

## بررسی اپیدمیولوژیک بیماران HIV مثبت در مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری اصفهان

سعیده دریازاده<sup>۱</sup>، فریدون مریمی<sup>۱</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** سندرم نقص ایمنی اکتسابی (Acquired immunodeficiency syndrome یا AIDS) توسط ویروس نقص ایمنی انسانی (Human immunodeficiency virus یا HIV) ایجاد می‌شود. این ویروس بر تمام سیستم‌های بدن تأثیر می‌گذارد و باعث آسیب‌پذیری سیستم و اندام‌های بدن نسبت به عفونت‌های فرصت‌طلب، کاهش وزن و در نهایت مرگ می‌شود. هدف این پژوهش، بررسی اپیدمیولوژیک بیماران آلوده به HIV (HIV مثبت) در مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری اصفهان از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸ بود.

**روش‌ها:** این مطالعه یک مطالعه‌ی مقطعی بود که طی آن ویژگی‌های اپیدمیولوژیک کلیه‌ی بیماران HIV مثبت تحت پوشش مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری را در سال‌های گفته شده، به روش سرشماری بررسی شد. اطلاعات بیماران وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ شد و داده‌ها با روش آمار توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۲۴۱ بیمار با میانگین سنی ۳۸/۷ سال بررسی شدند. ۴۷/۷ درصد آن‌ها در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال و ۸۹/۶ درصد از بیماران مرد بودند. ۷۴ نفر (۳۰/۷ درصد) از بیماران مورد مطالعه در مرحله‌ی ابتلا به AIDS بودند. در سال ۱۳۸۷، ۳۱ درصد و در سال ۱۳۸۸، ۵۳ درصد از بیماران در زمان تشخیص در مرحله‌ی ابتلا به AIDS بودند. بیشترین نحوه‌ی آلودگی بیماران از طریق اعتیاد تزریقی (۷۰/۵ درصد) و بعد از آن آمیزش جنسی (۱۶/۲ درصد) بود. در مجموع ۱۱۶ نفر (۴۸/۱ درصد) آلوده به بیماری‌های دیگر، شامل هپاتیت C و B و یا سل نیز بودند و بیشترین فراوانی مربوط به هپاتیت C شامل ۷۹ نفر (۳۲/۸ درصد) بود ( $P < 0/001$ ). بیشترین علت فوت بیماران شامل ۲۳ نفر (۹/۵ درصد) به علت بیماری AIDS بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این بررسی نشان داد که بیشتر بیماران از کیفیت زندگی و سلامتی پایینی برخوردار هستند. مشاوره و آموزش صحیح در گروه‌های هدف برای پیشگیری و کنترل عوامل خطر و کاهش بروز بیماری مؤثر است.

**واژگان کلیدی:** ویروس نقص ایمنی انسانی، سندرم نقص ایمنی اکتسابی، آموزش، مشاوره

**ارجاع:** دریازاده سعیده، مریمی فریدون. بررسی اپیدمیولوژیک بیماران HIV مثبت در مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری اصفهان.

مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۲؛ ۳۱ (۲۵۸): ۱۷۴۴-۱۷۵۵

این دسته هستند. تأسیس مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری، یکی از راهکار اجرایی برای پیشگیری از سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) یا Acquired immunodeficiency syndrome و سایر بیماری‌های عفونی ناشی از روابط جنسی و سوء مصرف مواد، بوده است. در مراکز مشاوره

#### مقدمه

بیماری‌های رفتاری بیماری‌هایی هستند د شیوع بالایی دارند و بروز آن‌ها در سنین فعال افراد جامعه رخ می‌دهد. این بیماری‌ها همراه با عواقب اجتماعی و هزینه‌ی مراقبتی بالایی هستند. مصرف مواد مخدر تزریقی و عفونت‌های منتقله از راه تماس جنسی از

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: سعیده دریازاده

Email: daryazadehs@yahoo.com

World Health Organization)، تنها کمتر از یک نفر از ۵ شخص در خطر آلودگی به ویروس، به خدمات پیشگیری دسترسی دارد (۷). بنابراین ارزیابی نظام‌های مراقبتی و مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری جهت تعیین نقاط قوت و ضعف و تدوین برنامه‌هایی که باعث بهبود و افزایش پوشش آن‌ها باشد، ضروری است؛ زیرا بر خلاف تصور، پوشش ارائه‌ی مراقبت و خدمات پیشگیری در موارد متعددی بسیار کمتر از حد انتظار بوده است (۸). به پیش‌بینی WHO، تا سال ۲۰۲۰، خسارت اقتصادی ناشی از بیماری AIDS تا ۲۰ درصد تولید ناخالصی ملی را در کشورهای آلوده به خود اختصاص می‌دهد (۹).

دستورالعمل توصیه‌شده توسط WHO یکی از راهکارهای اجرایی برای پیشگیری و اطلاع‌رسانی به جامعه‌ی تحت پوشش نسبت به رفتارهای پرخطر و راه‌اندازی مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری است. از آن جایی که محدودیت‌هایی برای تأمین بودجه و منابع انسانی و علاقه‌مندی تعداد محدودی از سازمان‌های غیر دولتی و مردمی به موضوع کار مشاوره در این مراکز وجود دارد و همچنین برای بهبود کیفی ارائه خدمات لازم و نیز اثربخشی بیشتر، لازم است طراحی نوین و کارآمد و بازننگری در مدیریت این مراکز صورت گیرد (۱۰). پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه‌ی مدیریت منابع در مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری اغلب در مورد نیروی انسانی (۱۱) و همچنین الزامات (۱۲)، دسترسی و ادغام خدمات مالی برنامه‌های پیشگیری از AIDS (۱۳) و بیماری‌های آمیزشی (۱۴) بوده است.

