



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime

Country Office for the
Islamic Republic of Iran

بررسی تاثیر مصرف مواد بر پوشش درمان ضدویروسی و
بقای بیماران تحت این درمان در مراکز مشاوره
بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی در
کشور، در سال ۱۳۸۶

2007

فهرست مطالب

۳	مقدمه
۴	بررسی متون
۴	درمان ضدویروسی، تاریخچه و تعریف
۵	دسترسی به درمان ضدویروسی
۶	بستگی به درمان ضدویروسی
۸	سایر عوامل موثر بر درمان ضدویروسی در مصرف‌کنندگان مواد
۹	اهداف طرح
۹	هدف اصلی طرح
۹	اهداف فرعی طرح
۹	هدف کاربردی طرح
۱۰	فرضیات یا سوالات پژوهش (باتوجه به اهداف طرح)
۱۲	روش جمع‌آوری اطلاعات
۱۴	روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن
۱۵	نتایج
۱۶	وضعیت مصرف مواد
۱۸	تحلیل بقا
۳۰	متوسط بقا در درمان
۳۳	عوامل مؤثر بر بقا
۳۵	بحث و نتیجه‌گیری
۳۸	محدودیت‌های مطالعه
۴۰	منابع

مقدمه:

هرچند اولین موارد اچ‌آی‌وی در ایران مربوط به گروهی از مبتلایان به تالاسمی و هموفیلی بود که با دریافت خون مبتلا شده بودند اما شروع آن‌چه که به‌عنوان اپیدمی در کشور مطرح است با تشخیص بیش از ۲۰٪ ابتلا در میان زندانیان دو زندان کشور و عمدتاً در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بود.

با مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۲ انجام شد مشخص گردید حدود ۲۰٪ از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد اچ‌آی‌وی هستند و در سال‌های بعد نیز آمار سه‌ماهانه اداره ایدز و کنترل بیماری‌های آمیزشی در خصوص موارد شناخته شده ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز نشان داده است که در حدود ۶۰٪ مبتلایان ثبت‌شده سابقه تزریق مواد را داشته‌اند چنان که آخرین گزارش منتشر شده نیز میزان ۶۷.۵٪ را نشان می‌دهد که این میزان در واقع معرف وجود ۱۱۲۵۷ فرد اچ‌آی‌وی مثبت با سابقه تزریق مواد است.

کنترل مناسب افرادی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند روندی جامع و مادام‌العمر با تکیه بر نیازهای بیماران است که حداقل شامل موارد زیر است:

پایش وضعیت سلامت بیمار، شروع به‌موقع درمان ضد‌تروویروسی (ART)^۱ و ادامه آن، پیشگیری و درمان عفونت‌های فرصت‌طلب^۲ (OIs)، سایر عفونت‌ها و بیماری‌های هم‌زمان، حمایت روانی، حمایت در مورد پایبندی به درمان، مشاوره، و در صورت لزوم ارجاع برای ادامه مراقبت.

از طرفی در ارائه خدمات مراقبتی و درمانی به مصرف‌کنندگان مواد که سابقه تزریق نیز دارند باید به نکات بیشتری توجه کرد که می‌توان به مواردی مانند نیاز به خدمات حمایت اجتماعی بیشتر، توجه به وضعیت سلامت عمومی، احتمال کمتر بودن بستگی به درمان که مراقبت و مشاوره مناسب را ایجاد می‌کند، احتمال تداخل رژیم ART با مواد مورد سوءمصرف و در صورتی که فرد تحت درمان با متادون باشد احتمال تداخل این دو رژیم درمانی با یکدیگر را اشاره کرد.

در ایران مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری خدمات درمانی و مراقبتی را به افراد اچ‌آی‌وی مثبت ارائه می‌کنند. در این مراکز درمان ضدویروسی به افراد واجد شرایط مطابق با پروتکل‌های موجود ارائه می‌شود. از نکات مهمی که در هر برنامه درمانی مد نظر قرار می‌گیرد بقای بیماران در درمان و شکست درمانی است. عوامل متعددی بر بقای بیماران در درمان و شکست آن مؤثرند که سوءمصرف مواد را می‌توان از علل عمده آن نام برد. سوءمصرف مواد به‌خودی‌خود می‌تواند تداخلات دارویی با درمان ضدویروسی ایجاد کند و مهم‌تر از آن پایبندی بیماران را به درمان کاهش داده و در نتیجه منجر به عواقب متعددی مانند مقاومت دارویی، خروج از درمان و در نهایت شکست درمانی شود. با توجه به وضعیت همه‌گیری در کشور

¹ Anti Retroviral Therapy

² Opportunistic Infection

ما و نقش غالب مصرف تزریقی مواد در پیش بردن آن مشخص است که توجه خاص به این گروه در ارایه درمان ضدویروسی لازم به نظر می‌رسد.

هدف از انجام این مطالعه بررسی وضعیت ارایه درمان ضدویروسی در کشور به طور کل و با توجه خاص به مصرف‌کنندگان مواد بوده است. میزان بقای افراد در درمان، میزان شکست درمانی و خروج از درمان و بررسی تأثیری که سوءمصرف فعلی و قبلی مواد می‌تواند بر روند درمان ضدویروسی داشته باشد، پرسش‌هایی هستند که مطالعه در پی پاسخ آن‌ها است. یافته‌های مطالعه می‌تواند به دست‌اندرکاران کمک کند تا با در دست داشتن تصویر مشخص‌تری از درمان ضدویروسی برای ارتقای آن برنامه‌ریزی‌های جامع‌تری داشته باشند.

بررسی متون

برای بررسی متون مرتبط، مدلاین ابتدا با کلیدواژه اچ‌آی‌وی، درمان ضدویروسی (Antiretroviral Therapy or treatment) و درمان ضدویروسی (Highly Active Anti Retroviral Therapy) جستجو شد که ۴۲۳ مقاله با این واژه‌ها یافت شد. از این تعداد ۷۶ مقاله با توجه به عناوین مقاله‌ها عنوان مرتبط با موضوع پژوهش به‌نظر می‌رسیدند. همچنین با کلیدواژه درمان ضدویروسی (Antiretroviral Therapy) و درمان ضدویروسی (Highly Active Anti Retroviral Therapy) و (illicit drug use) جستجو انجام شد که ۸۲ مقاله یافت شد که از این تعداد ۲۰ مقاله مرتبط به نظر می‌رسید. با کلیدواژه درمان ضدویروسی (Antiretroviral Therapy or treatment) و درمان ضدویروسی (Highly Active Anti Retroviral Therapy) و بقا در درمان (survival in treatment) ۱۱۵ مقاله یافت شد که ۲۲ مقاله مرتبط بود.

در ذیل به اجمال یافته‌های موجود در متون در رابطه به درمان ضدویروسی، نقش آن در اداره بیماران اچ‌آی‌وی مثبت و به‌خصوص افرادی که مصرف‌کننده مواد هستند و عوامل موثر بر ادامه و یا شکست درمانی در این گروه از بیماران ارایه می‌شود.

درمان ضدویروسی، تاریخچه و تعریف:

درمان ضدویروسی که از دهه ۸۰ میلادی در کشورهای پیشرفته در دسترس بوده، یکی از موفقیت‌های بزرگ در کنترل عفونت ویروس نقص ایمنی اکتسابی و بیماری ایدز به‌شمار می‌رود. این درمان اچ‌آی‌وی را از عامل یک بیماری کشنده و لاعلاج به وضعیتی قابل اداره تبدیل کرده است و نتایج قابل توجه این درمان در افزایش بقای بیماران از نیمه دهه ۹۰ مشاهده شده است (۱ و ۲). ارایه درمان ضدویروسی مهم‌ترین جزء بسته جامع مراقبتی برای بیماران اچ‌آی‌وی مثبت است که می‌تواند پاسخگویی تمام نیازهای آنان باشد. این بسته خدمتی جامع شامل حمایت‌های پزشکی، اجتماعی و قانونی است (۳).

هدف از انجام درمان ضدویروسی، کند کردن بروز بیماری‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی بیماران از طریق حداکثر سرکوب تکثیر ویروس در بدن و حفظ عملکرد سیستم ایمنی است. شروع درمان ضدویروسی با این ارتباط دارد که چقدر منافع حاصل از این درمان با احتمال بروز سمیت دارویی، احتمال بالقوه مقاومت به درمان، و درک این که عفونت اچ‌آی‌وی سیر درازمدت و نیاز به درمان بسیار طولانی حتی ده‌ها سال دارد، در تعادل است. درمان برای تمام افرادی که علائم عفونت‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی را دارند و افراد بی‌علامتی که $CD4 < 350 \mu$ دارند توصیه می‌شود گرچه اگر $CD4$ بیش از ۳۵۰ باشد نیز در موارد خاص درمان شروع می‌شود. در مناطقی از دنیا که به ART دسترسی دارند، درمان مؤثر ضدویروسی که معمولاً شامل سه داروی ضدویروسی یا بیشتر است و میزان‌های بقا و سلامت بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی بسیار ارتقا یافته است.

