بررسی پایبندی و روند درمان ضد رترو ویروسی در بیماران مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری اصفهان طی ده سال

* **سعیده دریازاده:** کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).
daryazadehs@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: درمان ضد رترو ویروسی خیلی فعال (HAART) شامل مصرف سه یا بیشتر از داروهای ضد رتروویروسی است که تاثیر آن در کنترل بیماری ایدز به خوبی ثابت شده است. هدف این مطالعه بررسی پایبندی و روند درمان ضد رتروویروسی در بیماران مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری اصفهان طی ده سال (۱۳۷۸-۸۸) بود.

روش کار: این مطالعه به صورت مقطعی بود و روند درمانی همه بیمارانی که طی این ده سال درمان ضد رترو ویروسی دریافت کرده بودند، بررسی شد. اطلاعات بیماران وارد نرم افزار SPSS۱۹ شد و داده ها با روش آمار توصیفی تحلیلی تحلیل شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۷۴ بیمار، درمان ضد رترو ویروسی دریافت کرده بودند. ۱۸ بیمار (۲۴/۳٪) که در مرحله ایدز بودند، فوت شدند و بیشترین میزان فوت در معتادان تزریقی (۹۴/۴٪) و بیمارانی که سابقه درمان با متادون نداشتند (۱۰۰٪) مشاهده گردید. ۶۳ بیمار (۸۵/۱٪) به دلیل ایدز یا کاهش CD4 و ۱۱ بیمار (۱۴/۹٪) به منظور پروفیلاکسی، درمان ضد رترو ویروسی دریافت کرده اند. ۸ بیمار (۱۰/۸٪) نسبت به درمان ضد رترو ویروسی پایبندی نداشتند.

نتیجه‌گیری: شروع به موقع درمان ضد رترو ویروسی، پایبندی بیماران به درمان و متادون درمانی برای حذف اعتیاد تزریقی، نقش مهمی در موفقیت درمان دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان ضد رترو ویروسی، پایبندی، مرکز مشاوره، ایدز، ایران

مقدمه

سندرم نقص ایمنی اکتسابی (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS)، بیماری است که از آلودگی بدن با ویروس نقص ایمنی انسانی (Human immunodeficiency virus: HIV) ایجاد می شود و شامل انواع ناهنجاری‌های ناشی از اختلال در عملکرد ایمنی سلولی و هومورال است. اولین بار این بیماری در سال ۱۹۸۱ در بین مردان همجنس‌گرا شناسایی شد و تا کنون بیش از ۷۰ میلیون نفر در سراسر دنیا به وسیله دو نوع ویروسHIV آلوده شده‌اند. بیش از ۹۰ ٪ از افراد آلوده در کشور های در حال توسعه به سر می‌برند و ۸۰ ٪ نیز از طریق آمیزش جنسی آلوده شده اند. این بیماری دلیل مرگ بیش از ۲۵ میلیون نفر تا سال ۲۰۰۶ بوده است. این بیماری به نام پاندمی تخریب کننده در تاریخ، بیان شده و برآورد می شود که ۶٪ جمعیت دنیا به این ویروس آلوده باشند (۱-۳).

مرکز مدیریت بیماری ها در ایران، میزان کل افراد آلوده به ویروس HIV را در سال ۱۳۸۸، حدود ۲۰۹۷۵ نفر اعلام کرده است که از بین این افراد ۱۵۶۰ نفر زن و ۱۹۴۱۵ نفر مرد هستند و در سال ۱۳۸۸ حدود ۲۳۰۷ نفر با ایدز زندگی می‌کنند که ۲۲۲ نفر آنها را زنان و ۲۰۸۵ نفر آنان را مردان تشکیل می‌دهند بنابراین حدود ۹۲/۶٪ از موارد گزارش شده مبتلا به ایدز در کشور ایران را مردان و حدود ۷/۴٪ از آنهارا زنان تشکیل می‌دهند. موارد فوت شده تا سال ۱۳۸۸ حدود ۳۶۲۴ نفر است (۴).

