

HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma

Doç. Dr. Gül ERGÖR
Dr. Berrin SERDAR

HIV/AIDS EPİDEMİSİ

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ilk AIDS vakası 1981 yılında ortaya çıkmıştır. Sporadik görülen *Pneumocystis carinii* pnömonisi ve Kaposi sarkomu vakaları 1981 baharına dek, alışılmamış bir problem olarak dikkat çekmemiştir. Aşağı yukarı aynı zamanlarda Los Angeles, San Fransisco ve New York şehirlerindeki sağlık merkezlerinde çalışan klinisyenler ve epidemiyologlar, özellikle genç homoseksüel erkeklerde, birlikte görülen hastalık tablolarını fark etmişler ve bu vakaları Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi [Centers for Disease Control and Prevention (CDC)]'ne bildirmişlerdir.

Daha önce sağlıklı olan ve 1978'den beri 26'sı Kaposi sarkomu tanısıyla ve 15'i *Pneumocystis carinii* pnömonisi tanısıyla izlenen 41 genç homoseksüel erkek hasta, Haziran-Temmuz 1981'de ABD'de Haftalık Morbidite ve Mortalite Dergisi (MMWR)'nde yayınlanmıştır.

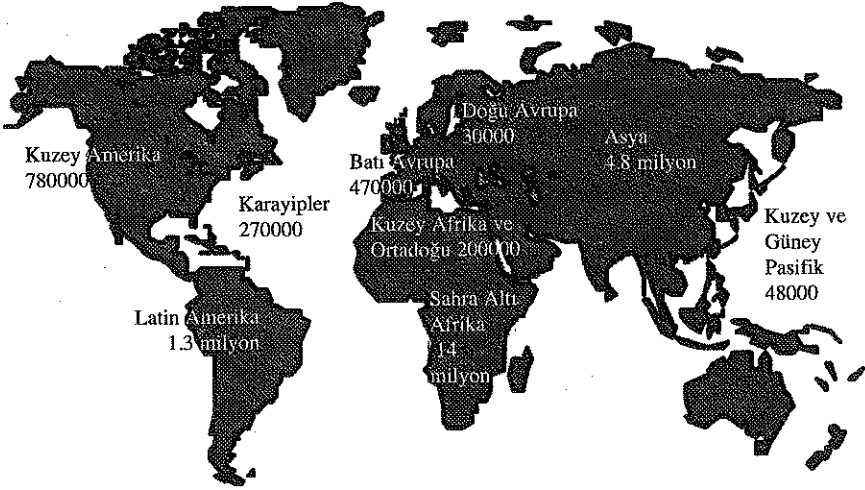
İlk bildirimlerden sonraki 6 haftada 70 ilave vaka daha tanı alıp bildirilmiştir. Haziran 1981'de bu yeni durum için ABD'de süreyans çalışmaları başlamıştır. Şubat 1983'e kadar CDC'ye 1000 AIDS hastası bildirilmiştir. İkinci 1000 vaka sonraki 6 ay içinde bildirilmiştir (Temmuz 1983). Üçüncü 1000 vaka ise bu tarihten sadece 5 ay sonrasında eklenmiştir (Aralık 1983).

1980'li yıllardan bu yana AIDS epidemiyolojisinde önemli değişiklikler olmuştur. Günümüzde tüm dünyayı etkileyen bir pandemi haline gelen AIDS, özellikle genç erişkinlerde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı (UNAIDS) verilerine göre: 1996 Temmuz ortasında dünyada yaklaşık 21.8 milyon yetişkin ve çocuğun HIV/AIDS ile yaşadığı belirtilmiştir. Bunların 20.4 milyonu (%94'ü) gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır. Bu sayının 19 milyon kadarının (dünya toplamının %86'sı) Sahra Altı Afrika, Güney ve Güneydoğu Asya'da yaşamakta olduğu bildirilmiştir. Gü-

Tablo 1. HIV/AIDS ile Yaşayan Kişi Sayısı [Temmuz 1996 (UNAIDS)]

• Sahra Altı Afrika	14 milyon
• Asya	4.8 milyon
• Latin Amerika	1.3 milyon
• Kuzey Amerika	780000
• Batı Avrupa	470000
• Karayipler	270000
• Kuzey Afrika-Orta Doğu	200000
• Kuzey-Güney Pasifik	48000
• Doğu Avrupa	30000

**Şekil 1. HIV/AIDS ile Yaşayan Kişilerin Coğrafik Dağılımı [Temmuz 1996 (UNAIDS)].**

ney ve Güneydoğu Asya'daki HIV ile infekte kişi sayısı şu an sanayileşmiş dünya ülkeleri toplamının iki katından fazladır.

Birleşmiş Milletler verilerine göre:

- 1995 yılı boyunca tüm dünyada 2.7 milyon yetişkin HIV ile infekte olmuştur (günde 7000 yeni infeksiyondan fazla).
- Bu infeksiyonların 1 milyon kadarı Güneydoğu Asya'da gerçekleşmiştir (günde yaklaşık 3000 yeni infeksiyon).
- 1.4 milyon kadarı ise Sahra Altı Afrika'da gerçekleşmiştir (günde yaklaşık 4000 yeni infeksiyon).

- Sanayileşmiş dünyada 1995'te 55000 yeni HIV enfeksiyonu gerçekleşmiştir (günde yaklaşık 150 yeni enfeksiyon). Bu küresel toplamın %2 kadarıdır.

