سیر فزاینده انتقال عمودی و آلودگی کودکان و نیز عادات پرخطر در رفتار های جنسی شرایط ویژه ای را ایجاد کرده که تفاوت آشکاری با سایر نقاط جهان دارد. ولی سایر کشور ها معمولاً کم و بیش با یک تا دو دهه تاخیر همان روندی را در همه گیری این بیماری طی کرده و میکنند که امریکای شمالی پیش از آنها سیری کرده بود. البته نمی خواهیم بگوییم دقیقاً همه وقایع یکسان بوده اند. اما شباهت در تکرار این وقایع روز به روز بیشتر شده است. یکی از دلایل این افزایش شباهت فراگیری فرهنگ آمریکایی در همه نقاط جهان به ویژه در بین نسل جوان است. از این رو گزارش مرکز کنترل بیماری های آمریکا در اعلام وزن بیست و شش درصدی نوجوانان و جوانان ۱۳ تا ۲۶ ساله در میانان جدید به وپروس اچ ای وی برای همه دنیا از جمله کشور ما زنگ خطر مهمی به شمار میرود. نوجوانان و جوانان به دلیل ترویج و شور و نشاطی که دارند و نیز به دلیل علاقه به ابراز وجود و ترویج، آسیب پذیرترین گروه سنی در برابر بحران های اجتماعی و شیوع رفتارهای پرخطر میباشند. هر چقدر حمایت خانوادگی و پشتیبانی تربیتی این گروه سنی سست تر باشد این آسیب پذیری بیشتر است. داستان تکراری شیوع بالای عفونت های آمیزشی و اعتیاد در بین فرزندان طلاق و خانواده های بد سرپرست این جا هم تکرار پذیر است. آگاهی های نسل جوان در خصوص مخاطرات رفتاری اغلب به مراتب کمتر از میزان دسترسی او به فضاهای ترویج کننده به این اقدامات و نیز امکان ارتکاب این اقدامات می باشد. در چنین شرایطی در دو گانه رعایت عفت عمومی و پرهیز از فاش گویی آنچه که برده حیا را میبرد از یک سو و مخاطراتی که حیات نسل جوان را تهدید میکند از سوی دیگر، تصمیم گیری آسان نمی باشد. به ظاهر راه آسان تر فاش گویی به همگان است. اما تحقیقات متعددی نشان داده است که گفتار های عمومی و بدون برنامه اثر چندانی در تغییرمآلدها در رفتارهای پرخطر ندارند. هرچند برخی اطلاعات باید برای همگان متناسب با سن آنها بیان شود اما تمرکز بر گروه های پرخطر و استفاده از روش های موثر تر برای این گروه ها هم هزینه معقول تری دارد و هم اثرگذاری بیشتری و هم اجازه فاش گویی را بدون برهم زدن آرامش عمومی، میدهد. شناسایی گروه های پرخطر و تمرکز فعالیت های آموزشی با روش های موثر بر این گروه، احتیاج به درک مشترک و همکاری متقابل بین دستگاههای ذی ربط، به ویژه آموزش و پرورش، وزارت علوم، سازمان گردشگری، پلیس، بیهیستی، قوه قضاییه به خصوص سازمان زندان ها دارد. تلقی نادرست از تفریح امکان تقارن رفتارهای پرخطر متعدد را افزایش میدهد و نسل جوان را در برابر خطرات فزاینده که شامل عفونت و وپروس اچ ای وی نیز میشود، قرار میدهد. بسیاری از نسل جوانی که درگیر این رفتار ها میشوند از عواقب احتمالی آنچه که میکنند اطلاعی ندارند و حداکثر از تنبیه قانونی آن مطلع هستند بی آنکه مضرات آن را بر سلامت خود بشناسند. دقیقاً باید برای همین نسل جوانی که در معرض خطر هستند برنامه ریزی و اقدام کرد. بخشی از این اقدامات باید در نزدیک ترین زمان و مکان به فضای زمانی و جغرافیایی که ظرفیت وقوع این رفتار ها را در بدن خود دارد، انجام شوند. مدارس حاشیه شهر ها، خوابگاه ها، مناطق آزاد از نظر جغرافیایی، زمان های تعطیلات نظیر تعطیلات نوروزی و تابستانی از نظر زمانی، مشاطفی که فرد بدون همراهی خانواده وبه صورت دوره ای به آنها اشتغال دارد، از جمله کانون های خطر هستند. باید برای همه این موارد و سایر موارد مشابه برنامه ریزی ویژه ای داشت تا نسل جوان در نزدیک ترین زمان و مکان یادآوری ها و نکات آموزشی لازم را دریافت کند. توانمند شدن نسل جوان در مواجهه با این رفتار ها و آنچه که از آن به (قدرت نه گفتن) در مهارت های زندگی یاد میکنند، هنوز احتیاج به تقویت بیشتری دارد. نباید ارتقای فرهنگی را در این بین دست کم گرفت. اما باید در این عرصه با واقع بینی عمل کرد و به کارهای سطحی دل خوش نداشت. خانواده ها نیز در تضاد نگرانی از این مخاطرات از یک سو و فشار جوانان و نوجوانان برای کسب آزادی عمل اغلب بیشتر نگرانند تا کار آمد. در آن جایی هم که بد سرپرستی و یا بی سرپرستی وجود دارد، کسی نگران نیست تا اقدامی بکند. برای خانواده های نگران نیز باید با آموزش مناسب، توانمندی ایجاد کرد تا فعالیت با نسل جوان خود در گذار از این مراحل همراهی کنند و با نگرانی بی حاصل، سلامت روان خود و جوان خود را مختل ننمایند. در گزارش مورد اشاره از امریکای شمالی، ۷۵٪ مبتلایان جدید نوجوان یا جوان، پسرنی بوده اند که از راه تماس جنسی با همجنس مبتلا گشته بودند. ۶۰٪ عفونت های جدید جوانان و نوجوانان در سیاه پوستان بروز کرده بود. همه اینها ناقوس های خطری هستند که برای همه کشورها از جمله کشور ما میتوانند هشدار دهنده باشند.

دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سلامت

ایدنز، ایران

دکتر حسن جولانی، رئیس مرکز تحقیقات ایدنز، دانشگاه علوم پزشکی شیواز

بالاخره اپیدمی ایدنز در کشور ما وارد موج سوم یعنی انتقال جنسی شد. طبق اعلام وزیر محترم بهداشت میزان انتقال ویروس HIV در کشور ما از راه جنسی به نسبت امارات جمعیتی سال های قبل دو برابر شده است. آنچه مسلم است کشور ما در برخورد با موج اول و دوم بیماری و کنترل آن یکی از موفقترین کشورها بوده است. شاید اولین عامل موفقیت به رسمیت شناختن اپیدمی ایدنز بوده، و عامل بعدی تلاش در رفع انگ و تبعیض از این بیماری تا نابوی ایدنز شکسته شود و همه صاحبان فرایند در کنار سیستم سلامت قرار بگیرند و برای کنترل آن برنامه ریزی و اجرا کنند. این کار به سادگی میسر نبود، بسیج رسانه های عمومی، انجام تحقیقاتی اکتشافی، طراحی برنامه های عمودی در کنار سیستم شبکه ای جهت مدیریت بیماری (گرچه زمان آن فرارسیده که استراتژی برنامه های عمودی را به برنامه های انضمام یافته پیوند زد و از توان سیستم شبکه ای بیشتر استفاده نمود)، درگیر نمودن جامعه و سایر بخشهای توسعه از اساسی ترین استراتژیهای وزارت بهداشت در کشور ما بوده است. اخیراً دفتر ایدنز سازمان ملل متحد گاهش بروز ایدنز در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط را به میزان ۵۰٪ اعلام کرد. کشورهای حوزه کارائیب، کشورهای آفریقایی، بعضی کشورهای آسیایی نظیر هند در این گزارش به عنوان کشورهای موفق نام برده شده اند. اولین و کلیدی ترین رمز موفقیت در این کشورها به نظر همان عامل اشاره شده برای موفقیت کشور ما بوده است یعنی به رسمیت شناختن این بیماری بدون هرگونه انگ و تبعیض. استراتژی های به کار رفته در این کشورها شامل:

- کنترل بیماری در گروههای پرخطر،
- ترویج استفاده از کاندوم در تماس های جنسی پرخطر،
- توسعه دسترسی به درمان،
- ترویج رفتارهای سالم و تغییر رفتارهای پرخطر،
- سرمایه گذاری برای اجرای برنامه های ارتقاء سلامت و پیشگیری در جامعه،
- ترویج خشنه در مردان، و
- اجرای برنامه های پیشگیری از انتقال مادر به کودک

گاهی به تجربه کشور ما نشان می دهد اگر بخواهیم در ادامه مبارزه با گسترش این بیماری موفق تر از قبل عمل کنیم، به ویژه که این اپیدمی در حال عبور از مرحله متمرکز به مرحله فراگیر (کل جمعیت) است، باید این باز نیز خطر را جدی بگیریم و ضمن توجه به گروههای پر خطری نظیر گروههای با رفتار پر خطر جنسی، کل جمعیت را در گروههای مختلف سنی جنسی مورد آموزش قرار داد. نابویی که در مورد معناتان تزریقی بود این باز به طور جدی تر در مورد گروههای با رفتار جنسی پرخطر وجود دارد. اگر برآورد تعداد تقریبی زنان روسپی صحیح باشد، اگر مطالعات انجام شده در مورد رفتارهای جنسی این گروه و مشتریان متنوعی که از گروههای مختلف اجتماعی دارند را باور کنیم و اگر به این گروه افرادی که به ازدواج موقت تن می دهند و بی شناختی از شرکای جنسی خود ندارند را اضافه کنیم، آن وقت رنگ خطر و دشواری راه پیش روی وزارت بهداشت، نهادهای تابعه و حتماً نهادهای اجتماعی خارج از این وزارت خانه به خوبی مشخص می شود. باید به این باور برسیم که پدیده روابط جنسی پرخطر وجود دارد، باید به این باور برسیم که مشکل اپیدمی ایدنز در کشور ما جدی است به ویژه با توجه به تغییر الگوی انتقال این بیماری در جامعه، این باور فقط منوط به بخش سلامت نیست که آنها صورت مسئله را باور دارند. روی سخن با سایر بخشها، سیاستگذاران و سیاستمداران است. باید از تجربه دو دهه گذشته خود درس بگیریم و با قبول صورت مسئله به فکر چاره ای جدی باشیم.

رژیم های درمانی در بیماری ایدز

دکتر شهره بهشتی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات ایدز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

در حال حاضر ۱ بر خلاف اولین روزهای شناسایی این بیماری ۱ دیگر تشخیص عفونت HIV مناسبتی با یک بیماری کشنده اجتناب ناپذیر نیست و استفاده مناسب از درمان ضد رتروویروسی ۱ پیشگیری و درمان بیماری های همراهِ امکان زندگی سالمتری را برای مبتلایان به این عفونت فراهم ساخته است.

هدف نهایی درمان در این بیماران عبارت است از:

۱- جلوگیری و معکوس کردن روند تخریب سیستم ایمنی

۲- اجتناب از عفونت های فرصت طلب و دیگر عوارض ناشی از عفونت HIV

۳- طولانی کردن بقای فرد

فرضیه های درمانی:

برای درمان این بیماران بطور کلی دو فرضیه عمده وجود دارد.

۱- حذف کامل ویروس از بدن:

الف- از طریق تحریک ژنوم ویروس- ایجاد ترانسفورمیشن (Transformation) که باعث ساخته شدن پروتئین نامناسب می شود.

ب- تزریق بیش داروهای غیررسمی که در سلول آلوده سعی می شوند.

۲- جلوگیری و کاهش سرعت تکثیر ویروس

الف - جلوگیری از چسبندگی به سلول - GP ۱۲۰

ب- جلوگیری از نفوذ ویروس به سلول Anti GP۲۱ activity

ج- جلوگیری از انجام اعمال آنزیمها که مفضلاً بحث خواهد شد.

د- مهار توأخی ژنی

غیر فعال کردن ژنوم tat که تکثیر ویروس را تحریک می کند

فعال کردن ژنوم nef که بازدارنده تکثیر ویروس است.

ه- جلوگیری از رهایی ویروس از سلول:

افزایش PH

استفاده اینترفرون ها (IFN)

داروهای ضد ویروسی:

در سال ۱۹۸۷ میلادی Zidovudine بعنوان اولین داروی موثر در درمان HIV/AIDS مطرح می شود. این دارو قبلاً جهت درمان بیماریهای ویروسی شناخته شده بود، اما به علت عوارض جانبی متعدد مجوز مصرف نداشته است.