مهم‌ترین عامل بدتر شدن وضعیت بیماران مبتلا به ایدز و سرایت آن، روابط حفاظت نشده‌ی جنسی با همجنس یا جنس مخالف و یا با شرکای جنسی متعدد و مصرف تزریقی مواد مخدر همراه با سرنگ مشترک در بیماران است (۵). بیشترین موارد عفونت HIV در ایران (در حدود ۶۲٪)، در میان معتادان تزریقی بوده است (۶).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

از مهم‌ترین وظایف مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه AIDS/HIV، انجام مشاوره در گروه‌های پرخطر برای بررسی عوامل خطر مانند اعتیاد تزریقی، ارائه خدمات آزمایشگاهی و تشخیصی برای گروه های پر خطر ارجاع شده (بیماریابی غیر فعال)، مشاوره با موارد جدید شناسایی شده جهت پذیرش بیماری و راه‌های انتقال ویروس از جمله اعتیاد تزریقی و عدم استفاده از سرنگ مشترک و پیشگیری از حاملگی و استفاده از کاندوم و جلوگیری از انتقال ویروس، انجام معاینات بالینی توسط پزشک و آزمایشات اولیه، پیشگیری و یا درمان دارویی عفونت های فرصت طلب ناتوان کننده مثل سل و پنوموسیستیس ژیرووسی و نهایتاً شروع درمان ضد رتروویروسی در صورت نیاز است (۷).

کاهش قابل ملاحظه ای در بروز بیماری‌ها و مرگ و میر همراه با HIV بعد از معرفی درمان ضد رترو ویروسی ایجاد شده است، گرچه این موفقیت در میان معتادان تزریقی به دلیل پای بندی کمتر یا عدم تمکین به داروهای ضد رترو ویروسی حاصل نشده است (۸،۹).

درمان ضد رترو ویروسی خیلی فعال (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) شامل مصرف سه یا بیشتر از داروهای ضد رترو ویروسی که حداقل یک مهارکننده پروتئاز یا مهارکننده غیرنوکلئوزیدی ترانس کریپتاز معکوس داشته باشد، است. هدف از این درمان، پیشگیری از پیشرفت بیماری، بهبود کیفیت زندگی و طولانی کردن آن است و موفقیت در این درمان وابسته به خواست و اراده ی افراد HIV مثبت جهت پایبندی تمکین به رژیم های ضد رترو ویروسی ترکیبی می‌باشد (۱۰-۱۲).

تاثیر مفید درمان ضد رترو ویروسی در کنترل بیماری ایدز به خوبی اثبات شده است. با مهار پلاسمایی ویروس HIV، مرگ و میر در افراد آلوده کاهش می یابد، البته زمان مناسب جهت شروع درمان ضد رتروویروسی به طور کامل مشخص نمی‌باشد و توصیه‌ها در این مورد متفاوت است. مطالعات نشان می‌دهند که شروع درمان ضد رترو ویروسی را می توان تا زمانی که تعداد CD4 به کمتر از ۲۰۰ سلول در میکرو لیتر نرسیده است به تاخیر انداخت؛ به عبارت دیگر، با شروع زودتر درمان نمی توان از اثرات مخرب عدم پایبندی به آن پیشگیری نمود (۱۳-۱۵). ولی متاسفانه از نجایی‌که پای بندی ضعیف به درمان و وقفه های درمانی شایع هستند و این مساله با افزایش نشانه‌های HIV، مهار ویروسی ناقص، پیشرفت بیماری و افزایش مرگ و میر همراه است، حتی در بیمارانی با تعداد ۳۵۰CD4 سلول در میکرو لیتر یا بیشتر، درمان ضد رترو ویروسی را شروع می‌نمایند (۱۲،۱۶).

عوامل مختلفی می تواند در بهره مندی از مصرف داروهای ضد رترو ویروسی توسط بیمار دخیل باشد که شامل پذیرش بیمار به مصرف دارو تا آخر عمر، عوارض دارویی، اعتیاد تزریقی، مسایل فرهنگی اجتماعی و سایر مسایل هستند. از آنجایی‌که این داروها در سیستم مراقبتی بیماری به صورت رایگان ارائه می شوند، انتظار از پوشش کامل درمان ضد رترو ویروسی غیر ممکن نیست. کمبود نیروی انسانی آموزش دیده، نبود برنامه سازمان دهی شده جهت آموزش های پرسنلی و پایش و ارزشیابی مستمر فعالیت های این مراکز و ارایه پس خوراند و خدمات پشتیبانی و از طرف دیگر خلاء سیستم های تأمین کننده هزینه‌های درمانی (بیمه های درمانی) برای بیماران از عواملی هستند که تا حدودی زیادی در عملکرد این مراکز می توانند تأثیر گذار باشند(۱۲،۱۷). تمکین و پایبندی بیماران نسبت به درمان ضد رترو ویروسی، بر روی عملکرد سیستم ایمنی، جلوگیری از پیشرفت بیماری، بهبود کیفیت زندگی و طول عمر تأثیر می گذارد (۱۲).