در کشورهای پیشرفته بیش از ۲۰ نوع داروی ضدویروسی در اشکال دارویی مختلف به‌صورت مجزا و یا ترکیبی در دسترس است. رژیم درمانی باید با توجه به شرایط هر فرد و به‌خصوص در صورت وجود سایر بیماری‌ها تنظیم شود اما معمولاً شامل افایرناز^۱ یا یک بازدارنده ریتونوویور-بوستد پروتئاز^۲ به همراه دو بازدارنده معکوس ترنس‌کریپتاز^۳ است. پیشرفت‌های اخیر در زمینه درمان ارایه رژیم‌های درمانی قوی‌تر، دیرپا و با سمیت کمتر فراهم آورده است و توصیه‌های فعلی بیش‌تر به سمت شروع سریع‌تر درمان است (۴) ، (۵).

در جمهوری اسلامی ایران در حال حاضر از حدود ۱۲ نوع دارو استفاده می‌شود. درمان فوق‌فعال ضدویروسی^۴ که شامل سه یا چهار دارو در یک رژیم روزانه است، درمان توصیه شده برای عفونت اچ‌آی‌وی است. در حال حاضر کمیته علمی درمان و مراقبت مبتلایان به و ایدز وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت برای شروع ART را با استفاده از معیارهای بالینی و ایمولوژیک پیشنهاد می‌کند (۶).

دسترسی به درمان ضدویروسی:

دسترسی به درمان ضدویروسی در کشورهای در حال توسعه همواره تحت تأثیر گرانی دارو و نبود زیرساخت‌های بهداشتی مناسب بوده است هرچند در سه سال اخیر با اقدامات سازمان جهانی بهداشت و برنامه مشترک سازمان ملل در زمینه ایدز دسترسی به درمان ضدویروسی گسترش وسیعی داشته است. گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ نشان‌گر وجود ۱.۳ میلیون نفر در درمان ضدویروسی در کشورهای در حال توسعه است که نسبت به سال ۲۰۰۳ سه برابر افزایش را نشان می‌دهد (۷). در سال

¹ efavirenz

² ritonavir-boosted protease inhibitor

³ nucleoside reverse transcriptase inhibitors

⁴ Highly Active AntiRetroviral Therapy (HAART)

۲۰۰۶ تخمین زده شد که ۲ میلیون نفر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط تحت قرار دارند که معرف ۲۸٪ از ۷.۱ میلیون نفری بودند که تخمین زده می‌شد به درمان نیاز دارند. پوشش درمان ضدویروسی در آسیا حدود ۱۹٪ و در کشورهای با درآمد پایین و متوسط در اروپای شرقی و آسیای مرکزی ۱۴٪ بوده است (۸). از طرفی همه افراد اچ‌آی‌وی مثبت دسترسی یکسانی به درمان ضدویروسی ندارند و موانع مهمی در دسترسی افراد به درمان ضدویروسی در مناطقی که منابع محدود هستند وجود دارند که برخی از آنها عبارتند از نبود زیرساخت‌های مناسب سلامت، قیمت داروها، پیچیدگی درمان، فقر و حاشیه‌نشینی، و انگ و تبعیض و تعلق به گروه‌های اقلیت، زنان، و مصرف‌کنندگان مواد (۸، ۹).

در رابطه با مصرف‌کنندگان مواد که اچ‌آی‌وی مثبت هستند، درمان ضدویروسی برای تماس با خدمات‌دهندگان در بخش سلامت، تسهیل اقدامات پیشگیرانه، آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی و مراقبت، درمان و حمایت مرتبط با ایدز می‌تواند به‌عنوان مشوق به‌کار رود. به‌علاوه درمان ضدویروسی می‌تواند نقطه ورود به درمان سوءمصرف مواد و سایر بیماری‌های همراه مانند سل، هپاتیت B و هپاتیت C باشد. با این حال همان‌گونه که ذکر شد با وجود افزایش دسترسی به درمان ضدویروسی در بسیاری از موارد این گروه به درمان دسترسی ندارند. علی‌رغم تمام فوایدی که ذکر شد، این باور عمومی وجود دارد که مصرف‌کنندگان تزریقی مواد کاندیدهای خوبی برای درمان ضدویروسی نیستند چون سوءمصرف مواد بستگی^۱ به درمان را کم می‌کند یا به این خاطر که عوارض طبی و بیماری‌های همراه مانند هپاتیت C درمان ضدویروسی را در این بیماران دشوارتر و پاسخ‌دهی آنان را به درمان کمتر می‌کند (۱۰). مطالعات نشان می‌دهند که نه تنها دسترسی این گروه از بیماران به درمان ضدویروسی کمتر از سایر بیماران است بلکه حتی درمان ضدویروسی در مرحله پیشرفته‌تری از عفونت شروع می‌شود (۱۱).

با این وجود شواهد نشان می‌دهند اگر درمان ضدویروسی متناسب با بیماران سوءمصرف‌کننده طراحی و ارائه شود، آنان نیز مانند دیگر افراد اچ‌آی‌وی مثبت پاسخ موفقیت‌آمیزی به درمان خواهند داشت (۱۰).

بستگی به درمان ضدویروسی:

بستگی به درمان ضدویروسی که تبعیت^۲ از درمان نیز نامیده می‌شود میزان پیروی از دستورات طبی است. این تعریف به این معنا نیست که بیمار پذیرنده منفعل دستورات طبی است و مشارکت فعالی در درمان ندارد (۱۲). بستگی به درمان بار معنایی مثبت یا منفی و قضاوتی ندارد و در واقع توضیح‌دهنده يك وضعیت است (۱۳).

¹ Adherence

² compliance

در درمان ضدویروسی میزان مطلوب بستگی به درمان ۹۵٪ است. با این میزان از بستگی به درمان تکثیر ویروس متوقف شده و از بروز مقاومت دارویی پیشگیری می‌شود. دسترسی به این میزان از بستگی به درمان اغلب موضوعی چالش‌برانگیز در مبتلایان به اچ‌آی‌وی محسوب می‌شود چون رژیم درمانی در این بیماران اغلب شامل چندین دارو با برنامه درمانی پیچیده و داروهای گران است. عوارض جانبی داروها و تداخلات غذایی و دارویی که ممکن است ایجاد کنند عوامل دیگری هستند که بر بستگی به درمان اثر دارند (۱۱). به دلایل ذکر شده میزان عدم بستگی به درمان در گروه‌های مختلف بیماران تحت درمان بالا است و میزان متوسط بستگی به درمان با توجه به مطالعات مختلف حدود ۷۰٪ گزارش شده است (۱۳).

عوامل متعددی می‌توانند بر بستگی به درمان مؤثر باشند که می‌توان آن‌ها را به سه گروه تقسیم کرد. این سه گروه عبارتند از: عوامل مربوط به بیمار مانند سن، تحصیلات، و مصرف مواد؛ عوامل مربوط به ارائه‌دهنده خدمت مانند نحوه برخورد با بیمار و ارائه آموزش‌های لازم به وی و برداشت ارائه‌دهنده خدمت از احتمال بستگی بیمار به درمان؛ و در نهایت عوامل مربوط به رژیم درمانی مانند رژیم‌های درمانی با چندین دارو و یا تجویز دارو در بیش از دو نوبت (۱۴، ۱۳، ۴).