- 1995'te yaklaşık 500000 çocuk HIV enfeksiyonu ile dünyaya gelmiştir (günde 1400 kadar). Bu çocukların %67'si Sahra Altı Afrika'da, %30'u Güney ve Güneydoğu Asya'da ve %2'den fazlası da Latin Amerika ve Karayipler'dedir.

Gelişmekte olan ülkelerin bazılarında ve sanayileşmiş ülkelerde, HIV yayılımını azaltmada önemli gelişme kaydedilmiştir. Tayland'da genç erkekler arasında HIV insidansı azalmıştır. ABD, Avustralya, Kanada ve Batı Avrupa'daki homoseksüel erkekler arasındaki HIV insidansı ve/veya prevalansında etkileyici azalmalar bildirilmiştir. Aynı şekilde Uganda gibi HIV/AIDS epidemisinin önemli boyutta olduğu bir ülkede, genç kadınlar arasında prevalansta azalma gözlenmiştir. Birçok ülkede intravenöz ilaç kullananlarda HIV prevalansı düşük seyretmektedir. Örneğin; Avustralya'da zamanında alınan tedbirlerle intravenöz ilaç kullananlar arasında gelişebilecek büyük salgınlar önlenmiştir. HIV yaygınlığını azaltmadaki bu başarılar eğitim ve korunma programlarına bağlanmalıdır.

Birçok gelişmekte olan ülkede, politik gerginliklerin ve kargaşaların olduğu Avrupa ülkelerinde HIV epidemisi devam etmektedir. Çoğu ülkede HIV epidemisinin sosyal, ekonomik, demografik ve sağlık etkileri artmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde genç erişkinler, adolesanlar ve çocuklarda görülen HIV yayılımı dramatik boyuttadır. Birçok ülkede infekte kadınların sıklığı erkeklerinkine hemen hemen eşit durumdadır. Küresel olarak heteroseksüel geçiş artmaya devam etmektedir.

Yaygın seks ticareti, cinsel yolla bulaşan hastalık prevalansındaki yükseklik ve intravenöz ilaç kullanımı, Endonezya, Çin, Batı Afrika ve Doğu Avrupa'daki ülkeler gibi birçok ülkede patlak verecek epidemilere potansiyel bir zemin hazırlamaktadır. Hindistan, Kamboçya ve Myanmar'da bu patlama çoktan olmuştur.

Yetişkinler arasında HIV enfeksiyonunun küresel kümülatif boyutu 1990'dan 1996'ya kadar 10 milyondan 26.8 milyona bir artış göstermiştir. Eğer trendler bu şekilde devam ederse 2000 yılının sonuna dek 60-70 milyon yetişkinin HIV infekte olduğu tahmin edilmektedir.

HIV'İN BULAŞMA YOLLARI

Cinsel İlişkiyle Bulaşma

HIV'in en önemli bulaşma yolu cinsel temastır. Cinsel ilişki yollarından, penetran penil-vajinal, penil-anal, oral-genital temaslarda bulaşma sözkonusudur. İnfekte kişiyle yapılan cinsel temas sayısı arttıkça bulaşma olasılığı artar.

İlk on yıl içinde yayılımın öncelikle homoseksüel ilişkiyle gerçekleştiği bildirilirken, bugün HIV enfeksiyonunun yayılımı esas olarak heteroseksüel yolla olmaktadır (enfeksiyonların %70-80'i). 1988'de ABD'de bildirilen tüm AIDS olgularının %8'i kadın iken, 1994'te bu sayı %40'a çıkmıştır. 1994'te yeni HIV enfeksiyonlarının yarı-

Tablo 2. Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programının, Aralık 1996 Tahminlerine Göre Prevalans ve İnsidans Değerleri

HIV/AIDS Küresel Epidemisi	(Aralık 1996 tahmini değerleri)	
1996'daki yeni enfeksiyonlar	Toplam	3.1 milyon
	Yetişkin	2.7 milyon*
	Çocuklar	400000
HIV/AIDS ile yaşayan kişi	Toplam	22.6 milyon
	Yetişkin	21.8 milyon
	Erkek	2.6 milyon
	Kadın	9.2 milyon
	Çocuk	830000**
1996'da HIV/AIDS ile ilgili ölümler	Toplam	1.5 milyon
	Yetişkin	1.1 milyon
	Erkek	650000
	Kadın	470000
	Çocuk	350000
Kümülatif HIV enfeksiyonları	Toplam	29.4 milyon
	Yetişkin	26.8 milyon
	Erkek	15.5 milyon
	Kadın	11.3 milyon
	Çocuk	2.6 milyon
Kümülatif AIDS vakaları	Toplam	8.4 milyon
	Yetişkin	6.7 milyon
	Erkek	3.9 milyon
	Kadın	2.8 milyon
	Çocuk	1.7 milyon
Kümülatif HIV/AIDS ölümleri	Toplam	6.4 milyon
	Yetişkin	5.0 milyon
	Erkek	2.9 milyon
	Kadın	2.1 milyon
	Çocuk	1.4 milyon

* HIV enfeksiyonlarının yaklaşık yarısı kadınlarda olmuştur.

** AIDS'li birçok çocuk başka nedenlerle öldüğü için HIV/AIDS ile yaşayan çocukların tahmini sayısı, kümülatif enfeksiyon değeriyle kümülatif ölüm değeri farkından küçüktür.

sının özellikle 15-24 yaş arası kadınlarda olduğu bildirilmiştir. Her ne kadar toplam sayılarda halen erkekler ön planda olsada cinsel yolla bulaş genç kadınlarda, genç erkeklerle göre daha sık olmaktadır. Kadınların virüse daha erken bir yaşta maruziyetleri, fizyolojik faktörlerle birleşince riski arttırmaktadır.