در خارج کشور مطالعاتی در زمینه درمان های د رترو ویروسی و پایبندی بیماران انجام شده است. پایبندی به درمان به صورت های مختلفی تعریف شده است. در آمریکای شمالی از ۳۱ مطالعه انجام شده ۱۵ مطالعه مصرف ۱۰۰٪ ، ۹ مطالعه مصرف بیشتر از ۹۵٪، ۴ مطالعه مصرف بیشتر از ۹۰٪ و ۳ مطالعه مصرف بیشتر از ۸۰٪ از داروهای تجویز شده را پایبندی به درمان تعریف نمودند (۱۲،۱۸).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

بیشتر مطالعات انجام شده، پای بندی به درمان ضد رترو ویروسی را به صورت مصرف ۹۵٪ یا بیشتر از داروهای تجویز شده تعریف می کنند (۱۹،۲۰).

در ایران مطالعات اندکی در زمینه درمان بیماران مبتلا به ایدز صورت گرفته است. مطالعه یلدا و همکاران به صورت یک مطالعه مروری به بررسی پایبندی به درمان ضد رترو ویروسی در بیماران مبتلا به ایدز و عوامل موثر بر روی آن پرداخته است. این مطالعه بعضی از عواملی که با پایبندی در ارتباطند و نیز بعضی از استراتژی های موثر برای حفظ و بهبود پایبندی به درمان را بررسی کرده است (۱۲).

مطالعات دیگری در زمینه مراقبت از بیماران آلوده انجام شده است. در مطالعه‌ی امامی نایینی و همکاران به بررسی علل عفونی بستری شدن بیماران مبتلا به HIV/AIDS و ارتباط آن با تعداد لنفوسیت‌های CD ۴+ پرداخته شده است. در این پژوهش توصیفی-تحلیلی از ابتدای سال ۱۳۸۵ تا انتهای سال ۱۳۸۹ تمام بیماران HIV مثبت که با تشخیص عفونت در بخش عفونی بیمارستان الزهرای اصفهان بستری شده بودند، از نظر تمامی اطلاعات دموگرافیک، اتیولوژی عفونت و ارگان درگیر مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه، عفونت های باکتریایی شایع ترین عامل اتیولوژیک و دستگاه تنفسی شایعترین ارگان درگیر در بیماران HIV مثبت بودند.(۲۱)

از آنجایی‌که بررسی وضعیت درمان ضد رترو ویروسی و عوامل موثر بر آن در طول عمر و کیفیت زندگی بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است و مطالعات کمی صورت گرفته است، این مطالعه با هدف بررسی پایبندی و روند درمان ضد رترو ویروسی در بیماران مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری اصفهان، طی ده سال (۸۸-۱۳۷۸) صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی بود و اطلاعات درمانی پرونده بیماران HIV مثبت در مرحله ایدز و مادران باردار آلوده به این ویروس و نوزادان آنها به منظور پروفیلاکسی، در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری اصفهان که درمان ضد رترو ویروسی دریافت کرده بودند از سال ابتدای ۱۳۷۸ تا پایان سال ۱۳۸۸ بررسی شد. معیار ورود به مطالعه، شامل همه افرادی بود که طی این ده سال درمان ضد رترو ویروسی دریافت کرده اند.

به منظور بررسی وضعیت درمان، میزان فراوانی در خصوصیات دموگرافیک آنها شامل گروه سنی، جنس، وضعیت تاهل، سابقه مصرف مواد مخدر، سابقه درمان با متادون به همراه میزان فوت در این گروه ها استخراج شد.

همچنین پایبندی و روند درمان به صورت میزان فراوانی در فوت و افراد زنده تحت درمان، اساس شروع درمان (بروز بیماری نشانگر ایدز یا یا کاهش CD4 (یکی از انواع لنفوسیت تی و نوعی گلبول سفید است که در دستگاه ایمنی بدن نقش دارد. این لنفوسیت نقش مهمی را در کنترل و هدایت دستگاه ایمنی به ویژه سازگاری آن با محیط ایفا می‌کند) و درمان پروفیلاکسی)، علل قطع درمان (عدم پایبندی و تمکین به درمان، عوارض دارویی، پایان پروفیلاکسی) و میزان افراد در ادامه درمان، بررسی شدند.

این اطلاعات از پرونده بیماران، به صورت محرمانه و بدون اسامی آنها در اختیار پژوهشگر مطالعه قرار گرفت. نتایج این پژوهش در راستای اهداف آن ارائه شده و مغایرتی با اصول اخلاقی جامعه ندارد.

