

بهره‌مندی بیماران آلوده به HIV/AIDS از خدمات تعیین شده دستورالعمل کشوری بیماری ایدز

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۰۲/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۶/۰۳

چکیده

امیر حسین کاشی^۱

محمدجعفر یدید^۲

محبوبه حاج عبدالباقی^{*۲}

سیروس جعفری^۲

۱- گروه ارولوژی، مرکز تحقیقات ایدز

۲- گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری

دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسئول: تهران، انتهای بلوار کشاورز، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، بخش بیماری‌های عفونی

تلفن: ۶۶۶۹۴۷۹۸

email: Hajiabdo@sina.tums.ac.ir

کلمات کلیدی: سندرم نقص ایمنی اکتسابی، ویروس نقص ایمنی انسانی، بهره‌مندی، مشاوره، واکسیناسیون.

مقدمه

پاندمی پیشرونده ایدز (AIDS) به‌عنوان جدی‌ترین تهدید سلامتی بشر طی دو دهه اخیر ارزیابی شده است. براساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت کمتر از یک نفر از پنج شخص در خطر آلودگی به ویروس به خدمات پیشگیری دسترسی دارند.^۱ ارزیابی نظام‌های مراقبتی جهت تعیین نقاط قوت و ضعف و تدوین برنامه‌هایی که باعث بهبود و افزایش پوشش آنها باشد ضروری است. زیرا برخلاف تصور پوشش خدمات رسانی این برنامه‌ها در موارد متعددی بسیار کمتر از انتظار بوده است.^۲ تحقیقی که در سال ۱۹۹۴ توسط SAMET و همکاران در کشور آمریکا بر روی میزان بهره‌مندی بیماران HIV/AIDS از خدمات

زمینه و هدف: مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران به‌عنوان هسته اصلی ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی بر اساس دستورالعمل کشوری به بیماران HIV/AIDS محسوب می‌شوند. هدف این تحقیق تعیین میزان بهره‌مندی بیماران آلوده به HIV/AIDS مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری از خدمات مصوب دستورالعمل کشوری بیماری ایدز وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است. روش بررسی: پرونده ۱۷۱ بیمار HIV/AIDS که طی سال‌های ۸۵-۱۳۸۴ به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) تهران مراجعه کرده بودند به‌روش نمونه‌گیری منظم آماری از بایگانی پرونده‌های بیماران انتخاب و اطلاعات آماری متغیرهای مورد مطالعه شامل خدمات مشاوره‌ای، خدمات واکسیناسیون، خدمات آزمایشگاهی و درمان‌های لازم جهت بیماران از آنها استخراج شد. یافته‌ها: مشاوره تنظیم خانواده، استفاده از کاندوم و مشاوره روش‌های پیشگیری از انتقال بیماری به‌ترتیب برای ۳۲/۵ و ۲۹/۲ درصد بیماران انجام شده است. اندازه‌گیری CD4 نیز فقط برای ۶۹ درصد از بیماران انجام شده است. ۶۵/۶ درصد واجدین شرایط درمان ضد رتروویروسی، داروهای ضد رتروویروسی دریافت داشته‌اند. پوشش واکسیناسیون کزاز و هپاتیت به‌ترتیب ۳/۵ و ۲۱/۷ درصد و پوشش واکسیناسیون آنفولانزا و پنوموکوک نیز کمتر از پنج درصد بوده است. ۷۹/۵ درصد بیماران واجد شرایط پیشگیری از سل درمان پیش‌گیرانه دریافت داشته‌اند. بیماریابی سل طی یک‌دوره یک‌ساله ۱۴ درصد و میزان بهبودی برای بیماران با تشخیص سل ۹۵/۸ بوده است. نتیجه‌گیری: پوشش خدمات ارایه شده به بیماران در مورد فعالیت‌های مشاوره‌ای و واکسیناسیون بسیار پایین است. پوشش درمان و بیماریابی علیه سل قابل قبول و پوشش درمان ضد رتروویروسی در حد متوسط است.

