مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۶، آذر ۱۳۹۶، ۹۸۲-۹۶۹

بررسی اپیدمیولوژیک وضعیت بیماران مبتلا به HIV/AIDS تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر بندرعباس در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴

حلیمه یعقوبی[۱]، حسن احمدی نیا[۲]، زیبا شعبانی[۳]، رضا وزیری نژاد[۴]، فاطمه ذولفی زاده[۵]، محسن رضائیان[۶،۷]

دریافت مقاله:۹۶/۳/۱ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۶/۴/۴ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۶/۷/۲ پذیرش مقاله: ۹۶/۷/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: همه‌گیری AIDS (سندرم نقص ایمنی اکتسابی) و HIV (ویروس نقص ایمنی انسانی) اکنون جدی‌ترین تهدید بهداشت عمومی در جهان محسوب می‌گردد. HIV با تأثیر بر سیستم ایمنی بدن انسان باعث آسیب و ابتلا به عفونت‌های فرصت‌طلب می‌شود. الگوی همه‌گیری این بیماری به شدت به رفتارهای پرخطر به عنوان یک عامل عمده در سطح اجتماع وابسته است. هدف از این مطالعه، بررسی اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به HIV/AIDS تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بندرعباس از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۹۵ انجام شد، ۴۲۶ نفر بیمار HIV مثبت دارای سن ۱۸ سال و بالاتر که طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ تحت مراقبت مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر بندرعباس بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مراقبت بالینی با استفاده از چک‌لیست محقق‌ساخته، توسط پرسنل مرکز مشاوره از پرونده بیماران استخراج گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی بیماران ۸/۰۲±۳۶/۳۰ سال بود، اکثر آن‌ها در گروه سنی ۴۴-۱۸ سال قرار داشتند و ۷۳ درصد (۳۱۱ نفر) مرد بودند. بیست و سه درصد (۹۲ نفر) بیماران در مرحله AIDS قرار داشتند. بیشترین نحوه آلودگی بیماران، اعتیاد تزریقی ۶۲/۴ درصد (۲۶۶ نفر) و بعد از آن رابطه جنسی ۴۲/۵ درصد (۱۸۱ نفر) بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این بررسی نشان داد اکثر افراد مبتلا به HIV/AIDS، از طریق اعتیاد تزریقی دچار این بیماری شده‌اند. بنابراین، آموزش صحیح و مشاوره مناسب در پیش‌گیری و کنترل عوامل خطر این بیماری و کاهش بروز آن در جامعه مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: مطالعه اپیدمیولوژیک، سندرم نقص ایمنی اکتسابی، ویروس نقص ایمنی انسانی، بندرعباس

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
۲- دانشجوی دکترای آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳- استادیار گروه آموزشی داخلی-عفونی، مرکز تحقیقات ایمونولوژی بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴- استاد گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۵- کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
۶- استاد گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۷- استاد مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
تلفن: ۳۱۳۱۵۱۲۳-۰۳۴، دورنگار: ۳۱۳۱۵۱۲۳-۰۳۴، پست الکترونیکی: moeygmr2@yahoo.co.uk

مقدمه

ایدز یک بیماری نوپدید است که به عنوان طاعون قرن شناخته شده است [۱]. روند کلی این بیماری در سطح جهان، صعودی بوده و همچنان جوامع انسانی را با پیامدهای بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی خود به چالش می‌کشد [۲]. بر اساس آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۳۵ میلیون نفر در سراسر جهان با ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV: Human Immunodeficiency Virus) زندگی می‌کنند و این روند به صورت افزایشی ادامه دارد [۴-۳]. کشورهای جنوب صحرای آفریقا بیشترین شیوع را داشته و حدود ۷۰ درصد از مبتلایان جهان در این منطقه زندگی می‌کنند [۴]. همه‌گیری HIV در ایران در مرحله متمرکز قرار دارد [۵]. همه‌گیری متمرکز بدین معنی است که هنوز کمتر از یک درصد جامعه آلوده هستند ولی در برخی گروه‌های در معرض خطر، این فراوانی به بیش از ۵ درصد رسیده است و این وضعیت نشان می‌دهد که ویروس در بعضی زیر گروه‌های جامعه به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در حال چرخش است [۶]. اگر همه‌گیری در مرحله متمرکز به حال خود رها شده و برای مهار آن مداخلات مبتنی بر شواهد علمی، هدفمند و مؤثر به کار گرفته نشود می‌تواند به همه‌گیری عمومی بی‌انجامد. عمده‌ترین عامل خطر گسترش همه‌گیری HIV/AIDS در ایران، مصرف تزریقی مواد است [۵].

جامعیت خدمات مراقبت از HIV ممکن است نقش مهمی در تأثیرگذاری بر بیمار و نتایج برنامه داشته باشد ولی به خوبی شرح داده نشده‌اند. مراقبت جامع از HIV منوط به ارائه خدمات متنوع می‌باشد از جمله: خدمات پیش‌گیری از HIV، مشاوره و آزمایش، مدیریت و پیش‌گیری از عفونت‌ها و بیماری‌های فرصت‌طلب، پشتیبانی از بیماران پای‌بند به درمان، پایش درمان بیمار و مراقبت تسکینی [۷]. سازمان بهداشت جهانی این حمایت‌های توصیه شده را به عنوان مداخلات الویت‌دار HIV شناسایی کرده است [۸]. راهکار اجرایی پیش‌گیری از HIV/AIDS در کشورهایی که در برنامه پیش‌گیری موفق بوده‌اند، راه‌اندازی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بوده است. در این مراکز به گروه‌های در معرض خطر در مورد روش‌های پیش‌گیری از انتشار بیماری آموزش داده می‌شود. همچنین، افراد مبتلا به ایدز یا عفونت‌های جنسی و معتادان تزریقی، تحت آموزش پیش‌گیری، ایجاد روابط سالم و کاهش آسیب قرار می‌گیرند تا از این طریق خطر آلوده شدن جامعه تحت پوشش به وسیله این افراد، کاهش یابد. پروتکل سازمان بهداشت جهانی نیز یکی از راهکارهای اجرایی برای پیش‌گیری رفتارهای پرخطر و آگاه‌سازی جامعه نسبت به آنها را راه‌اندازی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری می‌داند [۹].