در حال حاضر بر اساس چرخه زندگی ویروس داروهای متعددی شناخته شده است. درمان چند دارویی ضد ویروسی با HAART نقطه عطفی در درمان بیماران مبتلا به این عفونت محسوب می آید؛ بطوریکه پس از آغاز این درمان در جهان تعداد مرگ بیماری که وارد مرحله ایمن شدند بطور قابل ملاحظه ای کاهش یافته است. مهار تکثیر ویروس HIV نقش اساسی در جهت افزایش مدت و کیفیت زندگی بیماران دارد.

چرخه زندگی ویروس:

ویروس می تواند به کلیه سلولهای حاوی گیرنده CD4 متصل شود اما تکثیر فعال آن فقط در لنفوسیت های CD4 امکان پذیر است. ویروس با کمک پروتئینهای سطحی به گیرنده های سلول میزبان خود متصل شده و ساختمان ژنتیکی خود را به همراه آنزیمهای ضروری تکثیر وارد سیتوپلاسم سلول می کند. ساختمان ژنتیکی ویروس که RNA تک رشته ای می باشد با آنزیم ترانس کریپتاز معکوس تبدیل به DNA دو رشته ای می شود و با کمک آنزیم اینترگرز وارد هسته شده و در داخل DNA سلول میزبان شده و اجزاء اولیه ویروسهای جدید به کمک آنزیم آنزیم پروتئاز فراهم می شود.



اولین مجموعه داروهای مجوز دار که اغلب اوقات جهت درمان عفونت HIV استفاده می شوند به دو دسته تقسیم می شوند

- ۱- داروهایی که آنزیم ترانس کریپتاز معکوس را مهار می کنند.
- ۲- داروهایی که آنزیم پروتئاز ویروسی را مهار می کنند.

داروهای مهارکننده آنزیم ترانس کریپتاز معکوس (Reverse Transcriptase Inhibitors)

این دسته دارویی شامل دو گروه آنالوگ های نوکلئوتیدی و غیر نوکلئوتیدی است، که حتما باید در درمان ترکیبی عفونت HIV گنجانده شوند و بصورت تک دارویی نباید مورد استفاده قرار بگیرند. آنالوگ های نوکلئوتیدی و نوکلئوتیدی در این دسته دارویی سیکل تکثیر ویروس را در نقطه سنتز DNA از روی RNA مهار میکنند، درحالیکه داروهای غیر نوکلئوتیدی کاملا اختصاصی به روی آنزیم عمل می کنند. آنالوگ های نوکلئوتیدی و نوکلئوتیدی گستره وسیعی از واکنش های پلیمر شدن DNA را علاوه بر مهار آنزیم ترانس کریپتاز معکوس مهار می کنند؛ از اینرو عوارضی مانند آسیب میتوکندری، استئاتوز کبدی، لاکتیک اسیدوز، نوروپاتی محیطی و پانکراتیت در این دسته از داروها مشاهده می شود. آنالوگ های غیر نوکلئوتیدی با اتصال به محلی غیر از بخش فعال آنزیم ترانس کریپتاز معکوس و ایجاد تغییرات ساختمانی در این آنزیم موجب غیرفعال شدن آنزیم فوق می شوند؛ این دسته دارویی فقط بر روی HIV تأثیرگذارند و بر HIV2 مؤثر نیستند. از طرفی در صورت مصرف تک دارویی سریعا نسبت به این دارو مقاومت ایجاد می شود. در طی هفته های اولیه مصرف این داروها، امکان ایجاد راش های ماکولوپاپولار وجود دارد و ایجاد سندرم استیوین جانسون نیز محتمل می باشد. عوارض خطرناکی مانند هیپانیت فولمیانت، نکروز کبدی و نارسایی کبدی نیز در بیماران مصرف کننده نوبی رایبین گزارش شده است. از نوبی رایبین و افلوپرتز بطور شایع بعنوان بخشی از درمان های اولیه همراه با دو آنالوگ نوکلئوتیدی استفاده می شود.

داروهای مهار کننده آنزیم پروتئاز (protease Inhibitors) این دسته از داروها بعنوان خط درمانی دیگر در بیماران مبتلا به عفونت HIV مطرح می باشد. مصرف این داروها بعنوان بخشی از رژیم دارویی آغازین؛ به همراه داروهای مهار کننده آنزیم ترانس کریپتاز معکوس، در اکثر بیماران قادر به کاهش سطح تکثیر ویروس HIV به زیر ۵۰ کپی در هر میلی لیتر حداقل در عرض ۵ سال می باشد. مصرف تنهایی این داروها باعث ایجاد مقاومت دارویی می شود بنابراین حتما باید بصورت ترکیبی با دیگر داروها مورد استفاده قرار گیرند.

داروهای جدید مجوز دار و موثر در کنترل ویروس عبارتند از :

۱- داروهای مهار کننده ورود ویروس : (Entry Inhibitors)

این دسته از ویروس ها با اتصال ویروس HIV به سلول میزبان با پروسه ادغام تداخل می کنند.

الف- در اتصال GP120 به گیرنده CD4 تداخل می کند.
ب- جلوگیری از نفوذ ویروس به سلول از طریق تداخل در اتصال GP120 با رسیپورهای کمکی سلول (Anti GP120 activity) می کند.

اولین دارو که در این دسته مجوز گرفت یک مهار کننده ادغام ویروسی با نام *Enfuvirtide* می باشد. این دارو در اتصال GP120 به گیرنده CD4 تداخل می کند و تنها داروی تزریقی مجوز دار می باشد.

۲- داروهای مهار کننده اینتگرز (Integrase Inhibitors)

انتظار می رود با گسترش داروهای این گروه کنترل بهتری در درمان بیماران صورت پذیرد.

درمان چند دارویی

درمان ترکیبی مزیت های بسیار زیادی نسبت به درمان تک دارویی دارد که این مزایا شامل دوز مورد مصرف پایین تر ، کاهش سمیت ، تأخیر مقاوم شدن ویروس نسبت به داروها ، هدف قرار دادن قسمتها مختلف چرخه ویروس و غیره می باشد .

شروع درمان :

تصمیم در مورد شروع درمان ضد رتروویروسی بستگی به شرایط فرد و سود بخشی درمان دارد. اخیراً راهکارهایی جهت تصمیم گیری برای شروع درمان در این بیماران ارائه شده است. تعداد سلول های حاوی CD4 و سطح HIV RNA 1 موارد پیش بینی کننده مهمی جهت پیشرفت بیماری و میزان بقا در افرادی است که تحت درمان قرار نگرفته اند. با کاهش میزان سلول های حاوی CD4 و افزایش سطح HIV RNA 1 ریسک پیشرفت بیماری و مرگ افزایش می یابد.

با توجه به پاتوزن بیماری ایمنی درمان بیماران با هر سطح HIV RNA در پلاسما بدون توجه به تعداد سلول های حاوی CD4 سودمند است. از سوی دیگر تعداد زیاد سلول های حاوی CD4 و کم بودن سطح ویروسی در خون منجر به کنترل ویرمی در اولین رژیم درمانی می شود و شروع سریعتر درمان می تواند به مهار پایدارتر ویرمی منجر شود اما با توجه به اثرات جانبی درمان های موجود و امکان شکست درمان در صورت ایجاد مقاومت دارویی ، تأثیر و خطر درمان ضد ویروسی نیاز به بررسی وضاحت عقوت در فرد مبتلا دارد. درمان ضد رتروویروسی در بیمارانی که سطح سلول های حاوی CD4 کمتر از ۲۵۰ سلول در میلی لیتر مکعب دارند یا افت CD4 به میزان ۱۰۰ عدد در طی یک سال و بیماران علامت دار توصیه می شود. همزمان بود یک بدخیمی و با وجود درگیری کلیه و همچنین سن بالاتر از ۶۰ سال شرایطی هستند که بیمار نیاز به شروع درمان را دارد. در مراکزی که امکان استفاده از داروهای مختلف وجود دارد توصیه می شود درمان در بیمارانی که سطح سلول های حاوی CD4 کمتر از ۵۰۰ سلول در میلی لیتر مکعب دارند شروع شود. بیمارانی که سطح سلول های حاوی CD4 آنها بیش از ۲۵۰ میلی لیتر مکعب است و همچنین بیمارانی که سطح HIV RNA زیر ۵۰۰۰۰ می باشد ، شانس کمتری برای پیشرفت بیماری در کوتاه مدت دارند بنابراین زمان نیاز به شروع درمان در این گروه با پیگیری مرتب سطح سلول های حاوی CD4 و HIV RNA تعیین می گردد. میزان HIV RNA بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ کپی در میلی لیتر نیز بعنوان فاکتور خطر پیشرفت بیماری در نظر گرفته می شود و در این شرایط نیز نیاز به شروع درمان وجود دارد. داروها باید بصورت ترکیبی و همزمان شروع شوند . اضافه کردن داروها در طی زمان موجب افزایش احتمال مقاومت نسبت به داروها می شود. از سوی دیگر در صورت قطع یک دارو باید ترکیب دارویی را بطور کامل قطع کرد تا شانس ایجاد مقاومت نسبت به دارو ها کاهش یابد. هدف از شروع درمان ضد رتروویروسی لغت میزان پلاسما HIV RNA به مقادیر غیر قابل اندازه گیری با استفاده از حساس ترین تست موجود می باشد. در صورتیکه سطح HIV RNA در طی ۶ هفته پس از شروع درمان به کمتر از ۵۰ کپی در میلی لیتر کاهش پیدا نکند ، ویرمی در طی یک سال و پس از آن به سختی کنترل خواهد شد.

در صورت افزایش ثابت میزان ویروس در خون بیش از ۰.۱۵ لگاریتم ده، شکست درمان مطرح می باشد و در صورت به تاخیر افتادن درمان اندازه گیری سطح HIV RNA جهت در نظر داشتن پیشرفت عفونت توصیه می شود.

تعداد سلول های حاوی CD4 نشانگر میزان آسیب سیستم ایمنی است که با افزایش ریسک ابتلا به عفونت های فرصت طلب، نوتوپلاسم ها و طول عمر بیمار ارتباط دارد. پیش از شروع درمان تعداد سلول های حاوی CD4 نیز بعنوان سطح پایه باید مورد ارزیابی قرار گیرد از سوی دیگر تعداد سلول های حاوی CD4 جهت پیش آگهی بیماران و زمان شروع درمان های پیشگیری کننده از عفونت های فرصت طلب نیز مورد استفاده قرار می گیرد. پس از شروع درمان نیز هر ۳ تا ۴ ماه نیاز به بررسی سطح سلول های حاوی CD4 می باشد.

فاکتورهای موفقیت درمان:

دریافت فبلی داروهای ضد ویروسی در موفقیت درمان ترکیبی اهمیت فراوانی دارد. بطور مثال گرچه ترکیب Zidovudin-Didanosine در فردی که قبلا از رژیم تک دارویی Zidovudin استفاده کرده است موجب کاهش سرعت پیشرفت بیماری و مرگ می شود با این حال اثر این ترکیب در فردی که قبلا از Zidovudin استفاده نکرده است، بیشتر می باشد. اضافه کردن Ribonavir به رژیم درمانی افرادی که از آنالوگ های نوکلئوزیدی استفاده می کردند، موجب کاهش پیشرفت بیماری، کاهش تعداد ویروس در خون و کاهش مولد مرگ در طی یک سال پس از شروع درمان می شود. با این حال اثر ترکیب سه دارویی فوق در فردی که برای اولین بار این رژیم دارویی را استفاده می کند، بسیار بیشتر است. بقیه از مصرف فبلی دارو، نقش ایمنی پیشرفته، میزان بالای تعداد ویروس در خون و پایین بودن سطح سلول های حاوی CD4 نیز در موفقیت درمان مؤثر می باشند.

پاسخ ویروسی در طی فاز اولیه درمان پیش بینی کننده موفقیت درمان در آینده می باشد. بطوریکه پاسخ ضعیف ویروسی در ۸ هفته اول درمان (حتی در طی اولین هفته شروع درمان) منعکس کننده کنترل ضعیف ویروسی در دراز مدت می باشد و عدم توانایی رژیم درمانی در مهار تکثیر ویروسی به کمتر از ۵۰ کپی در میلی لیتر در طی ۶ هفته اول درمان با شکست در کنترل ویروسی در طی یک سال و پس از آن همراه خواهد بود. و لازم است کل رژیم درمانی تغییر کند.