اطلاعات استخراج شده وارد نرم افزار SPSS۱۹ گردید و داده ها با روش آمار توصیفی تحلیلی، استخراج شد. به منظور مقایسه نسبت‌ها از آزمون chi-square استفاده شد و نتایج در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۴ نفر درمان ضد رترو ویروسی دریافت کرده بودند. بررسی ویژگی های دموگرافیک آنها نشان می دهد که در بازه سنی ۱-۶۸ سال با میانگین سنی ۳۳/۴ سال بودند. ۲۷ نفر از آنها در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند (۳۶/۵٪) و بعد از آن بیشترین فراوانی در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال و شامل ۲۳ نفر بود (۳۱/۱٪).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

جدول ۱- ویژگی های دموگرافیک بیماران تحت درمان ضد رترو ویروسی

ردیف	ویژگیهای دموگرافیک		فراوانی (٪)	فراوانی فوت (٪)
۱	گروه سنی	۱۰-۰	۶ (۸/۱)	۰
		۲۰-۱۱	۱ (۱/۴)	۰
		۳۰-۲۱	۳ (۴/۱)	۰
		۴۰-۳۱	۲۷ (۳۶/۵)	۷ (۳۸/۹)
		۵۰-۴۱	۲۳ (۳۱/۱)	۵(۲۷/۸)
		۶۰-۵۱	۹ (۱۲/۲)	۴ (۲۲/۲)
		۷۰-۶۱	۵ (۶/۸)	۲ (۱۱/۱)
۲	جنس	زن	۱۶ (۲۱/۶)	۱ (۵/۶)
		مرد	۵۸ (۷۸/۴)	۱۷ (۹۴/۴)
۳	تاهل	متاهل	۳۸ (۵۱/۴)	۸ (۴۴/۴)
		مجرد	۳۶ (۴۸/۶)	۱۰ (۵۵/۶)
۴	سابقه مصرف مواد مخدر	دارد	۵۹ (۷۹/۷)	۱۷ (۹۴/۴)
	تزریقی	ندارد	۱۵ (۲۰/۳)	۱ (۵/۶)
۵	سابقه درمان با متادون	دارد	۱۳ (۱۷/۶)	۰
		ندارد	۶۱ (۸۲/۴)	۱۸ (۱۰۰)

جدول ۲- پایبندی و روند درمان بیماران تحت درمان ضد رترو ویروسی

ردیف	وضعیت بیماران		فراوانی (٪)	جمع (٪)
۱	بیماران تحت درمان	زنده	۵۶ (۷۵/۷)	۷۴ (۱۰۰)
		فوت شده	۱۸ (۲۴/۳)	
۲	اساس شروع درمان	بروز بیماری نشانگر ایدز یا کاهش CD4	۶۳ (۸۵/۱)	۷۴ (۱۰۰)
		درمان پروفیلاکسی	۱۱ (۱۴/۹)	
۳	علل قطع درمان	فوت	۱۸ (۲۴/۳)	۷۴ (۱۰۰)
		عدم پایبندی و تمکین بیمار	۸ (۱۰/۸)	
		عوارض دارویی	۱ (۱/۴)	
		پایان پروفیلاکسی	۱۱ (۱۴/۹)	
۴		ادامه درمان	۳۶ (۴۸/۶)	

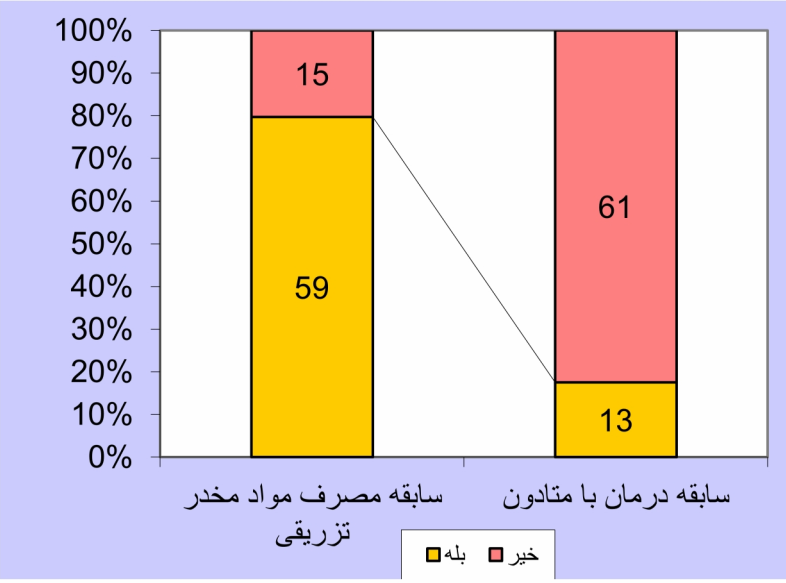
۵۸ نفر از بیماران مرد بودند (۷۸/۴٪)، و تعداد متاهل ها ۳۸ نفر (۳۸/۴٪) بود. از نظر فراوانی میزان فوت در این بیماران، بیشترین میزان فراوانی در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال (۳۶/۵٪)، در جنس مرد (۹۴/۴٪)، در افراد مجرد (۵۵/۶٪) بود.