یک مطالعه مقطعی ۱۰ ساله به بررسی اپیدمیولوژیک بیماران HIV مثبت در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری اصفهان از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر بیماران مرد بودند، ۳۰/۷ درصد در مرحله AIDS قرار داشتند و بیشترین نحوه آلودگی از طریق اعتیاد تزریقی بوده است [۱۰]. همچنین نتایج یک مطالعه مروری انجام شده در بوتان (کشوری در جنوب آسیا) که به بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک ۲۲ ساله HIV در این کشور پرداخته نشان می‌دهد که یکی از عوامل

خطر عمده، داشتن شریک‌های جنسی متعدد و هم زمان در هر دو جنس زن و مرد است و این روابط خارج از ازدواج یا قبل از ازدواج رخ می‌دهند. [۱۱].

با توجه به این که از زمان تأسیس مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران، زمان کوتاهی می‌گذرد و در ایران مطالعات بسیار اندکی در زمینه بررسی مراقبت بیماران مبتلا به HIV/AIDS صورت گرفته است [۱۰]، انجام پژوهش‌های بیشتری در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. بنابر گزارش جلسات رسمی معاونت بهداشتی استان هرمزگان، تعداد تجمعی موارد مثبت HIV/AIDS در استان از ۵۲۳ نفر در سال ۱۳۸۳ به ۱۳۶۱ نفر در سال ۱۳۹۴ رسیده است که از این تعداد ۸۳ درصد مرد و ۱۷ درصد زن می‌باشند. تزریق مشترک (۶۱ درصد) و تماس جنسی نامطمئن (۲۶/۳ درصد) بیشترین روش‌های انتقال بیماری در استان را تشکیل می‌دهند [۱۲]. در حالی که در کشور، تزریق مشترک ۶۷/۲ درصد و تماس جنسی ۱۳/۹ درصد است [۴]؛ این امر گویای تغییر الگوی انتقال ایدز از اعتیاد تزریقی به سمت روابط آمیزشی است که از مسائل هشداردهنده در هرمزگان می‌باشد. به طور کلی، شیوع HIV و AIDS در صد هزار نفر در استان هرمزگان نسبت به کشور روند افزایشی دارد به طوری که شیوع بیماری در استان نسبت به کشور دو برابر شده است [۱۲]. این موضوع نیز ضرورت انجام چنین بررسی را در این استان آشکار می‌سازد. لذا بر آن شدیم این بررسی را در شهر بندرعباس که مرکز استان و مهاجرپذیرترین شهر استان بوده و دارای یکی از پر مراجعه‌ترین مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در سطح استان می‌باشد، اجرا نمائیم.

مواد و روش‌ها

بررسی حاضر یک مطالعه مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. در این مطالعه، تعداد ۴۲۶ بیمار مبتلا به HIV/AIDS که طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر بندرعباس تحت مراقبت بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. شهر بندرعباس مرکز و یکی از شهرهای ساحلی استان هرمزگان در جنوب ایران است که دارای اقلیم خشک، تابستان‌های بسیار گرم و زمستان معتدل می‌باشد. طبق سرشماری سال ۱۳۹۰ این شهر دارای ۵۸۸۲۸۸ نفر جمعیت می‌باشد که ۵۱ درصد مرد و ۴۹ درصد زن هستند [۱۳].

جمع‌آوری داده‌ها پس از اخذ مجوز از مرکز بهداشت استان هرمزگان به این صورت بود که از بین کلیه بیماران HIV مثبت تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بندرعباس، بیمارانی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه داشتن سن ۱۸ سال و بالاتر، آلودگی به HIV (که مثبت بودن آن‌ها توسط دو نوبت آزمایش مثبت الیزا و سپس یک نوبت آزمایش مثبت وسترن بلات قطعی شده است [۱۴])، دارا بودن پرونده بهداشتی طی دوره زمانی ۱۱ ساله (از سال ۱۳۸۴ تا سال ۱۳۹۴) و کامل بودن اطلاعات ثبت شده در پرونده بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، چک‌لیستی بود که توسط گروه تحقیق تنظیم شد. اطلاعات لازم از پرونده مراقبتی بیماران استخراج و در چک‌لیست ثبت شد. چک‌لیست مطابق آیتم‌های درج شده در فرم‌های پرونده بیماران که شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات،

وضعیت تأهل، شغل، زمان تشخیص بیماری، زمان اولین مراجعه به مرکز، در صورت فوت؛ زمان و علت فوت)، اطلاعات پایه مشاوره (عوامل خطر، اعتیاد و نوع آن و سابقه زندان) و اطلاعات مراقبت بالینی (مرحله بیماری، شمارش CD4 (Cluster Difference 4) و شروع درمان ضد رتروویروسی) بود، تنظیم گردید.