فاکتورهای پیش بینی کننده شکست درمان شامل نقص ایمنی پیشرفته، میزان بالای تعداد ویروس در خون در اولین ارزیابی، تعداد پایین سلول های حاوی CD4، درمان قبلی ضد رتروویروسی، پاسخ ضعیف سیستم ایمنی پس از ۸ هفته از شروع درمان و عدم استفاده منظم از داروها می باشند. در صورت موفقیت درمان در مهار تکثیر ویروس، درمان با دوز کامل داروها ادامه داده می شود. بطوریکه سطح HIV RNA در مقادیر غیر قابل اندازه گیری باقی بماند. تجربه های کلینیکی در درمان های ترکیبی ضد رتروویروسی:

درمان ضد رتروویروسی بسرعت از درمان تک دارویی به درمان ترکیبی تغییر یافت. بطوریکه در ابتدا از مجموعه دو آنالوگ نوکلئوزیدی استفاده می شد و پس از آن درمان های سه دارویی مطرح گردید. بر اساس سیاست گزافی جمهوری اسلامی ایران اکثریت بیماران که رژیم دارویی ضد رتروویروسی برای اولین بار شروع می شود، مجموعه ای از دو آنالوگ نوکلئوزیدی به همراه یک مهار کننده آنزیم ترانس کربیناز غیر نوکلئوزیدی استفاده می شود. این رژیم دارویی در درمان عفونت HIV بسیار مؤثر می باشد.

Lamivudine-Zidovudin + Efavirenz

و با

Zidovudin- Lamivudine- Nevirapine

ترکیب بعضی از داروها اثرات کاهنده بر روی یکدیگر

(Antagonist) دارد مانند ZDV - d41

ترکیب بعضی از داروها با هم تقویت کننده (Synergist) است مثل ZDV + 2 TC

درمان مؤثر ضد رتروویروسی موجب مهار تکثیر ویروس می شود. بطوریکه میزان ویروس در طی دو هفته پس از درمان بین یک تا دو لگاریتم ده کاهش می یابد و در طی ۱۲ هفته کاملاً لغت می کند. اما در مواردی که میزان ویروس در خون بسیار زیاد باشد، لغت تکثیر ویروس در عرض ۱۶ تا ۲۴ هفته رخ می دهد. پس از آغاز درمان بهتر است ماهانه و با حداقل هر ۳ تا ۴ ماه سطح HIV RNA اندازه گیری شود.

یافته های جدید در رابطه با واکسن HIV

دکتر فروغ نجات التهی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات اینزا، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فاکتور های متعددی ساخت واکسن HIV را تحت الشعاع قرار داده اند. تنوع و گستردگی غیر معمول ویروس HIV بدون شک مهمترین مانع تولید یک واکسن موثر برای پیشگیری از سندرم اینزا بوده است. تنوع اسیدهای آمینه پوشش ویروس در بین ۹ زیر گروه (A,B,C,D,F,G,H,I,K) و بیش از ۳۵٪ (۲۰٪) فرم نو ترکیب ایجاد شده در هر زیر گروه و بالغ بر ۳۵٪ بین زیر گروهها امکان تولید یک واکسن موثر بر علیه این ویروس را مشکل ساخته است. اساس این تنوع ناشی از تکثیر بسیار سریع همراه با ایجاد جهش در ژنوم ویروس های جدید می باشد که آنها را قادر می سازد تا از سیستم ایمنی میزبان بگریزند. مشکل دیگری که در تولید واکسن موثر وجود دارد عدم پاسخ ایمنی روشن و مشخص و مشترک بین افراد انسانی نسبت به ویروس می باشد. با توجه به اینکه ویروس HIV تنها انسان را آلوده می کند و به علت عدم وجود مدل حیوانی مناسب در رابطه با عفونت HIV تحقیقات در این زمینه با مشکلات متعددی روبرو بوده است. اخیراً موشهای ترانسژن که قابلیت آلودگی با HIV را دارند تولید شده اند اما اکثر تحقیقات با استفاده از ویروس SIV در شامپانزه صورت گرفته است که قابل تعمیم در انسان نمی باشد همچنین ویروسهای نو ترکیب SHIV تولید شده اند که ضمن آلوده نمودن شامپانزه شواهد بیشتری به HIV داشته و واکنشهای ایجاد شده بر علیه این ویروس نو ترکیب کمک زیادی به تحقیقات در زمینه عفونت HIV نموده است. تزریق آنتی بادی های مونوکلونال خنثی کننده ویروس به شامپانزه اثرات محافظتی قابل توجهی در مقابل SHIV در حیوان ایجاد نموده است. در انسان مشاهده شده که ایمونوژنهایی که باعث تولید آنتی بادی های خنثی کننده ضد HIV می گردند اشتراک آنتی ژنی با کاردیبولین قلب انسان داشته و بدلیل تولد آنتی ایجاد شده بر علیه آنها دفاع موثری در جلوگیری از ورود ویروس به داخل سلول در بدن صورت نمی گیرد. واکسن های پیشگیری کننده عفونت HIV یکی از اهداف اصلی زیر را مدنظر دارند: جلوگیری از ایجاد عفونت با تولید آنتی بادی های خنثی کننده ویروس و با ایجاد پاسخ در سلولهای T پس از عفونت که منجر به کاهش بیماریزایی ویروس گردد.

در آزمایشهای بالینی انجام شده گزارش داده شده است که واکسن غیر فعال شده ویروس HIV برای افراد انسانی مناسب نبوده است زیرا نه تنها ممکن است غیر فعال سازی بطور کامل صورت نگیرد (به خصوص در مواقعی که تجمع ویروس اتفاق می افتد) بلکه بدلیل فاکتور های پیچیده ویروس HIV که در سایر ویروسها وجود ندارد کاهش ایمونوژنسی واکسن مشاهده می گردد.

تولید واکسن های ضعیف شده ویروس با ایجاد جهش کاهش (deletion) در ژن nef، محافظت در مقابل ویروس SIV را در شامپانزه نشان داده است در انسان استفاده از ویروس های HIV که جهش کاهش در ژن nef داشته اند منجر به ایجاد محافظت نسبی در مقابل ویروس شده است.

در بررسی های کلینیکی که روی واکسن های متعدد HIV انجام شده واکسن های زیر در فاز های اول و دوم آزمایشهای بالینی می باشند: واکسن هایی که با استفاده از وکتور ویروس Fox تولید شده اند و واکسن های نو ترکیب تولید شده از وکتور آدنو ویروس ۵. در هر دو نوع واکسن های فوق بر اساس ژنهای بکار گرفته شده ویروس زیر گروههای متعددی وجود دارند.

واکسن های دیگری نیز بکار گرفته شده اند که تنها شامل پروتئین ها و یا پپتیدهای خاص ویروس بوده اند. این پروتئین هاو پپتیدها ناشی از ژن EBV ویروس و مشتقاتی از گلیکوپروتئین های ۱۲۰ و ۴۱ ویروس می باشند.

این آنتی ژنها باعث تولید آنتی بادی های خنثی کننده ویروس و فعالیت سلولهای T CD۴+ شده اما در پاسخهای TCD۸+ تاثیر ی نداشته اند. در فازهای ۲ و ۳ آزمایشهای بالینی نشان داده شده که این واکسن ها اثرات سوء برای انسان نداشته و ایمونوژنهای خوبی برای پاسخ ایمنی می باشند.

واکسنی که از پروتئین نو ترکیب گلیکو پروتئین ۱۲۰ ویروس ایجاد شده (VAX۰۰۲) در فاز ۳ (پارازمایی بالینی) قرار گرفت. این واکسن شامل دو آنتی ژن متفاوت گلیکو پروتئین ۱۲۰ می باشد که از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ فاز ۳ بررسی بالینی واکسن در ۲۵۲۶ معنادار تزریقی آغاز شد و واکسن در ماههای ۰، ۱ و ۶ و ۱۲ و ۱۸ و ۳۴ به معنایان تزریق گردید با وجود اینکه اثرات جانبی خاصی مشاهده نشد اما پاسخهای ایمنی قابل توجه در ایجاد محافظت بر علیه ویروس در جمعیت مورد مطالعه دیده شد.

اچ ای وی ایبز

دکتر پروین انسر کازرونی، مدیر گروه مبارزه با بیماری‌های معلولیت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اچ ای وی همچنان به صورت مسئله عمده سلامت عمومی است. هیچ درمان قطعی برای عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) وجود ندارد. با این حال، درمان موثر با داروهای ضد رترو ویروسی می‌تواند ویروس را به طوری که افراد مبتلا به HIV بتوانند لذت بردن از زندگی سالم و مولد را تجربه کنند، کنترل کند. HIV سیستم ایمنی بدن را مورد هدف قرار می‌دهد و سیستم‌های دفاعی را در برابر عفونت‌ها و برخی از انواع سرطان‌ها تضعیف می‌کند. همچنان که ویروس به سلول‌های دفاعی آسیب می‌رساند فرد مبتلا به تدریج دچار ضعف ایمنی می‌شود. فعالیت ایمنی بوسیله شمارش سلول‌های CD4 اندازه‌گیری می‌شود. پیشرفته‌ترین مرحله عفونت با اچ ای وی ایبز است که فاصله این دو مرحله می‌تواند ۲ تا ۱۵ سال طول بکشد. ایبز با ظهور سرطان‌های مشخص، عفونت، و سایر تظاهرات کلینیکی شدید خود را نشان می‌دهد.

علائم و نشانه‌ها

نشانه‌های بیماری بستگی به مرحله بیماری دارد. اگرچه افرادی که به ویروس آلوده شده‌اند در چند ماه اول بیشترین عفونت زایی را دارند، خیلی از این افراد از وضعیت خود تا مرحله نهایی بیماری خبر ندارند. در هفته‌های اول بعد از عفونت اولیه فرد هیچ نشانه ندارد. با علائم شبه آنفلوآنزا مثل تب، سردرد، گلودرد، تب‌نورات پوستی را نشان می‌دهد. همچنانکه عفونت، سیستم ایمنی را بتدریج ضعیف می‌کند فرد نشانه‌ها و علائمی را مانند تورم غدد لنفاوی، کاهش وزن، شب‌اسهال و سرفه نشان می‌دهد. بدون درمان فرد به بیماری‌هایی مانند سل، مننژیت کریپتوکوکوس و سرطان‌های مثل لنفوما و کاپوسا سار کوما مبتلا خواهد شد.

راه‌های انتقال

انتقال عفونت از طریق مایعات بدن مثل خون، شیر مادر، منی، ترشحات واژن صورت می‌گیرد. ویروس از طریق تماس‌های روزمره مثل بوسیدن، بغل کردن، دست دادن، آب و غذا منتقل نمی‌شود.

فاکتورهای خطر

- تماس جنسی واژنی یا مقعدی محافظت نشده
- عفونت‌های جنسی همراه مانند سفلیس، هرپس، کلامیدیا، گنوره
- به اشتراک گذاشتن سرنگ، نیپل آلوده و سایر وسایل تزریقی
- تزریق غیر ایمن انتقال خون، پروسجرهای پزشکی که همراه با برش و سوراخ کردن‌های غیر استریل است.
- آسیب‌های اتفاقی یا وسایلی آلوده در پرسنل بهداشتی

در فازهای ۱ و ۲ آزمایش‌های بالینی دیگری که روی واکسن تولید شده پیش‌بینی از ژن Env بنام Vax004 صورت گرفت نشان داده شد که از ۲۰۹۹ فردی که HIV منفی بودند پس از واکسینه شدن، ۲۳ نفر به عفونت HIV مبتلا شدند بررسی انجام شده مشخص نمود که پلی مورفیسم ژن ناحیه FC مولکول آنتی بادی‌های ایجاد شده (FC-γ IIa, IIIa) می‌تواند منجر به عملکرد متفاوت آنتی بادی‌های خنثی‌کننده در افراد مختلف گردد. با توجه به اینکه مولکول‌های آنتی بادی از طریق ناحیه FC خود واسطه عملکرد سلول‌های بل‌دارنده ویروس می‌گردند تفاوت ناحیه FC تاثیر مستقیمی در این پروسه دارد. واکسن دیگری که فاز ۳ آزمایش بالینی را پشت سر گذاشته شامل واکسن ترکیبی است که از دو واکسن تشکیل شده است یکی واکسن نوترکیب تولید شده در وکتور (ALVAC-HIV) و دیگری واکسن دوگانه تولید شده از گلیکو پروتئین نوترکیب gp120 می‌باشد که ابتدا واکسن اول تزریق می‌شود و واکسن دوم بعنوان باآور تزریق می‌گردد. بکارگیری این واکسن در افرادی که در خطر ابتلا به HIV بودند در ناپلند منجر به ۳۱٪ پیشگیری از عفونت گردید. آخرین گزارشی که از موفقیت تولید واکسن برای پیشگیری از عفونت HIV منتشر شده است در نوامبر ۲۰۱۲ می‌باشد در این گزارش محققین کانادایی اعلام نمودند که از ویروس کشته شده HIV که قبلاً بطور ژنتیکی تغییر یافته بود بعنوان واکسن استفاده نموده‌اند که فاز آزمایش بالینی را بطور موفقیت آمیزی طی کرده است این واکسن که SAV-001-H نامیده شده است در مطالعه اولیه در زنان و مردان مبتلا به HIV سنین ۱۸ تا ۵۰ سال مورد بررسی قرار گرفت نتایج نشان داد که واکسن اثرات جانبی معکوس نداشته و قابل استفاده در انسان می‌باشد. در مقایسه با سایر واکسن‌های ارائه شده برای HIV واکسن اعلام شده منحصر بفرد است زیرا از کل پیکره ویروس تغییر یافته ژنتیکی استفاده شده است. با توجه به اینکه موفقیت‌هایی که در تهیه واکسن‌های ضد ویروس حاصل شده عمدتاً از ویروس کشته شده یا ضعیف شده استفاده شده است محققین معتقدند که واکسن معرفی شده با ایجاد پاسخ ایمنی مناسب می‌تواند در ایجاد محافظت بر علیه HIV اثرات قابل توجهی داشته باشد.

