

اپیدمیولوژی راه های انتقال ویروس HIV در شهرستان جهرم-۱۳۹۶

وحید رحمانیان^۱، حمشت اله شاکری^{۲*}، علیرضا باهنر^۳، مسیح اله شاکری^۴، حمید شریفی^۵

- ۱- دانشجوی دکترای تخصصی اپیدمیولوژی دانشکده دامپزشکی دانشگاه تهران
 - ۲- استادیار بیماری های عفونی و گرمسیری، مرکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
 - ۳-استاد اپیدمیولوژی دانشکده دامپزشکی دانشگاه تهران
 - ۴-استادیار بیماری های داخلی، مرکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
 - ۵- دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مراقبت اچ آی وی و بیماریهای آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- *نشانی برای مکاتبه: مرکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران، تلفن: ۰۹۱۷۵۹۸۵۲۰۴
rahmanian.vahid@ut.ac.ir

پذیرش برای چاپ: فروردین نود و هفت

دریافت مقاله: بهمن نود و شش

چکیده

سابقه و هدف: ایدز توصیفی از اختلالات ناشی از نقص در کارکرد سیستم ایمنی بدن انسان است که بر اثر عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی بوجود می آید. راه های انتقال آن عبارتند از: اعتیاد تزریقی، انتقال جنسی، انتقال شغلی، انتقال خون و محصولات خونی و انتقال مادر به جنین یا نوزاد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی راه های انتقال در افراد آلوده به ویروس HIV در شهرستان جهرم انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی است که به روش سرشماری مشتمل بر ۷۳ نفر افراد HIV مثبت و بیماران مبتلا به AIDS شهرستان جهرم که پرونده فعال و در دسترس بوده را در سال ۱۳۹۶ در یک مقطع زمانی مورد پرسشگری قرار داده است. داده ها با نرم افزار *spss16* و *Excel 2013* با آمار توصیفی و آزمون کای اسکور در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: به استثناء ۵ کودک که از طریق مادر به HIV مبتلا شده بودند راه انتقال بیماری در هیچ یک از ۶۸ نفر بقیه مشخص نبود. بیشترین فراوانی راه انتقال اعتیاد تزریقی (۵۸/۹ درصد) بود و پس از آن به ترتیب سابقه خالکوبی (۵۷/۵ درصد)، روابط جنسی پرخطر (۵۶/۲ درصد)، سابقه مراجعات دندانپزشکی، عمل جراحی و آندوسکوپی (۳۹/۷ درصد)، سابقه جراحی در آرایشگاه (۱۶/۸ درصد)، سابقه حجامت (۱۲/۳ درصد) و سابقه دریافت خون یا فرآورده های خونی (۶/۸ درصد) بود.

نتیجه گیری: شایع ترین راه انتقال اعتیاد تزریقی بود بنابراین معنادان به مواد مخدر از گروه های در معرض خطر ابتلای به HIV بوده و این گروه های آسیب پذیر باید در اولویت برنامه های آموزشی قرار گیرند.

واژگان کلیدی: ایدز، راه های انتقال، اپیدمیولوژی، جهرم

مقدمه

ویروس HIV به عنوان عامل آن شناخته شد به خاطر انتشار سریع، گستردگی و شدت اثر آن در تاریخ بشر منحصر بفرد است در پایان سال ۲۰۱۵ بطور تخمینی ۳۶/۷ میلیون نفر در سراسر جهان با ویروس نقص ایمنی بدن انسان زندگی می کردند (۴، ۵). روزانه تقریباً بالای ۷۰۰۰ نفر به آمار قبلی اضافه می شود که از این تعداد ۹۷ درصد موارد در کشور های جهان سوم می باشد. میزان مرگ و میر سالانه بر اثر ایدز به دلیل افزایش دسترسی به دارو های ضد رترو ویروسی در سراسر جهان بطور پیوسته در حال کاهش است بطوریکه از ۲/۳ میلیون مرگ در سال ۲۰۰۵ به ۱/۷ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۱ کاهش یافته است (۶، ۷).