در افراد دارای سابقه مصرف مواد مخدر تزریقی (۹۴/۴٪) و بیمارانی سابقه درمان با متادون نداشته‌اند (۱۰۰٪) مشاهده گردید ($p<0/001$) (جدول ۱).

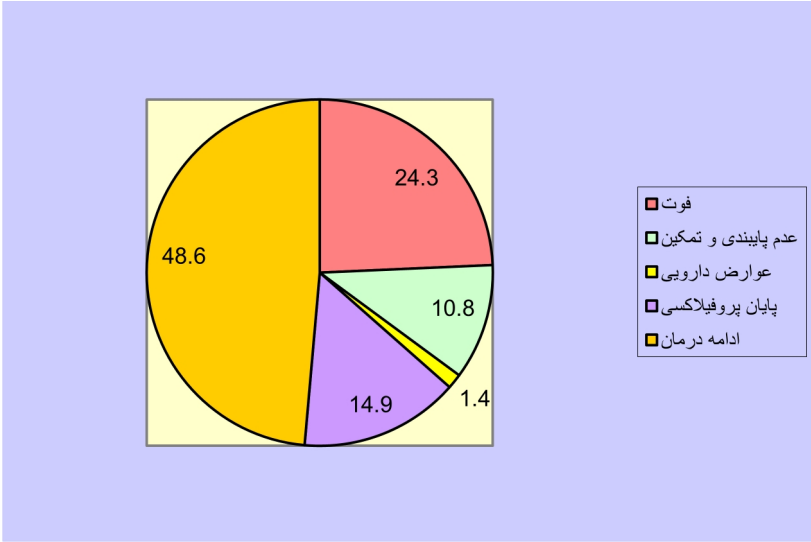
نتایج پژوهش نشان می دهد که ۱۸ نفر (۲۴/۳٪) از بیماران که همه آنها در مرحله ایدز بودند، فوت شده اند.

بررسی روند درمان ضدترووویروسی حاکی از این است که این افراد در مرحله ایدز و مادران و نوزادان به منظور درمان پروفیلاکسی داروی ضد رترو ویروسی دریافت نموده اند. ۶۳ نفر (۸۵/۱٪) از ۷۴ نفر بیمار، واجد شرایط برای گرفتن درمان ضد رترو ویروسی به دلیل بروز بیماری نشانگر ایدز یا کاهش CD4 بوده‌اند و بقیه آنها شامل ۱۱ نفر بودند که درمان پروفیلاکسی دریافت کرده‌اند (۱۴/۹٪). این پروفیلاکسی برای مادران آلوده به ویروس HIV و نوزادان متولد شده آنها توصیه شده بود. بررسی علل قطع درمان در بیماران نشان داد که ۸ نفر (۱۰/۸٪) از آنها نسبت به درمان ضد رترو ویروسی پایبندی و تمکین ندارند. ۱ نفر (۱/۴) از بیماران نیز به دلیل عوارض دارویی درمان خود را قطع نموده و ۱۱ نفر (۱۴/۹٪) نیز به دلیل پایان پروفیلاکسی این درمان را خاتمه داده‌اند (جدول۲).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]



نمودار ۱- مقایسه سابقه صرف مواد مخدر تزریقی با سابقه درمان با متادون در بیماران مرحله ایدز



نمودار۲- روند درمان بیماران تحت درمان ضد رترو ویروسی

بحث و نتیجه گیری

بررسی نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که درمان ضد رترو ویروسی در مرکز مشاوره طی مدت بررسی، طیف وسیعی از افراد در سنین ۶۸-۱ سال را در بر گرفته بود، چنانچه ۸۵/۱٪ از درمان ضد رترو ویروسی مربوط به بیماران در مرحله ایدز و بقیه آن (۱۴/۹٪) مربوط به درمان پروفیلاکسی مادران و نوزادان بود. بنابراین توجه به درمان های پروفیلاکسی پیش بینی نشده و ضروری در مراکز مشاوره بیماری های رفتاری برای پیشگیری از ابتلا به ویروس HIV لازم است. به دلیل اینکه تعداد مردان آلوده به ویروس HIV بیشتر است، تعداد آنها در مرحله ایدز نیز بیشتر بوده است (۷۸/۴٪). البته این احتمال وجود دارد که به دلیل بیشتر فعال بودن مردان از نظر جنسی و نیز آلودگی بیشتر مردان HIV مثبت به اعتیاد تزریقی و احتمال آلودگی آنها با ویروس‌های هپاتیت B و C، ورود آنها به مرحله ایدز نیز سریع‌تر باشد. در بررسی میزان فوت در این گروه‌ها، بالا بودن فراوانی در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال (۳۶/۵٪) احتمالا به دلیل ببیشتر بودن این فراوانی در میزان اولیه آنها است؛ ولی بالاتر بودن