بهداشتی و درمانی اولیه به‌عمل آمد مشخص کرد که ۲۷ درصد بیماران بیش از یک‌سال و ۱۲ درصد بیماران بیش از دو سال پس از تشخیص HIV/AIDS تاخیر در انجام مراقبت‌های اولیه داشته‌اند.^۳ در تحقیق دیگری در تایلند درصد کمی از بیماران نیازمند به درمان، داروی ضد رتروویروسی و داروی پیشگیری برای سل و پنوموسیتیس ژروویروسی دریافت داشته بودند.^۴ همچنین تبعیض در ارایه خدمات به این بیماران نیز از یافته‌های گزارش شده است. به طوری‌که مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد جنسیت، نژاد، ملیت، وجود پوشش بیمه‌های درمانی، با کاهش بهره‌مندی بیماران از خدمات بیماری HIV/AIDS ارتباط داشته است.^۵ عمده فعالیت‌های مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران بر اساس دستورالعمل کشوری

بیماری و پیشگیری از انتقال به دیگران، تنظیم خانواده، انجام آزمایشات اولیه و واکسیناسیون، پیگیری و مراجعه بیمار و درمان ضد رتروویروسی، پیشگیری دارویی از سل و پنوموسیستیس ژيرووسی و غربالگری و درمان برای سل هستند. جهت بررسی کیفیت ثبت داده‌های مورد مطالعه در پرونده بیماران، توسط پژوهشگر مطالعه در طی دو هفته با حضور منقطع ثبت داده‌ها در پرونده مشاهده گردید. با توجه به اینکه پژوهشگر مطالعه از رزیدنت‌های همان بخشی است که خدمات مشاوره را انجام می‌دهد است حضور وی در مرکز غیر طبیعی تلقی نشده و به نظر نمی‌رسد که در کیفیت ثبت داده‌ها تغییری ایجاد کرده باشد. همچنین از مصاحبه با پزشکان و مسئولان مرکز نیز جهت اطمینان از مشاهده انجام شده استفاده شده است. داده‌های استخراج شده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱ وارد کامپیوتر شده و آماره‌های توصیفی نیز با همین نرم‌افزار محاسبه شده است. جهت محاسبه حدود اطمینان ۹۵ درصد از نرم‌افزار Epi Info ver 6.03 و از روش exact binomial استفاده شده است.

یافته‌ها

طی سال‌های ۱۳۸۴ و شش ماهه اول ۱۳۸۵ مجموعاً ۱۲۹۸ فرد به دلیل وجود یک رفتار پر خطر (اعتیاد تزریقی و یا تماس جنسی محافظت نشده و غیره) و یا وارد شدن سوزن آلوده به بدنشان و یا مصرف فراورده‌های آلوده خونی جهت بررسی آلودگی به HIV و ویروس به مرکز مشاوره بیماری‌های مورد نظر مراجعه نموده‌اند. از این تعداد از سال ۱۳۸۴ تا پایان شش ماهه سال ۱۳۸۵، مجموعاً ۲۸۹ مورد با وجود آزمایش الیزای مثبت و یک آزمایش تأیید کننده وسترن بلات به عنوان بیمار AIDS/HIV ثبت و پرونده بالینی برای آنها تشکیل شده است. از این تعداد ۱۷۱ پرونده به روش نمونه‌گیری منظم انتخاب شدند.

شایع‌ترین روش انتقال بیماری اعتیاد تزریقی و استفاده از سرنگ یا وسایل تزریقی دیگر آلوده و شایع‌ترین محل ارجاع، بخش‌های دولتی بوده‌اند (جدول ۱). مشاوره پذیرش بیماری برای ۹۵/۵٪ (۹۸/۰-۹۱/۰؛ CI۹۵٪)، مشاوره آموزش پیشگیری از انتقال به دیگران برای ۲۹/۲ درصد (۳۶/۷-۲۲/۶؛ CI۹۵٪)، مشاوره استفاده از کاندوم و تنظیم خانواده و مشاوره برای شرکای جنسی بیماران به ترتیب برای ۳۲/۷ درصد (۴۰/۳-۲۵/۸؛ CI۹۵٪) و صفر درصد (۰/۰-۲/۱؛ CI۹۵٪)