ایدز (AIDS) یا سندروم نقص اکتسابی سیستم ایمنی، بیماری ویروسی نوپدید است که در دستگاه ایمنی و توسط ویروس نقص ایمنی (HIV) ایجاد می شود و طیف این بیماری وسیع از یک بیماری خفیف تا نقص شدید ایمنی همراه با عفونت های فرصت طلب تهدید کننده حیات و بدخیمی های مرتبط با ایدز می تواند باشد (۱، ۲). ایدز بزرگترین بیماری عفونی کشنده و چهارمین علت مرگ در جهان است این بیماری از عوامل اصلی موانع توسعه جوامع بوده و بیشتر، جمعیت فعال و مولد را در بر می گیرد (۳). این بیماری که اولین بار در سال ۱۹۸۱ گزارش و در سال ۱۹۸۴

دیگر بررسی های انجام شده توسط مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت بیانگر سرعت افزایش رفتار های پرخطری است که می تواند زمینه ساز ابتلا به ایدز باشد (۱۳). اولین گام تغییر رفتار افراد در رابطه با یک موضوع، داشتن آگاهی کافی در خصوص آن است بطوریکه داشتن آگاهی و دانش کافی پیش شرط تغییر باور و نیز تغییر رفتار افراد است (۱۴). در این زمینه دانش نسبت به راه های انتقال بیماری و عملکرد پیشگیرانه، مهم ترین گام در پیشگیری اولیه بیماری می باشد و آگاهی از روش های شایع انتقال بیماری در هر جامعه ای پیش نیاز تعیین اولویت های آموزش همگانی در آن جامعه است (۶، ۱۵).

از آنجا که کنترل روند بیماری و درمان آن فرایندی پیچیده و مستلزم صرف هزینه های گزاف است مهم ترین برنامه جهت به کنترل در آوردن و کاهش موارد جدید بیماری، پیشگیری از آن است (۶). بنابراین این مطالعه با هدف تعیین فراوانی راه های انتقال ویروس HIV در افراد آلوده به ویروس HIV در شهرستان جهرم طراحی شده است تا مبنایی جهت برنامه ریزی ها و اقدامات مداخله ای در جهت پیشگیری موثر در برابر بروز موارد جدید فراهم آورد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی است که به روش سرشماری مشتمل بر ۷۳ نفر افراد HIV مثبت و بیماران مبتلا به AIDS شهرستان جهرم که پرونده فعال و در دسترس بوده را در سال ۱۳۹۶ در یک مقطع زمانی مورد پرسشگری قرار داده است. معیار ورود کلیه افراد دارای عفونت HIV و بیماران مبتلا به AIDS شهرستان جهرم (موارد موجود و موارد جدید) که در مرکز مشاوره بیماری های رفتاری در زمان اجرای طرح دارای پرونده بوده و جهت انجام مراقبت ها بصورت دوره ای مراجعه می کردند و معیار خروج: افرادی بودند که حاضر به شرکت در پژوهش نبودند یا در زمان انجام مطالعه در دسترس نبودند.

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای شامل دو قسمت بود، قسمت اول شامل: متغیر های دموگرافیک (مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، میزان درآمد، تحصیلات) و قسمت دوم راه های انتقال بیماری (اعتیاد به شیوه تزریقی، سابقه خالکوبی، رابطه جنسی پرخطر، سابقه دریافت خون یا فراورده های خونی و...) که خانجانی و همکاران در بررسی خود در سیرجان (استان کرمان ایران) از آن در بیماران HIV مثبت استفاده کرده و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است (۶). داده ها با استفاده از نرم افزار spss16 و اکسل ۲۰۱۳ با آمار توصیفی و آزمون کای اسکور در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. قابل ذکر است که این طرح تحقیقاتی مصوب کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم با شناسه اخلاقی IR.jums.REC.1395.085 می باشد.