متغیرهای مورد بررسی در بیماران به ۱۳ طبقه تقسیم شدند که عبارت بودند از: ۱- گروه سنی: چهار گروه ۳۴-۱۸، ۴۴-۳۵، ۵۴-۴۵، +۵۵ سال، ۲- جنسیت: دو گروه مرد، زن، ۳- سطح تحصیلات: دو گروه زیر دیپلم، دیپلم و بالاتر، ۴- وضعیت تأهل: سه گروه متأهل، مجرد، مطلقه، ۵- وضعیت اشتغال: دو گروه شاغل، بیکار، ۶- عوامل خطر انتقال بیماری: چهار گروه مصرف تزریقی مواد، ارتباط جنسی نامطمئن، همسر فرد مبتلا، سایر، ۷- شمارش CD4 ($cell/mm^3$) در هر میلی‌لیتر خون: سه گروه زیر ۲۰۰، ۴۹۹-۲۰۰، ۵۰۰ و بالاتر، ۸- مرحله بیماری طبق ارزیابی CD4 (با ۲۰۰ >CD4 بیمار وارد فاز AIDS می‌شود [۱۵]): دو گروه HIV مثبت، ابتلا به AIDS، ۹- علت اولین مراجعه: دو گروه ارجاع، داوطلبانه، ۱۰- سابقه زندان: دو گروه بله، خیر، ۱۱- وضعیت فعلی بیمار: دو گروه تحت مراقبت، فوت شده، ۱۲- علت فوت: برحسب مورد، ۱۳- شروع درمان ضدرتروویروسی: دو گروه بله، خیر.

بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ تحت تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده‌های کمی به صورت "انحراف معیار± میانگین" و داده‌های کیفی به صورت "تعداد (درصد)" گزارش شدند. به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون آماری مجذور کای و یا آزمون دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

مجموعه داده‌های جمع‌آوری شده در مطالعه حاضر شامل اطلاعات ۴۳۱ بیمار مبتلا به HIV/AIDS شهر بندرعباس از سال ۱۳۸۴ تا سال ۱۳۹۴ بود که از این تعداد ۵ نفر (۱/۱۶درصد) بیمار زیر ۱۸ سال مطابق معیار ورود به مطالعه، از داده‌ها حذف شدند. بنابراین، تجزیه‌وتحلیل بر اساس داده‌های ۴۲۶ نفر (۹۸/۸درصد) از بیماران مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بندرعباس انجام گرفت.

بررسی دموگرافیک بیماران نشان داد که از نظر متغیر سن در زمان تشخیص عفونت، دارای حداقل ۲۰ و حداکثر ۸۰ سال با میانگین و انحراف معیار ۸/۰۲±۳۶/۳۰ سال بودند. اکثر بیماران در رده سنی ۴۴-۱۸ سال قرار داشتند حدود ۲۳ درصد (۹۲ نفر) بیماران در اولین نوبت تشخیص آزمایشگاهی بیماری طبق ارزیابی میزان CD4 در مرحله ابتلا به AIDS قرار داشتند. ویژگی‌های دموگرافیک بیماران تحت مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به HIV/AIDS تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر بندرعباس در سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۸۴

متغیر		(درصد) تعداد
گروه سنی (سال) (بر اساس زمان تشخیص)	۱۸-۳۴	۱۸۲ (۴۲/۷)
	۳۵-۴۴	۱۸۲ (۴۲/۷)
	۴۵-۵۴	۵۲ (۱۲/۲)
	۵۵ و بالاتر	۱۰ (۲/۴)
جنسیت	مرد	۳۱۱ (۷۳/۰)
	زن	۱۱۵ (۲۷/۰)
وضعیت تأهل	متأهل	۲۱۰ (۴۹/۳)
	مجرد	۱۶۱ (۳۷/۸)
	مطلقه	۵۵ (۱۲/۹)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۳۴۲ (۸۰/۳)
	دیپلم و بالاتر	۸۴ (۱۹/۷)
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۵۳ (۳۵/۹)
	بیکار	۲۷۳ (۶۴/۱)
مرحله بیماری طبق ارزیابی CD4 (cell/mm^3)*	HIV مثبت	۳۰۴ (۷۶/۸)
	ابتلاء به AIDS	۹۲ (۲۳/۲)
وضعیت فعلی بیمار	تحت مراقبت	۲۹۲ (۶۸/۵)
	فوت شده	۱۳۴ (۳۱/۵)
وضعیت بیماری افراد فوت شده	مبتلا به ایدز	۳۳ (۲۴/۶)
	HIV مثبت	۸۲ (۶۱/۲)
	نامشخص	۱۹ (۱۴/۲)

** اطلاعات CD4 مربوط به ۳۰ نفر از بیماران در دسترس نبود.*

بررسی عوامل خطر انتقال بیماری در مبتلایان به HIV/AIDS نشان می‌دهد که بیشترین عامل انتقال آلودگی از طریق اعتیاد تزریقی ۲۶۶ مورد (۶۲/۴ درصد) و بعد از آن تماس جنسی ۱۸۱ مورد (۴۲/۵ درصد) می‌باشد. در این میان بیمارانی که هر دو عامل خطر را هم‌زمان داشتند ۱۳۲ مورد (۳۱ درصد) برآورد شدند. در بین مردان، عامل خطر اعتیاد تزریقی و در بین زنان، عامل خطر ارتباط جنسی بیشتر بود. عوامل خطر و شناسایی بیمار در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- عوامل خطر و شناسایی بیماران مبتلا به HIV/AIDS تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر بندرعباس در سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۸۴ به تفکیک جنسیت