اهمیت نقش مشاوره برای گروه‌های در معرض خطر و همچنین همه‌ی افراد جامعه قبل و بعد از ابتلا

آموزش‌های لازم به گروه‌های در معرض خطر جهت پیشگیری از این بیماری‌ها ارائه می‌گردد و افراد مبتلا به AIDS یا عفونت‌های جنسی و یا معتادان تزریقی، تحت آموزش پیشگیری و ایجاد روابط سالم و کاهش خطر و آسیب قرار می‌گیرند تا جامعه از خطر آلوده شدن به وسیله‌ی این افراد در امان باشد (۱). بیماری AIDS توسط ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV یا Human immunodeficiency virus) ایجاد می‌شود. این ویروس بر تمام سیستم‌های بدن تأثیر می‌گذارد و باعث آسیب‌پذیری سیستم و اندام‌های بدن نسبت به عفونت‌های فرصت‌طلب، کاهش وزن و در نهایت مرگ می‌شود (۲-۳). هر روز، حدود یک میلیون نفر در جهان به بیماری‌های آمیزشی و AIDS مبتلا می‌شوند. از طرف دیگر، وجود زخم‌های دستگاه تناسلی حاصل از عفونت‌های آمیزشی مانند هرپس و سیفلیس، خطر ابتلا به AIDS را ۴ برابر افزایش می‌دهد (۴).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که ۶۹ درصد موارد انتقال HIV در ایران، به دلیل تزریق مواد مخدر است. در مرتبه‌ی بعدی علل نامشخص و ناگفته ۲۱/۲ درصد موارد ابتلا به AIDS را به خود اختصاص می‌دهد. اگر موارد ناشناخته را در نظر نگیریم، دومین عامل انتقال و ابتلا به AIDS، ارتباط جنسی است و ۹/۷ درصد موارد را شامل می‌شود. تعداد افراد مبتلا به HIV/AIDS در ایران در سال ۱۳۸۷ به ۱۸۳۲۰ نفر و در سال ۱۳۸۹ به حدود ۲۱۵۰۰ نفر رسیده است (۵-۶). پاندمی AIDS به طور پیش‌رونده و جدی تهدید خطرناکی برای سلامتی بشر طی دو دهه‌ی اخیر قلمداد می‌شود. بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) یا

بسیار زیاد است. در کشورهای پیشرفته مثل آمریکا انجام مشاوره در بخش‌ها و مراکز مختلف از قبیل بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها، کلینیک‌های مراقبت ویژه، کلینیک‌های ترک اعتیاد، کلینیک‌های مراقبت‌های عمومی، کلینیک‌های جامعه، تسهیلات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و واحدهای مراقبت‌های اولیه، صورت می‌گیرد. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد که در زیمبابوه از سال ۱۹۹۴ در تمام کالج‌ها و از طریق بسته‌های آموزشی به دانشجویان و از سال ۱۹۹۶ در کلیه مدارس و به تمامی دانش‌آموزان از طریق معلمان، در مورد AIDS و راه انتقال و ابتلا به آن آموزش داده می‌شود. وزارت آموزش و پرورش امیدوار است که همه معلمان در سخنرانی‌ها، مهارت‌ها و آموزش‌های لازم را در مورد بیماری AIDS برای تعلیم سایر افراد جامعه حداقل به مدت ۲ ساعت در هفته، کسب کنند (۱۵).

در داخل کشور نیز مطالعاتی پیرامون بیماری AIDS صورت گرفته است. مطالعه‌ی کاشی و همکاران به بهره‌مندی بیماران آلوده به HIV/AIDS از خدمات تعیین‌شده‌ی دستورالعمل کشوری بیماری AIDS پرداخت. در این مطالعه خدمات مشاوره‌ای، خدمات واکسیناسیون، خدمات آزمایشگاهی و درمان‌های لازم جهت بیماران طی دو سال از پرونده‌ی آن‌ها استخراج شد و مورد بررسی قرار گرفت (۱۶). در مطالعه‌ی نصیری‌پور و همکاران، طراحی یک الگوی بومی مدیریت منابع مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری در ایران به صورت یک مطالعه‌ی توصیفی - تطبیقی انجام شد (۵). مطالعه‌ی افسر کازرونی و همکاران به بررسی اپیدمیولوژیک ویروس AIDS در مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های

رفتاری پرداخته است. در این پژوهش، کلیه‌ی افرادی که به دلیل احساس هر گونه رفتار پرخطر از نظر انتقال AIDS در خود، جهت دریافت آموزش، مشاوره و انجام آزمایش HIV مراجعه نموده بودند، بررسی شدند (۱۷). همچنین مطالعه‌ی دیگری توسط فرامرزی و همکاران به بررسی شیوع رفتارهای پرخطر در افراد مبتلا به ویروس AIDS در دانشگاه علوم پزشکی شیراز بر روی بیماران که در دانشگاه علوم پزشکی شیراز شناسایی و در مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری دارای پرونده بودند انجام گردید (۱۸).

در مطالعه‌ی مشابه دیگری باقری و همکاران به بررسی عوامل خطر بر روی کلیه‌ی ۱۴۶۱ بیمار مبتلا به AIDS مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز، با در اختیار داشتن اطلاعات مربوط به رفتارهای پرخطر آن‌ها پرداختند. مطالعه‌ی آن‌ها جهت تعیین شیوع رفتارهای پرخطر در کنار توزیع اطلاعات دموگرافیک و فردی، انجام پذیرفت (۱۹).