برنامه AIDS/HIV، شامل خدمات آزمایشگاهی تشخیصی برای گروه‌های پر خطر ارجاع شده (بیماریایی غیر فعال)، انجام مشاوره در گروه‌های پرخطر برای بررسی عوامل خطر مانند اعتیاد تزریقی و جلوگیری از انتقال ویروس، 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، انجام معاینات بالینی توسط پزشک و آزمایشات اولیه، پیشگیری و یا درمان دارویی عفونت‌های فرصت‌طلب ناتوان‌کننده مثل سل و پنوموسیستیس ژيرووسی و نهایتاً شروع درمان ضد رتروویروسی در صورت نیاز، می‌باشد. برخی از این خدمات به صورت رایگان (به جز خدمات آزمایشگاهی در مقطع زمانی تحقیق) انجام می‌شده است و بخش‌های غیر دولتی نقشی در ارائه این خدمات به صورت متمرکز ندارند. هدف این تحقیق سنجش میزان بهره‌مندی بیماران AIDS/HIV از خدمات ارائه شده در یکی از مراکز مشاوره مرکزی براساس دستورالعمل کشوری بیماری AIDS/HIV بوده است. اطلاعات این تحقیق می‌تواند منجر به درک صحیحی از روند مصرف منابع و سنگ بنای مسیر تحقیقات بعدی برای محققان و سیاست‌گذاران برنامه‌های خدمات رسانی بیماری AIDS/HIV به منظور شناسایی موانع دسترسی و بهره‌مندی بیماران از خدمات مورد نظر و نهایتاً اصلاح و ارتقاء کیفی و کمی این خدمات و کنترل اپیدمی ایدز گردد.

روش بررسی

این مطالعه cross-sectional بر اساس پرونده بیماران AIDS/HIV موجود در بایگانی مرکز مشاوره بیمارهای رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) دانشگاه تهران که طی سال‌های ۸۵-۱۳۸۴ پذیرفته شده بودند انجام پذیرفت. پرونده بیماران بالای ۱۵ سال که حداقل یک آزمایش الیزا و وسترن بلات مثبت برای HIV داشتند و حداقل شش ماه تحت مراقبت و پیگیری بودند وارد مطالعه شد. تعداد ۱۷۱ پرونده به روش نمونه‌گیری سیستماتیک از بین پرونده‌های موجود انتخاب و خدمات توصیه شده مورد نظر جهت این گروه از بیماران نیز براساس دستورالعمل کشوری نحوه برخورد بالینی با بیماران AIDS/HIV مشخص شدند. رایه یا عدم رایه این خدمات براساس مندرجات مشاهده‌شده در پرونده این بیماران استخراج گردید. خدمات مورد نظر شامل انجام مشاوره‌ها در بخش‌های پذیرش

جدول-۱: ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مورد مطالعه

ویژگی	فراوانی (درصد)
جنسیت	مونث ۲۱٪ (۱۲/۳)
راه آلودگی	مذکر ۱۵۰٪ (۸۷/۳)
	سرنگ آلوده ۱۳۳٪ (۷۷/۸)
	انتقال خون ۷٪ (۴/۱)
	جنسی ۱۷٪ (۹/۹)
	نامشخص ۱۴٪ (۸/۲)
نوع ارجاع	بخش دولتی ۱۱۱٪ (۶۴/۹)
	بخش غیر دولتی ۱۸٪ (۱۰/۵)
	مراجعه داوطلبانه ۴۲٪ (۲۴/۶)

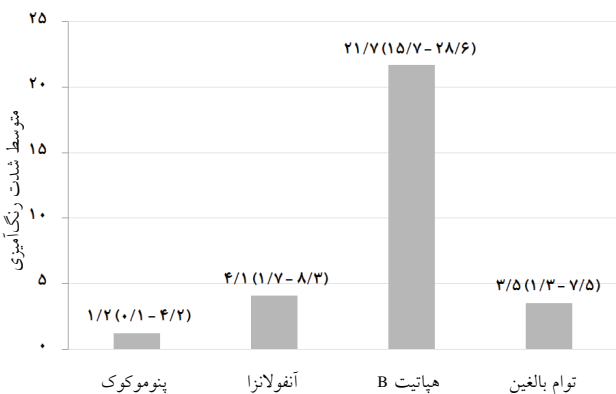
جدول-۲: انجام آزمایش‌های اولیه بیماران مورد مطالعه