سوءمصرف مواد از عواملی است که در برخی مطالعات به عنوان عامل مهم کاهش بستگی به درمان مطرح شده است به‌خصوص اگر فرد در زمانی که تحت درمان ضدویروسی است به‌طور فعال مصرف‌کننده نیز باشد. مصرف‌کنندگان مواد در مقایسه با سایر گروه‌ها کمتر از درمان‌های موجود بهره می‌گیرند که به بی‌ثباتی اجتماعی همراه با تزریق مواد نسبت داده شده است و سابقه تزریق مواد یک عامل مستقل در بدتر بودن نتیجه HAART مطرح شده است. مطالعه‌ای مطرح کرده که میزان عدم بستگی به درمان ضدویروسی در مصرف‌کنندگان مواد دو برابر بیش از دیگر بیماران اچ‌آی‌وی مثبت است (۲). از طرفی برداشتی که ارائه‌دهنده خدمت از میزان بستگی فرد به درمان دارد به‌عنوان یکی از دلایل مشخص عدم تجویز درمان ضدویروسی، حتی زمانی که بیمار معیار ورود به درمان را دارد، مطرح شده است. ارائه‌دهنده خدمت در بسیاری از موارد برداشتی تجربی بر اساس تجربه بالینی خود از میزان بستگی بیماران به درمان دارند و آن را در بیماران خود ارزیابی نمی‌کنند. همان‌گونه که ذکر شد گزارش‌هایی مبنی بر بستگی کم مصرف‌کنندگان مواد به درمان وجود دارد اما یافته‌هایی هم مویید این موضوع هستند که بعد از شروع درمان ضدویروسی در این گروه از بیماران میزان بستگی آنان به درمان تفاوتی با دیگر بیماران ندارد (۱۵). عوامل مخدوش‌کننده‌ای هم در این میان وجود دارند برای مثال میزان مرگومیر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به دلایلی غیرمرتبط با ابتلا به اچ‌آی‌وی، مثلاً بیش‌مصرف، بالاتر از دیگران است اگرچه یافته‌های مخالف این امر نیز وجود دارد. برای مثال مطالعه‌ای که در یک گروه کوهورت بیماران در کانادا انجام شد تفاوت معنی‌داری بین میزان مرگومیر در افراد با سابقه تزریق مواد و سایر بیماران اچ‌آی‌وی نشان نداد و الگوهای باقی‌بیماران نیز مشابه بود (۲).

سایر عوامل موثر بر درمان ضدویروسی در مصرفکنندگان مواد

معیارهای شروع درمان ضدویروسی و انواع بررسی‌ها و مراقبت‌های لازم در افراد اچ‌آی‌وی مثبت که مصرفکننده مواد هستند تفاوتی با سایر بیماران ندارد هرچند ملاحظات خاصی از قبیل تاثیر سبک زندگی بی‌ثبات این افراد بر درمان، مشکلات مربوط به بستگی به درمان و تاثیر درمان نگهدارنده با متادون بر درمان ضدویروسی عواملی هستند که باید در نظر گرفته شوند (۱۵).

با وجود تمام این ملاحظات شواهد رو به افزایشی وجود دارد که نشان می‌دهد درمان سوءمصرف مواد، برنامه‌های outreach و درمان نگهدارنده با متادون با نظارت مستقیم می‌توانند دسترسی و بقا در درمان را در مصرفکنندگان مواد افزایش داده و غلبه بر موانع موجود در درمان این گروه از بیماران اچ‌آی‌وی مثبت را هموار سازند (۸).

شواهد علمی نشان می‌دهند برنامه‌هایی که درمان نگهدارنده با متادون را ارائه می‌دهند، دسترسی به سرنگ و سوزن استریل را افزایش می‌دهند و سایر خدمات پیشگیری را در اختیار افراد قرار می‌دهند تعداد موارد جدید عفونت اچ‌آی‌وی را در میان مصرفکنندگان تزریقی مواد می‌کاهد (۱۷).

درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین مصرفکنندگان مواد را قادر می‌سازد به زندگی خود ثبات بخشیده و از بسیاری از عوارض ناشی از تزریق مواد اجتناب کرده یا آن‌ها را کنترل کنند. این درمان همچنین بخش اساسی از راهکارهایی است که برای حفظ مصرفکنندگان تزریقی مواد در درمان به‌کار می‌رود. درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند به گسترش درمان ضدویروسی، افزایش بستگی بیماران به درمان، و افزایش مراقبت و درمان این بیماران بینجامد (۱۵). اهمیت این درمان از آن جهت است که مصرف فعال مواد عامل مهمی در پاسخ ضعیف به درمان ضدویروسی، کاهش بستگی به درمان و در نتیجه شکست درمان محسوب می‌شود (۱۸).

از طرفی درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین می‌تواند با درمان ضدویروسی تداخلاتی داشته باشد که باید تطبیق دوز این داروها را در نظر داشت. تداخلات دارویی که باعث ایجاد علایم ترک در افراد شوند می‌توانند موجب عود و برگشت افراد به مصرف هرئوین، ایجاد حس بی‌اعتمادی به درمان، و عدم تمایل به ادامه درمان ضدویروسی شوند. استفاده از انواع داروهای ضد درد مساله دیگری است که باید مد نظر داشت چون در بسیاری از مصرفکنندگان در شروع درمان نگهدارنده دز روزانه متادون برای تسکین درد کافی نیست و نیاز به تجویز این داروها وجود دارد که این داروها هم می‌توانند با درمان ضدویروسی تداخل داشته باشند (۱۹).

عفونت‌های همزمان با هپاتیت B، هپاتیت C و بیماری‌های کبدی مرتبط با الکل نیز در مصرف‌کنندگان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت شایع هستند. این بیماری‌ها خطر آسیب کبدی و اختلال متابولیسم برخی داروهای ضدویروسی را افزایش می‌دهند. علی‌رغم همه این مسایل حدود ۹۰٪ افرادی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند و عفونت همزمان با هپاتیت دارند درمان ضدویروسی را بدون سمیت شدید کبدی تحمل می‌کنند هرچند باید تداخل دارویی با داروهای مورد استفاده در هپاتیت C را در نظر داشت. عفونت همزمان با توبرکلوزیس در افراد اچ‌آی‌وی مثبت و تداخل درمانی داروهای ضدسل و ضدویروسی نیز همانند عفونت همزمان با هپاتیت باید مد نظر باشد (۹).

عوامل دیگری که در پایین بودن بقای درمان و بستگی به درمان ذکر شده‌اند عبارت است از سابقه تحصیلی ضعیف، درآمد پایین، بی‌ثباتی اجتماعی، سابقه حبس، و بی‌خانمانی یا به عبارتی سطح اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر. در مورد سطح پایین سواد این توجیه مطرح شده است که می‌تواند در درک بیمار از توصیه‌های درمانی نقش داشته باشد (۲۰).

رابطه درمانی خوب بین بیمار - ارائه‌کننده خدمات در محیطی با آستانه پایین و مناسب با نیازهای خاص مصرف‌کننده مواد عامل دیگری است که در بهبود بستگی بیماران به درمان موثر شناخته شده است.

اهداف طرح

هدف اصلی طرح:

بررسی تاثیر مصرف مواد بر پوشش درمان ضدویروسی و بقای بیماران تحت این درمان در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی در کشور، در سال ۱۳۸۶

اهداف فرعی طرح:

- ۱- تعیین میزان بقای يك ساله افراد اچ‌آی‌وی مثبت در درمان ضدویروسی
- ۲- تعیین میزان بقای يك ساله افراد اچ‌آی‌وی مثبت که مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بوده‌اند و اکنون ترك کرده‌اند
- ۳- تعیین میزان بقای يك ساله افراد اچ‌آی‌وی مثبت که مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بوده‌اند و اکنون تحت درمان متادون هستند
- ۴ - تعیین میزان بقای يك ساله افراد اچ‌آی‌وی مثبت که مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بوده‌اند و اکنون مواد مصرف می‌کنند
- ۵ - مقایسه میزان بقا در افراد اچ‌آی‌وی مثبت در درمان ضدویروسی بدون هیچ‌گونه سابقه مصرف مواد و با هرگونه سابقه مصرف فعلی یا قبلی مواد

هدف کاربردی طرح:

بررسی تاثیر مصرف مواد بر وضعیت پوشش درمان ضدویروسی و بقای بیماران در مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری

فرضیات ۱۱ یا سوالات پژوهش (باتوجه به اهداف طرح) :

۱- میزان بقای يك ساله افراد اچ‌آی‌وي مثبت در درمان ضدویروسي به چه میزان است؟

۲- میزان بقای يك ساله افراد اچ‌آی‌وي مثبت که مصرف‌کنندگان تزریقي مواد بوده‌اند و اکنون ترك کرده‌اند به چه میزان است؟

۳- میزان بقای يك ساله افراد اچ‌آی‌وي مثبت که مصرف‌کنندگان تزریقي مواد بوده‌اند و اکنون تحت درمان متادون هستند به چه میزان است؟

۴ - میزان بقای يك ساله افراد اچ‌آی‌وي مثبت که مصرف‌کنندگان تزریقي مواد بوده‌اند و اکنون مواد مصرف می‌کنند به چه میزان است؟

۵ - میزان بقا در افراد اچ‌آی‌وي مثبت در درمان ضدویروسي که هیچ‌گونه سابقه مصرف مواد ندارند و افرادی که هرگونه سابقه مصرف فعلی یا قبلی مواد را دارند چه تفاوتی دارد؟