İnfekte Kan, Kan Ürünleri, Organ ve Doku Nakilleri Yoluyla Bulaşma

Dünyanın her yerinde kan ve kan ürünlerinin hastaya verilmeden önce HIV yönünden incelenmesi yasal zorunluluktur. Kan transfüzyonu yoluyla HIV enfeksiyonu kadınlara arasında, erkeklere göre daha sıktır. Kadınlara; anemi, gebelik ve doğum komplikasyonları gibi nedenlerle daha sıklıkla kan transfüzyonu uygulanmaktadır.

HIV'in kan yoluyla bulaşmada sağlık personeli de risk altındaki grup olarak ele alınmaktadır. Bu konuya bir başka bölümde değinileceği için burada yer verilmeyecektir. HIV'in iğne batması yoluyla bulaş riski binde 3'tür. Bu risk hepatit B ile karşılaştırıldığında çok düşüktür. Hepatit B'nin iğne batmasıyla bulaş riski %30, hepatit C'nin riski ise %3-4'tür.

İnfekte Anneden Çocuğa Geçiş

Perinatal geçiş gebelik, doğum veya emzirme döneminde olmaktadır. Seropozitif bir annenin çocuğunun HIV ile enfekte olma riski global olarak bakıldığında %30 dolaylarındadır. Bu geçiş hızı virüsün subtiplerine göre değişiklik göstermektedir. E subtipinin %25, B tipinin ise %10 oranında geçtiği bildirilmiştir. Annedeki viral yük de geçişi belirlemede önemli bir endikatördür.

Doğum sırasındaki geçişi azaltmak için sezaryen doğumların bazı çalışmalarda efektif olduğu görülmüştür. İsviçre'de bazı hastanelerde HIV pozitif annelere sezaryen ve zidovudin (AZT) tedavisi birarada uygulanmaktadır. Anne sütü ile geçiş konusunda Güney Afrika'da yapılan bir prospektif çalışmada, anne sütü vermenin virüs geçiş riskini iki kat arttırdığı ortaya konmuştur.

Enjektör veya Diğer Aletler Yoluyla Bulaşma

Özellikle intravenöz ilaç kullanımı olanlar önemli bir risk grubu olarak ele alınmaktadır. Bu tür madde bağımlıları, kullandıkları enjektörleri paylaştıkları için birbirlerine virüs bulaştırma konusunda risk oluşturmaktadırlar. Ayrıca madde bağımlılarının birçok ülkede ekonomik nedenlerle para karşılığında seks yapmaları ve ilaç etkisi altında birden çok partnerle birlikte olmaları da bu gruba giren kişileri yüksek risk altına sokmaktadır. CDC verilerine göre ABD'de 1996'da yeni bildirilen AIDS vakalarının %41'i intravenöz ilaç kullanan kişilerdir.

HIV birçok vücut salgısında bulunmasına karşın sadece kan, semen ve vajinal salgılar aracılığıyla bulaşabilir. HIV solunum yoluyla ya da enterik yolla kişiden kişiye geçmez. Vücudun dış yüzeyi kesi ve yara olmadıkça HIV girişine engel olan kalın bir deri ile kaplıdır. Dokunmakla, hava yoluyla, tuvaletler aracılığıyla, yüzme havuzlarından, yiyeceklerin, kapkacağın veya giysilerin paylaşılmasıyla, sinek ve sivrisineklerle, idrar, tükürük veya dışkıyla temasla HIV bulaşmaz.

RİSK GRUPLARI

- Homoseksüel erkekler,
- Heteroseksüel, birden çok partneri olanlar (özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınlar),
- Cinsel yolla bulaşan hastalığı olanlar,
- İntravenöz ilaç kullananlar,
- Hemofili, koagülasyon bozukluğu gibi hastalığı olanlar,
- Kan transfüzyonu, doku nakli uygulananlar,
- Annesi HIV (+) olan çocuklar,
- Sağlık personeli.

Risk gruplarına baktığımızda dünyanın değişik bölgelerinde öncelikli risk grubu değişmektedir. Örneğin; Aralık 1996 CDC kayıtlarına göre ABD'de en önemli risk grubu heteroseksüel erkeklerdir. Diğer taraftan Sahra Altı Afrika'da yeni infekte yetişkinlerin yarısından fazlası kadındır.

Korunmasız cinsel ilişkide HIV enfeksiyonu riski kadınlarda erkeklere göre 2 misli daha fazladır. Bunda virüs konsantrasyonu yüksek olan semenin, vajinal kanalda uzun kalmasının ve vajinanın geniş mukoz membranlara sahip olmasının rolü büyüktür. Ancak tüm bunların yanısıra kadınların ekonomik ve sosyal güçsüzlüğü de önemli bir nedendir. Ekonomik ihtiyaçlar, çalışma olanaklarının kısıtlılığı, eğitim imkanlarının yetersizliği ve erkek egemenliği hakim olan, kadından itaat beklentisi içindeki toplum yapısı, kadınların kendi hayatları hakkında aktif karar verme, seçim yapma sürecini engellemektedir.