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

این میزان در جنس مرد (۹۴/۴٪)، در افراد مجرد (۵۵/۶٪) و در افراد دارای سابقه مصرف مواد مخدر تزریقی (۹۴/۴٪) و بیمارانی که اعتیاد تزریقی دارند و سابقه درمان با متادون هم نداشته اند (۱۰۰٪) احتمالا به دلیل مصرف مواد مخدر تزریقی و در معرض خطر بالای آلودگی های دیگر مثل هپاتیت B و C و یا ابتلا به این بیماری های، داشتن آمیزش بیماری های آمیزشی و عفونت های فرصت طلب جانبی ناشی از این موارد بوده است. چنانچه در نتایج مشاهده شد، به طور واضحی۹۴/۴٪ موارد فوت، سابقه اعتیاد تزریقی داشته اند که هیچ کدام از آنها با متادون درمان نشده بودند. این نتیجه اهمیت بیش از پیش عامل خطر اعتیاد تزریقی برای وارد شدن سریع‌تر بیماران به مرحله ایدز و ایجاد بیماری های ناشی از این عامل خطر و عوارض و آسیب های جانبی از آن را نشان می دهد.

بررسی دلایل قطع درمان ضد رترو ویروسی در این مطالعه نشان می دهد که ۱۰/۸٪ از بیماران نسبت به این درمان پایبندی و تمکین ندارند. این بیماران که همگی در مرحله ایدز بوده، حاضر به قبول درمان نبوده اند.

مطالعه یلدا و همکاران به بررسی پایبندی و بعضی از عواملی که با پایبندی بیماران به درمان ضد رترو ویروسی در ارتباط هستند پرداخته است. این عوامل شامل: سن، جنس، اعتیاد به ویژه در مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر، مصرف الکل، افسردگی، میزان حمایت اجتماعی، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، عوارض جانبی داروهای ضد رترو ویروسی، حاملگی، نوع رژیم ضد رترو ویروسی، تعداد قرص ها در رژیم دارویی و تعداد دوزهای روزانه تجویز شده، تروماهای شدید، عوامل اجتماعی و روان شناختی و ارتباط بین بیمار و پزشک هستند. عدم پایبندی به درمان تنها موجب کاهش بهره وری بیمار نیست بلکه می تواند خطر پیدایش ویروس های مقاوم به چند دارو را موجب شود. این سوش های مقاوم می توانند از طریق تماس های قابل انتقال، از فردی به فرد دیگر منتقل شوند (۱۲).

در مطالعه حاضر، عوارض دارویی در ۱/۴٪ بیماران وجود داشته که می توان با مشاوره صحیح و جایگزینی با داروی مناسب دیگر، درمان موفقی داشته باشیم. اگر ۱۴/۹٪ از افراد که به دلیل پایان پروفیلاکسی درمان را قطع کرده اند در نظر نگیریم، دلیل اصلی قطع درمان در ۲۴/۳٪ از بیماران، فوت بوده است. همانطور که قبلا مشاهده نمودیم ۹۴/۴٪ از بیماران اعتیاد تزریقی داشتند که هیچ کدام هم حاضر به متادون درمانی نشده بودند. به نظر می رسد، وجود اعتیاد تزریقی در این بیماران، باعث مصرف نا منظم داروهای ضد رترو ویروسی و یا عدم پایبندی و تمکین به این درمان بوده است.

در مطالعه کنونی در مجموع ۴۸/۶٪ از بیماران، درمان ضد رترو ویروسی را ادامه داده اند. در این بیماران پایبندی و تمکین به درمان و مصرف منظم داروهای ضد رترو ویروسی، باعث کاهش روند پیشرفت بیماری و بهبود وضعیت سلامتی در مرحله ایدز در آنها بوده است.

در مطالعات دیگر بر استفاده از رژیم HAART برای کاهش اثرات مضر ویروس‌های هپاتیت بر کبد تأکید شده است (۲۲،۲۳).

نتایج مطالعه مرادمند و همکاران با مطالعه کنونی در خصوص فراوانی این بیماری در گروه سنی ۴۰-۲۱ مطابقت دارد. این مطالعه نیز بر استفاده از رژیم ضدرتروویروسی خیلی فعال (HAART) در موارد عفونت توام برای کاهش اثرات مضر ویروس های هپاتیت بر کبد تاکید می‌کند (۲۴).