جدول متغیرها:

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر		کمی		کیفی		تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه گیری	مقیاس
		وابسته	مستقل	پیوسته	گسسته	اسمی	رتبایی			
۱	بقای یکساله بیماران در درمان ضدویروسی	×			×			تعداد افرادی که بعد از یک سال از شروع درمان ضدویروسی درمان زنده هستند و به درمان ادامه داده‌اند	بررسی پرونده بیماران	جدول نرم افزار ی
۲	جنس		×		×				بررسی پرونده بیماران	جدول نرم افزار ی
۳	سن		×		×			سن افراد بر اساس شناسنامه	بررسی پرونده بیماران	جدول نرم افزار ی
۴	وضعیت تاهل	×				×		به گروه‌های مجرد، متاهل، طلاق گرفته، بیوه تقسیم می‌شود	بررسی پرونده بیماران	جدول نرم افزار ی
۵	میزان تحصیلات	×		×				بر اساس تعداد سال‌های تحصیل تعریف می‌شود	بررسی پرونده بیماران	جدول نرم افزار ی
۶	سابقه قبلی مصرف مواد	×				×		افرادی که در حال حاضر مصرف‌کننده مواد مخدر و متادون نیستند و وابسته به مواد بوده‌اند DSM-IV و در گذشته طبق تعریف	بررسی پرونده بیماران	جدول نرم افزار ی
۷	سابقه فعلی مصرف مواد	×		×		×		افرادی که در حال حاضر انواع مواد را گاهی یا به‌طور مداوم مصرف می‌کنند صرف نظر از این که متادون مصرف می‌کنند یا خیر	بررسی پرونده بیماران	جدول نرم افزار ی
۸	درمان نگهدارنده با متادون	×		×		×		افرادی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند و مواد دیگر را استفاده نمی‌کنند	بررسی پرونده بیماران	جدول نرم افزار ی

روش جمع‌آوری اطلاعات

مطالعه يك كوهورت تاريخي با استفاده از پرونده‌هاي ثبتي بيماران بود. براي انجام مطالعه ابتدا با توجه به تعداد نمونه و با هماهنگي و همكاري اداره كنترل ايدز و بيماري‌هاي آميزشي، مراكزي كه مطالعه در آنها انجام شد تعيين شدند. اين مراكز با توجه به ميزان شيوع اچ‌آي‌وي در هر استان به ميزان مساوي از مناطق داراي شيوع بالا، پايين و متوسط انتخاب شدند كه به اين ترتيب ۹ دانشگاه علوم پزشكي وارد مطالعه شدند كه عبارتند از دانشگاه‌هاي علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني اصفهان، ايران، خراسان رضوي، سيستان و بلوچستان، فارس، كرمان، كرمانشاه، گلستان و لرستان. براي انجام طرح در ابتدا با هماهنگي اداره كنترل ايدز و بيماري‌هاي آميزشي با مراكز مكاتبه شده تا همكاري لازم را با مجريان طرح داشته و اطلاعات لازم را در اختيار آنان قرار دهند. كلييه پرونده‌هاي ART كه از سال ۱۳۷۹ تا اسفند ۱۳۸۶ در مركز افتتاح شده‌اند مورد بررسي قرار گرفتند.

در مراكز مشاوره بيماري‌هاي رفتاري هر فرد مبتلا به اچ‌آي‌وي داري يك پرونده است كه ضمن ثبت مشخصات فردي و سابقه رفتارهاي پرخطر، اقدامات مراقبتي و تشخيصي فرد در آن ثبت مي‌شود. از طرفي از سال ۱۳۸۲ به نظام ثبت مراقبت افراد اچ‌آي‌وي مثبت، پرونده‌اي مخصوص افرادي كه تحت ARV قرار مي‌گيرند نيز اضافه شد. اين پرونده كه تحت عنوان پرونده درمان ARV خوانده مي‌شود براي افرادي كه تحت درمان ضد رتروويروسي قرار مي‌گيرند به پرونده قبلي اضافه شده و كلييه اطلاعات مرتبط با درمان ضد رترو ويروسي مانند انديكاسيون شروع درمان، سوابق درماني، رژيم درماني، نتيجه معاينات باليني و آزمايش‌هاي حين درمان، تغيير رژيم درماني و يا تاريخ قطع و علل آن ثبت مي‌شود.

علي‌رغم اينكه پرونده‌هاي مذکور از سال ۱۳۸۲ به سيستم نظام ثبت مراكز مشاوره اضافه شده‌اند، اما اين پرونده براي افرادي كه در سال‌هاي قبل نيز درمان‌شان شروع شده بود با توجه به اطلاعاتي كه در پرونده قبلي موجود بود تکميل شد.

در اين بررسي ابتدا از كلييه پرونده‌هاي درمان ضد رتروويروسي افراد اچ‌آي‌وي مثبت تحت پوشش دانشگاه‌هاي علوم پزشكي كرمانشاه، فارس، خراسان رضوي، كرمان، اصفهان، گلستان، لرستان، سيستان و بلوچستان، و ايران كپي گرفته شد و بازه زماني جمع آوري داده‌ها از اولين زماني كه در مركز مذکور درمان ضد رترو ويروسي شروع شده تا پايان سال ۱۳۸۶ است. تعداد پرونده‌هاي مذکور به تفكيك سال شروع درمان به شرح ذيل بود:

تعداد پرونده موجود	سال شروع درمان
۱	۱۳۷۹
۵	۱۳۸۰
۱۳	۱۳۸۱
۱۶	۱۳۸۲
۵۶	۱۳۸۳
۷۴	۱۳۸۴
۱۸۱	۱۳۸۵
۱۶	۱۳۸۶
۳۶۲	جمع

مشخصات ذیل از ۳۶۲ پرونده درمان بیماران استخراج شده و در بانک اطلاعاتی طراحی شده در محیط اکسل وارد شد:

۱. سن
۲. جنس
۳. تحصیلات
۴. تاهل
۵. شغل
۶. میزان CD4
۷. تاریخ شروع درمان (روز/ماه/سال)
۸. تاریخ قطع درمان (روز/ماه/سال)
۹. علت قطع درمان

در پرونده درمان بیماران سابقه مصرف مواد و وضعیت کنونی مصرف مواد ثبت نمی‌شود. ضمناً به دلیل نقص در روند ثبت اطلاعات بعضی از تغییرات در روند درمانی به جای پرونده درمان ARV در پرونده مراقبت بیماران ثبت شده است. لذا پس از ورود اطلاعات فوق از پرونده درمان ARV به برنامه نرم‌افزاری، جهت رفع نواقص و استخراج داده‌های ذیل در محل مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های مذکور، پرونده مراقبت مبتلایان نیز مورد ارزیابی قرار گرفت و اقدامات ذیل در این بازدید انجام و اطلاعات ذیل استخراج شده و در برنامه نرم‌افزاری وارد شد:

- سابقه مصرف مواد
- وضعیت مصرف مواد در حال حاضر
- رفع نواقص احتمالی مربوط: سن، جنس، تحصیلات، تاهل، شغل، مبنای شروع درمان با توجه به شمارش (CD4)، تاریخ شروع درمان (روز/ماه/سال)، تاریخ قطع درمان (روز/ماه/سال)، علت قطع درمان، تاریخ شروع و خاتمه درمان

برای کنترل کیفی داده‌ها بررسی تصادفی ۱۰-۲۵٪ داده‌های ثبت شده در پرونده‌ها با اطلاعات ثبت شده در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری انجام شد.

روش محاسبه حجم نمونه و تعداد:
برای بررسی حجم نمونه از فرمول برآورد اندازه‌ی نمونه برای تشخیص اختلاف نسبت در دو جامعه استفاده می‌شود:

$$n = (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}) [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]$$

$$(P_1 - P_2)$$

در این فرمول $\alpha = 0.05$ و $\beta = 0.1$ در نظر گرفته شده است. P_1 میزان بقای یکساله بیماران در درمان است که با توجه به گزارش اخیر کشوری ۷۷.۸٪ بوده است و P_2 یعنی میزان مورد انتظار در افراد با هرگونه سابقه مصرف مواد ۶۰٪ در نظر گرفته می‌شود. با در نظر گرفتن موارد فوق حجم نمونه ۲۲۰ نفر محاسبه شد.