با توجه به این که از زمان تأسیس مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری در ایران، زمان کوتاهی می‌گذرد و در کشور ما مطالعات بسیار اندک و ناقصی در زمینه‌ی بررسی مراقبت بیماران مبتلا به AIDS صورت گرفته است، انجام مطالعات گسترده و دقیق‌تری در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اهمیت جدی این موضوع، در این پژوهش برای بررسی عوامل مرتبط با فراگیری گسترده‌ی بیماری AIDS، بر آن شدیم تا به بررسی اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به ویروس AIDS پردازیم، تا با پرداختن به وضعیت مهره‌های اصلی شروع این همه‌گیری یعنی بیماران و با هدف پوشش

داده‌ها با روش آمار توصیفی به صورت جداول فراوانی استخراج شد. به منظور مقایسه‌ی درصدها از آزمون  $\chi^2$  استفاده شد و نتایج در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۲۴۱ بیمار HIV مثبت بررسی شدند. بررسی دموگرافیک بیماران نشان داد که از نظر سنی دارای حداقل ۴ سال و حداکثر ۶۸ سال با میانگین ۳۸/۷ سال بودند. میزان قابل توجهی از آن‌ها در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند (۴۷/۷ درصد). اغلب بیماران شناسایی شده مرد بودند (۸۹/۶ درصد). ۷۹ درصد بیماران از تحصیلات زیر سطح دیپلم برخوردار بودند و ۵۱/۵ درصد آن‌ها از نظر شغلی بیکار بودند. ۷۴ نفر از بیماران در مرحله‌ی AIDS بودند (۳۰/۷ درصد). در مدت بررسی ده ساله، ۷۲ مورد (۳۰ درصد) از مرگ بیماران HIV مثبت گزارش شد (جدول ۱). بررسی دقیق‌تر وضعیت بیماران نشان داد که در سال ۱۳۸۷ (۳۱ درصد) و در سال ۱۳۸۸ (۵۳ درصد) بیماران در زمان تشخیص در مرحله‌ی ابتلا به AIDS بودند.

بررسی گزارش نحوه‌ی آلودگی و شناسایی بیماران HIV مثبت نشان می‌دهد که بیشترین نحوه‌ی آلودگی از طریق اعتیاد تزریقی شامل ۱۷۰ نفر (۷۰/۵ درصد) و بعد از آن آمیزش جنسی شامل ۳۹ نفر (۱۶/۲ درصد) گزارش گردید و بیشترین نحوه‌ی تشخیص این بیماران به طور واضحی از طریق مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری سراسر کشور و شامل ۱۱۲ نفر بود (۴۶/۵ درصد) ( $P < ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۲).

بهتر و کیفیت بالاتر و حرفه‌ای خدمات مشاوره‌ای، گامی به سوی کنترل و در نهایت کاهش بروز این بیماری برداریم.

### روش‌ها

این مطالعه به صورت یک بررسی مقطعی و توصیفی-تحلیلی، بر اساس اطلاعات پرونده‌ی بیماران HIV مثبت مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری نواب صفوی اصفهان از سال ۱۳۷۸ تا پایان سال ۱۳۸۸ به روش سرشماری صورت گرفت. تمام افراد HIV مثبت که اطلاعات آن‌ها در این مرکز در پرونده ثبت شده بود و برنامه‌ی مشاوره داشتند، وارد مطالعه شدند.

به منظور بررسی اپیدمیولوژیک این بیماران، خصوصیات دموگرافیک آن‌ها (شامل ۸ مورد: گروه سنی، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، اعتیاد تزریقی، مرحله‌ی بیماری و وضعیت فعلی)، نحوه‌ی آلودگی و تشخیص، فراوانی بیماری‌های عفونی همراه با بیماری (شامل بیماری‌های هپاتیت C و B و سل) و علل فوت بیماران (شامل: AIDS، مسمومیت با مواد مخدر، سکته‌ی قلبی، سل و عفونت ریه، مسمومیت دارویی، تصادف، سوختگی و خفگی، خودکشی، سپتی سمی، هپاتیت C و علل نامشخص و ذکر نشده)، استخراج شد.

این اطلاعات از پرونده‌ی بیماران، به صورت محرمانه و بدون اسامی آن‌ها در اختیار پژوهشگر مطالعه قرار گرفت و نتایج در راستای اهداف پژوهش ارائه شد و مغایرتی با اصول اخلاقی جامعه نداشت. اطلاعات بیماران را وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) نمودیم و

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک بیماران HIV مثبت

خصوصیات دموگرافیک	فراوانی (درصد)	تعداد
گروه سنی	۰-۱۰	۲ (۰/۸)
	۱۱-۲۰	۱ (۰/۴)
	۲۱-۳۰	۱۸ (۷/۴۷)
	۳۱-۴۰	۱۱۵ (۴۷/۷)
	۴۱-۵۰	۷۶ (۳۱/۵)
	۵۱-۶۰	۲۲ (۹)
جنس	۶۱-۷۰	۷ (۲/۹)
	زن	۲۵ (۱۰/۴)
تحصیلات	مرد	۲۱۶ (۸۹/۶)
	بی سواد	۱۵ (۶)
	زیر دیپلم	۱۹۰ (۷۹)
	دیپلم	۲۸ (۱۲)
تاهل	دانشگاهی	۸ (۳)
	متاهل	۸۴ (۳۴/۸)
	مجرد	۱۵۷ (۶۵/۲)
شغل	شاغل	۱۱۷ (۴۸/۵)
	بیکار	۱۲۴ (۵۱/۵)
مرحله بیماری	HIV مثبت	۱۶۷ (۶۹/۳)
	ابتلا به AIDS	۷۴ (۳۰/۷)
وضعیت فعلی	تحت مراقبت	۱۶۹ (۷۰)
	فوت	۷۲ (۳۰)

اغلب بیماری‌های عفونی همراه، در بیماران آلوده به HIV وجود داشت. بررسی بیماری‌های عفونی همراه با عفونت ویروسی HIV در این بیماران نشان می‌دهد که در مجموع ۱۱۶ نفر (۴۸/۱ درصد) یک یا دو بیماری هپاتیت C و B و سل نیز بودند. ۷۹ نفر (۳۲/۸ درصد) به هپاتیت ویروسی C مبتلا بودند که فراوانی بیشتری نسبت به سایر بیماری‌ها بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۳).