به گزارش سازمان جهانی بهداشت تعداد موارد تخمین زده شده از موارد HIV در ایران در سال ۲۰۱۵، ۷۳۰۰۰ نفر عنوان شد که در کشور های منطقه مدیترانه شرقی میزان شیوع HIV/AIDS ۳۵۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده شده است (۸). میزان آلودگی عموم جامعه ایران بالای یک درصد و آلودگی افراد دارای رفتار پرخطر بالای ۵ درصد می باشد (۳، ۷، ۹). راه های انتقال HIV عبارتند از انتقال جنسی، انتقال توسط خون و محصولات خونی، انتقال شغلی و انتقال مادر به جنین یا نوزاد و انتقال توسط سایر مایعات بدن (۶). در حالی که در ایالات متحده آمریکا شایعترین راه انتقال روابط جنسی می باشد در کشور های اروپای شرقی بویژه اوکراین و نیز در کشورهای آسیای میانه که در سال ۲۰۱۰ بیش از سایر کشور های جهان در حال گسترش بوده مهمترین راه انتقال اعتیاد تزریقی بوده است (۶، ۱۰). بر اساس آخرین آمار نظام جامع مدیریت الکترونیک HIV ایران تا تاریخ ۱۳۹۶/۷/۱ مجموعاً ۳۶۵۷۱ نفر مبتلا به HIV شناسایی، ثبت و گزارش شده است که ۸۳ درصد آنان را مردان و ۱۷ درصد را زنان تشکیل می دهند ۵۲ درصد موارد ثبت شده در گروه سنی ۲۱ تا ۳۱ سال هستند علل ابتلا به ایدز وی در بین کل مواردیکه از سال ۱۳۶۵ تا کنون در کشور به ثبت رسیده اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد ۶۵/۴ درصد، رابطه جنسی ۲۰/۱ درصد و انتقال از مادر به کودک ۱/۵ درصد بوده است. راه انتقال در ۱۲/۴ درصد از این گروه نامشخص مانده است. این در حالی است که الگوی راه انتقال و درصد ابتلای زنان و مردان در سال های اخیر تغییر کرده است به گونه ای که از کل موارد شناسایی و گزارش شده در شش ماه اول سال جاری ۳۳ درصد موارد ثبت را زنان و ۶۷ درصد آن ها را مردان تشکیل می دهند و راه احتمالی انتقال در ۳۲ درصد موارد اعتیاد تزریقی، ۴۷/۱ درصد روابط جنسی، ۲/۶ درصد مادر به کودک و در ۱۸/۲ درصد راه احتمالی ابتلا بیان نشده است ضمناً هیچ مورد ابتلای جدیدی از طریق خون و فراورده های خونی ثبت نشده است (۱۱). بروز اپیدمی در استان های مختلف ایران یکسان نبوده و میانگین بروز سالانه آن برای کل جمعیت بر حسب موارد شناسایی شده از ۲/۳ در صد هزار نفر تا ۱۰۳/۶ نفر در صد هزار نفر متغیر بوده است این ناهمگونی به علت تفاوت در شیوع رفتار های پرخطر در مناطق مختلف و همچنین تفاوت در میزان آرایه خدمات منجر به شناسایی موارد است (۶). بر اساس مستندات موجود در کشور ایران پرخطر ترین گروه مبتلایان به ایدز را معتادان تزریقی به خود اختصاص می دهند در واقع گسترش موج اول ایدز در ایران بر اثر استفاده از سرنگ های مشترک آلوده بوجود آمد (۷، ۱۲). از طرفی جوانان به علت روابط جنسی کنترل نشده از نظر بهداشتی، شیوع بالای اعتیاد، فقدان آموزش جنسی، بالارفتن سن ازدواج، ازدیاد سفر های برون مرزی و مجاورت با کشور هایی که در شمار مناطق پرخطر بحساب می آیند در معرض خطر جدی قرار دارند از سوی

یافته ها

مرد ها گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال (۳۲/۱ درصد) و در زن ها گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال (۴۵ درصد) بیشترین فراوانی را داشتند (جدول ۱).

از کل بیماران مورد مطالعه ۵۳ نفر (۷۲/۶ درصد) مرد و ۲۰ نفر زن (۲۷/۴ درصد) با میانگین سنی $10/6 \pm 35/9$ و میانه ۳۸ سال (دامنه سنی ۲ تا ۵۸ سال) بودند. بیشترین گروه سنی بیماران در

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران HIV مثبت شهرستان جهرم بر حسب سن و جنس در سال ۱۳۹۶