نتایج

در این مطالعه پرونده ۳۶۲ بیمار که تا قبل از سال ۱۳۸۷ تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گرفته بودند مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۱ توصیف نمونه مورد مطالعه از نظر سن و جنس برای تمام نمونه یعنی ۳۶۲ نفر و وضعیت تاهل، تحصیلات و اشتغال را برای گروه بالای ۱۵ سال، یعنی ۳۵۷ نفر نشان می‌دهد:

گروه‌بندی	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۳۰۱	۸۳
زن	۶۱	۱۷
سن		
<۱۵	۵	۱
۱۵-۱۹	۰	۰
۲۰ - ۲۹	۶۰	۱۷
۳۰ - ۳۹	۱۴۷	۴۱
۴۰ - ۴۹	۱۱۱	۳۱
۵۰, >۵۰	۳۹	۱۱
جمع	۳۶۲	۱۰۰
وضعیت تاهل		
هرگز ازدواج نکرده	۱۱۳	۳۲
متاهل	۱۳۷	۳۸
بدون همسر (فوت و متارکه)	۱۰۷	۳۰
وضعیت اشتغال		
بی‌کار	۱۷۴	۵۱
آزاد (خویش فرما)	۱۳۸	۴۰
شاغل (بخش خصوصی/دولتی)	۲۹	۹
سابقه تحصیلی		

۷	۲۴	بیسواد
۲۵	۸۹	ابتدایی
۴۰	۱۴۲	راهنمایی
۲۷	۹۵	دبیرستان
۲	۷	دانشگاهی
۱۰۰	۳۵۷	جمع

جدول ۱ - مشخصات جمعیت‌شناسی نمونه

وضعیت مصرف مواد

جدول ۲ وضعیت مصرف مواد را در جمعیت مورد مطالعه نشان می‌دهد. از ۳۶۲ پرونده مورد مطالعه ۹۹ نفر (۲۷.۳٪) هرگز سابقه مصرف مواد را نداشته و ۲۶۳ نفر (۷۲.۷٪) سابقه مصرف مواد را به صورت تزریقی در گذشته داشته‌اند که از این تعداد در زمان شروع درمان ضد رترو ویروسی ۴۲ نفر همچنان مواد مخدر را به شکل تزریقی استفاده می‌کردند، ۴۷ نفر مواد را به صورت غیرتزریقی، ۱۲۴ نفر در درمان نگهدارنده با متادون بوده و ۵۰ نفر هیچ‌گونه ماده‌ای استفاده نمی‌کردند.

درصد	تعداد	سابقه مصرف مواد
۱۱.۶	۴۲	مصرف‌کننده تزریقی
۱۳	۴۷	مصرف‌کننده غیرتزریقی
۳۴.۳	۱۲۴	تحت درمان متادون
۱۳.۸	۵۰	ترک نموده
۲۷.۳	۹۹	بدون سابقه اعتیاد
۱۰۰	۳۶۲	جمع

جدول ۲ - توزیع جمعیت از نظر سابقه مصرف مواد

در جدول ۳ نشان داده شده است که در بیش از نیمی از موارد شمارش CD4 در شروع درمان نامشخص بوده است.

شمارش CD4	تعداد	درصد
<200	۱۲۱	۳۳.۴
>350	۳۸	۱۰.۵
200-350	۱۱	۳
نامعلوم	۱۹۲	۵۳
جمع	۳۶۲	۱۰۰

جدول ۳- شمارش CD4 در شروع درمان

همان‌گونه که در جدول ۴ مشخص است عدم بستگی به درمان و مرگ به‌ترتیب علل عمده عدم ادامه درمان بوده‌اند و در ۷۵٪ موارد درمان در زمان بررسی پرونده‌ها ادامه داشته است. ادامه بقای درمان بیش از یکسال نیز محاسبه شد که ۸۲٪ بود.

علت قطع درمان	تعداد	درصد
عدم تمکین بیمار	۳۴	۹.۴٪
عوارض دارویی	۶	۱.۷٪
فوت	۳۹	۱۰.۸٪
نامعلوم	۱۰	۲.۸٪
عدم قطع	۲۷۳	۷۵.۴٪
جمع	۳۶۲	۱۰۰٪

جدول ۴- علل قطع درمان

تحليل بقا

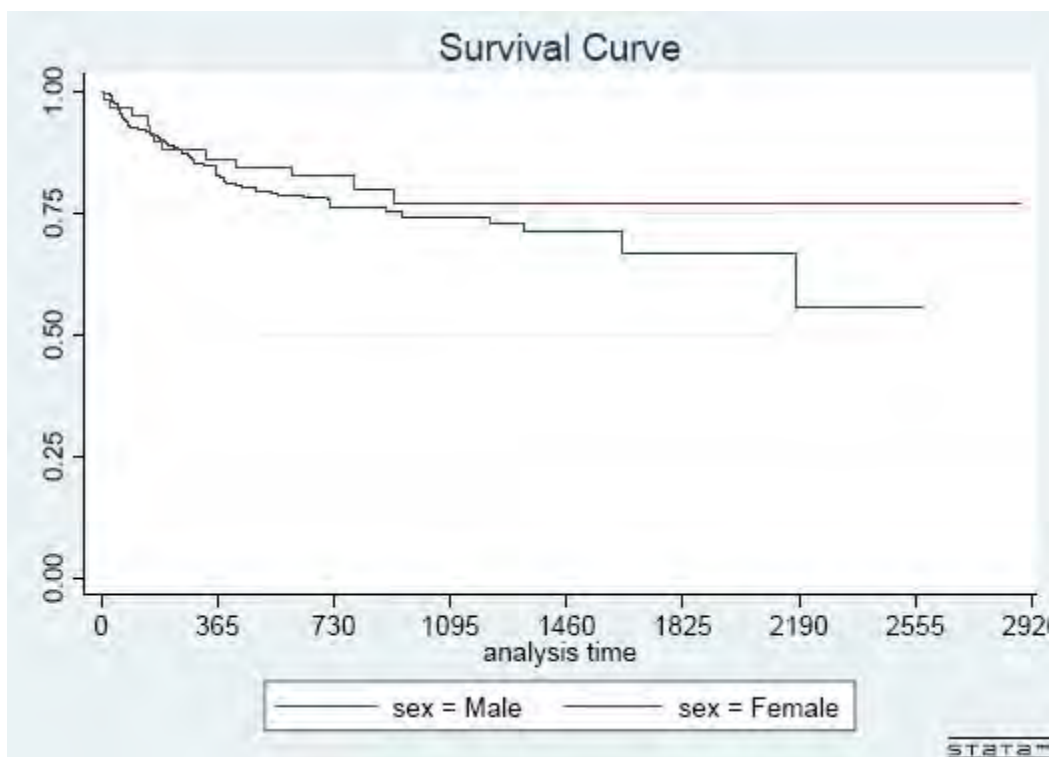
در این بخش بقای بیماران با سن بالای ۱۵ سال با در نظر گرفتن متغیرهای مطالعه نمایش داده می‌شود. جدول ۵ تابع بقا را به تفکیک جنس نشان می‌دهد که همان‌گونه که مشاهده می‌شود تابع بقا با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در مردان و زنان تفاوتی ندارد.

جنس:	موارد مشاهده شده	موارد مورد انتظار
مرد	۷۶	۷۲.۷۸
زن	۱۲	۱۵.۲۲
جمع	۸۸	۸۸

جدول ۵ - بقا به تفکیک جنس $Pr>chi2 = 0.3608$

شکل ۱ منحنی بقا را به تفکیک جنس نشان می‌دهد.