نوع آزمایش	فراوانی (درصد)	حدود اطمینان ۹۵٪
CBC	۱۳۸٪ (۸۰/۷)	۷۳/۸-۸۶/۲
CD4	۱۱۸٪ (۶۹)	۶۱/۴-۷۵/۷
PLT	۱۳۹٪ (۸۱/۳)	۷۴/۶-۸۶/۸
ESR	۸۱٪ (۴۷/۴)	۳۹/۷-۵۵/۱
HBs Ag	۱۲۰٪ (۷۰/۲)	۶۲/۷-۷۶/۹
HCV Ab	۱۲۱٪ (۷۰/۸)	۶۳/۳-۷۷/۵
PPD	۸۰٪ (۴۶/۸)	۳۹/۱-۵۴۵/۶
Anti Toxo	۵۸٪ (۳۳/۹)	۲۶/۹-۴۱/۵
Xray.C	۹۲٪ (۵۳/۸)	۴۶/۰-۶۱/۴
VDRL	۷۹٪ (۴۶/۲)	۳۸/۶-۵۴/۰
FTAB	۰٪ (۰)	۰-۲/۱
Family ELISA	۷٪ (۴/۱)	۱/۷-۳/۸
Partner ELISA	۰٪ (۰)	۰-۲/۱
*PAP smear	۳٪ (۱۴/۳)	۳/۰-۳۶/۳

* تعداد بیماران HIV/AIDS مونث مورد مطالعه ۲۱ نفر بود

جدول-۳: وضعیت انجام آزمایش خلط در بیماران با سرفه مزمن جهت بیماریابی

تعداد دفعات انجام آزمایش	فراوانی (درصد)	حدود اطمینان ۹۵٪
انجام ۱ آزمایش خلط	۴٪ (۵/۶)	۱/۶-۱۳/۸
انجام ۲ آزمایش خلط	۳٪ (۴/۲)	۰/۹-۱۱/۹
انجام ۳ آزمایش خلط	۴۶٪ (۶۴/۸)	۵۲/۵-۷۵/۸
مجموع انجام آزمایش	۵۳٪ (۷۴/۶)	۶۲/۹-۸۴/۲
آزمایش خلط انجام نشده است	۱۸٪ (۲۵/۴)	۱۵/۸-۳۷/۱



نمودار-۱: درصد و حدود اطمینان ۹۵٪ برای پوشش واکسن‌های توصیه شده در دستورالعمل کشوری بیماری ایدز در بیماران مرکز مورد مطالعه

بیماران انجام شده است. مشاهده پژوهشگران تحقیق در محیط ثبت داده‌ها نشان داد که بعضی مشاوره‌های انجام شده به دلیل بالا بودن بار مراجعات در اوج ساعات اداری ثبت نشده‌اند. میزان بهره‌مندی بیماران از آزمایش‌های توصیه شده طبق دستورالعمل کشوری بیماری AIDS/HIV در جدول ۲ ارایه شده است. به جز تست پوستی سل و آزمایش خلط (جدول ۳) سایر آزمایش‌ها در زمان مطالعه با هزینه بیمار انجام شده است. مشاهده پژوهشگران تحقیق در محیط ثبت داده‌ها نشان داد که امکان خطا در ثبت و گزارش‌دهی این آزمایشات در پرونده بیماران قابل ملاحظه نبوده است.

نمودار ۱ پوشش واکسیناسیون‌های مختلف توصیه شده طبق دستورالعمل کشوری را در بیماران مورد مطالعه نشان می‌دهد. همچنین ایمن‌سازی بر علیه آنفولانزا و پنوموکوک طی دوره مطالعه با هزینه بیمار انجام می‌گرفته است. برای ۲۴ مورد بیماری سل تشخیص داده شد. ۹۵/۸ درصد این بیماران با بهبودی ختم درمان شده‌اند. از بیماران واجد دریافت دارویی پیشگیری برای سل و پنوموسیستیس کارینی به ترتیب ۷۹/۵ درصد و ۵۹/۵ درصد دارو دریافت نموده‌اند. تأمین داروی پیشگیری پنوموسیستیس کارینی با هزینه بیمار بود. فقط ۶۹/۶ درصد واجدین شرایط دریافت دارو ضد رتروویروسی، دارو دریافت داشته‌اند. داروهای ضد رتروویروسی به صورت رایگان تحویل می‌شده است. مشاهده پژوهشگران تحقیق در محیط ثبت داده‌ها نشان داد که امکان خطا در ثبت داروهای تجویز شده در پرونده بیماران، قابل ملاحظه نبوده است. ۶۹ درصد بیماران داروهای ضد رتروویروسی را به صورت منظم، (بیش از دو ویزیت در ماه) ۱۲ درصد به صورت نامنظم مصرف نموده (حداقل یک ویزیت