Aynı nedenler erkeklerin riskleri inkar etmelerine ve sorumluluktan kaçmalarına neden olmaktadır. Özellikle genç kadınlar en büyük risk grubudur. Yetişkin bir kadına göre vajina epiteli koruyucu hücrelerden yoksun olan ve ekonomik olarak daha zayıf olan bu grup, HIV prevalansının yüksek olduğu bölgelerde önemli bir risk grubudur. Tüm bu nedenler gözönüne alındığında, bebeklere vertikal geçiş riskini azaltmak için yapılacak çalışmaların öncelikle kadınlara cinsel yolla geçişin azaltılmasını hedefleyen çalışmalarla gerçekleştirilebileceği görülmektedir. Birçok çalışma HIV (+) bir annenin çocuğuna virüs geçme riskinin, gelişmekte olan ülkelerde %25-44 arasında olduğunu, buna karşın sanayileşmiş ülkelerde aynı riskin %13-25 arasında olduğunu göstermiştir. Burada immünitinin zayıflığı, fakir beslenme ve gebelik komplikasyonları gibi faktörler rol oynamaktadır.

Anneden çocuğa geçiş ve madde bağımlılarında ortak enjektör kullanımı tüm HIV enfeksiyonları içinde %5-10'luk bir paya sahiptir. Çocukluk çağında en önemli risk grubu HIV (+) anneye sahip olan gruptur. CDC verilerine baktığımızda 1996'da ABD'de çocukluk çağında en sık maruziyet şekli HIV (+) bir anneye gerçekleşmiştir.

Tablo 3. Maruziyet Şekline Göre Çocuklarda AIDS Vakaları (CDC-1996)

Maruziyet şekli	AIDS vaka sayısı	
Hemofili, koagülasyon bozukluğu	231	(%3.2)
HIV enfeksiyonu veya riski olan anne	6891	(%90.3)
Kan transfüzyonu, doku nakli	373	(%4.8)
Risk bildirilmeyen, bilinmeyen	134	(%1.7)
Toplam	7629	

KORUNMA

HIV/AIDS ülkelerarası sınır tanımayan ve pandemi haline gelmiş bir sorundur. Halen AIDS tedavisinde başarıların sınırlı olması ve etkin bir aşının bulunmaması nedeniyle, HIV enfeksiyonundan korunma virüsün cinsel yolla, kan yoluyla ve perinatal yolla geçişini önleme esasına dayanmaktadır. HIV enfeksiyonunu önlemede başarıya ulaşılması için, enfeksiyonun epidemiyolojisinin iyi bilinmesi gereklidir. Epidemiyolojik bilgiler korunma çalışmalarının planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde kritik öneme sahiptir. Dünyadaki her ülkenin AIDS epidemiyolojisinin bilinmesinin yanısıra, kendi risk faktörlerini, hastalığın bulaşma şekillerini, hangi yaş gruplarında, nerelerde yayıldığını verilere dayalı olarak dikkatle izlemesi gerekir. Ancak sürveyans sayesinde, hastalığa karşı alınan önlemlerin yıllar içinde nasıl etki gösterdiği ve yeni önlemlerin neler olması gerektiği öğrenilebilir.

Bulaşmanın Önlenmesi

HIV'in cinsel yolla bulaşması, cinsel aktiviteden tamamen kaçınılarak ya da enfekte olmayan bir partnerle monogamik bir ilişki sürdürülmesi yoluyla kesin olarak önlenilebilir. Fakat asıl risk altında olanlar tek eşli bir cinsel yaşantısı olmayan kişiler olduğuna göre, bu gruba yönelik korunma önlemleri vurgulanmalıdır. Geçiş riskini azaltacak ancak tamamen ortadan kaldırmayacak diğer önlemler, cinsel partner sayısının kısıtlanması, genital veya oral mukoz membranların cinsel ilişki sırasında kan, semen, servikal ve vajinal sekresyonlara maruziyetininin azaltılmasıdır. Bu durumda üzerinde en çok durulması gereken kondom kullanımüdür. Kondomların doğru ve sürekli kullanımı ve spermidlerle kombinasyonları enfekte sekresyonlara, lezyonlara maruziyette HIV geçiş riskini azaltabilir. Daha önce yapılan laboratuvar çalışmalarında, lateks kondomların birçok cinsel yolla bulaşan hastalıkta olduğu gibi, HIV'e karşı da etkili bir mekanik bariyer olduğunu göstermiştir. Epidemiyolojik çalışmalarda kondom kullanımının, AIDS'li olduğu bilinen ya da enfeksiyon riski yüksek olan kişilerde, cinsel partnerlerine HIV geçiş riskini azalttığını göstermiştir. Kondomla enfeksiyondan korunmadaki başarısızlıkların büyük çoğunluğu kullanım hatalarından kaynaklanmaktadır.

ABD'deki homoseksüel erkekler arasındaki HIV insidansındaki ve prevalansındaki azalmalar, HIV'in seksüel yolla geçişinin azaltılabileceğine dair ek kanıtlardır. Ancak birçok homoseksüel ve heteroseksüel kişi riskli olmalarına rağmen halen HIV'e ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı kendilerini koruyacak önlem almamaya devam etmektedir.

HIV enfeksiyonunun kan ve kan ürünleriyle geçişini önlemek için, HIV enfeksiyonu riski olan kişilerin donör olmaması, alınan kan ve plazmanın HIV antikörleri yönünden serolojik incelemesinin yapılması ve pıhtılaşma faktörü konsantrasyonunun ısıyla işlenmesi gerekmektedir. Bu önlemler sanayileşmiş ülkelerde HIV'in kan ve kan ürünleri yoluyla geçişini önemli ölçüde azaltmıştır. Yüksek riskli donörlerin kan vermeden gönüllü olarak sakındıkları bilinse de seropozitif örneklerin izleminde, donörlerin çoğunun HIV enfeksiyonu için bir risk taşıdığı görülmektedir. Bu nedenle kan ve plazma transfüzyonu yoluyla HIV geçiş insidansını azaltmak için ek stratejiler gerekmektedir. Bunlar HIV enfeksiyonu için riskli olan bir kişinin neden kan vermeye devam ettiğini öğrenmek, böyle kişileri kan vermektan vazgeçirmeye çalışmak için eğitim programları geliştirmek ve HIV'i belirleyen daha hassas serolojik deneyler geliştikçe uygulamaya koymaktır.