تشخیص

تست HIV وضعیت عفونت فرد را نشان می دهد در طی ۳ تا ۶ هفته اولیه در بیشتر افراد آنتی بادی ویروس در بدن قابل تشخیص نیست که از آن بعنوان دوره پنجره یاد می شود. اگر فردی اخیراً در معرض تماس قرار گرفته باشد از ماه ۶ هفته بعد نگرانی شود که زمان لازم جهت ظهور آنتی بادی می باشد.

تست و مشاوره

تست HIV داوطلبانه است و رد آن از طرف فرد بایستی قبول شود. تمام مراکز مشاوره و تست بایستی پنج C را در نظر داشته باشند.

Informed Consent , Confidentiality , Counseling , Correct test results and linkage to Care

پیشگیری

افراد می توانند ریسک عفونت یا HIV را محدود کردن تماس با ریسک فاکتورها کاهش دهند. کلیدهای پیشگیری که به صورت ترکیبی استفاده می شود. شامل موارد زیر است:

- ۱- استفاده از کاندوم مردانه و زنانه استفاده صحیح و مداوم کاندوم استفاده از کاندوم زنانه و مردانه می تواند از بخش عفونتهای جنسی مانند HIV جلوگیری کند. شواهد نشان می دهد که کاندوم لاتکس مردانه ۸۵٪ یا بیشتر محافظت در برابر HIV و دیگر عفونتهای منتقله از راه تماس جنسی ایجاد می کند.
- ۲- تست و مشاوره برای HIV و دیگر عفونتهای منتقله از راه تماس جنسی

تست HIV و دیگر عفونتهای منتقله از راه تماس جنسی قویا برای تمام افرادی که در معرض ریسک فاکتورها قرار داشته اند توصیه می شود. بنابراین این افراد می توانند در مورد وضعیت عفونتهای خود و دسترسی به خدمات پیشگیری و درمانهای لازم آگاهی را بدون تأخیر کسب کنند. WHO برای شریک جنسی نیز تست پیشنهاد می دهد.

۳- ختنه داوطلبانه مرد

ختنه مرد وقتی توسط پرسنل آموزش دیده ارائه شود ریسک عفونت HIV در مردان را ۶۰٪ کم می کند. این یک مداخله کلیدی در موارد آینده می منتشر با شیوع HIV و شیوع پایین ختنه می باشد.

۴- پیشگیری بر مبنای داروهای ضد ویروسی

۱-۴: مطالعه جدید نشان داده است که اگر فرد یا عفونت HIV به رژیم درمانی موثر دسترسی داشته باشد خطر انتقال ویروس به شریک جنسی غیر آلوده تا ۹۰٪ کاهش پیدا می کند. WHO برای کسانی که یک شریک HIV مثبت و شریک دیگر HIV منفی باشد، داروهای ضد ویروسی را بدون توجه به شمارش CD4 توصیه می کند.

۲-۴: پروفیلاکسی قبل از تماس برای شریک جنسی HIV منفی کارآمدی بالینی در بین زوجینی یک شریک HIV مثبت و شریک دیگر HIV منفی نشان داده است که مصرف داروهای ضد ویروسی بوسیله شریک جنسی HIV مثبت در پیشگیری از انتقال HIV از فرد مثبت می تواند موثر باشد که بعنوان پیشگیری قبل از تماس شناخته می شود.

۳-۴ پروفیلاکسی بعد از تماس

پروفیلاکسی بعد از تماس به استفاده از داروهای ضد ویروسی در مدت ۷۲ ساعت بعد از تماس یا HIV به منظور پیشگیری از عفونت گفته می شود. پروفیلاکسی بعد از تماس برای کارکنان سیستم سلامت بدینال حوادث شغلی توصیه می شود که شامل مشاوره مراقبتهای اولیه تست HIV بسته به سطح خطر، تجویز رژیم درمانی ۲۸ روزه یا پیگیری مراقبت است.

۵- کاهش خطر برای معاندان تزریقی

معاندان تزریقی بایستی اقدامات احتیاطی را در برابر عفونت با HIV استفاده از وسایل تزریقی استریل و یکبار مصرف انجام دهند. بسته جامع از مداخلات پیشگیری و درمانی شامل موارد زیر می باشد.

برنامه های سرنگ و نیول ، درمانهای جایگزینی مواد مخدر، تست HIV و مشاوره، درمان و مراقبت HIV دسترسی به کاندوم ، مدیریت بیماریهای منتقل شونده از طریق جنسی ، سل و هپاتیت های ویروسی

۶- حذف انتقال مادر به کودک

انتقال از مادر آلوده به HIV به کودک در حاملگی ، در هنگام درد زایمان، زایمان یا شیردهی را انتقال عمودی یا انتقال از مادر به کودک نامیده می شود. بدون هیچ مداخله انتقال ۴۵٪-۱۵٪ است اگر مادر و کودک با داروهای ضد ویروسی در طی مراقبتی که عفونت می تواند رخ دهد درمان شوند. این انتقال می تواند تقریباً بطور کامل پیشگیری شود.

WHO طیف وسیعی از گزینه ها را برای پیشگیری توصیه می کند که شامل فراهم آوردن دارو ضد ویروسی برای مادر و کودک در طی مدت حاملگی، زایمان و بعد از دوره نوزادی یا درمان طولانی بدون توجه CD4

جنبه های روانشناختی HIV/AIDS

HIV/AIDS و اعتقادات مذهبی

محمد امینی لاری، مدیر اجرایی مرکز تحقيقات ایدز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

در مطالعه ای دیگر روی ۱۴۱ زن HIV+ در آمریکا نشان داده شده است که سبکهای مقابله مذهبی منفی با سلامت روان ضعیفتر و عملکرد پایینتر و تجربه بیشتر احساس تنگ و تبعیض ارتباط دارد (۱۰). نتایج مطالعه ای در ایران نیز نشان می دهد که بیماران HIV+ دارای مقابله ی مذهبی مثبت در مقایسه با بیماران HIV- دارای مقابله ی مذهبی منفی از سلامت روان بالاتری برخوردارند (۱۱). با این وجود اگر چه نقش مذهب به عنوان یک عامل اساسی در تغییر رفتارهای انسان مبرهن است اما این عامل همیشه نمی تواند در تمام افراد به دلیل وجود تفاوت های فردی و گرایش های مختلف مذهبی، تشمین کننده تغییر رفتار باشد (۱۲).

مذهب به عنوان یک موضوع مهم، اغلب در زندگی افرادی که با HIV زندگی می کنند مورد غفلت واقع شده است. مواجهه با خیل عظیمی از بحران های بهداشتی ممکن است برای افراد HIV+ فرصتی باشد که به اعتقادات مذهبی خود رجوع کرده تا به نوع آن از پیامدهای مثبت در کیفیت زندگی و سازگاری بیشتر با بیماری بهره ببرند. در مطالعه ای روی بیماران مبتلا به ایدز مشخص شد که بین میزان به کارگیری سبک های مقابله ی مذهبی مثبت و کیفیت بهتر زندگی و میزان پایین تنش همبستگی مثبتی وجود دارد (۱۳). مطالعات دیگر نشان داده اند که عواملی از قبیل ضعف باورهای معنوی در افراد HIV+ با افزایش خطر ابتلا به افسردگی رابطه دارد (۲،۳). همچنین اعتقادات معنوی پایین با تجربه ی علائم قابل توجه افسردگی در افراد HIV+ رابطه داشته است (۴).

لذا کمک به بیماران جهت پناه بردن به مذهب و تأمین نیازهای معنوی توسط محیط های درمانی و اجتماعی ممکن است به عنوان یکی از روش های کاهش علائم افسردگی در افراد HIV+ در نظر گرفته شود (۵). در مطالعه ی دیگری نشان داده شده است که به طور حیرت انگیزی نزدیک به نیمی از افراد اعتقاد داشتند که زندگی آن ها نسبت به زمانی که HIV+ بوده اند در وضعیت بهتری قرار دارد و جنبه های معنوی بیماری با احساس بهتر بودن زندگی در آن ها ارتباط داشته و این موضوع، بیانگر نقشی است که جنبه های معنوی مذهبی در کیفیت زندگی این افراد بازی می کند (۶).

اعتقادات مذهبی به طور قابل توجهی نگرش فرد را در خصوص زندگی با ویروس ایدز شکل می دهد. فعالیت ها و باورهای مذهبی می توانند احساس امیدواری و آرامش را در فرد ایجاد کرده و او را برای مرگ احتمالی و پذیرش این موضوع آماده کنند (۷). مطالعات انجام شده در آمریکا نشان می دهند که افرادی که با HIV زندگی می کنند از مذهب به عنوان وسیله ای برای سازگاری با بیماری خود استفاده می کنند (۳،۸). و غالباً تشخیص عفونت می تواند اعتقادات بیمار را تقویت کند. لذا ارتقاء جنبه های معنوی و مذهبی بعد از تشخیص عفونت HIV می تواند منجر به پیشروی کندتر بیماری گردد (۹).

References

- Flansburg LT, Inouye J. Relationship of religion, health status, and socio-economic status to the quality of life of individuals who are HIV positive. *Ment Health Nurs* ۲۰۰۱; ۲۲: ۵۲۹-۳۹.
- Coleman CL, Hollister WL. Spirituality, psychological well-being, and HIV symptoms for African Americans living with HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care* ۱۹۹۶; ۷: ۳۱-۳۷.
- Simoni JM, Otera MZ. Meditational models of spirituality and depressive symptomatology among HIV-positive Puerto Rican women. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* ۲۰۰۲; ۶: ۶۳-۷۲.
- YIMS, Moss JM, Wade TJ, Ho ME, Hornung RW, Cotton S, et al. (۲۰۰۲). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, ۲۱(suppl 2):S۳۱-۳۹.
- Carrico AW, Ironson G, Antoni MH, Lechner SC, Duran RE, Kerner M. A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and ۲۲-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. *J Psychosom Res* ۲۰۰۲; ۲۱(۵): ۳۱۰-۳.
- Tevart I. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* ۲۰۰۲; ۱۷: ۳۰۳-۳۰۷.
- Tuck L, McCain NL, Elswick BK Jr. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *J Adv Nurs* ۲۰۰۱; ۳۲: ۳۱۹-۳۲۷.
- Tevart I. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* ۲۰۰۲; ۱۷: ۳۰۳-۳۰۷.
- Ironson G, Stuetzle E, Fletcher MA. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over ۳ years in people with HIV. *J Gen Intern Med* ۲۰۰۲; ۱۷: ۳۲۰-۳۲۳.
- Hickman EE, Glass CR, Amickoff DB, Fallot BD. Religious coping, stigma, and psychological functioning among HIV-positive African American women. *Mental Health, Religion & Culture* ۲۰۰۲; ۵(۲): ۱۳۳-۱۴۲.
- Hossein MD, Mollanadeh L, Afzar Janzani P, Amiri Lari M. The relationship between attachment styles and religious coping styles with mental health among HIV+ patients. *The quarterly journal of fundamental of mental health* spring ۲۰۱۲; ۱۲(۱): ۲۲۳-۲۳۰.
- Awoyemi SM. The Role of Religion in the HIV/AIDS Intervention in Africa: A possible model for conservation biology. *Conserv Biol* ۲۰۰۳; ۱۷(۱): ۳۱۱-۳۲۰.