	متغیر	مرد (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	کل (درصد) تعداد
علت اولین مراجعه	ارجاع	۲۵۸ (۷۷/۹)	۷۳ (۲۲/۱)	۳۳۱ (۷۷/۷)
	مراجعه داوطلبانه	۵۳ (۵۵/۸)	۴۲ (۴۴/۲)	۹۵ (۲۲/۳)
سابقه زندان	بله	۲۴۲ (۹۶/۸)	۸ (۳/۲)	۲۵۰ (۵۸/۷)
	خیر	۶۹ (۳۹/۲)	۱۰۷ (۶۰/۸)	۱۷۶ (۴۱/۳)
عامل خطر انتقال بیماری	مصرف تزریقی مواد	۲۶۲ (۹۸/۵)	۴ (۱/۵)	۲۶۶ (۶۲/۴)
	رابطه جنسی	۱۶۶ (۹۱/۷)	۱۵ (۸/۳)	۱۸۱ (۴۲/۵)
	هم زمان رابطه جنسی و مصرف تزریقی مواد	۱۲۸ (۹۷/۰)	۴ (۳/۰)	۱۳۲ (۳۱/۰)
	همسر فرد مبتلا به HIV	۱ (۱/۱)	۸۷ (۹۸/۹)	۸۸ (۲۰/۶)
	سایر	۹ (۳۶/۰)	۱۶ (۶۴/۰)	۲۵ (۵/۸)
شمارش CD4 (cell/mm^3) *	زیر ۲۰۰	۶۵ (۷۰/۷)	۲۷ (۲۹/۳)	۹۲ (۲۳/۲)
	۲۰۰ تا ۴۹۹	۷۴ (۶۲/۲)	۴۵ (۳۷/۸)	۱۱۹ (۳۰/۱)
	۵۰۰ و بالاتر	۱۴۵ (۷۸/۴)	۴۰ (۲۱/۶)	۱۸۵ (۴۶/۷)
شروع درمان ضد رتروویروسی	بله	۱۳۲ (۶۱/۱)	۸۴ (۳۸/۹)	۲۱۶ (۵۰/۷)
	خیر	۱۷۹ (۸۵/۲)	۳۱ (۱۴/۸)	۲۱۰ (۴۹/۳)

**** اطلاعات CD4 مربوط به ۳۰ نفر از بیماران در دسترس نبود.***

بررسی علل فوت بیماران HIV/AIDS نشان داد که ابتلا به AIDS و مجموع عوارض و آسیب‌های ناشی از این بیماری بیشترین سهم را در بین علل فوت این بیماران داشت و پس از آن مسمومیت با مواد مخدر علت دوم فوت این بیماران بود. علل فوت در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- علل فوت بیماران مبتلا به HIV/AIDS تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر بندرعباس در سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۸۴ به تفکیک جنسیت

علت فوت	مرد (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	کل (درصد) تعداد
ایدز	۷۴ (۷۸/۷)	۲۰ (۲۱/۳)	۹۴ (۷۰/۲)
مسمومیت با مواد مخدر	۴ (۱۰۰)	۰	۴ (۳/۰)
خودکشی	۳ (۱۰۰)	۰	۳ (۲/۲)
تصادف	۱ (۱۰۰)	۰	۱ (۰/۷)
نامشخص	۳۱ (۹۶/۸)	۱ (۳/۲)	۳۲ (۲۳/۹)

اختلاف توزیع فراوانی مرحله بیماری در گروه‌های مختلف سنی از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۳۷) ولی اختلاف توزیع فراوانی مرحله بیماری در دو گروه زنان و مردان، از نظر آماری معنی‌دار نبود. در بررسی مقایسه توزیع فراوانی عوامل خطر انتقال بیماری در زنان و مردان، مشاهده شد که بین جنسیت و عامل خطر اعتیاد تزریقی

از نظر آماری ارتباط وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، این اختلاف معنی‌دار در مقایسه توزیع فراوانی بین عامل خطر ارتباط جنسی و جنسیت نیز مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). در بررسی ارتباط بین گروه‌های مختلف سنی و عوامل خطر انتقال بیماری، توزیع فراوانی عامل خطر اعتیاد تزریقی در گروه‌های سنی از نظر آماری دارای اختلاف معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۱) ولی اختلاف بین عامل خطر ارتباط جنسی و گروه‌های سنی از نظر آماری معنی‌دار نبود. بیشترین درصد دو عامل خطر اعتیاد تزریقی و ارتباط جنسی بین زیر گروه‌های متغیر وضعیت تأهل، در زیر گروه مطلقه‌ها مشاهده شد، و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (اعتیاد تزریقی P<۰/۰۰۱، ارتباط جنسی P=۰/۰۰۸) یعنی بین بین دو عامل خطر اعتیاد تزریقی و ارتباط جنسی با طلاق در بیماران HIV/AIDS از نظر آماری ارتباط وجود دارد. همچنین، افراد با سطح تحصیلات زیر دیپلم بیشترین درصد مصرف‌کننده تزریقی مواد و دارای اختلاف معنی‌دار از نظر آماری بودند (P=۰/۰۳۴). در مقایسه توزیع فراوانی وضعیت اشتغال در زنان و مردان بیمار، بین جنسیت و شغل اختلاف معنی‌داری از نظر آماری مشاهده شد (P<۰/۰۰۱) ولی بین جنسیت و سطح تحصیلات اختلاف معنی‌دار نبود.

توزیع گروه های سنی بیماران به تفکیک مرد و زن در جدول ۴ نشان داده شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود اکثر مردان بیمار در گروه سنی ۳۵-۴۴ سال و بیشتر زنان بیمار در گروه سنی ۱۸-۳۴ سال قرار دارند.

جدول ۴- توزیع گروه‌های سنی بیماران مبتلا به HIV/AIDS تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر بندرعباس در سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۸۴ به تفکیک جنسیت

گروه سنی (سال)	مرد (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	کل (درصد) تعداد
۱۸-۳۴	۱۲۲ (۶۷/۰)	۶۰ (۳۳/۰)	۱۸۲ (۴۲/۷)
۳۵-۴۴	۱۴۳ (۷۸/۶)	۳۹ (۲۱/۴)	۱۸۲ (۴۲/۷)
۴۵-۵۵	۳۹ (۷۵/۰)	۱۳ (۲۵/۰)	۵۲ (۱۲/۲)
۵۵+	۷ (۷۰/۰)	۳ (۳۰/۰)	۱۰ (۲/۴)

بحث

این پژوهش یکی از اولین مطالعات در استان هرمزگان بود که با هدف بررسی اپیدمیولوژیک افراد مبتلا به HIV/AIDS انجام گرفت و به صورت کلی، یافته‌های این مطالعه با نتایج سایر مطالعات مشابه انجام شده در داخل کشور همسو می‌باشد [۱۰، ۱۸- ۱۶].