Intravenöz ilaç kullanımı yoluyla HIV geçişini önleme çalışmaları özellikle üç hedef grubuna göre düzenlenmiş olmalıdır.

- Henüz intravenöz ilaç kullanımına başlamamış olanlar,
- İntravenöz ilaç kullanımından vazgeçmek için tedavi programlarına katılmaya istekli kişiler,
- Tedaviye isteksiz kişiler.

Her hedef grubu için somut kaynaklar ve uygun eğitimsel, terapötik ve yasal yaklaşımlar gerekmektedir.

Veriler, özellikle gelişmiş ülkelerde, mevcut intravenöz ilaç kullananların enjeksiyonla ilgili riskden haberdar olduklarını, bazılarının iğne paylaşmayı kısıtlayarak risklerini azalttıklarını, steril iğnelerin satın alınışında ve iğne temizleme işlemlerinde artma olduğunu göstermektedir. Bazı Batı Avrupa ülkelerinde hem madde bağımlılarını kontrol altında tutmak, hem de iğne paylaşımını önlemek için devlet eliyle ilaç ve enjektör dağıtılmaktadır.

Perinatal yolla geçen HIV enfeksiyonunun primer korumasında, özellikle HIV prevalansının yüksek olduğu bölgelerde, doğurganlık çağındaki ve HIV enfeksiyonu riski belirlenmiş kadınlarda rutin danışmanlık hizmeti ve HIV antikoru incelemesi esas olmalıdır. HIV ile enfekte kadınlarda doğmamış çocuğa yüksek bulaşma riski ve gebelik sonucu hastalık progresyonunun hızlanması nedeniyle, gebelikten kaçınmaları yönünde danışmanlık verilmelidir. Seropozitif bir kadın gebe olduğunda, erken dönemde kürtaj uygulanması birçok ülkede kabul edilmiş bir yöntemdir. Eğer anne adayı bunu

istemiyor ise yakın izlem hem anne hem bebek için gereklidir. Doğum sonrası bebek HIV yönünden incelenmelidir.

Postnatal geçişin önlenmesi için, alternatif ve etkili bebek besinlerinin yaygın bulunduğu ülkelerde, annelerin infekte olmamış bebeği emzirmemeleri önerilmelidir. Bebek ölüm riskinin, biberonla beslenen bebeklerde anne sütüyle beslenen bebeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu, gelişmekte olan ülkelerde, emzirmenin yararları HIV geçiş riskiyle beraber değerlendirilmelidir. Böyle bölgelerde Dünya Sağlık Örgütü 1987'de HIV ile infekte annelerde bile emzirmenin tercih edilen beslenme yöntemi olması gerektiğini belirtmiştir. 1994'te Fransız ve Amerikan araştırmacılar, antiviral bir ilaç olan zidovudin (AZT)'in, HIV (+) gebelere ve onların yenidoğan çocuklarına verilmesiyle, vertikal bulaşma riskinin %68 azaltıldığını göstermişlerdir. Birçok gelişmiş ülkede, HIV'in perinatal geçişini önlemede intravenöz ilaç kullanımının etkin tedavisi önemli bir basamak olmuştur. Çünkü; perinatal geçişle AIDS olan çocukların çoğunun annesi ya intravenöz ilaç kullanmaktadır ya da kullanan birinin cinsel partneridir.

Danışmanlık ve HIV Antikor Testi

Amerikan Halk Sağlığı Hizmetleri bazı gruplara antikor testinin uygulanmasını önermiştir. Bunlar:

- Cinsel yolla bulaşan hastalık için riskli olanlar,
- İntravenöz ilaç kullananlar,
- Kendilerini risk altında varsayan kişiler,
- Belirlenen riski olan doğurgan çağıdaki kadınlar,
- Evlilik planlayanlar,
- Altta yatan HIV enfeksiyonuna işaret eden klinik durumları olanlar,
- Cezaevlerindeki mahkumlar,
- Hayat kadınlarıdır.

HIV'den korunma, danışmanlık ve test yapma programlarında yer alması gereken önemli diğer noktalar HIV ile infekte kişilerin partner bildirim ve temas takibinin yapılmasıdır. Testleri seropozitif olan şahıslara tüm bunlar yapılırken gizliliğin korunacağını belirtilmesi ve bunun sağlanması gereklidir.

Daha önce yapılan çalışmalar, antikor araştırılmasının ve danışmanlık hizmeti sağlanmasının, incelenen kişilerde yüksek riskli davranışlarda, zaman içinde azalmaya neden olduğunu göstermiştir.

Başlangıçta ABD'deki homoseksüel erkeklerden oluşan sınırlı bir grubu ilgilendiren HIV enfeksiyonu, bugün dünyanın dört bir yanında ve özellikle de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. Son değerlendirmelere göre HIV/AIDS yayılımı sağlık düzeyi yüksek ülkelerde sınırlanmıştır. Buna karşın diğer sağlık göstergeler-

rinin de kötü olduğu ülkelerde, hızla yayılmaya devam etmektedir. HIV enfeksiyonunun kontrolü ve korunması, gelecek yüzyıla yayılan koordine, sürekli ve pahalı bir küresel çalışmayı gerektirmektedir. Sonuç olarak, HIV'den korunmadaki en önemli basamak toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Fakat yakın dönemde AIDS ile savaşta en önemli silahlar, bilgilendirme ve eğitimidir.