سلامت روان و رفتارهای پرخطر

References

1. Burns JM, Martynus R F, Clode D, and Boldero J M. Overdose in young people using heroin: Associations with mental health, prescription drug use and 10+ personal circumstances. *Med J Aust* 2017; 207(5):572-6.
2. Fitzgerald T, Lundgren L, Chasler D. Factors associated with HIV/AIDS high risk behaviours among female injection drug users. *AIDS Care* 2017; 29(10):1273.
3. Azzi O. Women at Risk: Issues in the Primary Prevention of AIDS 1992. New York: Q/Springer.
4. Hong Y, Li X, Fang X, Zhao R. Depressive symptoms and condom use with clients among female sex workers in China. *Sexual Health* 2017; 13(1):1-7.
5. Paone D, Cooper H, Alvarez L, Shi Q, Des Jarlais DC. HIV risk behaviors of current sex workers attending syringe exchange: The experience of women in five US cities. *AIDS Care* 2018; 30(11):1507-15.
6. Dandona R, Dandona L, Gutierrez JP, Kumar AG, McPherson S, Samuels F, Bertozzi SM. High risk of HIV in non-berthel based female sex workers in India. *BMC Public Health* 2017; 17:2407.
7. Yang X, Xia G. Gender, work, and HIV risk: Determinants of risky sexual behavior among female entertainment workers in China. *AIDS Educ Prev* 2017; 29(7):777-87.
8. Gu J, Liu JTF, Chen H, Chen X, Liu C, Liu J. Mental Health and Interpersonal Factors Associated with HIV-Related Risk Behaviors Among Non-Institutionalized Female Injection Drug Users Who Are Also Sex Workers in China. *Women and Health* 2017; 57(1):7-19.
9. Hong Y, Li X, Fang X, Zhao R. Depressive symptoms and condom use with clients among female sex workers in China. *Sexual Health* 2017; 13(1):1-7.

احساسات منفی از جمله افسردگی، ناامیدی و بدبینی در میان مصرف کنندگان مواد (۱) و بویژه در میان معاندان تزریقی زن شایع گزارش شده است (۲). همچنین شیوع بالای علائم روانی از جمله افسردگی، احساس ناامیدی، ضعف و کاهش انرژی و غیره نیز در میان زنان تن فروش دیده شده است. مطالعات نشان داده اند که زنان با چنین احساسات منفی کمتر قادر به مقابله با استرسهای ناشی از مقاومت در استفاده از کاندوم در روابط خود هستند (۳). همچنین افسردگی با استفاده غیر مداوم از کاندوم در بین مشتریان رابطه داشته (۴). در حالیکه نوسیدی و بدبینی با انجام رفتارهای پرخطر جنسی در میان خود زنان تن فروش رابطه داشته است (۵). زنان تن فروش با حمایت‌های میان فردی و اجتماعی ضعیفتر نیز، نسبت به سایرین با احتمال کمتری در برابر عدم استفاده از کاندوم در روابط خود مقاومت نشان می دهند (۶). همچنین نشان داده شده است زنانی که احساس توانایی جنسی پایین دارند با احتمال بیشتری از کاندوم بصورت غیر مداوم استفاده می کنند (۷). نتایج مطالعه ای روی ۲۲۴ زن تن فروش تزریقی در چین نشان داده است که مشکلات سلامت روان در این گروه شایع بود و تعداد قابل ملاحظه ای از زنان تن فروش تزریقی مشکلات روانی از جمله علائم افسردگی و نوسیدی و بدبینی را تجربه می کردند. همچنین این افراد از حمایت اجتماعی خوبی نیز برخوردار نبوده اند. خوش بینی و حمایت اجتماعی با استفاده غیر مداوم از کاندوم در طی شش ماه گذشته در این گروه رابطه منفی داشته. همچنین استفاده از سرنگ مصرف شده با حمایت اجتماعی رابطه منفی و با ناامیدی رابطه مثبت داشته است (۸). در مطالعه دیگری با هدف بررسی رابطه افسردگی و استفاده از کاندوم در ۲۷۸ زن تن فروش، مشخص شد که در حدود ۶۲٪ از افراد سطوح بالای افسردگی را نشان می دادند همچنین زنان تن فروش با علائم افسردگی شدید به احتمال کمتری بطور مداوم از کاندوم استفاده می کردند (۹).

وضعیت شیوع ایدز در جهان و ایران

دکتر پروین لاسر کارونی، مدیر گروه مبارزه با بیماری های واگیر معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

در حال حاضر بیش از ۳۴ میلیون آلوده به اچ ای وی در جهان زندگی می کنند و حدود سی میلیون نفر هم به دلیل این بیماری از بین رفته اند. روزانه بیش از ۷۰۰۰ نفر جدید به این ویروس آلوده می شوند که هزار نفر کودک زیر ۱۵ سال است. ۴۱٪ موارد در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال و ۵۱٪ در گروه زنان هستند.

بیشترین شیوع آلودگی در کشورهای افریقا و افریقای زیر صحرا است که ۲۸٪-۱۵٪ از جمعیت، آلوده هستند. البته کشورهای آسیای میانه، چین، آسیای جنوب شرقی نیز شیوع ۵٪-۱۰٪ دارند.

بررسی روند افزایش آلودگی به HIV در سال های اخیر نشان می دهد که کشورهای افریقایی ۲۵٪ روند رو به کاهش و در آسیای میانه روند افزایشی داشته است.



مختاربان و بخصوص معتادان تزریقی بیشترین موارد ابتلا را در دنیا تشکیل خواهند داد



مختاربان و بخصوص معتادان تزریقی بیشترین موارد ابتلا را در دنیا تشکیل خواهند داد



وضعیت شیوع ایبز در جهان و ایران

از نظر وضعیت آلودگی در گروه جوانان آمار سال های اخیر بیانگر این معکوس است که کشورهای آسیای میانه ۱۳۰٪ افزایش، خاورمیانه و شمال آفریقا (کشور ایران نیز در این گروه قرار دارد) ۱۰۰٪ افزایش، با آفریقا ۳۰٪ افزایش وجود داشته است.



میزان آلودگی در عموم جامعه و میزان آلودگی در گروه پرخطر دو شاخص اصلی سنجش وضعیت آلودگی به HIV در کشورها و جوامع مختلف است. در صورتیکه آلودگی در عموم جامعه کمتر از ۱٪ و آلودگی در گروه پرخطر از نظر HIV (معنادین تزریقی و افرادی که رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده دارند) کمتر از ۵٪ باشد، جامعه با شیوع پایین قلمداد می گردد.

در جوامعی که آلودگی عموم جامعه کمتر از ۱٪ و آلودگی در گروه پرخطر مساوی یا بیش از ۵٪ باشد، آلودگی در گروه خاصی متمرکز شده است. در صورتیکه آلودگی عموم جامعه بیش از ۱٪ و گروه پرخطر بیش از ۵٪ باشد، به معنای آلودگی عمومی است. بر اساس آمار منتشر شده سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶، آلودگی در معنادین تزریقی ۲۲-۲۳ اعلام شد و بدین ترتیب کشور ایران در مرحله آلودگی متمرکز قرار دارد. بر اساس مشارکت مسئولین و سیاستگذاران در برنامه های پیشگیری و کنترل HIV/AIDS در گروه معنادین تزریقی، همچنین گسترش راهکار کاهش آسیب در این گروه، آلودگی در معنادین تزریقی به ۱۵-۱۸ کاهش یافت. بر اساس آخرین آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا اول مهر ماه سال ۱۳۹۱ کل موارد شناسایی شده ۲۴۷۳۵ بوده و تخمین واقعی بین ۸۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰ است یعنی بین ۵۵۰۰۰-۷۵۰۰۰ نفر با ویروس HIV زندگی می کنند ولی از آلودگی خود اطلاع ندارند. از طرف دیگر از کل موارد شناسایی شده ۹۱۶٪ از طریق اعتیاد تزریقی ۱۰-۱۵٪ از طریق جنسی و ۱٪ از طریق مادر به فرزند و راه انتقال ناشناخته ۱۷/۹٪ است. در صورتیکه موارد جدید شناسایی شده در سال ۱۳۹۰، انتقال از طریق اعتیاد تزریقی ۶۰-۶۱٪، از طریق جنسی ۲۱/۵٪ و ۳/۸٪ از طریق مادر به کودک و ۱۴/۹ نامشخص، آلوده شده اند. این اطلاعات نشانگر افزایش موارد جدید از طریق جنسی است. با توجه به اینکه نتایج بررسی ها در معنادین تزریقی نشان می دهد که ۴۰-۷۰ درصد آنها متاهل هستند و ۳۰٪ رفتار جنسی خارج از چارچوب خانواده دارند میزان استفاده از کاندوم در این گروه بسیار محدود است که خطر گسترش HIV از طریق جنسی را افزایش می دهد. عامل دیگر که تهدیدی برای گسترش آلودگی در جامعه است، افزایش شیوع مصرف مت آمفامین ها بخصوص "شیشه گس" است. از آنجاییکه مصرف این ماده منجر به افزایش رفتارهای پرخطر جنسی، خشونت و تجاوز می شود، خود عامل مهمی در انتقال HIV است. سومین برنامه استراتژیک کشوری پیشگیری و کنترل HIV/AIDS بر اساس آخرین تجرب علمی و اجرایی بین المللی و با توجه به گروه های هدف (عموم جامعه، افراد در معرض خطر دارند معنادین تزریقی و افراد تن فروش و افرادی که با HIV زندگی می کنند) در ۱۰ راهکار به شرح زیر تدوین شده است:

- آموزش و اطلاع رسانی
- تضمین سلامت خون
- مشاوره و آزمایش دانه‌طلبانه
- کاهش آسیب
- پیشگیری از انتقال جنسی
- مراقبت و درمان بیماران مبتلایان به HIV و خانواده آنها
- مشاوره، مراقبت و درمان مبتلایان به HIV و خانواده آنها
- حمایت و توانمندسازی
- برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده‌ها
- تقویت زیرساخت‌های لازم
- سازمانهای دست‌اندرکار در تدوین و اجرای برنامه‌های پیشگیری و کنترل HIV/AIDS شامل:
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- وزارت کشور
- وزارت آموزش و پرورش
- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری
- سازمان زندانها و اقدامات تأمینی
- سازمان بهزیستی کشور
- سازمان انتقال خون
- نماینده سازمان‌های مردم‌نهاد
- ستاد مبارزه با مواد مخدر
- صداوسیما
- کمیته امداد امام خمینی
- سازمان تبلیغات اسلامی
- جمعیت هلال احمر
- نیروهای مسلح
- نماینده اقوام میثلا

- برنامه مشترک سازمان ملل در زمینه اینج
این برنامه مورد تصویب هیئت دولت قرار گرفت و از طریق وزارت کشور به استانداری‌ها ابلاغ شده است
تلاش فعالانه در جهت پیشگیری و کنترل اینج یک مسئولیت همگانی است
با توجه به اینکه موارد زیادی از افرادی که با HIV زندگی می‌کنند از آلودگی خود اطلاع ندارند، شعار روز جهانی مبارزه با اینج سال
با مشاوره و آزمایش ای‌ای وی بیشتر بدانید - بهتر زندگی کنید

منابع:

مرکز مدیریت بحاری های باکم

امار منتشره سازمان سازمان جهانی بهداشت سال ۲۰۱۲

سومین برنامه استراتژیک پیشگیری و کنترل HIV/AIDS جمهوری اسلامی ایران

مقاومت دارویی در HIV

دکتر سیرین معتمدیان، عضو هیات علمی مرکز تحلیفات ایبز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز



تا انتهای ۲۰۱۱، ۵۴٪ از افرادی که کاندید دریافت دارو هستند دارو دریافت می کنند پوشش داروی در آمریکای لاتین بالاترین ۷۰٪، کارائیب ۶۷٪، افریقا زیر صحرا ۵۶٪، آسیا ۴۴٪، اروپای شمالی و آسیای مرکزی ۳۳٪ و کمترین مقدار در افریقا شمالی و خاور میانه ۱۴٪ است(۴).

در طی دهه گذشته دسترسی افراد مبتلا به ایبز به داروهای ضد ویروسی (ART) در کشور های با در آمد متوسط و پایین افزایش ناگهانی داشته است. همچنان که مصرف داروهای ضد ویروسی افزایش پیدا می کند ظهور مقاومت دارویی غیر قابل اجتناب است. آگاهی ناکافی افراد مبتلا به ایبز و پرسنل بهداشتی، رعایت نکردن کامل رژیم دارویی، کمبود دارویی، مونیتور ناکافی افراد مبتلا به ایبز از جمله علل مقاومت دارویی هستند. شیوع مقاومت دارویی در کشورها با درآمد متوسط و پایین تا ۳۷٪ گزارش شده است. در این کشورها مقاومت دارویی افراد مبتلا به ایبز را مجبور به استفاده از داروهای خط دوم می کند که این داروها ۶ بار گرانتر از داروهای خط اول هستند (۲). درک اینکه مقاومت دارویی اولیه با منتقل شده به پزشکان در ارزیابی اهمیت درمان زئونیمی ضد ویروسی بیماری که هنوز درمان نگرفته اند و پیش بینی روند درمان موثرآبهدمی ایبز با داروهای موجود کمک می کند(۵).