شکل ۱ - منحنی بقا به تفکیک جنس



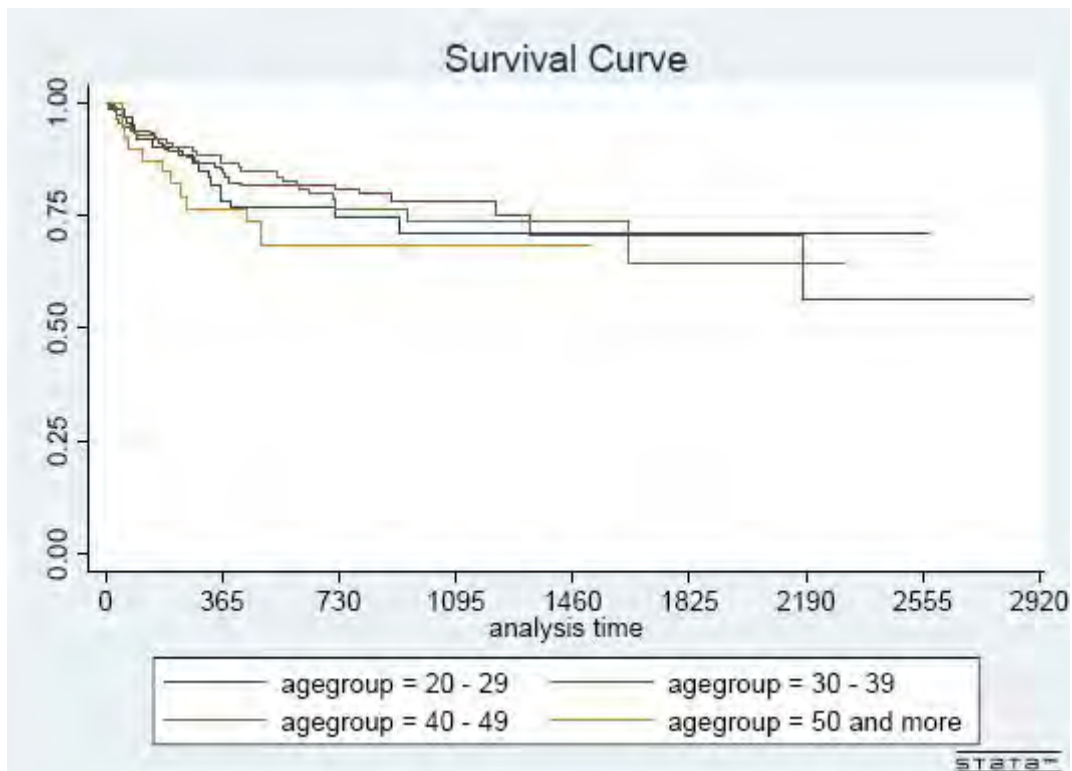
جدول ۶ بقا را حسب گروه‌های سنی را نشان می‌دهد که در بین گروه‌های مختلف سنی تابع بقا تفاوت معنی‌داری در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ ندارد.

مورد مشاهده شده	مورد مورد انتظار	گروه سنی:
۱۶	۱۵.۳۹	۲۰ - ۲۹
۳۳	۳۶.۶۳	۳۰ - ۳۹
۲۷	۲۷.۵۲	۴۰ - ۴۹
۱۲	۸.۴۶	۵۰, >۵۰
۸۸	۸۸	جمع

جدول ۶ - بقا به تفکیک گروه‌های سنی

chi2 (3): 1.88 Pr>chi2 = 0.598

شکل ۲ - منحنی بقا به تفکیک گروه‌های سنی



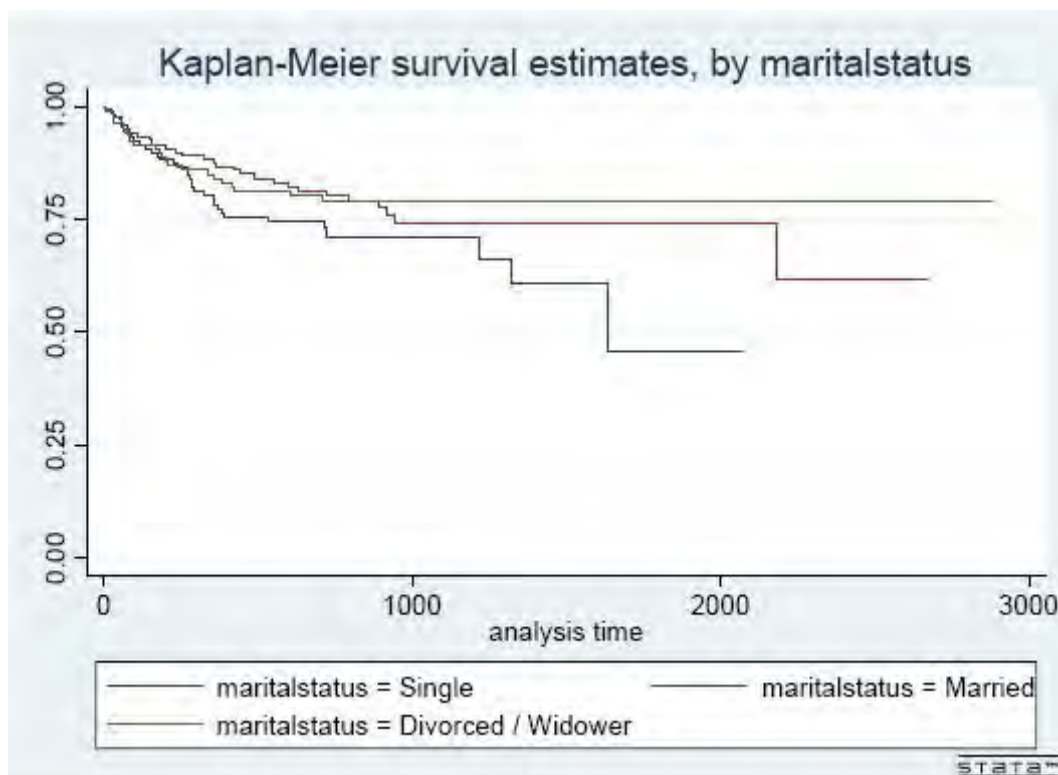
جدول ۷ بقا را بر حسب وضعیت تاهل نشان مي‌دهد که تابع بقا تفاوت معني‌داري در سطح معني‌داري ۰/۰۵ بين گروه‌هاي مختلف از نظر وضعیت تاهل ندارد.

وضعیت تاهل	موارد مشاهده شده	موارد مورد انتظار
هرگز ازدواج نکرده	۳۵	۲۶
متاهل	۳۱	۳۵
بدون همسر (فوت و متارکه)	۲۲	۲۷
جمع	۸۸	۸۸

جدول ۷- بقا به تفکیک وضعیت تاهل

chi2 (3): 4.12 Pr>chi2 = 0.1276

شکل ۳ - منحنی بقا به تفکیک وضعیت تاهل



جدول ۸ بقا بر حسب وضعیت اشتغال را نشان می‌دهد.

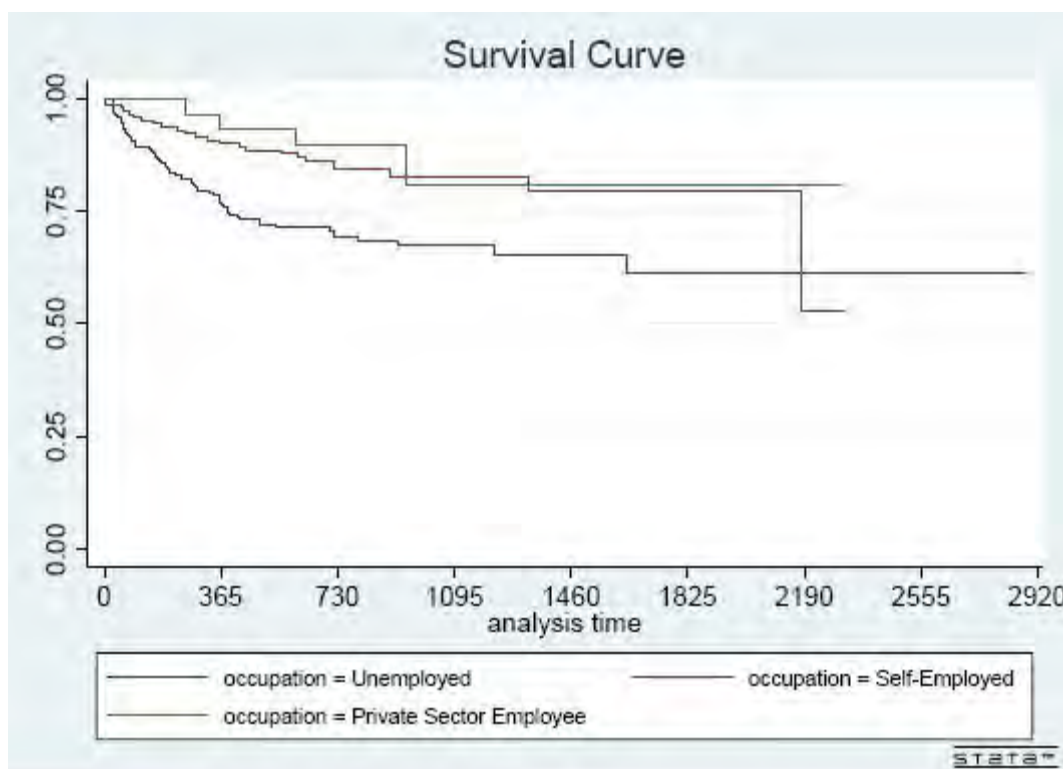
وضعیت اشتغال	موارد مشاهده شده	موارد مورد انتظار
بی‌کار	۶۰	۴۳.۶۲
آزاد (خویش فرما)	۲۴	۳۶.۶۸
شاغل (بخش خصوصی/دولتی)	۴	۸
جمع	۸۸	۸۸