و کاهش ۱۶٪ خطر رفتارهای جنسی پر خطر شده است.^{۱۰} از طرف دیگر براساس گزارش ۲۰۰۴ سازمان جهانی بهداشت طی سال‌های ۲۰۰۳-۱۹۹۶ افزایش قابل ملاحظه در شیوع بیماری‌های منتقله جنسی ایجادکننده زخم در کشور ایران وجود داشته است.^{۱۱} و همچنین جوان بودن جمعیت ایران و ۲۰ کشور عرب همراه با پایین بودن سن بلوغ و بالا رفتن سن ازدواج عوامل خطر جدی در تشدید اپیدمی HIV و امکان تغییر روش انتقال از راه اعتیاد تزریقی به انتقال جنسی می‌باشد.^{۱۲}

بنابراین به نظر می‌رسد که انجام این فعالیت‌های مشاوره‌ای بتواند نقش قابل قبولی در محدود کردن گسترش اپیدمی ایدز داشته باشد و لذا بهبود انجام این فعالیت‌ها که متأسفانه با پوشش پایین همراه بوده است اهمیت حیاتی دارد. میزان پوشش واکسیناسیون در مورد تمامی انواع واکسن‌ها پایین و در مواردی بسیار پایین بوده است. به طوری که به جز واکسن هپاتیت B که برای ۲۲٪ واجدین شرایط انجام شده پوشش بقیه واکسن‌ها کمتر از ۵٪ می‌باشد (نمودار ۱). درصد قابل توجه‌ای از بیماران AIDS/HIV مرکز مورد مطالعه اعتیاد تزریقی داشته‌اند با توجه به روش انتقال هپاتیت B از طریق استفاده از سرنگ آلوده در معتادان تزریقی و با در نظر داشتن رایگان بودن واکسیناسیون آن در مرکز فوق می‌بایست در مورد پوشش واکسیناسیون هپاتیت B به صورت جدی در این مرکز مورد توجه قرار گیرد. همچنین اعتیاد تزریقی با وسایل و روش‌های غیر بهداشتی در فرد غیر ایمن به خصوص در بیماران با نقص ایمنی پیشرفته خطر ابتلاء به کزاز را افزایش می‌دهد. با توجه به هشدار دهنده بودن وضعیت واکسیناسیون توأم بالغین در جمعیت مورد بررسی، برای افزایش پوشش واکسیناسیون توأم بالغین اقدام جدی توصیه می‌شود. پایین بودن پوشش واکسیناسیون در بیماران AIDS/HIV در سایر کشورها نیز رویت شده است. در مطالعه‌ای در کشور آمریکا میزان پوشش واکسیناسیون هپاتیت B در حدود ۲۶/۱ درصد برآورد شده است که نزدیک به آمار مرکز مورد مطالعه ما می‌باشد.^{۱۳} ولی میزان پوشش واکسیناسیون پنوموکوک و آنفولانزا به ترتیب ۳۷٪ و ۳۳٪ گزارش شده است که بسیار بالاتر از آمار این مطالعه می‌باشد.^{۱۴} بروز پنومونی با پنوموکوک ۳۰۰-۱۰۰ برابر در بیماران مبتلا به ایدز بیشتر از افراد با سرولوژی منفی برای HIV رخ می‌دهد. عفونت با هموفیلوس آنفولانزا هم به صورت مستقیم باعث بروز پنومونی و هم به صورت غیر مستقیم

در ماه) و ۱۹ درصد وضعیت نامشخص داشته‌اند. تعداد ۱۰ بیمار بدون وجود موردی برای درمان بر اساس دستورالعمل کشوری و فقط براساس دستور کتاب‌های مرجع خارجی با توجه به شمارش سلول‌های خونی به خصوص CD4 و یا موارد دیگری مثل پایین آوردن بار ویروسی برای فرزند دارشدن دارو دریافت کرده‌اند. در مجموع پوشش واکسیناسیون و انجام مشاوره‌ها ضعیف و درمان سل و ضد تروروویروسی در حد مناسب ارزیابی شده‌اند.