بررسی علل فوت بیماران HIV مثبت نشان داد که ابتلا به AIDS بیشترین فوت را تشکیل می‌داد. به این ترتیب که ۲۳ نفر (۹/۵ درصد) به علت بیماری‌های نشانگر AIDS یا مجموع عوارض و آسیب‌های ناشی از این بیماری و پس از آن ۱۳ نفر (۵/۴ درصد) با مسمومیت با مواد مخدر در معنادان تزریقی (Over dose) فوت شدند ( $P < ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۴).

جدول ۳. فراوانی بیماری‌های عفونی همراه با بیماری HIV مثبت

بیماری	فراوانی (درصد)	تعداد
یک بیماری همراه هم‌زمان	هپاتیت C	۷۹ (۳۲/۸)
	هپاتیت B	۳ (۱/۲)
	سل	۱۶ (۶/۶)
دو بیماری همراه هم‌زمان	هپاتیت C و سل	۸ (۳/۳)
	هپاتیت B و سل	۳ (۱/۲)
	هپاتیت C و B	۷ (۲/۹)
جمع		۱۱۶ (۴۸/۱)*

\*: این تعداد نسبت به تعداد کل بیماران در نظر گرفته شده است.

جدول ۲. نحوه‌ی آلودگی و شناسایی بیماران HIV مثبت

نحوه‌ی آلودگی	فراوانی (درصد)	تعداد
نحوه‌ی آلودگی	اعتیاد تزریقی	۱۷۰ (۷۰/۵)
	آمیزش جنسی	۳۹ (۱۶/۲)
	تزریق و آمیزش جنسی	۷ (۲/۹)
	از مادر به کودک	۲ (۰/۸۳)
	نامشخص	۲۳ (۹/۵)
نحوه‌ی تشخیص	مراکز مشاوره	۱۱۲ (۴۶/۵)
	سازمان انتقال خون	۳۵ (۱۴/۵)
	آلودگی عضوی از خانواده	۲۹ (۱۲)
	ارجاع از زندان	۴۱ (۱۷)
	ارجاع از بیمارستان‌ها	۲۴ (۹/۹۵)

## بحث

به دلیل بسیاری مانند عدم گزارش و ثبت، انگ اجتماعی و ترس از افشای اطلاعات و طرد از سوی جامعه، عدم مراجعه‌ی بیماران، پیگیری نادرست پرسنل، عدم وجود پرسنل آموزش‌دیده و علاقه‌مند به

جدول ۴. علل فوت بیماران HIV مثبت

فرآوانی (درصد) تعداد	علل فوت بیماران
۲۳ (۹/۵)	AIDS
۱۳ (۵/۴)	مسمومیت با مواد مخدر
۶ (۲/۵)	سکته قلبی
۴ (۱/۷)	سل و عفونت ریه
۴ (۱/۷)	مسمومیت دارویی
۳ (۱/۲)	تصادف
۳ (۱/۲)	سوختگی و خفگی
۳ (۱/۲)	خودکشی
۳ (۱/۲)	سپتی سمی
۱ (۰/۴)	هپاتیت C و سیروز کبدی
۸ (۳/۳)	نامشخص
۷۲ (۳۰)*	جمع

\*: این تعداد نسبت به تعداد کل بیماران در نظر گرفته شده است.

آن‌ها و مواجهه و ابتلای بیشتر آن‌ها با اعتیاد تزریقی، به خصوص در زندان‌ها و استفاده از سرنگ مشترک در مکان‌هایی مانند زندان بوده است. خروج این افراد از زندان و داشتن تزریق مواد مخدر با سرنگ مشترک با دیگر افراد غیر آلوده و همچنین داشتن روابط جنسی حفاظت نشده با همسر یا شریک‌های جنسی دیگر، زنگ خطری است که نیروهای آموزش دیده بیشتر و مصممی جهت مشاوره و آگاه‌سازی این افراد و جلوگیری از آلودگی افراد سالم را می‌طلبد. سطح تحصیلات و وضعیت شغلی بیماران نیز به طور واضحی حاکی از افزایش بروز این بیماری در سطوح پایین زندگی از نظر سواد تحصیلی و فقر مادی است.

در مطالعه‌ای، انجام مشاوره برای گروه‌های پر خطر مانند مردان هم‌جنس‌گرا باعث کاهش ۲۶ درصدی مقاربت جنسی بدون محافظت، شده است (۲۰). همچنین نقش مشاوره برای پیشگیری در معتادان تزریقی منجر به کاهش ۳۰ درصدی خطر ناشی از نداشتن مهارت‌های تزریق و استفاده از سرنگ مشترک و کاهش ۱۶ درصدی خطر در رفتارهای جنسی پر خطر شده است (۲۱). از طرف دیگر براساس گزارش سال ۲۰۰۴ WHO طی سال‌های ۲۰۰۳-۱۹۹۶ افزایش قابل ملاحظه‌ای در شیوع بیماری‌های منتقله‌ی جنسی ایجادکننده‌ی زخم در کشور ایران وجود داشته است (۲۲). مطالعه‌ی نصیری‌پور و همکاران به بهره‌گیری از امکانات سازمان‌های غیر دولتی، رایگان بودن کلیه‌ی خدمات مرکز مشاوره، ادغام خدمات مشاوره در خدمات مراقبت‌های اولیه، لزوم آموزش مداوم به پرسنل این مراکز، راه‌اندازی مراکز ویژه‌ی گروه‌های پر خطر مانند روسپیان، آموزش در مدارس، راه‌اندازی وب