یافته‌های مطالعه نشان داد که اعتیاد تزریقی مهم‌ترین عامل خطر انتقال بیماری در افراد مبتلا به HIV/AIDS تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بندرعباس می‌باشد و عامل خطر ارتباط جنسی در مرتبه دوم قرار دارد. این الگو در بین مردان و زنان بیمار در مطالعه حاضر متفاوت است؛ در مردان، عامل خطر اعتیاد تزریقی بیشتر می‌باشد ولی در زنان، عامل خطر ارتباط جنسی شایع‌تر است. این یافته با الگوی کشوری مطابقت دارد؛ طبق گزارش منتشر شده در سال ۲۰۱۵، عمده‌ترین عامل

گسترش همه‌گیری ایدز در ایران مصرف تزریقی مواد مخدر و بعد از آن انتقال جنسی می‌باشد [۵].

دو مطالعه انجام شده در شیراز و تهران [۲۰- ۱۹] یافته‌های مشابهی را گزارش کرده‌اند. در بررسی انجام شده در اصفهان، نحوه آلودگی اغلب بیماران HIV مثبت تحت بررسی، از طریق اعتیاد تزریقی و بعد از آن آمیزش جنسی غیرایمن و حفاظت نشده گزارش شده است [۱۰]. یک مطالعه متاآنالیز انجام شده در استرالیا گزارش کرده که در کشورهای با درآمد کم تا متوسط، مصرف تزریقی مواد مخدر بالاترین سهم را در بار بیماری ایدز دارد [۲۱]. مطالعه انجام شده در ویتنام نیز مشابه یافته‌های مطالعه حاضر را گزارش کرده است [۲۲]. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند خطر عوامل مرتبط با تزریق مواد، مدت زمان اعتیاد تزریقی، نوع ماده تزریقی و استفاده از سرنگ مشترک به صورت مستقیم و غیرمستقیم با انتقال عفونت HIV ارتباط دارد [۲۳]. به طور کلی، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، ممکن است تحت تاثیر مواد مخدر اقدام به برقراری رابطه جنسی پرخطر کنند، به همین علت در خطر بالای ابتلا به HIV از طریق روابط جنسی نیز هستند [۱۸- ۱۶]. برای کاهش انتقال HIV از راه مصرف تزریقی مواد، تقویت کیفی و کمی مداخلات پیش‌گیرانه کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد یک ضرورت جدی است. از طرفی، به علت افزایش انتقال جنسی بیماری در ایران، در پیش گرفتن مداخلاتی که سبب کاهش روابط جنسی پرخطر گردد اجتناب‌ناپذیر است [۵]. به دلیل هم‌پوشانی بین اعتیاد تزریقی و رفتارهای پرخطر جنسی، برای پیش‌گیری از انتقال HIV لازم است آموزش در خصوص مخاطرات استفاده مشترک از ابزار تزریق و روابط جنسی محافظت‌نشده به صورت هم‌زمان در برنامه‌های مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری مورد توجه قرار گیرند [۱۶]. به طور کلی، استراتژی‌هایی برای نشانه گرفتن مصرف تزریقی مواد و رفتارهای تجارت جنسی و بهبود میزان استفاده از کاندوم همچنین، تقویت پایش HIV و مداخله در جمعیت پرخطر برای حرفه‌های مرتبط با سلامت ضروری است [۲۴].

در مطالعه حاضر بیش از ۵۰ درصد افراد آلوده به HIV/AIDS، سابقه اقامت در زندان داشتند که این موضوع می‌تواند یکی از عوامل دامن زدن به رفتارهای پرخطری نظیر مصرف تزریقی مواد و روابط جنسی گردد. بروز این سه عامل پرخطر و وابستگی آن‌ها به هم در مطالعات مختلف گزارش شده است [۱۰، ۱۸- ۱۶، ۲۳، ۲۵]. طبق سیاست‌گذاری پیش‌گیری از رفتارهای پرخطر، استراتژی کاهش آسیب در زندان‌ها شامل درمان با متادون در تقابل با تزریق مواد، استفاده از سرنگ یکبار مصرف در تزریق، تمرکز بر پیش‌گیری از روابط جنسی محافظت‌نشده مانند در دسترس قرار دادن کاندوم امری ضروری می‌باشد [۵]. مداخلات آموزشی به منظور افزایش آگاهی افراد نیز می‌تواند به طور مستقل به توسعه برنامه‌های کاهش آسیب کمک کند [۱۸].

از بررسی ۱۱ ساله در پژوهش حاضر مشخص شده در کل، ۲۳/۲ درصد بیماران در مرحله AIDS بودند که به نظر می‌رسد اکثر این بیماران به سبب دیرکرد در مراجعه و تشخیص به موقع عفونت، وارد فاز AIDS شده‌اند. از مجموع ۴۲۶ نفر بیمار تحت بررسی ۱۳۴ نفر فوت شده بودند که ۳۳ نفر آن‌ها (۲۴/۶ درصد) در مرحله ایدز بوده‌اند. بررسی ده ساله انجام شده در اصفهان گزارش

کرده که ۳۰/۷ درصد بیماران تحت مطالعه به مرحله AIDS رسیده‌اند [۱۰]. پژوهش انجام شده در تهران نیز گزارش کرده که ۷۸/۲ درصد بیماران مورد بررسی در مرحله ایدز پیشرفته قرار داشتند [۲۰]. مطالعه دیگری که در اصفهان انجام شده اعلام نموده که ۲۵ درصد بیماران فوت‌شده در مرحله ایدز بوده‌اند [۲۶]. دلایل بسیاری وجود دارد که سبب می‌شوند مراجعه بیماران HIV/AIDS در مراحل آخر بیماری اتفاق بیفتد، عواملی مانند انگ اجتماعی، ناآشنایی و عدم دسترسی به مراکز مشاوره، کمبود پرسنل دوره‌دیده و پی‌گیری نادرست پرسنل و دیگر علل ناشناخته. لذا اطلاع‌رسانی گسترده و مستمر عوامل خطر ابتلا به بیماری و معرفی مراکز مشاوره در جامعه ضروری است [۲۶].