استفاده از داروهای ضد ویروسی ترکیبی اثرات اثبات شده در کنترل پیشرفت بیماری HIV و طولانی شدن عمرمبتلایان دارد. فواید داروهای ضد ویروسی بوسیله مقاومت دارویی تحت تاثیر قرار می گیرد. مقاومت، نتیجه بروز مونتاسیون ها در پروتئین های ویروسی مورد هدف داروهای ضد ویروسی است. انتقال گونه های مقاوم ویروس یک مشکل در حال تزايد است و چون مقاومت متقاطع بین داروهای موجود در یک گروه دارویی شایع است کنترل تکثیر ویروس دچار مشکل می شود(۱).

مقاومت دارویی می تواند به صورت اکتسابی یا انتقالی باشد. اگر فرد مبتلا به ایبز درمان را قطع کند یا بر طبق دستور پزشک دارو را استفاده نکند مقاومت به دارویی را به صورت اکتسابی پیدا می کند. اگر فرد بوسیله افرادی مبتلا شود که ویروس جهش یافته را دارند به آن مقاومت دارویی منتقل شده یا اولیه می گویند(۲).

سه نوع مقاومت دارویی وجود دارد:

مقاومت کلینیکی: ویروس در بدن سریعاً تکثیر پیدا می کند حتی اگر بیمار دارو دریافت می کند.
مقاومت فنوتیپیک: ویروس در لوله آزمایش سریعاً با وجود اضافه کردن داروهای ضد ویروسی تکثیر پیدا می کند.

مقاومت ژنوتیپیک: کد ژنتیک ویروس دارای مونتاسیونی شامل مقاومت دارویی است.

مقاومت کلینیکی بصورت بار بالای ویروسی، CD4 پایین و عفونتهای فرصت طلب خود را نشان می دهند. تستهای آزمایشگاهی مقاومت فنوتیپیک و ژنوتیپیک را اندازه می گیرد(۳).

بیشتر از ۸ میلیون از افراد مبتلا به HIV در کشورهای با در آمد پایین تا متوسط دارو دریافت می کنند. ۵۶۲۰۰۰ از این افراد را کودکان تشکیل میدهند. افزایش ۲۰ برابری در تعداد افرادی که دارو دریافت می کنند بین ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۱ وجود داشته است و ۲۰٪ افزایش در یک سال وجود داشته است (۱). ۶۱۶ میلیون در سال ۲۰۱۰ تا بیشتر از ۸ میلیون در سال

(۲-۱۱)

منابع

- 1-Claid F, Hance AJ. HIV drug resistance. N Engl J Med. 2004 Mar 4; 350(10):1022-32
- 2-HIV Drug resistance fact sheet. April 2011. Available at: http://www.who.int/dg/resistenc/y/WHO_HIV_Drug_resistance_fact_sheet.mht.
- 3-HIV Resistance Testing Fact Sheet 178. Reviewed December 15, 2011. Available at: www.aidsinfo.net/org/fact_sheets/view/119
- 4- HIV/AIDS Fact sheet N°26-November 2012. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs26/en/index.html>
- 5-Jain V, Liegler T, Vittinghoff E, Hargovish W, Bacchetti P, Poole L, et al. Transmitted drug resistance in persons with acutely HIV-1 in San Francisco, 2002-2009. PLoS One. 2010 Dec 1; 5(12):e12021.
- 6-Frentz D, Boucher CA, van de Vijver DJ. Temporal changes in the epidemiology of transmission of drug-resistant HIV-1 across the world. AIDS Rev. 2012 Jan-Mar; 14(1):17-27
- 7-Hamkar R, Mohraz M, Loozani S, Aghakhani A, Traoung HM, McFarland W, et al. Assessing subtype and drug-resistance-associated mutations among antiretroviral-treated HIV-infected patients. AIDS. 2010 Jul 22 Suppl 7(S22-9).
- 8-Mousavi SM, Hamkar R, Gouya MM, Safiie A, Zahraei SM, Yazdani Z, et al. Surveillance of HIV drug resistance transmission in Iran: experience gained from a pilot study. Arch Virol. 2010 Mar; 155(3):325-32. Epub 2010 Jan 9
- 9-WHO global strategy for the surveillance and monitoring of HIV drug resistance 2012. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/drug_resistance_strategy/index.html

شیوع مقاومت دارویی HIV به ترتیب زیر گزارش شده است: امریکای شمالی (۱۲/۹٪)، اروپا (۱۰/۹٪)، امریکای لاتین (۶/۳٪)، آفریقا (۴/۷٪)، آسیا (۴/۲٪). (۶) مطالعات در ایران نتایج متفاوتی (۵/۶٪-۷/۶٪) را گزارش کرده اند (۸،۷)

علی رغم گذشت ۲۴ سال از اولین مورد ابتلا به HIV در ایران مطالعات استاندارد در این زمینه انجام نشده است. مطالعه در این زمینه همراه با محدودیت ها در انجام مطالعه از جهت منابع مالی انسانی و تجهیزات آزمایشگاهی و در دسترس بودن نمونه کتفی می باشد.

با توجه به اینکه ایران جزء کشورهای با درآمد پایین تا متوسط می باشد شناسایی مقاومت دارویی در بین افراد که با آج ای وی زندگی می کنند می تواند در محدود کردن انتقال مقاومت دارویی و انتخاب دستورالعمل دارویی مناسب کمک کننده باشد و از هدر رفتن منابع مالی در کشور جلوگیری بعمل آید. اجرا بسته جامع UNAIDS می تواند ایران را در راه رسیدن به این هدف کمک کند.

UNAIDS کشورها را ملزم به اجرای بسته جامع از مقاومت دارویی کرده است.

• مونیور کردن شاخص های هشدار دهنده اولیه در مقاومت دارویی HIV

• نظام مراقبت مقاومت دارویی قبل از شروع درمان و در بین کسانی که دارو دریافت می کنند.

• مطالعات مقطعی مقاومت دارویی HIV در بزرگسالان قبل از شروع درمان

• مطالعات مقطعی در مقاومت دارویی اکتسابی یا ثانویه در بزرگسالان و کودکان تحت دوره درمانی بیشتر از یک سال در کلینیکهای درمانی نماینده

• بررسی مقاومت دارویی در کودکان کمتر از ۱۸ ماه

• بررسی مقاومت دارویی منتقل شده با اولیه در افرادی که اخیراً مبتلا به عفونت شده اند.

• تضمین بودجه و پیاده سازی فعالیتهای مراقبتی مقاومت دارویی در برنامه های درمانی در سطح ملی (۹).

تازه های پزشکی

بررسی تاثیر هیپوگنادیسم بر افسردگی و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به عفونت HIV

چکیده:

مقدمه: هیپوگنادیسم یا کاهش میزان تستسترون یکی از بیماریهای رایج در بین افراد HIV. بشمار می رود. مطالعات نشان داده اند که میزان پایین تستسترون با افسردگی، عملکرد جنسی، کاهش وزن و شاخص توده بدن ارتباط دارد. هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر هیپوگنادیسم بر افسردگی و عملکرد جنسی در افراد HIV+ بوده است.

روش کار:

تعداد 278 بیمار مراجعه کننده به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری و درمان نگهدارنده با متادون شیراز بصورت تصادفی و مبتنی بر روش نمونه گیری آسان، پس از توضیح اهداف طرح و تکمیل فرم رضایت آگاهانه در خلال ماههای اردیبهشت تا مهر ۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات ۲۲۷ بیمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات توسط پرسشنامه های استاندارد افسردگی بک (فرم کوتاه ۲۱ سوالی)، سیاهه سنجش عملکرد جنسی مردان و نمونه گیری خونی بصورت ناشتا جهت سنجش تستسترون جمع آوری گردید.

نتایج:

میانگین سنی شرکت کنندگان 37.4 ± 7.4 و ۴۱٪ از افراد در درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند. بر اساس سنجش سطح تستسترون آزاد FT-22.2٪، یوگناد و ۶۸٪ هیپوگناد بودند. بر اساس نمرات مقیاس افسردگی بک بالای ۱۸، در حدود ۶۸٪ از افراد افسردگی متوسط تا شدید را تجربه می کردند. نتایج آزمون تی-تست برای گروههای مستقل نشان داد که سطوح FT بهطور معنی داری در گروه افراد افسرده پایین تر بود ($p-value=0.046$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیری نشان داد که یک ارتباط مستقیم بین خطر ابتلا به هیپوگنادیسم و افزایش نمرات مقیاس افسردگی بک وجود دارد. در گروههای غیر افسرده و غیر مصرف کننده متادون، ارتباط معکوس معنی داری بین هیپوگنادها و یوگنادها در سه بعد میل جنسی و عملکرد نمود و انزال از ابعاد عملکرد جنسی وجود داشت. اگرچه که بین مصرف متادون و افسردگی رابطه ای دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری:

افسردگی و هیپوگنادیسم دارای تاثیر دوجانبه بر یکدیگر بوده و افسردگی و مصرف متادون با هیپوگنادیسم مرتبط و تاثیر مستقیم بر عملکرد جنسی دانشمندان است. اولیه و ارجاع افراد هیپوگنادیسم افسرده جهت درمان می تواند منجر بهبود عملکرد جنسی در افراد HIV+ گردد.

Reference:

Amini Lari M, Parsa N, Maerzban M, Shams M, Faramarzi H. Depression, testosterone concentration, sexual dysfunction and methadone use among men with hypogonadism and HIV infection. AIDS Behav. 2013; 17(3): 2237-2242.

بدهمکردی جنسی، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به عفونت HIV مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب شیراز

چکیده

مقدمه:

در ایران جنبه های روانشناختی ایندز کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی شیوع بدهمکردی جنسی، افسردگی و کیفیت زندگی و همچنین ارتباط بین این متغیرها در گروهی از افراد HIV+ مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری و مراکز گذری شیراز بود.

روش کار:

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، 278 مرد مبتلا به عفونت ایندز بر اساس روش نمونه گیری آسان از تاریخ اردیبهشت لغایت مهر ۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند. پس از حضور در مراکز کاهش آسیب، توضیح اهداف طرح و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، اطلاعات بیماران توسط سه پرسشنامه استاندارد شده افسردگی بک (فرم کوتاه)، کیفیت زندگی (SF36) و پرسشنامه عملکردی جنسی مردان (BMFSI) جمع آوری گردید.

یافته ها:

میانگین سن آزمودنیها 27.10 ± 9.34 بود و 37٪ از افراد از افسردگی شدید رنج می بردند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که میل جنسی و ارزیابی مشکل از خرده مقیاسهای عملکرد جنسی تاثیر معنی داری روی افسردگی داشت. افسردگی بطور معنی داری با کیفیت زندگی پایینتر در ابعاد مختلف ارتباط داشت. ضریب همبستگی پیرسون در ارتباط ابعاد عملکرد جنسی و ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که میل جنسی، لذت و ارزیابی مشکل بطور معنی داری با سلامت کلی ارتباط داشت.

بحث و نتیجه گیری:

عملکرد جنسی و افسردگی ارتباط معناداری با کیفیت زندگی نشان می دهند. لذا انجام مداخلات موثر جهت بهبودی عملکرد جنسی و افسردگی می تواند منجر به ارتقاء کیفیت زندگی افراد HIV- گردد.

Reference:

Amizi Lari M, Mairban M, Faramarzi H, Shams M. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral science (In press)

بررسی شیوع آلودگی به ویروس نقص ایمنی اکتسابی و رفتارهای پرخطر مرتبط با آلودگی در معنادان تزریقی شیراز

مقدمه:

مصرف کنندگان مواد نسبت به جمعیت کلی در معرض خطر بالاتر ابتلا به عفونت ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV) هستند. هدف از مطالعه حاضر بررسی شیوع موارد HIV- و انگوی رفتارهای پرخطر مرتبط با آن در معنادان تزریقی شیراز بوده است.

روش کار:

در مطالعه توصیفی مقطعی حاضر، 360 معناد تزریقی با شیوه نمونه گیری بر حسب زمان و مکان، در اماکن مختلف شیراز به

صورت تصادفی انتخاب و به وسیله پرسش نامه ساختار یافته استاندارد مطالعه رفتاری از مهر تا آذر ماه 86 مورد مصاحبه قرار گرفتند و از آن ها پس از انجام مشاوره قبل از آزمایش، سه قطره خون از سر انگشت جهت انجام آزمایش HIV اخذ شد. داده ها توسط روش های آماری توصیفی یعنی میانگین، پراکندگی، جداول و نمودارها تحلیل گردید.