سن	مرد		زن		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
زیر ۵ سال	۱	۱/۹	۰	۰	۱	۱/۴
۶ تا ۱۰ سال	۱	۱/۹	۳	۱۵	۴	۵/۵
۱۱ تا ۱۵ سال	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۶ تا ۲۰ سال	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲۱ تا ۲۵ سال	۱	۱/۹	۰	۰	۱	۱/۴
۲۶ تا ۳۰ سال	۱۰	۱۸/۹	۲	۱۰	۱۲	۱۶/۴
۳۱ تا ۳۵ سال	۷	۱۳/۲	۹	۴۵	۱۶	۲۱/۹
۳۶ تا ۴۰ سال	۱۷	۳۲/۱	۱	۵	۱۸	۲۴/۷
۴۱ تا ۴۵ سال	۱۱	۲۰/۸	۲	۱۰	۱۳	۱۷/۸
۴۶ تا ۵۰ سال	۳	۵/۷	۱	۵	۵	۵/۵
۵۱ تا ۶۵ سال	۲	۳/۸	۲	۱۰	۴	۵/۵
بالای ۶۵ سال	۰	۰	۰	۰	۰	۰
کل موارد	۵۳	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۷۳	۱۰۰

درصد) مربوط به مراجعه به پزشک و درخواست آزمایش توسط پزشک و کمترین آن (۲ نفر، ۲/۷ درصد) مربوط اهدای خون بدون قصد بررسی از نظر HIV بود. همچنین ۳۴ نفر (۴۶/۶ درصد) بیماران تحت بررسی هیچ درآمدی نداشته و ۳۱ نفر (۴۲/۵ درصد) از نظر شغلی بیکار بودند (جدول ۲). میانگین مدت زمان سپری شده از تاریخ تشخیص بیماری تا زمان انجام مطالعه $3/9 \pm 5/7$ سال و میانه ۵ سال (با دامنه ۱ تا ۱۸ سال) بود.

از نظر وضعیت تاهل ۲۶ نفر (۳۵/۶ درصد) مجرد، ۳۰ نفر (۴۱/۱ درصد) متاهل، ۱۲ نفر (۱۶/۴ درصد) مطلقه و ۵ نفر (۶/۸ درصد) همسر مرده بودند. میانه تعداد فرزندان صفر فرزند با دامنه بین چارکی IQR یک فرزند بود. از نظر وضعیت تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات ابتدایی (۴۹ نفر، ۶۷/۱ درصد) و کمترین آن مربوط به گروه تحصیلات دانشگاهی (۱ نفر، ۱/۴ درصد) بود. از نظر نحوه ی پی بردن به آلودگی بیشترین فراوانی (۲۶ نفر، ۳۵/۶

جدول ۲: توزیع متغیر های دموگرافیک در افراد HIV مثبت شهرستان چهارم در سال ۱۳۹۶

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	درصد	P-value*
تحصیلات	بیسواد	۹	۱۲/۳	<۰/۰۰۱
	ابتدایی	۴۹	۶۷/۱	
	دیپلم	۱۴	۱۹/۲	
	دانشگاهی	۱	۱/۴	
	کل	۷۳	۱۰۰	
شغل	بیکار	۳۱	۴۲/۵	<۰/۰۰۱
	آزاد	۲۰	۲۷/۴	
	کارگر	۱۰	۱۳/۷	
	راننده	۴	۵/۵	
	منشی	۲	۲/۷	
	محصل	۳	۴/۱	
	سایر	۳	۴/۱	
میزان درآمد	درآمد ماهیانه ندارد	۳۴	۴۶/۶	<۰/۰۰۱
	درآمد ماهیانه کمتر از ۶۰ دلار	۱۵	۲۰/۵	
	درآمد ماهیانه ۶۰ تا ۱۰۰ دلار	۱۶	۲۱/۹	
	درآمد ماهیانه ۱۰۰ تا ۲۰۰ دلار	۸	۱۱	
نحوه پی بردن به آلودگی	مراجعه به پزشک و درخواست آزمایش توسط پزشک	۲۶	۳۵/۶	<۰/۰۰۱
	درخواست توسط فرد مراجعه کننده	۹	۳	
	غربالگری در زندان	۱۸	۲۴/۷	
	بستری در بیمارستان و انجام تست در آنجا	۷	۹/۶	
	اهدای خون بدون قصد بررسی از نظر اچ.آی.وی	۲	۲/۷	
	درخواست آزمایش به علت ابتلای همسر	۶	۸/۲	
	انجام تست در مرکز بهداشت	۵	۶/۸	

chi-square*

فراوانی راه انتقال، اعتیاد تزریقی (۵۸/۹ درصد)، سابقه خالکوبی (۵۷/۵ درصد) و روابط جنسی پرخطر (۵۶/۲ درصد) بود (جدول ۳). ۳۳ نفر (۶۲/۶ درصد) از مردان و ۶ نفر (۳۰ درصد) زنان HIV مثبت در زمان انجام مطالعه داشتن رابطه جنسی با جنس مخالف را ذکر کردند. همچنین ۱۷ نفر (۳۲/۱ درصد) مردان رابطه جنسی با همجنس را در حال حاضر ذکر کردند. شایان ذکر است که از این میان فقط ۸ نفر (۱۶ درصد) از مردان و ۳ نفر (۵۰ درصد) از زنان استفاده از کاندوم را در حین انجام روابط جنسی ذکر کردند.