همان‌طور که نتایج این بررسی نشان می‌دهد، برخی خصوصیات دموگرافیک بیماران از جمله جنس مرد، طلاق، بیکاری و سطح تحصیلات پایین از مهم‌ترین عوامل خطری هستند که با ابتلا به HIV/AIDS ارتباط معنی‌دار دارد. این یافته‌ها با نتایج اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه مطابقت دارد [۱۰، ۱۸- ۱۷، ۲۳، ۲۷]؛ بنابراین به نظر می‌رسد برخی از این عوامل به عنوان پتانسیل خطر ابتلا به HIV/AIDS نیازمند توجه و تأکید بیشتر در سیاست‌های پیش‌گیری هستند.

آگاهی از عواقب روابط جنسی ناسالم، خطرات اعتیاد، مخاطرات حضور در زندان و همچنین آموزش نکات مهم بهداشتی در زمینه رفتارهای پرخطر به جوانان که به طور عمده در معرض خطر هستند، ضروری است. رفتارهای پرخطر در افراد کم‌سواد و از طبقه پایین اجتماع و ناآگاه و همچنین در افراد بیکار و نیازمند از نظر مالی که دارای رفتارهای بزه‌کارانه نیز هستند، بیشتر مشاهده می‌شود [۱۰]. افراد دارای چندین شریک جنسی نسبت به آن‌هایی که دارای شریک جنسی قابل اعتماد هستند، در معرض بالاتری از خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی از جمله AIDS قرار دارند. این موضوع محتمل است که افراد مجرد و افراد مطلقه دارای شبکه رابطه جنسی گسترده‌ای باشند که منجر به داشتن شرکای جنسی بیشتری می‌شود که به نوبه خود ابتلا به HIV/AIDS و به دنبال آن مرگ ناشی از بیماری را افزایش می‌دهد. از طرفی، ممکن است همبستگی اجتماعی ضعیفی در بین افراد مجرد و مطلقه نسبت به افراد متأهل وجود داشته باشد و این امر منجر به بالا رفتن مرگ به دنبال ابتلا به بیماری در این گروه‌ها شود [۲۸].

بیشتر بودن فراوانی مردان مبتلا به HIV/AIDS ریشه در دیرکرد مردان دارای رفتار پرخطر از نظر احتمال ابتلا به بیماری در معرفی خود به مراکز درمانی (Late presentation in men) و تفاوت‌های جنسیتی گزاف در عوامل شیوه زندگی در مردان و زنان (برای مثال مصرف سیگار، الکل و سوء مصرف مواد مخدر در مردان معمول‌تر است) دارد [۲۹]. تنوع در سطح تحصیلات، سطح درآمد، میزان دسترسی به سیستم مراقبت بهداشتی، انگ اجتماعی و منزوی ساختن افراد، سایر عواملی هستند که ممکن است تفاوت‌های مشاهده شده در مردان و زنان را از نظر مستعد بودن برای ابتلا به HIV/AIDS تحت تأثیر قرار دهند [۳۰].

بیش از نیمی از بیماران مورد بررسی در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بندرعباس برای دریافت درمان اقدام کرده‌اند که بیانگر پوشش درمانی مطلوب این بیماران

است. در مطالعات مشابه، اقدام به درمان بیماران مورد ارزیابی قرار نگرفته بود [۱۰، ۱۸، ۳۱] . یکی از نشانه‌های بارز در ارزیابی موفقیت و پیشرفت برنامه مراقبتی HIV/AIDS برآورد دسترسی و بهره‌مندی بیماران از درمان‌های ضد رتروویروسی است. مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران سابقه و تجربه کافی در ارائه خدمات مشاوره‌ای از جمله پیش‌گیری به ویژه در افراد با رفتارهای پر خطر ندارند. کمبود نیروی انسانی دوره‌دیده، فقدان برنامه سازماندهی شده جهت ارتقاء آموزش کارکنان، پایش مستمر فعالیت‌های این مراکز و ارائه پسخوراند و خدمات پشتیبانی از جمله خلاءهایی هستند که تا حدودی در عملکرد این مرکز و نهایتاً در بهره‌مندی بیماران از خدمات مفید تأثیرگذار هستند [۳۲].