TÜRKİYE'DE AIDS EPİDEMİYOLOJİSİ

Türkiye'de ilk AIDS vakası 1985 yılında bildirilmiştir. Yine aynı yıl 1 kişinin de taşıyıcı olduğu bildirilmiştir. Bir sonraki yılda yine 2 vaka bildirilirken 1987'de toplam vaka ve taşıyıcı sayısı 39'a ulaşmıştır. 1992'ye kadar aynı sayılarda bildirim olurken, bu tarihten itibaren vaka sayıları giderek artmıştır. Bu sayıların giderek artmasına rağmen hala Sağlık Bakanlığı'nın bildiği 1000'in altında vaka ve taşıyıcı vardır. 31 Ekim 1997 tarihinde bilinen vaka sayısı 257, taşıyıcı sayısı ise 485, toplamı 742'dir (Şekil 2). Bu sayıların ülkede varolan gerçek sayıları yansıtmadığı birçok uzman tarafından dile getirilmektedir. Fakat eldeki verilerin dikkatle incelenmesi ve gerekli analizlerin yapılması Türkiye'de yaşanan epideminin türü, yayılma yolları, risk faktörleri konusunda oldukça yararlı bilgiler verecek ve gerçek sayılara ulaşmak için de ipuçları sağlayacaktır.

Bildirimde bu hastalıkla ilgili iki ayrı terim kullanılmaktadır. HIV virüsü ile infekte olan ve test sonucu pozitif reaksiyon veren ve henüz hastalık belirtisi göstermeyen kişilere "taşıyıcı"; hastalık belirtilerini gösterenlere de "AIDS" denmektedir. Burada dikkat çekilmesi gereken önemli bir konu vardır. Genellikle taşıyıcılık başka hastalıklar için o hastalığı geçirmiş (belirtili veya belirtilsiz olarak) ama hala mikroorganizmayı taşıyan kişi anlamında kullanılmaktadır. Dolayısı ile bu durum, kendisi için risk oluşturmazken daha çok başkalarına bulaş yönünden önemlidir. Örneğin; hepatit B için taşıyıcılık sözkonusudur. Hepatit B geçirmiş kişilerin bazıları taşıyıcı olarak kalırlar. Fakat bu kişiler ileride tekrar hepatit B hastalığı geçirmeyeceklerdir. Bunlardan bir bölümü hepatit B taşıyıcılığına bağlı kanser veya kronik hepatit riski altında olmakla birlikte bir bölümü de ömür boyu sağlıklı yaşayabilirler. Oysa HIV pozitifliğinde durum tam olarak böyle değildir. HIV pozitif kişiler bu virüsü almış, fakat henüz hasta olmamışlardır. Şu andaki bilgilerimize göre bunların tümü ileride hasta olacaklardır. Tabii aynı zamanda başkalarına da bu hastalığı bulaştırabileceklerdir. Bireysel danışmanlık yaparken ve halkın sağlık eğitiminde bu noktayı vurgulamak gerekmektedir. Taşıyıcı olan kişilerin AIDS olanlardan daha az risk altında olması sözkonusu değildir. Sadece AIDS olmak için önlerinde bir süre vardır.

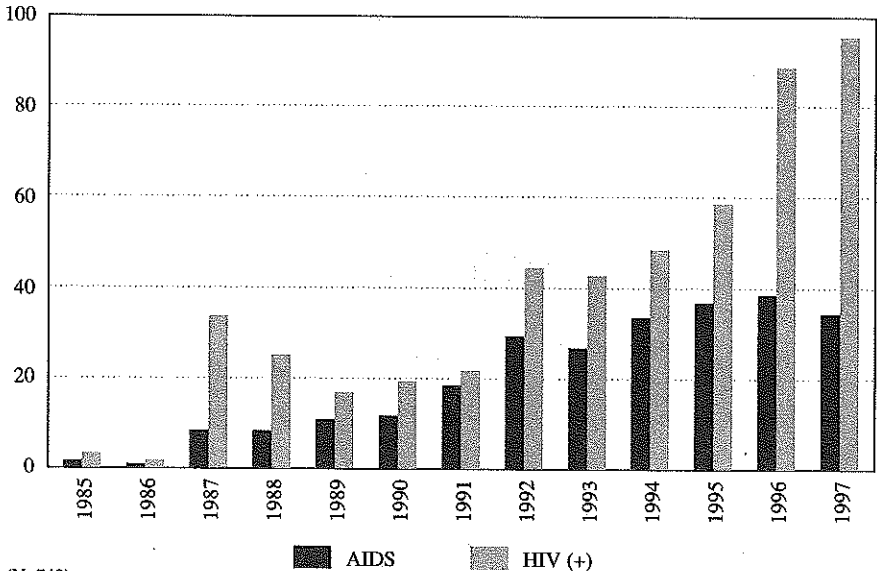
Türkiye'de bildirimlere göre vaka ve taşıyıcıların %76'sı erkek, %24'ü kadındır. Yaş dağılımlarına göre %2.3'ü 0-14 yaş, %76.6'sı 15-49 yaş, %10.4'ü 50 yaş ve üzeri gruptadır. Yaşı bilinmeyenler ise %10.7'dir (Şekil 3).