در بررسی راه های احتمالی انتقال بیماری در این بیماران بجز ۵ کودک (۶/۸ درصد) که از طریق مادر به HIV مبتلا شده اند هیچ یک از ۶۸ نفر بقیه بطور حتم از طریق خاصی مبتلا به HIV نشده اند. بیشترین فراوانی راه احتمالی انتقال در مردان به ترتیب اعتیاد با شیوه تزریقی (۷۵/۵ درصد)، سابقه خالکوبی (۷۳/۶ درصد) و سپس روابط جنسی پرخطر (۶۶ درصد) و در جنس زن به ترتیب روابط جنسی پرخطر (۳۰ درصد)، سابقه مراجعات دندانپزشکی، عمل جراحی و آندوسکوپی (۲۵ درصد) و سپس اعتیاد به شیوه تزریقی و سابقه خالکوبی (هر کدام ۱۵ درصد) بود و در مجموع بیشترین

جدول ۳: بررسی فراوانی راه های انتقال بر حسب جنسیت در در مبتلایان به HIV شهرستان جهرم در سال ۱۳۹۶

P-value*	کل		زن		مرد		راه های انتقال احتمالی انتقال بیماری قبل از آلودگی به ویروس HIV
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
<۰/۰۰۱	۵۸/۹	۴۳	۱۵	۳	۷۵/۵	۴۰	اعتیاد با شیوه تزریقی
<۰/۰۰۱	۵۷/۵	۴۲	۱۵	۳	۷۳/۶	۳۹	سابقه خالکوبی
۰/۱۱۴	۳۹/۷	۲۹	۲۵	۵	۴۵/۳	۲۴	سابقه مراجعات دندانپزشکی، عمل جراحی و آندوسکوپی
۰/۰۰۶	۵۶/۲	۴۱	۳۰	۶	۶۶	۳۵	روابط جنسی پرخطر
۰/۲۴۲	۱۲/۳	۹	۵	۱	۱۵/۱	۸	سابقه حجامت
۰/۳۶۲	۱۶/۴	۱۲	۱۰	۲	۱۸/۹	۱۰	سابقه جراحی در آرایشگاه
۰/۷۰۱	۶/۸	۵	۵	۱	۷/۵	۴	سابقه دریافت خون یا فرآورده های خونی

*chi-square

بحث

گزارش گردیده اند لذا در تفسیر تغییرات منحنی موارد سالیانه شناسایی شده بر اساس داده های سیستم ثبت باید بسیار محتاط بود و در نهایت تا تاریخ ۱۳۹۶/۷/۱ مجموعاً ۳۶۵۷۱ نفر مبتلا به HIV شناسایی، ثبت و گزارش شده است (۱۱، ۱۷) (نمودار ۱).

در این زمینه مطالعات بسیار کم و محدودی در ایران بر روی این بیماران انجام شده است و اکثر مطالعات انجام شده تنها به آگاهی سنجی نسبت به بیماری پرداخته اند و نسبت به شیوع این بیماری در ایران و یا شایع ترین راه های انتقال بیماری کمتر پرداخته شده است. مطالعه حاضر بر روی بیماران دارای عفونت HIV و بیماران مبتلا به ایدز انجام شده و راه انتقال ویروس به آن ها در این افراد اندازه گیری شده است.