یافته ها:

تمام آزمودنی ها مرد بودند. 30.2 درصد آن ها بی خانمان و بیشترین شیوه مصرف مواد در آن ها تزریقی و بیشترین ماده مورد استفاده طی یک ماه گذشته آمپول تمبیزک (1/41) بود. میانگین سنی آن ها 27.22 ± 11.23 سال، میانگین سن اولین مرتبه استفاده از مواد 21.86 ± 3.16 سال و اولین تزریق 26.7 ± 2.5 سال بود. طی یک ماه گذشته رفتارهای پرخطر در انتقال عفونت از جمله استفاده از سرنگ آلوده در 15 درصد و سرنگ مشترک در 61.5 درصد افراد دیده شد. 86.2 درصد از افراد تاکنون با شریک جنسی ثابت از جمله همسر و 62.3 درصد به ازای دریافت پول با مواد و 54 درصد با غیر همسر بدون دریافت پول با مواد و 46.4 درصد با مرد دیگری ارتباط جنسی برقرار کرده بودند. در انگوی روابط جنسی فوق طی یک سال گذشته، در انگوی اول 7.29 درصد، دوم 21.7 درصد سوم 22.3 درصد و در انگوی چهارم 6.75 درصد هرگز از کاندوم استفاده نکرده بودند. شیوع موارد HIV- در آزمودنی ها 22.2 درصد (89 نفر) بود.

نتیجه گیری:

میزان موارد HIV- و الگوهای رفتاری پرخطر در معنادان تزریقی کشور بالا است.

امید بهدانت روانی باستر 1388؛ 27(1)؛ 182-189.

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت برگزار می کند:
دومین سمینار بین المللی سلامت زنان

کتاب کلید سلامت ایران



جهت دریافت اطلاعات بیشتر به آدرس اینترنتی ذیل مراجعه
تسایید.

www.ifts.ir

به مناسبت برگزاری کنگره بین المللی بررسی آثار و احوال حکیم قطب الدین شیرازی برخی از خلاصه مقالات ارائه شده در کنگره به شرح ذیل می باشند:

جایگاه شرح قطب الدین شیرازی در نهادینه سازی علم پزشکی

دکتر محمد همدان پنا^۱ رئیس انجمن طب سنتی جمهوری ازبکستان جهت ارائه پنجمین کنگره بین المللی طب سنتی در ایران (اسفند)

در طول تاریخ، دانشمندان ایران زمین بیرونی دانش را در سطح جهان برافراشته اند و منشأ خدمات بی شماری برای جامعه بشریت بوده اند. علامه قطب الدین محمود بن حبیب الدین مسعود شیرازی از جمله ی این بزرگان اندیشمند می باشد. محمود شیرازی در سن ۱۶ سالگی با کمک پدرش در بیمارستان مطفری یک سال فعالیت کرده، در معالجه ایرانی چشم شرکت کرده است. ایشان به پدیده های طبیعی توجه فراوان داشت و در مباحث خود تکیه زیادی بر تجربه و فهم دقیق داشت وی از پروان نظریه شعاع بود یعنی باور داشت بینایی در نتیجه خروج نور از چشم حاصل می شود. قطب الدین شیرازی شرح قانون را از ۶۸۲ قمری شروع کرد و بیست و چهار سال از عمر خود را صرف فهم قانون کرد و بیست و هشت سال دیگر بر آن شرح نوشت تا به علم خدمتی کرده باشد و پس از او محصلان از فهم قانون عاجز نامند این اثر به نامهای التحفه السعدیه، نزهة الحکماء و روضة الاطباء، و شرح کلیات بر قانون مشهور است. «تحفه السعدیه» یکی از مهم ترین کتابهای طب سنتی ایران است و موضوع آن در زمینه ی کلیات، بیماری ها و داروشناسی است. در بین این شرح ها، اثر «شرح کلیات قانون» را به عنوان «کاملترین و بهترین شرح های کامل» قلمداد می کند. شایان ذکر است که در موارد اصلی به شرح ابن النیسبی استناد می کند. نسخه های خطی فرهنگ مشترک بین کشورهای است و هیچ کشوری نمی تواند از آن بی نیاز گردد. در این ارتباط دو نسخه ارزشمند نسخ خطی «التحفه السعدیه» نوشته شده توسط ابن دانشمند در گنجینه نسخ خطی استنبولی خاورشناسی ابو رحمان بیرونی وابسته به فرهنگستان علوم ازبکستان نگهداری می شود. دو نسخه اثر «تحفه السعدیه» قطب الدین شیرازی، یک نسخه «شرح کلیات» همچنین یک نسخه «رساله در معجزات باقوعلی و غیره» در گنجینه نسخ خطی استنبولی خاورشناسی ابو رحمان بیرونی وابسته به فرهنگستان علوم ازبکستان نگهداری می شوند. در این مقاله به نسخه شناسی این آثار پرداخته می شود.

عرفان و اخلاق پزشکی در عرصه خدمات جامع طبیبی و توصیه هائی از حکیم قطب الدین شیرازی

دکتر محمد مهدی اسفندی

نیاز به خدمات پزشکی از آغاز آفرینش انسان، انگیزه تلاش برای دستیابی به آگاهی های لازم برای حفظ سلامت و بازگرداندن آن به هنگام از دست رفتن تندرستی با بکار گرفتن شیوه های درمانی قابل دسترس و تجربه شده و تلاش در دستیابی به آگاهی های افزون تر و گشودن باب تعلیم و تعلم در این عرصه یعنی بطور کلی خدمات جامع طبیبی بوده است. در این مسیر علاوه بر تلاش های انفرادی و مبادله اطلاعات خبرگان، آموزه های انبیاء الهی در شکل گیری چیزی که امروز آن را با عنوان دانش پزشکی می شناسیم نقش مهمی داشته است. اگرچه چهره امروزی کتب مرجع پزشکی علیرغم اینکه ممکن است مؤلفین آنها غالباً به نوعی دارای اعتقادات دینی باشند از صیغه الهی، خدایینی و درجات حتی بسیار پایین و ابتدائی عرفان بی بهره و فاقد جهت گیری خداجویانه است و حتی آنچه که به عنوان اخلاق پزشکی از جمله در چارچوب اصول چهارگانه بلمونت بر نظام خدمات پزشکی سایه افکنده است غالباً رنگ و بوی قانون پذیری و نظارت های سطحی و پرهیز از افتادن به زمینه بازخواست های حکومتی و احیاناً اجتماعی دارد. در مقابل، مکاتب پزشکی دیگری از جمله مکتب پزشکی اسلامی - ایرانی وجود داشته و دارند که در عمق آموزش های آنها اعتقاد به پروردگار، حکمت، قدرت و نظارت او، جهت دهند همه اجزاء خدمات جامع طبیبی در آموزش، پژوهش و مراقبت های بهداشتی و درمانی است.

در ریشه یابی این تفاوت نگرش مکاتب لاتینک و مکاتب خدایابور، چیزی که بیش از هر چیز به نظر می آید تفاوت در تعریف هویت انسان، هدف زندگی و فلسفه آفرینش آدمی است. آنجا که انسان علاوه بر هویت زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی و معنوی به معنای محدود تعریف شده در اندیشه های بیگانه با خدا باوری، بعد روحانی با همه اعتبار، قداست و پایداری و محوری به عنوان بخش مهم و ماندگار هویت انسانی مطرح است. هم انسان به عنوان گیرنده خدمات پزشکی و هم نظام عرضه کننده خدمات پزشکی با همه اجزاء آن، رنگی دیگر و معنایی شایسته تر و زرفایی افزونتر می یابند و اخلاق پزشکی با چنین رنگ و معنا و زرفا، جایگاهی والاتر و آمیختگی و حضوری بیوسته تر با همه بخش های خدمات پزشکی می یابد و عرفان، معنویت، خداترسی و خداجویی، باورداشت بقا، نفس، ایمان به نظارت بی وقفه پروردگار و احساس حضور در محضر او خواه در دنیا و خواه در جهان دیگر علاوه بر اینکه انگیزه تلاش در نوآموزی، بازآموزی، پژوهش، تجربه اندوزی و ارتقاء کیفیت خدمات می گردد، خدمات را در قالبی دلپذیرتر، کارآتر، اثربخش تر و مسؤلاًه تر به عرصه می آورد.

ویژگی های سامانه های پزشکی مبتنی بر چنین اندیشه ای از گذشته های دور تاکنون و طراحی سامانه های برتری برای آینده موضوع گفتگو و جستجوی این مقاله و سخنرانی است اما به بهانه بزرگداشت حکیم قطب الدین محمود شیرازی، دانش آموخته و تربیت یافته مکتب پزشکی ایرانی- اسلامی، پرداختن به بازشناسی این نهر جاری که با پیوستن تدریجی جویبارها در طول زمان و اندیشه های نوآور، توان افزونتری برای سیراب کردن کلام نشسته جامعه بشری به از معنای می آورد و فرصتی است به مروری سریع و نظری گذرا به آراء و توصیه های آن حکیم نمونه و دانش آموخته مدرسه علم و اندیشه در فضای تربیت اسلامی.

حکیم یادشده در کتاب گرانقدر «فی بیان الحاجة الی الطب و الاطباء و وصایایم» پس از بحثی مستوفی و مبتنی بر بهره گیری از قرآن کریم و روایات درباره فضیلت طب و ضرورت پاسداری از قداست آن، به پیش نیازهای آموزشی در فراگیری پزشکی می پردازد و سپس در بخش پایانی صفات و ویژگی های اخلاقی مورد انتظار از پزشک را مورد بحث قرار می دهد.

در توصیه های این حکیم پس از تأکید بر تقوا و خدابروائی و حق شناسی از اساتید، بر سخاوت علمی، نهایت سعی و کوشش را به دور از شائبه مال اندوزی در جهت تأمین نیازهای پزشکی مردم بکار گرفتن، پرهیز از ورود پزشک به دام اندیشه کاربرد سموم، ضرورت رازداری، خوش سخنی، خوش روشی و فروتنی، پرهیز از لهویات، لزوم استمرار در یادگیری و احساس نیاز به افزایش آگاهی و بالاخره گشودن باب مشورت های علمی امر از می-گردد.

قطب‌الدین شیرازی اختر درخشان آسمان بر ستاره ایران

سعید نیاکوتری

مدیر کلان فرهنگ هنری - صبا

شناخت قطب‌الدین شیرازی در آستانه قرن ۲۱ اساساً به چه کار ما آید؟ آیا یک هویت جویی صرف است؟ آیا گذشته چراغ راه آینده را در آن جستجو می‌کنیم؟ به بلور من اگر کنکاش آثار قطب‌الدین شیرازی دارای هزار و یک دلیل باشد کم‌اهمیت‌ترین آن که انگیزه نگارنده در تدوین مقاله بوده است نگاه از خود باخستگی گذشته نه چندان دور، حاکم بر سیاست کلان فرهنگی بخش موسیقی می‌باشد که به دنبال این گفت‌وگو فلان گیتار نواز رده سه و چهار آن بر دنیا در همین شیراز خودمان مستر کلاس! پنجاه هزار نوبتی داشت و اجرای یک کنسرت سه نر و یا تندور آن هم در دانشگاه که نیازمند مجوز نبود با مشکلات فراوان روبرو می‌گشت چرا که در مواجهه با فرهنگ غرب آثار فرهنگی ایران با باید به تراج می‌رفت و اگر نمی‌نوشتند آن را تراج کنند آن را کنعان و اگر کنعان نیز مقدور نبود این اطلاعات را تاریخ گذشته قلمداد می‌کردند هر چند قطب‌الدین پزشکی و کتالی چیره دست بود و تکرسی عمیق بر علوم زمان خود داشت تبت بسیاری از آثار موسیقاری را عهده دار و چه خوب آن را به نسل‌های بعد سپرد و این ولسپاری درج که از اواخر قرن یازدهم به بعد به نسیان رفت و گاه این حامل را به شعله‌ها سپردند و به فونی دین و دانش و مروت و آزادگی این همه را به پغما!