جدول ۸ - بقا به تفکیک وضعیت اشتغال

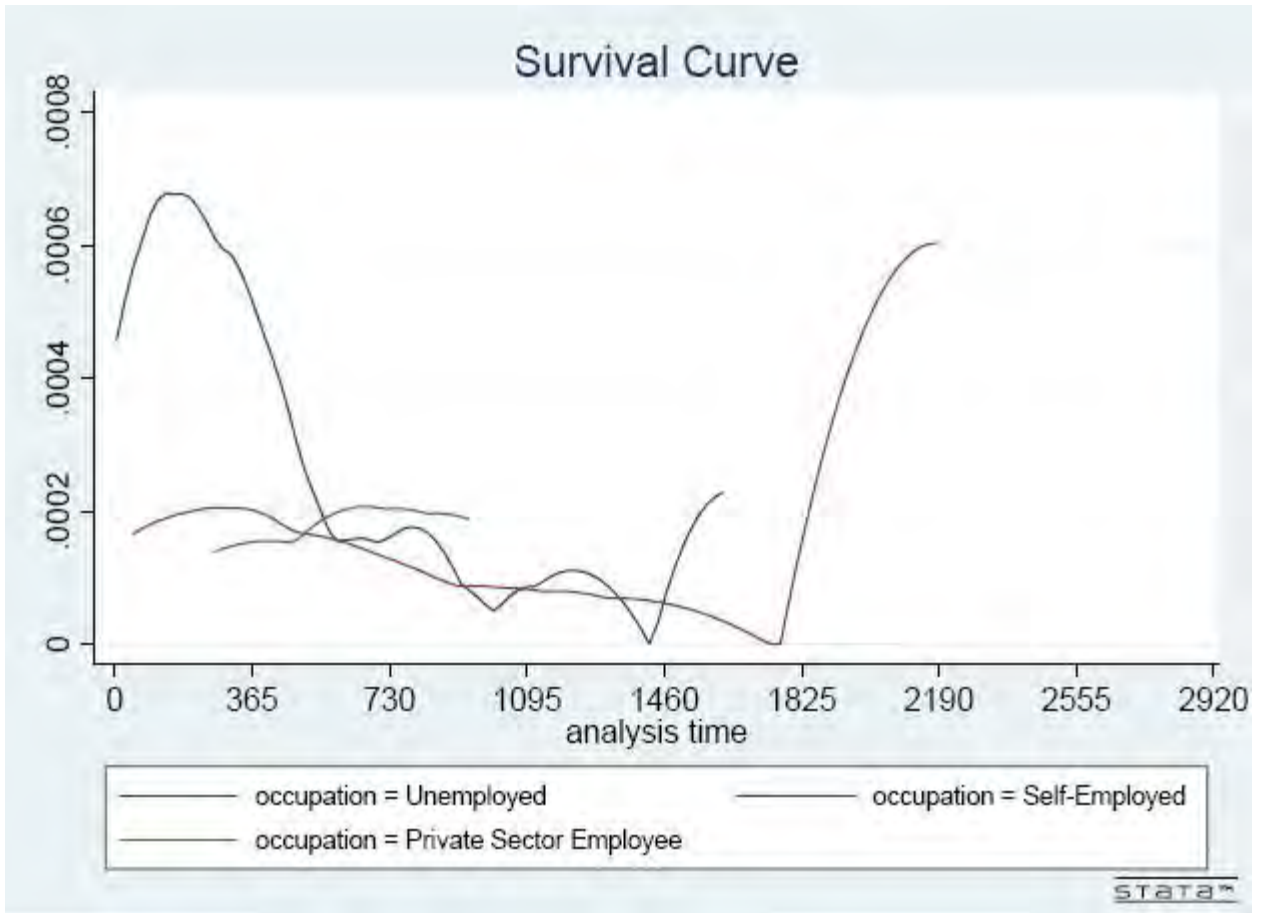
chi2 (3): 12.41 Pr>chi2 = **0.0020**

آزمون کای نشان می‌دهد تابع بقا بین گروه‌های مختلف از نظر وضعیت اشتغال تفاوت معنی‌داری در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ دارد.

شکل ۴ - منحنی بقا به تفکیک وضعیت اشتغال



شکل ۵ - منحنی خطر به تفکیک وضعیت اشتغال



جدول ۹ بقا بر حسب وضعیت تحصیلی را نشان می‌دهد.

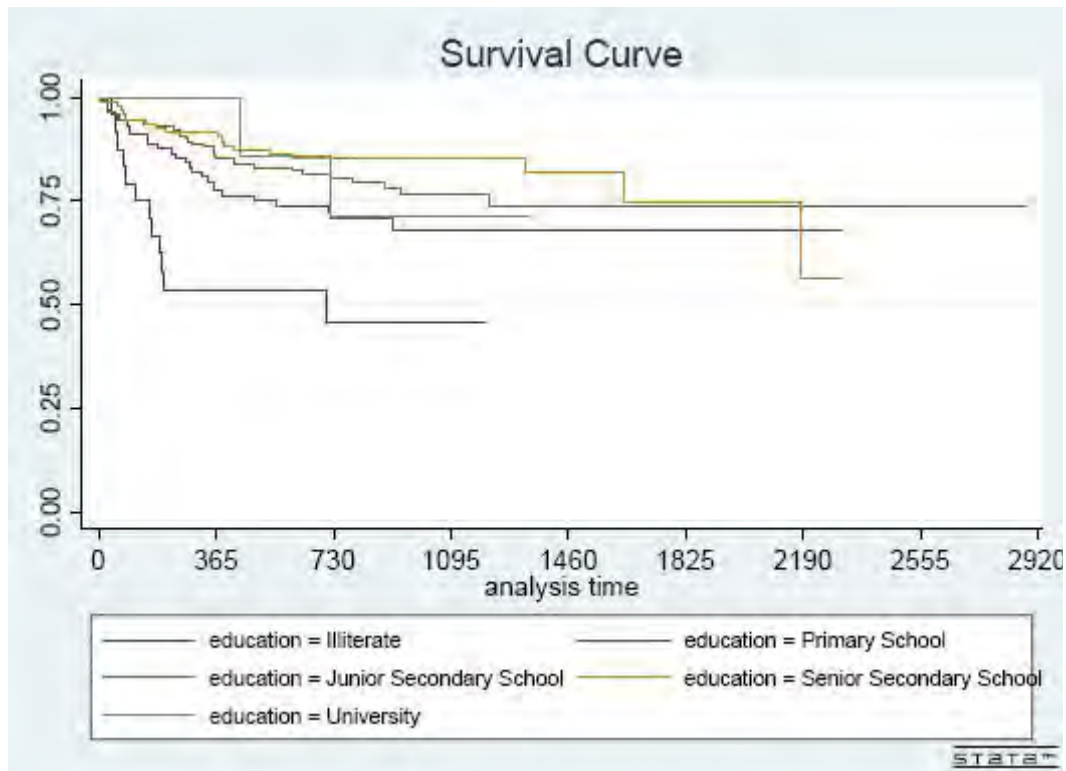
وضعیت تحصیلی	موارد مشاهده شده	موارد مورد انتظار
بی‌سواد	۱۲	۳.۷۷
ابتدایی	۲۶	۲۰.۶۱
راهنمایی	۳۱	۳۶.۲۲
دبیرستان	۱۷	۲۵.۴۹
دانشگاهی	۲	۱.۹۱
جمع	۸۸	۸۸

جدول ۹ - بقا به تفکیک وضعیت تحصیلی

chi2 (3): 23.1 Pr>chi2 = 0.0001
 chi2 (1): 13.38 Pr>chi2 = 0.0003

نتایج آزمون کاپی نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بقا در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در بین گروه‌های مختلف از نظر وضعیت تحصیلی است و نتایج آزمون روند بقا افزایش معنی‌دار بقا به موازات افزایش تحصیلات را نشان می‌دهد.