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، ناقص بودن اطلاعات دموگرافیک یا آزمایشگاهی ثبت شده در فرم‌های مراقبتی بیماران بود. برای رفع این مشکل تا جایی که امکان‌پذیر بود از طریق برقراری ارتباط تلفنی توسط پرسنل مرکز مشاوره با بیمار اطلاعات ناقص تکمیل گردید. در صورتی که نظام مراقبت بهداشتی درمانی به اجرای جدی برنامه‌های ضد عوامل خطر HIV/AIDS مبادرت ورزد، بسیاری از سال‌های از دست رفته عمر در این بیماران قابل پیش‌گیری است. پیشنهاد می‌شود پی‌گیری دقیق وضعیت بیمار از طریق منابع رجوع این بیماران نظیر مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها انجام گیرد زیرا می‌تواند کمک زیادی در تکمیل مدارک بهداشتی و درمانی این بیماران کند. مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری با داشتن الگوی مدیریتی مناسب، به نحو مطلوبی می‌توانند با استفاده از امکانات موجود به اهداف از پیش طراحی شده خود برسند. به نظر می‌رسد با توجه به محدودیت‌هایی که در زمینه هزینه و منابع انسانی در این مراکز وجود دارد، علاقه‌مندی کم سازمان‌ها به موضوع کار مشاوره، نیاز این مراکز به بهبود کیفیت خدمات و برای اثربخشی بیشتر پیشنهاد می‌شود مراکز مذکور تحت طراحی نوین و از نظر مدیریتی مورد بازبینی قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های مطالعه حاضر در مجموع، اعتیاد تزریقی مهم‌ترین عامل خطر انتقال بیماری در افراد مبتلا به HIV/AIDS تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بندرعباس می‌باشد و عامل خطر ارتباط جنسی در رتبه دوم قرار دارد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد آگاه‌سازی جامعه در شناخت عوامل خطر ابتلا به HIV/AIDS و راه‌های پیش‌گیری از آن بسیار ضروری است. آموزش در مدارس، زندان‌ها، مجامع صنفی مانند صنف آرایش‌گران و سیاست‌گذاری برای تهیه برنامه‌های آموزشی در این زمینه برای گروه‌های هدف توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان می‌باشد. از مرکز بهداشت استان هرمزگان به خاطر اجازه انجام این طرح، از پزشک و همکاران دلسوز و زحمت‌کش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر بندرعباس به خاطر همکاری در جمع‌آوری داده‌ها بسیار سپاس‌گذاریم.

References

[1] Haghdoost AA, Mostafavi E, Mirzazadeh A, Navadeh S, Feizzadeh A, Fahimfar N, et al. Modelling of HIV/AIDS in Iran up to 2014. *J AIDS HIV Res* 2011; 3(12): 231-9.

[2] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC. (2010). Available at: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf.

[3] Patterson S, Cescon A, Samji H, Chan K, Zhang W, Raboud J, et al. Life expectancy of HIV-positive individuals on combination antiretroviral therapy in Canada. *BMC Infect Dis* 2015; 15(274): 1-10.

[4] WHO. Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities. 2013. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/update2013/en/.

[5] National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education. Islamic Re-public of Iran AIDS Progress Report on Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS. (March 2015). Available at: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2015countries.

[6] Yavari P, Esmaeeil nasab N, Akbarin H, Amirkhani A, Ansari H, Ansari F, et al. Epidemiology Textbook of Prevalent diseases in Iran. 1nd ed, Tehran, GAP, 2013; pp: 29-44. [Farsi]

[7] Duda SN, Farr AM, Lindegren ML, Blevins M, Wester CW, Wools-Kaloustian K, et al. Characteristics and comprehensiveness of adult HIV care and treatment programmes in Asia-Pacific, sub-Saharan Africa and the Americas: results of a site assessment conducted by the International epidemiologic Databases to Evaluate AIDS (IeDEA) Collaboration. *JAIS* 2014; 17(1): 1-13.

[8] WHO (HIV/AIDS Department). Priority Intervention: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. 2010. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44418/1/9789241500234_eng.pdf.

[9] Nasiripour AA, Raeissi P, Tabibi SJ, Majidpour A, Safipour M. Designing a Domestic Model for Resource Management at Counseling Centers for Behavioral Illnesses in Iran. *J Ardabil Univ Med Sci* 2012; 12(2): 190-203. [Farsi]

[10] Daryazadeh S, Maryami F. Epidemiological Investigation of HIV-Positive Patients in Isfahan Behavioral Consultation Center, Iran, 1999-2009. *J Isfahan Med Sci* 2013; 31(258): 1744-55. [Farsi]

[11] Tshering P, Lhazeen K, Wangdi S, Tshering N. Twenty-two years of HIV infection in Bhutan: epidemiological profile. *J Virus Erad* 2016; 2(4): 45-8.

[12] AIDS Control Department, Infectious Disease Management Center, Ministry of Health and Medical

Education, The record of cases of known HIV/AIDS. 2014. (Unpublished)

[13] Dolati-zeh H, Fathinezhad F, Asadi B. Detailed results of the Population and Housing General Census 2011 Bandar Abbas city. Planning Department Governor - Office of Statistics and Information 2013. [Farsi]

[14] Ministry of Health and Medical Education. National guideline for Use of Rapid Tests to Detect HIV in the Islamic Republic of Iran. Third Edition 2012. [Farsi]

[15] Government of the republic of zambia, Ministry of Health. and Medical Education. Adult and adolescent antiretroviral therapy protocols 2010. Available at: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries.

[16] Torkashvand F, Asadpor M, Sheikh Fathollahi M, Sheikhi E, Salehi Shahrbabaki MH, Hoseini OR, et al. Frequency of High Risk Behaviour in HIV Positive Patients Referred to Centers for Behavioural Disorders of Rafsanjan and Kerman in 2012. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015; 14(7): 587-98. [Farsi]

[17] Bagheri P, Faramarzi H, Sabet M. The Survey of Risk Factors in HIV Positive Patients Covered by Shiraz University of Medical Sciences. *JIMS* 2011; 29(157): 1341-9. [Farsi]

[18] Afsar Kazerooni PA, Amini Lari M, Joolaei H, Sabet M. Prevalence of human immunodeficiency virus infection and related risk factors among injective substance abusers in Shiraz, Southern part of Iran. *J Fundam Ment Health* 2009; 11(43): 175-84. [Farsi]

[19] Alimohamadi Y, Tabatabaee H, AfsarKazerooni P, Vahedi S, Enaami M, Teimourizad A. Epidemiologic characteristics of HIV-positive patients referring to behavioral diseases consultation center in Shiraz, Iran. *Med J Islam Repub Iran* 2014; 28(14): 147.