پیگیری جهت مشاوره‌ی این بیماران، محرمانه بودن اطلاعات، عدم دسترسی بیماران به مراکز مشاوره، ناآگاهی و ناآشنایی افراد در معرض خطر با این مراکز و بسیاری از موارد و علل ناشناخته‌ی دیگر، بررسی اپیدمیولوژیک بیماران HIV مثبت و آگاهی و برنامه‌ریزی را برای مواجهه با این خطر و بیماری جدی قرن با مشکلات بسیار جدی مواجه کرده است. پژوهش حاضر ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و دموگرافیک بیماران مبتلا به ویروس HIV را در طول ده سال بررسی نمود.

نتایج نشان داد که فراوانی بیماران در گروه سنی ۳۱-۴۰ و بعد از آن ۴۱-۵۰ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی بود. ممکن است بیشتر بودن فراوانی در این ۲ گروه سنی، به دلیل بالا بودن فعالیت جنسی در آن‌ها و احتمال ابتلای بیشتر به بیماری‌های آمیزشی بوده باشد. به نظر می‌رسد بیشتر بودن فراوانی مردان نسبت به زنان به دلیل مراجعه‌ی بیشتر

سایت‌های آموزشی مرتبط، جذب کمک‌های بین‌المللی برای بهبود مدیریت منابع و عملکرد مراکز مذکور توصیه و تأکید می‌نماید (۵).

این موارد با نتایج مطالعه‌ی حاضر در مورد اهمیت و ضرورت مشاوره برای گروه‌های پرخطر و اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی مردم و تأمین منابع مورد نیاز برای رسیدن به این امر، نیز مطابقت دارد. در مدت بررسی ده ساله در پژوهش حاضر، ۳۰/۷ درصد از بیماران در مرحله‌ی AIDS بودند که بسیاری از آن‌ها به دلیل شناسایی و تشخیص دیر هنگام این بیماری به مرحله‌ی AIDS وارد شده بودند. این نتایج به طور واضحی در دو سال آخر این بررسی مشاهده شد، به نحوی که در سال ۱۳۸۷ (۳۱ درصد) و در سال ۱۳۸۸ (۵۳ درصد) بیماران در زمان تشخیص در مرحله‌ی AIDS بوده‌اند. بنابراین به دلیل تشخیص دیر هنگام و مواجهه‌ی بالای بیماران با رفتارهای پرخطر، فوت (۳۰ درصد) بیماران امری بدیهی به نظر می‌رسد.

همان طور که نتایج پژوهش حاضر نشان داد اغلب این بیماران از طریق اعتیاد تزریقی و بعد از آن آمیزش جنسی نا امن و حفاظت‌نشده به ویروس HIV مبتلا شده بودند. این رفتارها به خصوص در افراد کم سواد و از طبقه‌ی پایین اجتماعی و ناآگاه و همچنین در افراد بیکار و نیازمند از نظر مالی که دارای رفتارهای بزه‌کاری نیز هستند، بیشتر مشاهده می‌شود. نتایج این مطالعه نیز، صحت آن را تأیید نمود. البته بالاتر بودن میزان ابتلا از طریق اعتیاد تزریقی دلیل بر نبودن رفتارهای پرخطر جنسی در این افراد نبوده است. زیرا به دلیل فرهنگ و عرف جامعه‌ی ما بیان کردن روابط جنسی به خصوص خارج از روابط مشروع با همسر، بسیار نکوهیده

شمرده می‌شود، بنابراین بیماران حتی با وجود داشتن روابط حفاظت‌نشده‌ی جنسی از گزارش و بیان آن و گرفتن مشاوره در این مورد امتناع می‌ورزند. به همین دلیل شیوع بالای اعتیاد تزریقی و استفاده از سرنگ مشترک و آلوده در افراد مبتلا را باید با احتمال بالای آمیزش‌های جنسی حفاظت‌نشده با شریک یا شریک‌های جنسی این افراد در نظر گرفت.

نتایج مطالعه‌ی افسر کازرونی و همکاران در مورد بیشتر بودن مراجعه‌ی مردان به مرکز مشاوره (۸۱ درصد) و میانگین سنی ۳۲/۶ سال، با نتایج مطالعه‌ی حاضر مطابقت دارد. در این مطالعه مراجعه به دلیل رفتارهای پرخطر به ترتیب به دلیل آمیزشی، تزریق مشترک آمیزشی همراه با تزریق، سایر موارد (خال‌کوبی، تیغ مشترک، چاقو خوردن)، دریافت خون و تماس با سر سوزن آلوده و گزارش شد. به عاوه در طول دو سال مطالعه علل ناشناخته ۱۴/۶-۱۱/۱ درصد بود. افسر کازرونی و همکاران، برنامه‌ریزی جهت آموزش گروه در معرض خطر، اطلاع‌رسانی در جهت شناسایی مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری و افزایش تعداد این مراکز در کنترل اپیدمی AIDS، را توصیه نمودند (۱۷).