به طور کلی موانع مهمی که در پای بندی و تمکین نسبت به درمان ضد رتروویروسی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه وجود دارند، شامل فراموشی، درک ناقص از فواید درمانی دارو، شدت عوارض جانبی و پیچیدگی رژیم‌های دارویی هستند (۲۰،۱۸،۸).

از آنجایی‌که دسترسی به اطلاعات پرونده بیماران مبتلا به ایدز به دلایل بدجلوه دادن این بیماری در اجتماع و اجبار در پنهان نگه داشتن آن با محدودیت روبرو است، انجام پژوهش در این زمینه با تاخیر همراه بوده و از آنجایی‌که در یک منطقه و مرکز مشاوره محدود انجام می شود و یا مطالعات

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

مداوم و به روز صورت نمی گیرد، لذا ایـن مطالعـه در یک مرکز مشاوره بیماری های رفتاری در شـهر اصفهان صورت گرفت.

به طور کلی نتایج این بررسی حاکی از این اسـت که شروع به موقع درمان ضد رترو ویروسی، تمکین و پایبندی بیماران به درمان و متادون درمانی برای حذف اعتیـاد تزریقـی، نقـش مهمـی در موفقیـت درمان دارد. برای دستیابی به موفقیـت در درمـان، مشاوره قبل از درمان و همکاری تیم درمانی شامل پزشک، مشاور، مسئول توزیع دارو و تـیم متـادون درمانی، موثر اسـت. مشـاوره معتـادان تزریقـی در خصوص این عامل خطـر بسـیار ضـروری بـه نظـر می‌رسد، همچنین مشاوره به بیمـاران در خصـوص بهبود و کنترل عفونت های توام با مصرف داروهای ضد رترو ویروسی و واکسیناسیون نیز در تمکـین و پایبندی بیماران بـه درمـان نقـش مهمـی دارد. از آنجایی‌که در داخل کشور مطالعات ناقص و انـدکی در این زمینـه صـورت گرفتـه اسـت، ایـن مطالعـه می‌تواند راهنمایی برای مطالعات گسترده کشـوری در زمینه درمان ضد رترو ویروسی در بیماران مبتلا به ایدز و عوامل مـوثر بـر آن جهـت دسـتیابی بـه درمان ضد رتروویروسی موفق باشد.

تقدیر و تشکر

نویسنده این مقاله بدینوسیله از پرسـنل محتـرم مرکز مشاوره بیماری های رفتـاری اصـفهان بـویژه خانم دکتر طایری و آقای دکتر اعتدالی و معاونـت پژوهشـی دانشـگاه علـوم پزشـکی تهـران، نهایـت سپاسگزاری را اعلام می نماید.

منابع

1. Carpenter CJC, Flanigan TP, Lederman MM. HIV infection and the acquired immunodeficiency syndrome. In: Cecil Essentials of medicine. 5th ed. U.S.A: W.B. Saunders Company; 2001.p.841-53.

2. Fauci AS, Clifford Lane H. Immunodeficiency virus disease: aids and related disorders. 16th ed. U.S.A: the McGraw-Hill Companies; 2005; p.1114:15.

3. Albrecht H. Report from the 14th Retrovirus Conference. New data on HIV and viral hepatitis coinfection. AIDS Clin Care 2007; 19 (5): 41.

4. Gouya MM. National Report on HIV and AIDS Cases. Tehran, Iran: Disease Management Center, Ministry of Health and Medical Education, 2009.

5. Zamani S, Kihara M, Gouya MM, Vazirian M, Ono-Kihara M, Razzaghi EM, et al. Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. AIDS 2005; 19(7): 709-16.

6. Razani N, Mohraz M, Kheirandish P, Malekinejad M, Malekafzali H, Mokri A, et al. HIV risk behavior among injection drug users in Tehran, Iran. Addiction 2007; 102(9): 1472-82.

7. Iran Ministry of Health. National guideline for clinical interaction with HIV/AIDS patients (revision 1383). Tehran: Iran Ministry of Health, 2004.

8. Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, Orbinski J, Attaran A, Singh S, et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. JAMA 2006; 296: 679-90.

9. Tyndall MW, McNally M, Lai C, Zhang R, Wood E, Kerr T, et al. Directly observed therapy programmes for anti-retroviral treatment amongst injection drug users in Vancouver: access, adherence and outcomes. Int J Drug Policy 2007; 18: 281-7.

10. Gordillo V, del Amo J, Soriano V, González-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. AIDS 1999; 13: 1763-9.

11. Fong OW, Ho CF, Fung LY, Lee FK, Tse WH, Yuen CY, et al. Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy in Chinese HIV/AIDS patients. HIV Med 2003; 4: 133-8.