تشخیص راه انتقال قطعی بجز ۵ کودک که از طریق مادر به HIV مبتلا شده اند در بقیه افراد در این مطالعه غیر ممکن بود چرا که این افراد دارای انواع رفتار های پرخطر بودند بطوریکه هیچ یک از ۶۸ نفر بقیه بطور حتم از طریق خاصی مبتلا به HIV نشده بودند. با این وجود در مجموع بیشترین فراوانی راه انتقال در بین بیماران

در حال حاضر بیماری ایدز از قالب یک بیماری عفونی خارج شده است و به صورت یک مشکل بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی خود را نشان داده است و این مسئله به اهمیت بیماری افزوده است. در سال ۲۰۰۰ میلادی عفونت AIDS/HIV بصورت یک فاجعه و پاندمی بزرگ درآمد و موارد ابتلای آن تقریباً از تمام کشور ها گزارش شد (۱۶).

بر اساس سیستم ثبت اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت ایران اولین مورد ابتلا به HIV در ایران در سال ۱۳۶۵ گزارش شد. از آن پس تا سال ۱۳۷۴ در گزارش های سالیانه موارد شناخته شده افزایش اندک و تدریجی داشت در سال ۱۳۷۴ با شناسایی همه گیری در برخی از زندان های ایران موارد شناخته شده به یکباره افزایش صعودی داشت و این سیر صعودی تا سال ۱۳۸۴ ادامه یافت و در آن سال کل موارد شناخته شده در طی یک سال به حداکثر رسید. باید توجه داشت که در این سال سیستم ثبت موارد شناسایی شده بازبینی شده، فرم های گزارش گیری تغییر کرده و تعدادی از مواردی که قبلاً شناسایی ولی گزارش نشده بودند در این سال

منجر به همه گیری از نوع گسترده (generalized epidemics) شود (۱۷، ۲۱).

یافته های دیگر مطالعه حاضر نشان داد بیشترین گروه سنی بیماران در مرد ها گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال و در زن ها گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال بود و با توجه به این که میانگین مدت زمان سپری شده از تاریخ تشخیص بیماری تا زمان انجام مطالعه $3/87 \pm 5/66$ سال و میانه ۵ سال (با دامنه ۱ تا ۱۸ سال) بود می توان نتیجه گرفت که مانند نتایج کشوری سن عمده بیماران در زمان ابتلا و تشخیص در محدوده ۲۱ تا ۳۵ سال بوده یعنی سنی که افراد در سنین کار و فعالیت اقتصادی و همچنین از نظر جنسی فعال هستند و با توجه به اینکه ۴۲/۵ درصد افراد مورد مطالعه از نظر شغلی بیکار و ۳۵/۶ درصد مجرد بوده و هرگز ازدواج نکرده اند می توان استنباط کرد که در صورت فراهم نمودن فرصت شغلی و تسهیل شرایط ازدواج برای جوانان تا حدودی مقداری از بروز موارد جدید بیماری کاهش خواهد یافت. نتایج مطالعه بیژنی و همکاران در قزوین ایران نیز همسو با نتایج مطالعه حاضر بود (۱۵).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد از نظر وضعیت تحصیلات ۶۷/۱ درصد بیماران مورد مطالعه تحصیلات ابتدایی، ۱۲/۱ درصد بی سواد و فقط ۱ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی بود که این خود موید این است که با افزایش سطح تحصیلات آگاهی و دانش افراد در زمینه بیماری افزایش یافته و احتمال ابتلا به بیماری کاهش خواهد یافت.

نتیجه گیری

در شهرستان جهرم بیشترین راه انتقال ایدز مانند بقیه کشور اعتیاد تزریقی است. آمیختگی اعتیاد با مشکلاتی نظیر فقر، کم سوادی، بیکاری و بیخانمانی خطر ابتلا به HIV را افزایش می دهد. با توجه به شیوع ابتلا بیش از ۵ درصد در این گروه، معتادان به مواد مخدر از گروه های در معرض خطر ابتلا به HIV هستند. مطابق نظر سازمان جهانی بهداشت تنها راه موثر علیه ایدز، آموزش بهداشت است لذا این گروه های آسیب پذیر باید در اولویت این برنامه های آموزشی قرار گیرند. از طرفی با توجه به تغییر نسبت فراوانی راه های انتقال در سال های اخیر و افزایش این نسبت در راه انتقال تماس جنسی، می بایست در سیاستگذاری ها و تدوین برنامه های استراتژیک کشوری کنترل و پیشگیری از HIV/AIDS به این مورد نیز دقت شود.