Vaka ve taşıyıcıların yaşadıkları yere bakıldığında yaklaşık %20'sinin sürekli yaşadığı yerin yurtdışı olduğu bilinmektedir. Bildirimlerin en büyük bölümünün İstan-

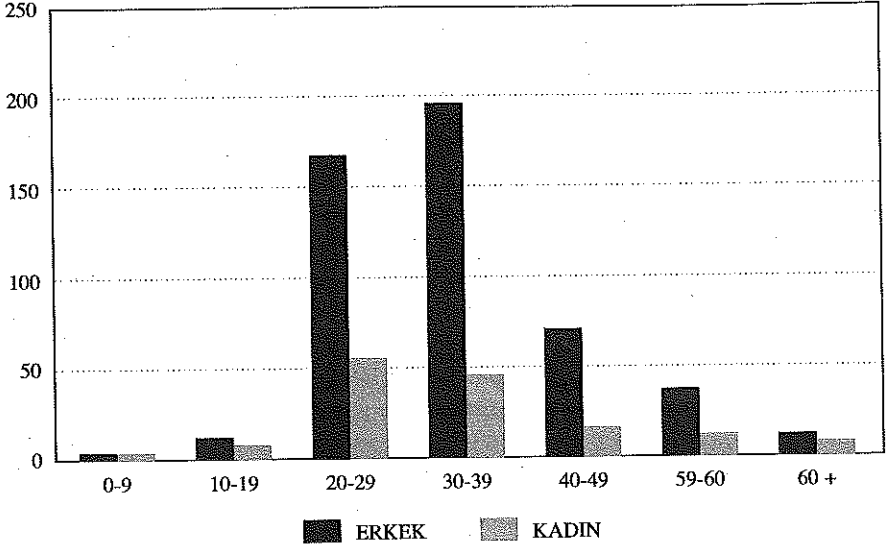
bul, Ankara ve İzmir'den yapılmasının yanısıra toplam 53 ilden bildirim yapılmıştır. Bu da ülke çapında bir salgın yaşandığının ve bu hastalığın sadece büyük iller ve turistik bölgelerin sorunu olmadığını göstermektedir.

Türkiye'de risk gruplarına göre AIDS vaka ve taşıyıcılarının dağılımında dikkati çeken, en büyük grubun %43.3 ile heteroseksüeller olduğudur. Bu oranın dünyadaki patternlerden oldukça yüksek oluşu, risk faktörleri konusundaki surveyansın güvenilirliği hakkında şüphe uyandırmalıdır. İkinci sırada intravenöz madde bağımlıları (%11.6), üçüncü sırada homoseksüel ve biseksüeller (%9.3), dördüncü sırada transfüzyon alanlar ve hemofili hastaları (%6.5) ve beşinci sırada perinatal geçiş (%0.9) bulunmaktadır. Bunun yanısıra %28.4'lük risk grubu bilinmeyen bir grup bulunmaktadır (Şekil 4). Bu grubun bilinmesi durumunda tüm dağılımda değişiklikler olacaktır. Tüm HIV (+) ve AIDS vakalarının dörtte birinden fazlasının risk grubunun bilinmemesi, surveyanstaki (rutin bildirim sistemi) eksikliklerin göstergesidir. Bu eksiklikler konusunda, bu alanda çalışan herkese düşen görevler vardır. Vakaların ilk görüldüğü yerden itibaren bildirim yapılması ve bu bildirim de tam ve zamanında yapılması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın eksiklikleri izlemesi ve geri bildirim yapılması ile ilgili sorumlulukları vardır.

Türkiye'de AIDS sorununa yaklaşım birkaç ana başlık altında toplanmalıdır. Bunlar Şekil 5'te görüldüğü gibi, surveyans, eğitim ve danışmanlıktır. Surveyansın alt başlıkları arasında HIV/AIDS bildirimini standardize edecek bir vaka tanımına gereksi-



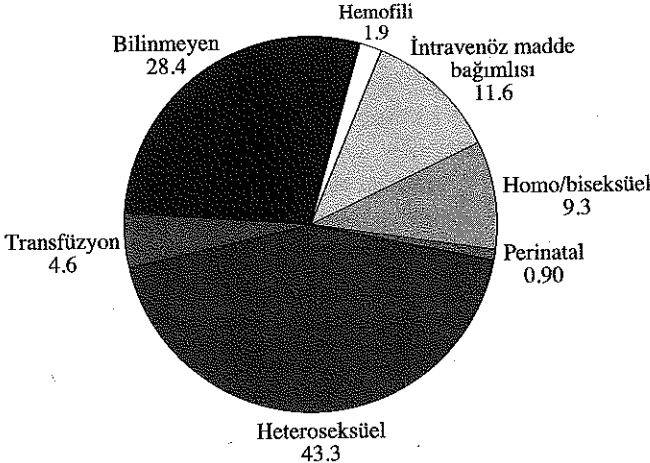
Şekil 2. Türkiye'de AIDS Vakaları ve HIV Enfeksiyonlarının Yıllara Göre Dağılımı.