بحث

بیشتر بیماران از طریق بخش‌های دولتی (۶۴/۹٪) به مرکز مشاوره ارجاع شده‌اند. این مسئله می‌تواند ناشی از دسترسی آسان بیماران به مراکز دولتی با پرداخت هزینه کمتر و اعتماد مردم نسبت به خدمات این مراکز باشد. بیشترین پوشش آزمایش‌های اولیه انجام شده به ترتیب مربوط به CBC، سرولوژی هپاتیت‌های B و C، شمارش سلول‌های CD4 و کمترین پوشش مربوط به انجام الیزا برای بستگان بیماران و یا شرکای جنسی، پاپ اسمیر جهت زنان واجد شرایط و مابقی آزمایشات پوشش بینابینی داشته‌اند (جدول ۲). در زمان مطالعه شمارش سلول‌های CD4 و سایر آزمایش‌های اولیه به جز آزمایش پوستی سل توسط بیمار و با صرف هزینه انجام شده است. نبود سیستم تأمین‌کننده مالی بیمه‌ای (بیمه‌های خدمات درمانی) آزمایشات ذکر شده در زمان مطالعه می‌تواند یک علت مهم ضعف در پوشش انجام آزمایشات اولیه باشد.

وجود سیستم‌های بیمه‌ای در سایر مطالعات نیز با بهبود دریافت خدمات همراه بوده است به طوری که در دو مطالعه در کشور آمریکا که روی بیماران AIDS/HIV انجام شده است میزان بهره‌مندی آنان از مراقبت‌ها و خدمات اولیه (شامل آزمایش‌های اولیه، مشاوره و ویزیت) با وجود پوشش بیمه درمانی ارتباط معنی‌داری داشته است.^{۷،۸} به نظر می‌رسد که ترغیب سازمان‌های مسئول به ایجاد پوشش‌های بیمه‌ای برای این گروه از بیماران در بهبود خدمات‌رسانی به آنان تأثیر قابل توجه‌ای داشته باشد. در مورد فعالیت‌های مشاوره‌ای نشان داده شده که انجام مشاوره‌های پر خطر باعث کاهش ۲۶٪ مقاربت جنسی بدون محافظت در مردان همجنس باز شده است.^۹ همچنین مشاوره پیشگیری در معتادان تزریقی منجر به کاهش ۳۰٪ خطر ناشی از نداشتن مهارت‌های تزریق و استفاده از سرنگ مشترک

انجام بعضی مشاوره‌های حساس از جمله پیشگیری به‌خصوص در افراد با رفتارهای پرخطر وجود دارد. عواملی که می‌تواند در بهره‌مندی بیماران HIV/AIDS از خدمات و مراقبت‌های توصیه شده دستورالعمل کشوری دخیل باشند (متغیرهایی همچون سن، جنس، اعتیاد تزریقی، وضعیت تحصیلی و شغلی، بیمارهای زمینه‌ای ناتوان‌کننده، وجود خدمات بیمه‌ای و غیره) در این تحقیق مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند. مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران سابقه و تجربه کافی در ارائه خدمات خواسته شده را ندارند. کمبود نیروی انسانی آموزش‌دیده، نبود برنامه سازمان‌دهی شده جهت آموزش‌های پرسنلی و پایش و ارزشیابی مستمر فعالیت‌های این مراکز و ارائه پس‌خوراند و خدمات پشتیبانی و از طرف دیگر خلاء سیستم‌های تأمین‌کننده هزینه‌های درمانی (بیمه‌های درمانی) برای بیماران عواملی هستند که تا حدودی زیادی در عملکرد این مراکز می‌تواند تأثیر گذار باشند، مشکلات خاص تنها این مرکز نیستند. امکان دارد میزان بهره‌مندی خدمات ارائه‌شده در این مرکز با سایر مراکز کشور تفاوت داشته باشد. مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی دانشگاه تهران یکی از بزرگترین مراکز مشاوره سطح کشور با پرسنل آموزش دیده و پزشکان دارای تخصص در این زمینه است. با این وجود نمی‌توان پیش‌بینی کرد که میزان پوشش خدمات ارائه‌شده در این مرکز با توجه به استانداردهای دستورالعمل کشوری از مراکز دیگر کشور پایین‌تر یا بالاتر باشد. انجام تحقیقات دیگری جهت بررسی میزان پوشش خدمات سایر مراکز کشور لازم است. تاکنون مطالعه جامعی در سطح کل کشور جهت تعیین میزان بهره‌مندی بیماران HIV/AIDS از خدمات و مراقبت‌های توصیه‌شده دستورالعمل کشوری و عوامل مؤثر در آن به شکل بررسی دفاتر و پرونده‌های بیماران صورت نپذیرفته است. بنابراین داده‌های این تحقیق لزوم انجام یک مطالعه کامل‌تر از مطالعه فعلی (بررسی دفاتر و پرونده‌ها و مصاحبه با بیماران) در سطح کشور جهت ارزیابی کلی از نحوه خدمات رسانی در این مراکز را نشان می‌دهد، تا پس از جمع‌بندی داده‌ها، برنامه‌ریزی مجدد در امر تأمین و توزیع مناسب نیروی انسانی و امکانات تخصصی، تدارک دارویی، ارائه خدمات درمانی بیمه‌ای به شکلی عملی، آموزش‌های پرسنلی، بهبود وضعیت ثبت و گزارش‌دهی، مراقبت و کنترل فعالیت‌های این مراکز و ارائه خدمات پشتیبانی مورد نیاز جهت ارتقاء وضعیت خدمات رسانی به‌عمل آید.