همچنین اجرای برنامه های آموزشی تشویق به پرهیزگاری پیش از ازدواج، تشویق به ازدواج پس از رسیدن به سن قانونی و وفاداری پس از ازدواج ، استفاده از رسانه های جمعی، ارائه آموزش های مهارت محور در مدارس و دانشگاه ها و بالا بردن سطح آگاهی جامعه نسبت به بیماری و راه های انتقال آن جهت بهبود شاخص های موجود پیشنهاد می گردد.

مورد مطالعه اعتیاد تزریقی بود. بر اساس گزارش منتشر شده مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت به مناسبت روز جهانی ایدز در دسامبر ۲۰۱۷ علل ابتلا به اچ آی وی در بین کل موارد بیماران HIV/AIDS ایران که از سال ۱۳۶۵ تا دسامبر ۲۰۱۷ به ثبت رسیده اند، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد ۶۵/۴ درصد و بیشترین فراوانی را داشته است (۱۱) بنابراین می توان گفت که نتایج مطالعه حاضر همسو با نتایج کشوری می باشد و می توان نتیجه گرفت که هنوز در ایران شایع ترین راه انتقال بیماری، اعتیاد تزریقی است. اما باید به این نکته توجه نمود که فراوانی نسبی راه های انتقال بیماری در بیماران جدید تشخیص داده شده در فاصله کوتاه سال های گذشته، تا حدودی دچار تغییر شده و از نسبت فراوانی راه انتقال اعتیاد تزریقی کاسته و بر فراوانی راه انتقال تماس جنسی افزوده شده است اما همچنان اعتیاد تزریقی در جایگاه بالاترین فراوانی (مد) قرار دارد بطوریکه که بر اساس ادامه گزارش موجود در بین کل به ثبت رسیده در ایران بعد از تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد، راه انتقال جنسی با فراوانی نسبی ۲۰/۱ درصد و سپس انتقال از مادر به کودک با فراوانی ۱/۵ درصد قرار دارد این در حالی است که از کل موارد شناسایی و گزارش شده در شش ماه اول سال جاری در ایران، راه احتمالی انتقال در ۴۷/۱ درصد روابط جنسی، ۳۲ درصد موارد اعتیاد تزریقی، ۲/۶ درصد مادر به کودک و در ۱۸/۲ درصد راه احتمالی ابتلا بیان نشده است (۱۱). یافته های مطالعه حاصل نیز نشان داد بعد از اعتیاد تزریقی، سابقه خالکوبی (۵۷/۵ درصد) و روابط جنسی پرخطر (۵۶/۲ درصد) در جایگاه های بعدی قرار گرفته اند.

شایان ذکر است که اعتیاد تزریقی دومین راه انتقال شایع HIV در دنیا و شایع ترین راه انتقال در آسیای جنوب شرق و ایران بشمار می رود (۱۸) در حالی که در ایالات متحده آمریکا شایعترین راه انتقال روابط جنسی است، در کشور های اروپای شرقی بویژه اوکراین و نیز در کشورهای آسیای میانه که در سال ۲۰۱۰ بیش از سایر کشور های جهان در حال گسترش بوده مهمترین راه انتقال اعتیاد تزریقی بوده است (۶، ۱۰).

مرادی و همکاران در مطالعه خود در سال ۱۳۷۹ در تهران نشان دادند (۱۹) شایع ترین راه، دریافت خون و فرآورده های خونی بوده است ولی نتایج مطالعه انجام شده در تهران (۲۰) در سال ۱۳۸۶ و مطالعه سیرجان در سال ۱۳۸۹ نشان داد (۶) این روند تغییر کرده و شایع ترین راه اعتیاد تزریقی شده است و در مطالعه حاضر نیز شایع ترین راه اعتیاد تزریقی بود.

شیوع HIV در بین جمعیت عمومی ایران همچنان پایین است اما در میان مصرف کنندگان تزریق مواد مخدر ۱۳/۸ درصد است بر این اساس، از آنجا که شیوع HIV در این گروه بیش از ۵ درصد است اپیدمی در ایران از نوع اپیدمی متمرکز است. اپیدمی های متمرکز، اگر نادیده گرفته شده و با مقابله موثر با آن برخورد نشود، میتواند

تشکر و قدردانی

از پزشک محترم برنامه به دلیل مساعدت در جمع آوری اطلاعات و
بیماران HIV مثبت به جهت شرکت در مطالعه کمال تشکر را داریم.
تعارض و منافع: تعارض منافع وجود ندارد.