بالاتر بودن شناسایی موارد HIV مثبت از طریق مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری، نقطه‌ی امید برای فعالیت بیشتر و کیفیت بالاتر ارائه‌ی مراقبت در این مراکز است و بیش از پیش نقش مشاوره‌ی صحیح در شناسایی افراد با رفتارهای پرخطر و بیماریابی به موقع و ارجاع به آزمایشگاه‌ها و سازمان‌های انتقال خون جهت تشخیص قطعی این بیماری را نشان می‌دهد. البته مهاجرت بیماران از سایر شهرها و معرفی بیماران به سایر مراکز مشاوره،

مداوم را در افراد شناسایی شده‌ی تحت پوشش مرکز مشاوره، بیان می‌کند. زیرا در مراکز مشاوره، علاوه بر بیماریابی و مشاوره، واکسیناسیون، تست‌های آزمایشگاهی دوره‌ای برای تعیین وضعیت بیماری، خدمات درمانی برای بیماران در مرحله‌ی AIDS و بیماری‌های همراه عفونی یا معرفی آن‌ها برای درمان این بیماری‌ها، ارائه‌ی وسایل پیشگیری و حفاظتی مانند کاندوم و سرنگ تزریق یک بار مصرف و دیگر موارد انجام می‌شود.

نتایج مطالعه‌ی فرامرزی و همکاران نشان داد که از تعداد ۱۳۸۸ فرد مبتلا به HIV، ۱۰۸۴ نفر (۷۸/۹ درصد) سابقه‌ی زندان، ۱۰۴۷ نفر (۷۵/۹ درصد) سابقه‌ی اعتیاد تزریقی، ۶۲۲ نفر (۴۵/۱ درصد) سابقه‌ی تماس جنسی، ۴۴۸ نفر (۳۲/۵ درصد) سابقه‌ی خال‌کوبی خارج از زندان، ۳۳۱ نفر (۲۴ درصد) سابقه‌ی خال‌کوبی داخل زندان، ۴۱۷ نفر (۳۰/۲ درصد) سابقه‌ی استفاده از تیغ مشترک در داخل زندان و ۶۲ نفر (۴/۶ درصد) سابقه‌ی استفاده از تیغ مشترک در خارج از زندان داشته‌اند. از تعداد کل موارد مورد مطالعه ۹۲۹ نفر (۶۷ درصد) مبتلا به هپاتیت C و ۱۰۳ نفر (۷/۵ درصد) مبتلا به هپاتیت B و ۹۶ نفر (۷ درصد) سابقه‌ی ابتلا با عفونت‌های آمیزشی از قبیل سوزاک داشته‌اند. با توجه به فراوانی مشهود بالای عوامل خطر ابتلا به AIDS، شناسایی سریع و کنترل این عوامل بسیار هشداردهنده و جدی است. این مطالعه به ضرورت اطلاع‌رسانی شفاف‌تر، پیشگیری و سیاست‌گذاری در خصوص هر یک از رفتارهای پرخطر به عنوان پلی برای کنترل این همه‌گیری اشاره می‌نماید. همچنین با توجه به سیاست‌های اخیر

نیز همبستگی و استحکام شناسایی و ارائه‌ی خدمات مراقبتی را برای این بیماران توسط مراکز مشاوره تأیید می‌نماید.

در پژوهش کاشی و همکاران نیز بیشتر بیماران از طریق بخش‌های دولتی به مرکز مشاوره ارجاع شده بودند. این مسأله می‌تواند ناشی از دسترسی آسان بیماران به مراکز دولتی با پرداخت هزینه‌ی کمتر و اعتماد مردم نسبت به خدمات این مراکز باشد. همچنین درصد قابل توجهی از بیماران AIDS/HIV اعتیاد تزریقی داشته‌اند (۱۶). مشاهده می‌شود که نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی داشت. در این پژوهش عواملی که می‌تواند در بهره‌مندی بیماران از خدمات و مراقبت‌های توصیه‌شده‌ی دستورالعمل کشوری دخیل باشند (متغیرهایی همچون سن، جنس، اعتیاد تزریقی، وضعیت تحصیلی و شغلی، بیماری‌های زمینه‌ای ناتوان‌کننده، وجود خدمات بیمه‌ای و غیره) مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند (۱۶). بنابراین از نقاط قوت پژوهش حاضر بررسی این موارد است، تا با توجه به متغیرهای زمینه‌ای، بررسی‌های دقیق و کامل‌تری در زمینه این پاندمی جهانی صورت گیرد.

وجود بیماری‌های عفونی و واگیردار همراه با آلودگی با ویروس HIV نیز، بر جنبه‌ی استفاده از روش‌های حفاظتی و آموزش صحیح استفاده از آن‌ها، در تماس افراد با خون و مخاط بدن افراد آلوده، در رفتارهای پرخطر تأکید دوباره دارد. وجود فراوانی بالای بیماری ویروسی هپاتیت C نیز تأییدی برای وجود میزان رفتارهای پرخطر بیماران، به خصوص اعتیاد تزریقی با سرنگ مشترک است. همچنین بررسی این مورد، لزوم انجام مراقبت‌ها و مشاوره‌های



نامشخص مرگ و در مواردی خودکشی به وسیله‌ی مسمومیت با مواد مخدر تزریقی و یا سوختگی و خفگی، حاکی از عوارض اجتماعی و عاطفی بر جا گذاشته‌شده از این بیماری و کاهش سطح امید به زندگی در مبتلایان است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که از اثرات مهم و اجتماعی بیماری AIDS، تخریب دست‌آوردهای امید به زندگی در بسیاری از کشورها است (۲۳).