قطب‌الدین شیرازی قارغ از حلال و حرام‌ها به تبت نعمانی برداخت که هنوز ریتم‌های ۲/۴ و ۳/۴ و ۶/۸ و آردانی غرب عاجز از بیان حالات عرفانی این طریقت و شریعت می‌باشند پزشکی که نبض بیمار را به عنوان علامت اولیه تشخیص استفاده می‌نماید چگونه می‌تواند از ریتم آگاه نباشد و یا تاثیر دارو هنگامی که شرایط روحی بیمار چندان مساعد نباشد آیا فطری است؟ نگارنده به آملر معنی دار موسیقی درمانی دست نیافته لیکن تلاش‌های قطب‌الدین شیرازی را در تبت موسیقی جهان عرب و ایران حاکم‌الاعتبار دانسته و تلاش‌های چندین سال جلوتر (صافی‌الدین ارموی) و چندین سال بعدتر (عبدالقادر مراده‌ای) در تدوین موسیقی این شمع لوزان از پستویی به کنج مدرسه ای و از منزل حاج آقا مجرد به مرکز حفظ و اشاعه موسیقی کشور ضروری می‌داند و اساساً از درخت تنومند اسلام تنها زمان آن از اعراب است و جغرافیای پیدایش آن در سرزمین عربستان. اما ریشه‌های سترگ و شاخ و برگ‌های تناور آن که اینک از غرب تا منتهای اروپا و اندلس و از شرق تا بنگران سرزمین ماه و آفتاب گسترده شده است بخش عمده‌ای مرهون زحمات و رتبه‌های بزرگ اندیشمندان مسلمان ایران است. که قطب‌الدین شیرازی نیز بخشی از این مسئولیت را عهده دار بوده است.

نقش قطب الدین شیرازی در تداوم طب اسلامی

دکتر عبدالرسول خیراندیش
دانشیار دانشگاه شیراز

یکی از دستاوردهای مهم تمدن اسلامی، پیدایش و بالندگی طب اسلامی است. آموزه و تأکیدهای اسلام برای سلامت روح و جسم انسان با بهره‌گیری از دانش منتهایی که رد حوزه تمدن اسلامی قرار گرفته بودند همراه با اینکزارت پزشکان مسلمان در مجموع طب اسلامی را پدید آورد. این شعبه از دانش مسلمین در روزگار خود بسیار پیشرفته محسوب میشد. تا آنکه مغولان به جهان اسلام محدود شدند و صدمات و خسارت بسیاری پدید آوردند. چنانکه دستاوردهای آن در معرض خطر جدی قرار گرفت. با این حال تلاش دانشمندان مسلمان موجب حفظ و تداوم شد. در دوره مغولان، مهمترین اثر تألیفی در طب اسلامی، تحفه سعديه نوشته قطب الدین شیرازی است. لذا میتوان او را نماینده واقعی این دانش در همان دوران به شمار آورد. از آنجا که دوره مغول با کشتارها و ویرانه‌ها آغاز شد، چنانکه خسارت بسیاری به تمدن ایران اسلامی وارد کرد، دانشمندی که در این احوال به حراست از میراث علمی جهان اسلام همت گماشتند، واجد اهمیت بسیار هستند. اما در خصوص دانشمندان پزشکی این دوران لازم است توجه داشت که آنان علاوه بر حفظ دستاوردهای علمی این شعبه از دانش بشری، نقش مهمی نیز در مقابله با طب ختایی ایفا کردند. زیرا مغولان از یک سو در حوزه تمدن چینی قرار داشتند و از سوی دیگری عامل انتقال این مکتب طبی به ایران هستند. هرچند طب ختایی به مقدار زیادی چینی است، اما با خرافات و فرهنگ مغولان نیز در آمیخته بود. به عنوان مثال فرمانروایان مغول از طبیات انگلار عمر جلودان و کلمروایی بیشتر را داشتند و در این راه افراط نیز میکردند. به همین خاطر پزشکان را گرد خود جمع میکردند که از جمله آنها کاهنای بودایی بودند که طب ختایی را میدانشند. اما این اقداماتی شبیه جادوگران انجام میدادند. از آنجا که در این میانه کشمکش هم میان دیوانسالاران ایرانی (مسلمان) با دیوانسالاران ختایی و اوبغوری (بودایی) وجود داشت، تعدادی از ایرانیان که پزشکی هم میدانشند، متهم به مسموم یا جادو کردن ختایان مغول شدند. این امر به اعدای آنها بی در پی منتهی شد. در این عرصه برخطر، قطب الدین شیرازی که هم طبیب بود و هم عارف و در علم دیگر مانند هیأت و نجوم نیز لبحر داشت، نقش مؤثری در حفظ طب اسلامی ایفا کرد. او علاوه بر فعالیت‌های پزشکی، با نوشتن شرح بر قانون ابن سینا، توانست طب ایرانیان مسلمان را در شرایطی که طب ختایی در آمیزهای از خرافات برستی و سیاستگری وارد شده بود، حفظ کند. چنانکه با زوال قدرت مغولان طب ختایی نیز دیگر مطرح نبود و دانشمندان بزرگ اسلامی در زمینه طب توانستند همچنان سنت علمی پیشینیان خود را تداوم بخشند.

«وجهه پزشکی قطب الدین و معرفی تحفه سعدیه (شرح کلیات قانون)»

نجفعلی حبیبی

عضو هیئت علمی بازنشسته دانشکده الهیات دانشگاه تهران

خلاصه مقاله

علامه قطب الدین محمود بن مسعود بن مصلح شیرازی در ۶۲۴ ق در شیراز در یک خانواده اهل علم متولد شده است و در ۷۱۰ ق در تبریز در جوار رحمت حق آرمیده است. پدرش شیخ الدین مسعود بن مصلح کازرونی علاوه بر استادی در طب، از مشایخ صوفیه بوده است. او از کودکی در کنار پدر، پزشکی آموخته بود. از این روی پس از رحلت پدر، در ۱۴ سالگی به عنوان پزشک بیمارستان مظفری شیراز پذیرفته شد. او پس از ده سال، برای کسب دانش بیشتر بخصوص در حوزه پزشکی، از کازران به بغداد رفت. ابتدا در شیراز نزد عمویش کمال الدین ابو الخیر بن مصلح الدین کازرونی بزرگانی چون شمس الملک والدین حکیم محمد بن احمد کبیری، و علامه روزگار خودزکی بوشکانی برای فهم قانون شاگردی کرده، سپس به مسافرت پرداخته و از هر آن کس که به قانون این سینا دانا بوده کسب فیض می کند. جمله در عراق عجم، عراق عرب، و روم، وی در ۶۸۱ ق به عنوان سفیر به مصر فرستاده می شود. در آنجا نیز علاوه بر کسب علم در محضر استادان فن، به جستجوی شروح قانون و حواشی متخصصان که در آن دیار یافت می شد می پردازد و منابع علمی بسیاری را با خود می آورد. کتاب التحفه السعدیه (شرح کلیات قانون) حاصل بهره گیری از آن اندوخته ها و منابع علمی است.

این کتاب که به نام سعد الدین محمد سلوچی تألیف شده، مهم ترین اثر قطب الدین است که در ۷۰۷ یا ۷۱۰ ق چند ماه قبل از درگذشتش از نوشتن آن فراغت یافته است.

به گزارش خود او در مقدمه التحفه السعدیه، در سال ۶۸۲ با استفاده از منابعی که اجمالاً به آنها اشاره شد نوشتن آن را آغاز می کند و تا مبحث «ارکان» می نویسد این شرح بسندت مورد استقبال قرار می گیرد و به اصرار از او خواسته می شود تا آن را تکمیل کند. اما او به جهالتی که انتیاع می کند و سرانجام با خود میانداشند که در بیخ است این مطالب عالی که خلاصه نظر تدبیرمندان و بزرگان است در اختیار عموم قرار نگیرد. لذا به تصنیف آن اقدام می کند. او در این کتاب در قالب طرح دیدگاهها و اشکال و پاسخ در واقع خلاصه شروح هشنگانه قانون را یعنی شرح فخر رازی، قطب مصری، خونجی، جیلی، خجوتی، فرشی، و سامری، و ابن الففکنجاندن است. نیز خلاصه کتابهای دیگر را مثل التصریح بالمکتوب فی تنقیح القانونین جمع و رد آن، و پاسخهای ابن المنفاح (ابن المفتاح)، و پاسخ سوالات خود او از حضرت استادش خواجه نصیر الدین طوسی، و مکاتبات و سوالات نجم الدین دیران کاتبی از خواجه و پاسخهای او، همچنین نکات مهم و لطیف دیگری را که از حواشی فضلا بر کتاب قانون پادداشت کرده و آنچه بطور شفاهی از بزرگان حکما و فلاسفه شنیده بود، مورد بحث قرار داده است. نیز همه آنچه به فکر خویش دریافته بود که به تصریح خود او اگر از دستاوردهای مذکور بیشتر نباشد کمتر نیست. همه را در این شرح گنجانده است. وی علاوه بر اینها تقریباً در این شرح مفصل، به بسیاری از آثار طب قبل از خود توجه کرده و بگونه ای خلاصه آنها را به تناسب مباحث نقل و نقد کرده است. وی با آگاهی کامل از ارزش کار خود در پرداختن به سخنان دیگران و نقل دیدگاهها، آن هم اغلب با عبارات خودشان، در مقدمه می گوید: بنا بر این هر کس این کتاب (یعنی التحفه السعدیه) را در دسترس داشته باشد از همه آن کتب و رسائل که شعردیم بی نیاز خواهد بود چون هم خلاصه همه آنها را دارد و هم بیش از آنها مطالبی را که از خود من است. شیوه علامه قطب الدین در این کتاب چنین است که بعد از نقل عبارات قانون و توضیحات اجمالی، به نقل دیدگاهها و اشکالات این و آن و پاسخهای یکی به دیگری و نقد آن پاسخها می پردازد؛ مثلاً فخر رازی در شرح کلام ابن سینا توضیحی داده و با اشکالی کرده و شخص دیگری در شرح خود آن را تحسین کرده و با پاسخ داده و مدافعان و مخالفان دیگر نیز وارد میدان شده اند و قطب الدین در این موارد خلاصه کلام همه را آورده است و خواننده دقیقاً با استفاده از خلاصه عبارت خود آنان به مباحثات و دیدگاههای آنان آگاه می شود.

گاه این گفتگوها بین دانشمندان بسیار طول می کشد تا حدی که دقت بسیار لازم است تا بتواند مطالب گم نشود. گر چه طولانی بودن گفتگوها و مطرح شدن مسائل گوناگون که گاه اندک مناسبتی با موضوع دارد و یا با بگو مگوهای که دارای ارزش علمی چندانی نیست عده ای را - عموماً از حلقه شاگردان و اصحاب فکری قطب الدین - بر آن داشت که با استفاده از التحفة السعدیه شرح دیگری بر «کلیات قانون» بنویسند که فقط به حل معضلات آن بپردازد مثل شرح حکیم املی، شرح زین العرب، شرح حکیم علی کبلائی، که در حقیقت نوعی تخریب از التحفة السعدیه محسوب می شوند.

این کتاب - چنان که اشاره شد - به لحاظ آن که بسیاری از منابع مهم علمی دوره اسلامی را که اصل آنها به علل گوناگون از میان رفته و یا نسخ مجهول المؤلف و یا منقو و غیر قابل استفاده ای از آنها باقی مانده، در خود حفظ کرده - بسیار ارزشمند است و ممکن است به کمک آن، برخی از آثار گمشده را معلوم کرد و یا مؤلف آثار مجهول المؤلف را شناخت و یا نسخه های ناقص بازمانده را تکمیل و یا مهمات آنها را حل کرد.

همچنین این کتاب به لحاظ آن که نمونه های روشنی از تلاش عمیق و دقت موشکافانه علمای ما را برای کشف حقیقت در معرض دید و باوری می گذارد و هم به لحاظ نقل تفدهای علما به صورت عینی و ملموس نمونه های درخشانی از تاریخ نقد در تفکر علمی مسلمانان را نشان می دهد، ارزش خاصی دارد.

کتابد وازد قطب الدین شیرازی، التحفة السعدیه، شرح کلیات قانون ابن سینا



Partner in the
State solutions
of lives



فراخوان مقاله

مستلزم آشنایی

کاهش سوانح ترافیکی

جالش ها و راهکارهای پیش رو



مستلزم آشنایی
شماره ۳۶
مجموعه آموزشی ترافیکی و ایمنی
۱ و ۲ - بهمن ماه ۱۳۹۱

مخبر های حیاتی

International Conference on Reducing Burden of Traffic Accident Challenges & Strategies
27-29 Feb 2013, Shiraz - Iran Tel: +911 2288918
www.health-policy.ir

جهت دریافت الکترونیکی نشریه کلید سلامت (اشتراک رایگان الکترونیکی)

می توانید به وب سایت مرکز مراجعه و ثبت نام نمایید.

www.health-policy.ir

نشانی: شیراز اخیان زنده دانشگده پزشکی شماره ۳ طبقه ۸

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

مستلوق پستی: ۱۸۷۷-۷۱۳۳۵

تلفن و فکس: ۰۷۱۱-۲۳-۹۶۱۵