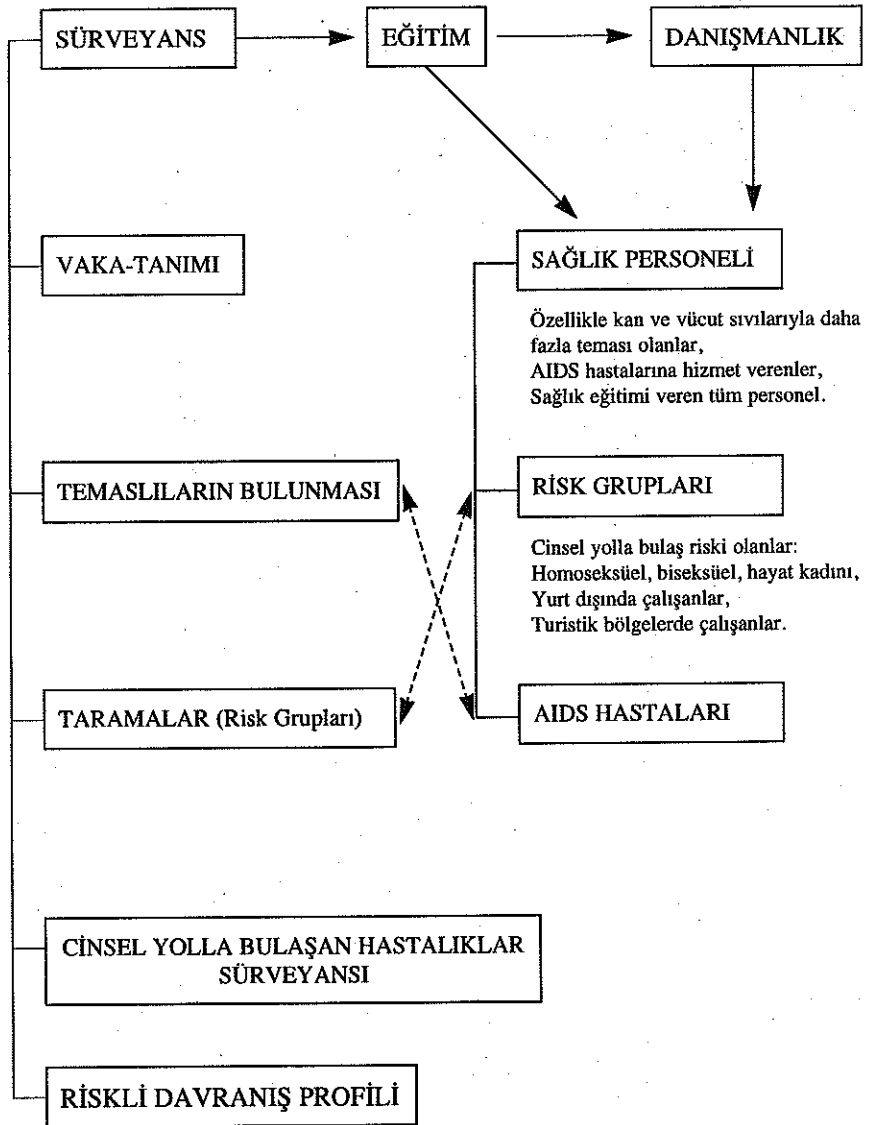
(N=742) BİLİNMEYEN 79

Şekil 3. Yaş ve Cinsiyete Göre AIDS Vakalarının Dağılımı (Ekim 1997).

nim vardır. Temaslıların bildirimini de hastaların bildirimine kadar önemlidir. Hastalığın yayılmasının önlenmesinde temaslıların bulunması çok önemlidir. Bu çalışmanın yapılmasında da hassasiyetle davranılması gerekmektedir. Tercih edilen yöntem hastaların temaslıları kendisinin haberdar etmesi ve sağlık kuruluşuna başvurmalarının sağlanmasıdır. Fakat bu konuda gizliliğe çok özen göstererek, hem hastaya hem temaslı-



Şekil 4. Risk Gruplarına Göre AIDS Vaka ve Taşıyıcılarının Dağılımı.



Şekil 5. HIV/AIDS Önlenmesi İçin Yapılması Gereken Çalışmalar.

lara gereken desteğin ve danışmanlığın sağlanması gerekmektedir. Taramalar gerçek hasta ve infekte popülasyonunu ortaya çıkarmak için seçilen bir yoldur. Prevalansı düşük olan bu durumda risk gruplarının taranması daha çok önerilmektedir. Taramanın yararı daha yüksek olacaktır. Bir yandan da cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların sür-

veyansına da aynı şekilde önem vermek gerekmektedir. Bu hastalıkların boyutları, AIDS sayıları konusunda fikir verecektir, riskli gruplar daha iyi tanımlanacaktır. Dünya AIDS Kongresi'nin sonuç bildirgesine göre ülkede riskli davranış profili çıkarılması da sürveyansın bir diğer bileşenidir. Bu konuda bir kesitsel saha araştırmasıyla veri toplanabilir, bunun sonuçları da sürveyans ve daha sonra yürütülecek korunma ve önleme çalışmaları için yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. *AIDS A Basic Guide for Clinicians*, Ebbesan, Biggar, Melby, 1984.
2. *AIDS Prevention through health promotion: Facing sensitive issues WHO*, 1991.
3. *Children Living in a world with AIDS*, UNAIDS, 1997.
4. *Civil-Military Alliance Newsletter*, April-1997.
5. *Facing the challenges of HIV, AIDS, STDs a gender based response. WHO*, 1995.
6. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. *İnfeksiyon Hastalıkları*, 1996.
7. *Principles and Practice of Infectious Diseases* Mandell, Douglas, Bennett, 1990.
8. *Prevention of Sexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus, AIDS Series 6*, WHO, Geneva, 1990.
9. TC Sağlık Bakanlığı, *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Md. Bulaşıcı Hastalıklar Daire Bşk, HIV/AIDS Sürveyans verileri*, Ekim 1997.
10. *The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic XI. International Conference on AIDS Final Report 7/1997*.
11. Tokars JI, Marcus R, Culver DH, et al. *Ann Intern Med* 1993;118:912-9.