12. Yalda A, Seyyed Alinaghi S A, Hajiabdolbaghi M. Adherence to antiretroviral therapy and its determinants in AIDS patients: review article. Vol. 66, No. 7, Oct 2008: 447-455.

13. Wood E, Hogg RS, Yip B, Harrigan PR, O'Shaughnessy MV, Montaner JS. Effect of medication adherence on survival of HIVinfected adults who start highly active antiretroviral therapy when the CD4+ cell count is 0.200 to 0.350 x 10(9) cells/L. Ann Intern Med 2003; 139: 810-6.

14. Nieuwkerk PT, Sprangers MA, Burger DM, Hoetelmans RM, Hugen PW, Danner SA, et al. Limited patient adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV-1 infection in an observational cohort study. Arch Intern Med 2001; 161: 1962-8.

15. Bangsberg DR, Charlebois ED, Grant RM, Holodniy M, Deeks SG, Perry S, et al. High levels of adherence do not prevent accumulation of HIV drug resistance mutations. AIDS 2003; 17:1925-32.

16. Gonzalez JS, Penedo FJ, Llabre MM, Durán RE, Antoni MH, Schneiderman N, et al. Physical symptoms, beliefs about medications, negative mood, and long-term HIV medication adherence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

Ann Behav Med 2007; 34: 46-55.

17. Prendergast ML, Urada D, Podus D. Meta-analysis of HIV riskreduction interventions within drug abuse treatment programs. J Consult Clin Psychol 2001; 69: 389-405.

18. Maggiolo F, Ravasio L, Ripamonti D, Gregis G, Quinzan G, Arici C, et al. Similar adherence rates favor different virologic outcomes for patients treated with nonnucleoside analogues or protease inhibitors. Clin Infect Dis 2005; 40: 158-63.

19. Nabukeera-Barungi N, Kalyesubula I, Kekitiinwa A, ByakikaTusiime J, Musoke P. Adherence to antiretroviral therapy in children attending Mulago Hospital, Kampala. Ann Trop Paediatr 2007; 27: 123-31.

20. Kerr T, Palepu A, Barness G, Walsh J, Hogg R, Montaner J, et al. Psychosocial determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver. Antivir Ther 2004; 9: 407-14.

21. Emami Naeini A, Hemmasian Ettefagh H, Shirani K, Mirzadeh F, Bagheri A. Causes of Infection and CD4+ Counts in Patients with HIV/AIDS. JIMS. Vol. 30, No; 195: 940-947.

22. Adewole OO, Anteyi E, Ajuwon Z, Wada I, Elegba F, Ahmed P, et al. Hepatitis B and C virus co-infection in nigerian patients with HIV infection. J Infect Dev Ctries 2009 1; 3(5):369-75.

23. Muralidhar S, Bala M, Jain RK, Malhotra M, Ray K. Hepatitis B and C Positivity in various categories of human immunodeficiency virus seropositive individuals in a regional STD centre-an eight-year evaluation of trends and risk factors. American Medical Journal 2010:1(2); 103-108.

24. Moradmand BB, Seyedalinaghi S, Chaman R, Hosseini M, Hasibi Mehrdad MB, Jannati HM, et al. Frequency and correlates of co-infection hepatitis C and hepatitis B with HIV. Knowledge and Health. 2011; 6(3):40-43.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

Investigation of adherence and process of anti-retroviral therapy in patients referred to Isfahan Behavioral Consultation Center during ten years

***Saeideh Daryazadeh,** MSc of Medical Education, Department of Medical Education, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). daryazadehs@yahoo.com

Abstract

Background: Highly active anti-retroviral therapy (HAART) includes the use of three or more anti-retroviral drugs with proven in controlling AIDS. The aim of this study was to investigate adherence and process of anti-retroviral therapy in patients refereed to Isfahan Behavioral Consultation Center from 1999 to 2009.

Methods: This study was a cross-sectional study and therapeutic process of all patients who received anti-retroviral therapy was evaluated during this ten years. Patients' data were entered to SPSS v. 19 and analyzed using descriptive analytic statistical methods.

Results: In this study, 74 patients had received anti-retroviral therapy. Eighteen patients (24.3%) who were in AIDS phase, died and the most mortality rate was observed in injecting drug users (94.4%) and patients with no history of treatment with methadone (100%). Sixty three patients (85.1%) due to AIDS or decrease in CD4 and 11 patients (14.9%) for prophylaxis reasons received anti-retroviral therapy. Eight patients (10.8%) did not have adherence to anti-retroviral therapy.

Conclusion: Timely starting anti-retroviral therapy and patients' adherence to treatment and methadone therapy to overcome intravenous drug addiction have important role in success of treatment.

Keywords: Anti-retroviral therapy, Adherence, Consultation center, AIDS, Iran.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]