نتایج این بررسی بیش از پیش به اهمیت آگاه‌سازی جامعه در شناختن عوامل خطر ابتلا به این بیماری و راه‌های پیشگیری از آن تأکید دارد. اطلاع‌رسانی از طریق آموزش در سطح مدارس ابتدایی و بالاتر، رسانه‌های عمومی، مراکز مشاوره در زندان‌ها، کلاس‌های آموزشی برای آرایشگران و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در ساخت برنامه‌های آموزشی در این زمینه برای گروه‌های هدف توصیه می‌شود. همچنین آگاه‌سازی روسپیان، آرایشگران و معتادان تزریقی جهت استفاده از وسایل ایمن و رعایت موارد بهداشتی و حفاظتی، باید در اولویت آموزش قرار داده شود. موارد پیشگیری سریع بعد از واقعه در شرایط اضطراری، مانند قربانیان تجاوز جنسی، تماس با سوزن آلوده در پرسنل بهداشتی، حضور در مکان‌های پر خطر و تماس با اشیا و لوازم آلوده، باید در نظر گرفته شود. مشاوره‌ی سایر اعضای خانواده بیماران HIV مثبت و افراد دارای بیماری‌های آمیزشی، برای شناسایی و تشخیص موارد جدید این بیماری و آگاه‌سازی آن‌ها برای دریافت وسایل پیشگیری‌کننده مانند کاندوم و سرنگ یک بار مصرف تزریق به صورت رایگان از مراکز مشاوره نیز امری ضروری خواهد بود. از آن جایی که معتادان تزریقی

کاهش آسیب در زندان‌ها و درمان با متادون در تقابل با تزریق، و گذار به الگوی ابتلای HIV از طریق روابط جنسی (۴۵/۱ درصد سابقه‌ی تماس جنسی) در این مطالعه، به اهمیت تمرکز بر پیشگیری رفتارهای جنسی محافظت‌نشده در اجتماع و زندان‌ها، به خصوص در اختیار قرار دادن کاندوم در زندان‌ها، تأکید ویژه‌ای دارد (۱۸).

نتایج مطالعه‌ی باقری و همکاران نشان داد که بیشتر بیماران این مرکز نیز مردان و میانگین سنی بیماران  $41/5 \pm 7/67$  سال بوده است. از میان عوامل خطر ساز، سابقه‌ی زندان، اعتیاد تزریقی، تماس جنسی، خال‌کوبی خارج و داخل زندان، استفاده از تیغ مشترک در داخل زندان و خارج از زندان به ترتیب بیشترین عوامل خطر برای ابتلا بوده‌اند. از نظر سایر بیماری‌های واگیر، ۶۳/۵۸ درصد مبتلا به هپاتیت C، ۷/۰۴ درصد مبتلا به هپاتیت B، ۶/۵۷ درصد سابقه‌ی ابتلا به عفونت‌های آمیزشی و ۱/۴۳ درصد مبتلا به بیماری سل بوده‌اند. این مطالعه به آموزش روابط جنسی و خطرات اعتیاد تزریقی و مخاطرات حضور در زندان و همچنین آموزش نکات مهم بهداشتی در زمینه‌ی رفتارهای پر خطر به افراد در معرض خطر که به طور عمده جوانان هستند، از طرف نهادهای ذیربط با سیاست‌گذاری‌های صحیح و همکاری‌های بین بخشی، تأکید دارد (۱۹).

نتایج بررسی علل مرگ بیماران در مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که بیشترین علل فوت این بیماران مربوط به بروز و عوارض بیماری‌های نشانگر AIDS بوده است. این خود ضرورت مشاوره و بیماریابی و تشخیص به موقع این بیماری را بیان می‌نماید. وجود عللی همچون خودکشی و علل

بسیاری از موارد به صورت محرمانه و مخفی باقی می‌ماند، ولی بررسی جزئیات رفتاری بیماران و سیر چگونگی ابتلا و انتقال و ارائه‌ی خدمات مراقبتی در کنترل این بیماری بسیار مؤثر و ضروری خواهد بود. مطالعات کیفی در زمینه‌ی کیفیت زندگی این افراد و بررسی عوامل ناشناخته و گزارش‌نشده در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بدین وسیله از پرسنل محترم مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی تهران نهایت سپاس‌گزاری را اعلام می‌نمایند. نویسندگان مقاله تعهد می‌نمایند که مقاله‌ی ارسالی تاکنون در هیچ نشریه‌ی علمی دیگری منتشر نشده است و هم‌زمان با این نشریه، به نشریه و مجله‌ی دیگری ارایه نخواهد گردید. این پژوهش در مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری اصفهان انجام شده است. این پژوهش به عنوان طرح پژوهشی هنوز ثبت نشده است.

به جز ویروس HIV، در معرض آلودگی به بیماری‌های هپاتیت ویروسی B و C نیز هستند، به نظر می‌رسد درمان با متادون راهی برای کاهش آلودگی و پیشگیری از سرایت به افراد سالم باشد. با توجه به این که بیشتر این بیماران برای تأمین هزینه‌های زندگی، از وضعیت مادی و مالی خوبی برخوردار نیستند، کارآفرینی با شرایط حفاظت‌شده و زیر نظر مراکز مشاوره، در محیط‌هایی به دور از وسوسه‌ی انجام رفتارهای پرخطر، مشاوره‌های مداوم برای این بیماران، ارائه‌ی کمک‌های مالی برای بهبود وضعیت اجتماعی و افزایش امید به زندگی در آن‌ها به شدت توصیه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

برای افزایش طول زندگی و بهبود کیفیت زندگی و حفظ یک زندگی سالم، تشخیص زودرس و تحت پوشش گرفتن این بیماران باید در اولویت اهداف مراکز مشاوره باشد. اگر چه به دلایل فراوانی که گفته شد، در زمینه‌ی AIDS، اطلاعات کامل و مفصلی از بیماران گزارش نمی‌شود و اگر هم ثبت شود در