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم به
جهت تایید و حمایت مالی این طرح سپاسگزاری می گردد، همچنین

REFERENCES

1. Golsha R RG, Rezaie Shirazi R, Roshandel D, Abdolahi, Jabbari A. Knowledge about AIDS among Iranian red crescent volunteers and effect of an AIDS educational program. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2007;9(4):56-60.
2. Hariri S, McKenna MT. Epidemiology of human immunodeficiency virus in the United States. *Clinical Microbiology Reviews*. 2007;20(3):478-88.
3. Etemad K, Heydary A, Eftekharardabili H, Kabir M, Sedaghat S. Knowledge and attitude towards AIDS in high-risk groups of injecting and sexual And its relationship with socio-economic characteristics in the cities of Gorgan. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2007;12(2):63-70.
4. WHO. HIV/AIDS 2015 [updated 2017MAY 24; cited 2017JUN 27]. People living with HIV/AIDS. Available from: <http://www.who.int/gho/hiv/en/>.
5. Kar SK. The burning issue of human immunodeficiency virus infection/acquired immune deficiency syndrome in injection drug users: Global scene with a specific focus to India. *Community Acquired Infection*. 2015;2(3):79.
6. Behzadpour M, Khanjani N. The Prevalence of Different Human Immunodeficiency Virus Transmission Routes and Knowledge about AIDS in Infected People with HIV in Sirjan. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012;2(1):45-52.
7. Haghdoost A, Pourkhandani A, Motaghipisheh S, Farhoudi B, Fahimifar N, Sadeghirad B. Knowledge and Attitude concerning HIV/AIDS among Iranian Population: a Systematic Review and Meta- Analysis *Iranian Journal of Epidemiology*. 2011;6(4):8-20.
8. WHO. Global Health Observatory data repository 2015 [updated 2017JAN 1; cited 2017JUN 27]. Number of people (all ages) living with HIV Estimates by country. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100?lang=en>.
9. Etemad K, Eftekhar Ardabili H, Rahimi A, Gouya M, Heidari A, Kabir M. Attitudes and Knowledge of HIV Positive Persons and High Risk Behaviors Groups in Golestan, Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2011;7(1):23-31.
10. Choopanya K, Des Jarlais DC, Vanichseni S, Mock PA, Kitayaporn D, Sangkhum U, et al. HIV risk reduction in a cohort of injecting drug users in Bangkok, Thailand. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 2003;33(1):88-95.
11. CDC, Iran. Latest statistics on HIV infection in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2017.
12. Fetting J, Swaminathan M, Murrill CS, Kaplan JE. Global epidemiology of HIV. *Infectious Disease Clinics*. 2014;28(3):323-37.
13. shariat e, mohammad nejad e, akbari kaji m. Knowledge and Attitude of Students of the Azad University of Saveh about AIDS. *Journal Of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2012;8(2):43-9.
14. Ebadi Azar F FM, Hedayat Rad M, Moosavianpoor M K. Evaluating high school HIV/AIDS education: Implications of intervention. *Hakim*. 2003;6(2):53-60.
15. Bijani B, Kazemifar AM. Epidemiological and Clinical Features of HIV/AIDS Patients Attending to the National Clinic of HIV/AIDS Control, Qazvin, Iran through 2009-2014.

16. Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L. Harrison's principles of internal medicine. 11th: McGraw-Hill Book Company, NY; 2001.
17. Islamic Republic of Iran AIDS Progress Report. Ministry of Health and Medical Education: National AIDS Committee Secretariat, 2015.
18. Schutt RK, Garrett GR. Responding to the homeless: policy and practice: Springer Science & Business Media; 2013.
19. Moradi F NB, Yeganeh B. AIDS epidemiology in Iran from first case diagnosis to now. Journal of Tehran University of Medical sciences. 2000;58(4):79-88.
20. Rahimi MK HM, Almasi F. Epidemiologic assessment of risk factors in 377 patients with AIDS. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity. 2007;17(2):103-6.
21. Haghgoo SM, Joula H, Mohammadzadeh R, Sabour S, Yousefi R, Ghahramani G, et al. Epidemiology of HIV/AIDS in the East Azerbaijan Province, Northwest of Iran. Jundishapur journal of microbiology. 2015;8(8).