زمینه را برای پنومونی استافیلوکوکی و پنوموکوکی مهیا می‌کند.^{۱۵} واکسیناسیون بر علیه آنفولانزا و پنوموکوک در زمان مطالعه با هزینه بیمار انجام شده است. طبیعی است که پوشش این واکسن‌ها ناکافی باشد. با این وجود در حال حاضر واکسیناسیون آنفولانزا به‌صورت رایگان در این مرکز انجام می‌شود و انتظار می‌رود که پوشش آن افزایش یافته باشد. عفونت HIV خطر بروز سل را ۱۰۰ برابر افزایش می‌دهد. از طرف دیگر سل درمان نشده سیر عفونت HIV را تسریع می‌کند.^{۱۶} در مطالعه‌ای که در هند در سال ۲۰۰۳ روی ۸۶۴۰ بیمار آلوده به HIV طی سال‌های ۲۰۰۳-۱۹۹۸ انجام شده بود نشان داد که ۹۳/۵ درصد بیماران آلوده به HIV هم‌زمان و یا با گذشت زمان مبتلا به سل شدند.^{۱۷}

جهت ارزیابی و قضاوت در مورد وضعیت بیماری‌یابی سل نیاز به یک دوره چند ساله می‌باشد. در این مطالعه بیماری‌یابی ۱۴ درصد برای سل طی دوره یک‌ساله به لحاظ علمی پوشش مناسبی است. از نظر درمانی نیز میزان ۹۵/۸ درصد بهبودی میزان ایده‌آل ارزیابی می‌شود. یکی از نشانه‌های مهم در ارزیابی موفقیت و پیشرفت برنامه مراقبتی HIV/AIDS تعیین دسترسی و بهره‌مندی بیماران از درمان‌های ضد رتروویروسی رایج است. در مطالعه‌ای که در ۴۸ ایالت کشور آمریکا به‌منظور بررسی روند بهره‌مندی از خدمات مراقبتی HIV/AIDS و عوامل مؤثر در آن صورت گرفت نژاد و ملیت عوامل مهم در بهره‌مندی ارزیابی شده‌اند^{۱۸} براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ پوشش درمان ضد رتروویروسی در منطقه خاورمیانه ۵٪ و در ایران ۱۰٪ برآورد شده است.^{۱۸، ۱۹} عوامل مختلفی می‌تواند در بهره‌مندی و مصرف مداوم داروهای ضد رتروویروسی توسط بیمار از جمله پذیرش بیمار به مصرف دارو تا آخر عمر، عوارض دارویی، اعتیاد تزریقی، مسایل فرهنگی اجتماعی و سایر مسایل دخیل باشد. با توجه به رایگان بودن این داروها در سیستم مراقبتی بیماری پوشش کامل درمان ضد رتروویروسی قابل پیش‌بینی است. به طوری که در حدود بیش از نیمی از بیماران واجد شرایط مطالعه، مصرف منظم داروهای ضد رتروویروسی داشته‌اند که از آمار گزارش شده سازمان بهداشت جهانی بسیار بالاتر ارزیابی می‌گردد و بیانگر افزایش و بهبود پوشش درمانی این بیماران است. این تحقیق نشان داد که علاوه بر نقاط قوت بارز مثل بیماری‌یابی و درمان سل، ضعف‌هایی جدی نیز به‌طور مثال در پوشش واکسن‌های رایگان (توام بالغین و هپاتیت B)