### References

1. United Nations Development Programme. The instructions state how to treat patients with clinical HIV/AIDS [Online]. [cited 2004]; Available from: URL: [http://www.undp.org.ir/DocCenter/proc/O4o41a1\\_HIVAIDS\\_Treatment.pdf/](http://www.undp.org.ir/DocCenter/proc/O4o41a1_HIVAIDS_Treatment.pdf/)
2. Keithley JK, Swanson B. Minimizing HIV/AIDS malnutrition. *Medsurg Nurs* 1998; 7(5): 256-67.
3. Colecraft E. HIV/AIDS: nutritional implications and impact on human development. *Proc Nutr Soc* 2008; 67(1): 109-13.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
5. Nasiripour AA, Reissi 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(4): 190-203. [In Persian].
6. Department of Health Center for Disease Branch. The instructions state how to treat patients with clinical HIV/AIDS [Online]. [cited 2010]; Available from: URL: <http://savehcdc.blogfa.com/cat-2.aspx> [In Persian].
7. World Health Organization. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

- Organization; 2004.
8. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic-United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52(15): 329-32.
  9. UNAIDS. Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva, Switzerland: WHO; 2005.
  10. The status of HIV/AIDS in the Republic of Iran and the answer to that country, Ministry of Health, Medical Education, Department of Health. National Guide to HIV care and treatment [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: [http://hd.lums.ac.ir/parameters/lums/modules/cdk/upload/content/portal\\_content/File/behdashti/MatalebAmoozeshi/Rahnama%20HIV.pdf/](http://hd.lums.ac.ir/parameters/lums/modules/cdk/upload/content/portal_content/File/behdashti/MatalebAmoozeshi/Rahnama%20HIV.pdf/)
  11. Villasenor Y, Eugenia De Leon M. Improving comprehensive HIV care and treatment in Central America by strengthening human resources for health. Proceedings of the Intra Health International AIDS Conference; 2010 Jul 18-23; Vienna, Austria; 2010.
  12. Makwiza I, Nyirenda L, Bongololo G, Banda T, Chimzizi R, Theobald S. Who has access to counseling and testing and anti-retroviral therapy in Malawi-an equity analysis. *Int J Equity Health* 2009; 8: 13.
  13. Pfeiffer J, Montoya P, Baptista AJ, Karagianis M, Pugas MM, Micek M, et al. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique - a case study. *J Int AIDS Soc* 2010; 13: 3.
  14. Gordon JG. A critique of the financial requirements to fight HIV/AIDS. *Lancet* 2008; 372(9635): 333-6.
  15. Jamaica National HIV/STI Programme. UNGASS Country Progress Report 2010 Reporting [Online]. [cited 2010]; Available from: URL: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyouresponse/countryprogressreports/2010countries/jamaica\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf/](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyouresponse/countryprogressreports/2010countries/jamaica_2010_country_progress_report_en.pdf/)
  16. Kashi A., Yadyad MJ, Hajiabdolbaghi M, Jafari S. Utilization of the Health Ministry recommended services by Iranian HIV/AIDS patients. *Tehran Univ Med J* 2008; 66(9): 670-6. [In Persian].
  17. 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): 175-4.
  18. Faramarzi H, Sabet M, Shakiba MJ. The prevalence of risk behaviors among people with HIV in Shiraz University of Medical Sciences. *Journal of Science and Health* 2011; 6(3): 40-3.
  19. Bagheri P, Faramarzi H, Sabet M. The Survey of Risk Factors in HIV Positive Patients Covered by Shiraz University of Medical Sciences. *Tehran Univ Med J* 2011; 29(157): 1341-9. [In Persian].
  20. Johnson WD, Holtgrave DR, McClellan WM, Flanders WD, Hill AN, Goodman M. HIV intervention research for men who have sex with men: a 7-year update. *AIDS Educ Prev* 2005; 17(6): 568-89.
  21. Prendergast ML, Urada D, Podus D. Meta-analysis of HIV risk-reduction interventions within drug abuse treatment programs. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(3): 389-405.
  22. UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet. Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. UNAIDS/WHO epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections Iran (Islamic Republic of). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
  23. Jenkins C, Akala FA. Preventing HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: a window of opportunity to act. Washington, DC: World Bank; 2000.

## Epidemiological Investigation of HIV-Positive Patients in Isfahan Behavioral Consultation Center, Iran

Saeideh Daryazadeh MSc<sup>1</sup>, Fereydoon Maryami MSc<sup>1</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Human immune deficiency virus (HIV) creates acquired immune deficiency syndrome (AIDS). This virus affects all body systems and cause organ vulnerability to opportunistic infections, weight loss and ultimately death. The aim of this study was epidemiological investigation of HIV-positive patients in Isfahan Behavioral Consultation Center, Iran, during 1999-2009.

**Methods:** In this cross-sectional study, epidemiological characteristics of AIDS/HIV patients were investigated during ten years; they were selected by census method. Patient data were analyzed via descriptive analytic statistical methods.

**Findings:** 241 patients with a mean age of 38.7 years were investigated; 47.7% of patients were in 31-40 years age group, 89.6% were men and 30.7% were in AIDS phase. In 2008, 31% and in 2009, 53% of the patients at the time of diagnosis were in AIDS phase. Most of the patients were infected through drug injection [170 patients (70.5%)] and sexual intercourse [39 patients (16.2%)]. Totaly, 116 patients (48.1%) were also infected to other diseases, including hepatitis B and C or tuberculosis, among them, hepatitis C had the most frequency [79 patients (32.8%)] ( $P \leq 0.001$ ). The most prevalent cause of death was AIDS [23 patients (9.5%)].

**Conclusion:** The results of this study showed that most of the patients had lower quality of life and health. Proper consultation and education in target groups is effective to prevent and control the risk factors and to reduce the disease incidence.

**Keywords:** HIV, AIDS, Education, Consultation

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

1- Department of Medical Education, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Saeideh Daryazadeh MSc, Email: daryazadehs@yahoo.com