[20] Hajiabdolbaghi M, Jafari S, Alijani N, Hedayat-Yaghoobi M. Prevalence of Opportunistic Infections among Hospitalized Patients with HIV/AIDS in Tehran Imam Khomeini Hospital (Iran), during 2009-2012. *JIMS* 2014; 31(266): 2149-53. [Farsi]

[21] Degenhardt L, Charlson F, Stanaway J, Larney S, Alexander LT, Hickman M, et al. Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Infect Dis* 2016; 16(12): 1385-98.

[22] Le LV, Nguyen TA, Tran HV, Gupta N, Duong TC, Tran HT, et al. Correlates of HIV infection among female sex workers in Vietnam: injection drug use remains a key risk factor. *Drug Alcohol Depend* 2015; 150(2015): 46-53.

[23] Mohammadkhani GA, Golian TS, Modanloo S, Vejdani M, Babaei HA, Dehghankar L. Investigation of serologic prevalence of hiv and hepatitis b infections and its relationship with behavioral risk factors among drug addicts. *J health syst res* 2016; 12(1): 70-6. [Farsi]

[24] Xu Y, Yang G, Liu H, Li X, Song L, Li Y, et al. Epidemiologic features of AIDS in China, 2004–

2013. *Clinical Infectious Diseases* 2015; 60(1): 167-9.

[25] Magnus M, Kuo I, Phillips II G, Rawls A, Peterson J, Montanez L, et al. Differing HIV risks and prevention needs among men and women injection drug users (IDU) in the District of Columbia. *J Urban Health* 2013; 90(1): 157-66.

[26] Daryazadeh S. Prevalence of simultaneous infections and causes of death of positive-HIV patients in incubation and AIDS phases. *RJMS* 2016; 22(139): 46-55. [Farsi]

[27] Zhang Y, Shan H, Trizzino J, Ruan Y, Beauchamp G, Masse B, et al. HIV incidence, retention rate, and baseline predictors of HIV incidence and retention in a prospective cohort study of injection drug users in Xinjiang, China. *Int J Infect Dis* 2007; 11(4): 318-23.

[28] Kposowa AJ. Marital status and HIV/AIDS mortality: evidence from the US National Longitudinal Mortality Study. *IJID* 2013; 17: e868-74.

[29] May M, Gompels M, Delpech V, Porter KH, Post F, Johnson M, et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. *BMJ* 2011; 343: d6016.

[30] Samji H, Cescon A, Hogg R, Modur SH, Althoff K, Buchacz K, et al. Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. *Plos One* 2013; 8(12): e81355.

[31] Hajizadeh SH, Nedjat SH, Majdzadeh R, Mohraz M, Setayesh HM, Gooya MM. High-risk behaviors of HIV positive individuals referred to Behavioral Counselling Centers of Universities of Medical Sciences in Tehran. *J School Public Health Institute Public Health Res* 2012; 10(3): 65-76. [Farsi]

[32] Kashi AH, Yadyad MJ, Hajiabdolbaghi M, Jafari SI. Utilization of the Health Ministry recommended services by Iranian HIV/AIDS patients. *TUMJ* 2008; 66(9): 670-6. [Farsi]

The Epidemiological Investigation of Patients with HIV/AIDS in Bandar Abbas Behavioral Disorders Counseling Center During 2005-2015

H. Yaghoobi[1], H. Ahmadiniya[2], Z. Shabani[3], R. Vazirinejad[4], F. Zolfizadeh[5], M. Rezaeian[6,7]

Received: 22/05/2017 Sent for Revision: 25/06/2017 Received Revised Manuscript: 24/09/2017 Accepted: 09/10/2017

Background and Objectives: The epidemic Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) is the most serious public health threat in the world now. HIV affects the human immune system and causes damage of catching opportunistic infections. The epidemic pattern of the disease is strongly dependent on high risk behaviors as a major factor in the community. The aim of this study was epidemiological investigation of HIV/AIDS patients in Bandar Abbas Behavioral Disorders Counseling Center during 2005-2015.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in 2016 on 426 HIV-positive patients aged 18 years old and older who were under the care of the Counseling Center for Behavioral Diseases in Bandar Abbas during 2005 to 2015. Demographic and clinical information were extracted from the patients' records by the staff of the consulting center and was recorded in the researcher made checklist. Data were analyzed using chi-square and Fisher's exact tests.

Results: The average and standard deviation of age of patients was 36.30±8.02 years, most of them were in the age group of 18-44 years old ,and 73% (311 cases) were male. Twenty three percent (92 cases) of patients were in AIDS stage. Most of the patients were infected through drug injection abuse (62.4%) and sexual intercourse (42.5%).

Conclusion: The results of the current study showed that most of the patients have been infected through injecting drug use. Therefore, desirable education and proper counseling are effective to prevent and control the risk factors and reduce the incidence of the disease in the community.

Key words: Epidemiologic study, Acquired immunodeficiency syndrome, HIV, Bandar Abbas

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences approved the study, (IR.RUMS.REC.1395.61).

How to cite this article: Yaghoobi H, Ahmadiniya H, Shabani Z, Vazirinejad R, Zolfizadeh F, Rezaeian M. Epidemiological Investigation of Patients with HIV/AIDS in Bandar Abbas Behavioral Disorders Counseling Center During 2005-2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2018; 16(10): 969-82. [Farsi]

1- MSc Student of Epidemiology, Social Determinants in Health Promotion Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

2- PhD Student of Biostatistics, Dept. of Biostatistics, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

3- Associate Prof, Dept. of Immunology of Infectious Diseases Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

4- Prof, Dept. of Social Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

5- MSc in Health Care Management, Mother and Child Welfare Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

6- Prof., Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Occupational Environmental Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

(Corresponding Author) Tel: (034) 31315123, Fax: (034) 31315123, E-mail: moeygmr2@yahoo.co.uk

7- Prof. of Epidemiology, Occupational Environmental Research Center, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran (Corresponding Author)