References

1. World Health Organization. Scaling up antiretroviral therapy in resource limited setting: guideline for a public health approach. Geneva: World Health Organization, 2005.
2. From the Centers for Disease Control and Prevention. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic. United States, 2003.
3. Samet JH, Retondo MJ, Freedberg KA, Stein MD, Heeren T, Libman H. Factors associated with initiation of primary medical care for HIV-infected persons. *Am J Med* 1994; 97: 347-53.
4. Vanlandingham M, Im-Em W, Yokota F. Access to treatment and care associated with HIV infection among members of AIDS support groups in Thailand. *AIDS Care* 2006; 18: 637-46.
5. Shapiro MF, Morton SC, McCaffrey DF, Senterfitt JW, Fleishman JA, Perlman JF, et al. Variations in the care of HIV-infected adults in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *JAMA* 1999; 281: 2305-15.
6. Iran Ministry of Health. National guideline for clinical interaction with HIV/AIDS patients (revision 1383). Tehran: Iran Ministry of Health, 2004.
7. Cunningham CO, Sohler NL, Wong MD, Relf M, Cunningham WE, Drainoni ML, et al. Utilization of health care services in hard-to-reach marginalized HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS* 2007; 21: 177-86.
8. Riley ED, Wu AW, Junge B, Marx M, Strathdee SA, Vlahov D. Health services utilization by injection drug users participating in a needle exchange program. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002; 28: 497-511.
9. 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: 568-89.
10. Prendergast ML, Urada D, Podus D. Meta-analysis of HIV risk-reduction interventions within drug abuse treatment programs. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 389-405.
11. UNAIDS/WHO 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: World Health Organization, 2004.
12. DeJong JL, Phil M, Bonnie L, Shepard M. Breaking the Silence and Saving Lives: Young People's Sexual and Reproductive Health in the Arab States and Iran; Cairo Declaration of Religious Leaders in the Arab States in Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2004, Ref Type: Report
13. Ompad DC, Galea S, Wu Y, Fuller CM, Latka M, Koblin B, Vlahov D. Acceptance and completion of hepatitis B vaccination among drug users in New York City. *Commun Dis Public Health* 2004; 7: 294-300.
14. Wortley PM, Farizo KM. Pneumococcal and influenza vaccination levels among HIV-infected adolescents and adults receiving medical care in the United States. Adult and Adolescent Spectrum of HIV Disease Project Group. *AIDS* 1994; 8: 941-4.
15. Donowitz GR, Mandell GL. Acute Pneumonia. In: Mandell G, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 819-45.
16. Kasper D, Braunwald E, Fauci AS, Hauser S, Longo D, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. USA: McGraw Hill, 2004.
17. Maniar JK, Kamath RR, Mandalia S, Shah K, Maniar A. HIV and tuberculosis: partners in crime. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2006; 72: 276-82.
18. World Health Organization. Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy. Geneva: World Health Organization, 2005.

Utilization of the Health Ministry recommended services by Iranian HIV/AIDS patients

Received: May 03, 2008 Accepted: August 24, 2008

Abstract

Kashi A H.¹
Yadyad M J.²
Hajiabdolbaghi M.^{2*}
Jafari S.²

Department of Infectious Diseases

*Iranian Research Center for
HIV/AIDS (IRCHA)*

*Tehran University of Medical
Sciences*

Background: Behavioral Consultation Centers are the main organizations responsible for providing HIV/AIDS patients with services according to the Iranian Ministry of Health guidelines. In this study we assessed provision of these supposed services to Iranian HIV/AIDS patients referring to Behavioral Consultation Centers.

Methods: One hundred seventy one clinical files were selected by systematic random sampling from the files of all new HIV/AIDS patients accepted at Imam Khomeini behavioral consultation center who were registered during 2005-2006 and were followed for at least six months. Data were extracted from files and included consultation, vaccination, laboratory and treatment services.

Results: Family planning and HIV prevention methods consultation were performed for 32.5% and 2.29% of patients respectively. CD4 count was done for 69% of patients. 65.6% of patients who needed anti-retroviral treatment were given medication. Hepatitis B and Td vaccination were done for 21.7% and 3.5% of patients respectively. Coverage of pneumococcal and influenza vaccinations was less than 5%. 79.5% of patients who needs tuberculosis prophylaxis were given medication. TB case finding was 14% during one year and the cure rate for patients under anti TB treatment were 95.8%.

Conclusion: Coverage of consultations and vaccination services are very low. Antiretroviral therapy coverage is intermediate. TB case finding and its cure rate are appropriate.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome, HIV, consultation, utilization, vaccination.

* Corresponding author: Infectious Disease Ward, Imam Khomeini Hospital, Keshavarz Blvd., Tehran, IRAN
Tel: +98-21-66694798
email: Hajiabdo@sina.tums.ac.ir