شکل ۶ - منحنی بقا به تفکیک وضعیت تحصیلی

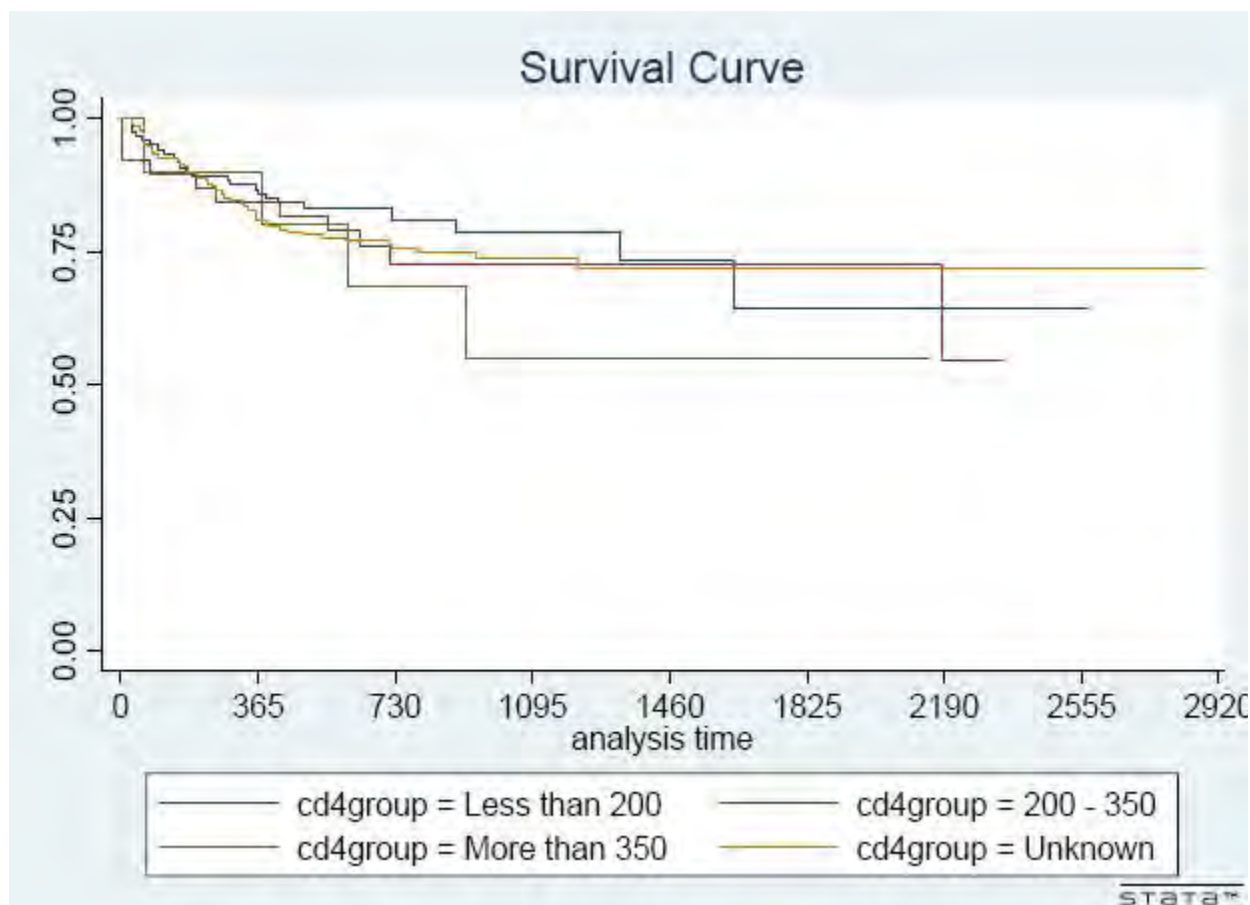


جدول ۱۰ بقا بر حسب شمارش CD4 در زمان شروع درمان را نشان می‌دهد. تابع بقا تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ ندارد.

شمارش CD4	موارد مشاهده شده	موارد مورد انتظار
<200	۲۵	۲۹.۴۳
>350	۱۱	۹.۷۱
200-350	۴	۲.۴۷
نامعلوم	۴۸	۴۶.۳۹
جمع	۸۸	۸۸

جدول ۱۰ - بقا به تفکیک شمارش CD4 در زمان شروع درمان
 $\chi^2(3) = 1.84$
 $\text{Pr} > \chi^2 = 0.6062$

شکل ۸ - منحنی بقا به تفکیک شمارش CD4 در زمان شروع درمان



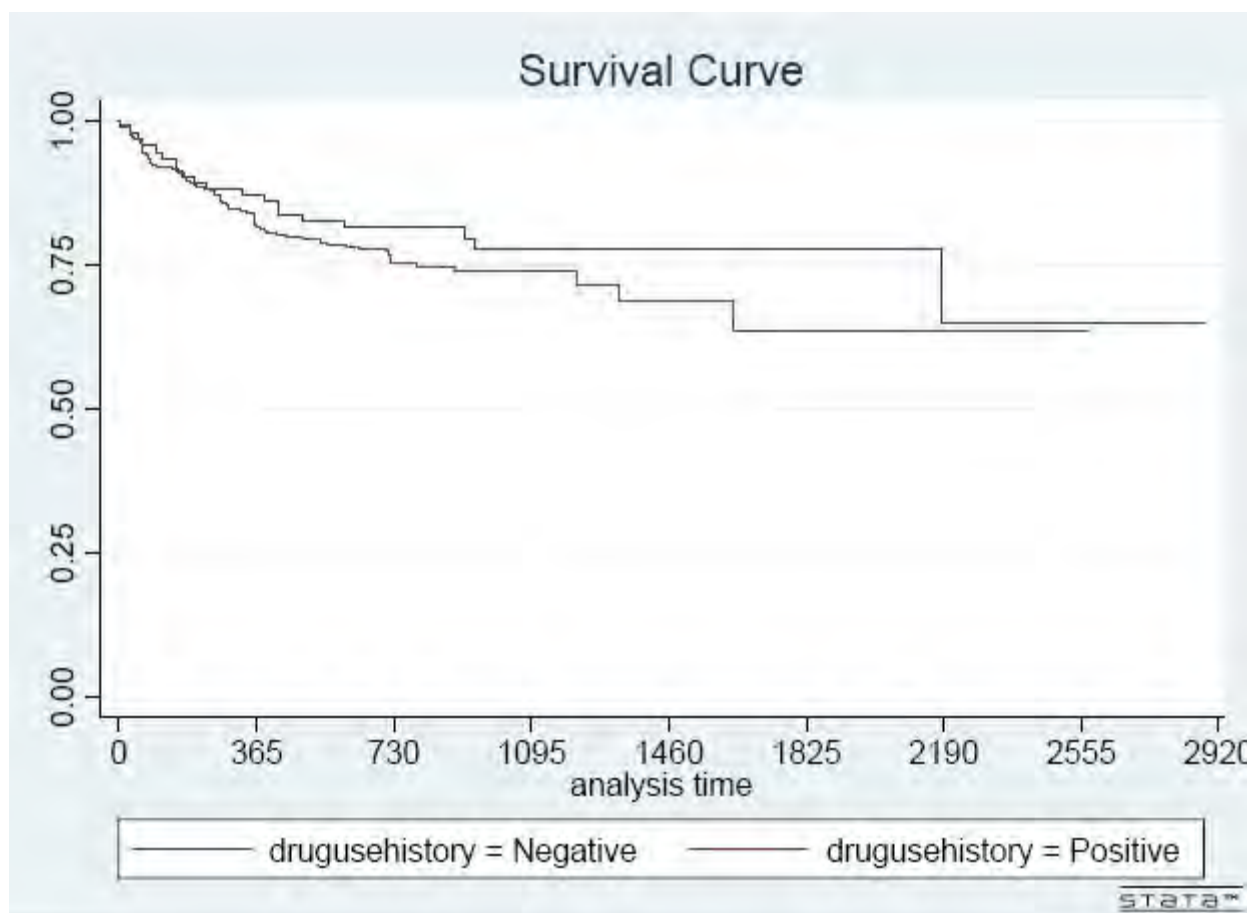
جدول ۱۱ بقا بر حسب سابقه مصرف مواد را نشان می‌دهد. تابع بقا در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در گروه با سابقه مصرف مواد و عدم مصرف مواد تفاوت معنی‌داری ندارد.

موارد مورد انتظار	موارد مشاهده شده	سابقه مصرف مواد
۲۴.۴۷	۲۰	منفی
۶۳.۲۶	۶۸	مثبت
۸۸	۸۸	جمع

جدول ۱۱ - بقا به تفکیک سابقه مصرف مواد

chi2 (3): 1.29 Pr>chi2 = 0.2558

شکل ۹ - منحنی بقا به تفکیک سابقه مصرف مواد



جدول ۱۲ بقا بر حسب وضعیت فعلی مصرف مواد را نشان می‌دهد.

وضعیت فعلی مصرف مواد	موارد مشاهده شده	موارد مورد انتظار
مصرف‌کننده تزریقی	۱۷	۸.۴۷
مصرف‌کننده غیرتزریقی	۱۰	۱۱.۴۵
تحت درمان متادون	۲۹	۳۰.۸۷
ترک نموده	۱۲	۱۲.۴۶
بدون سابقه اعتیاد	۲۰	۲۴.۷۴
جمع	۸۸	۸۸

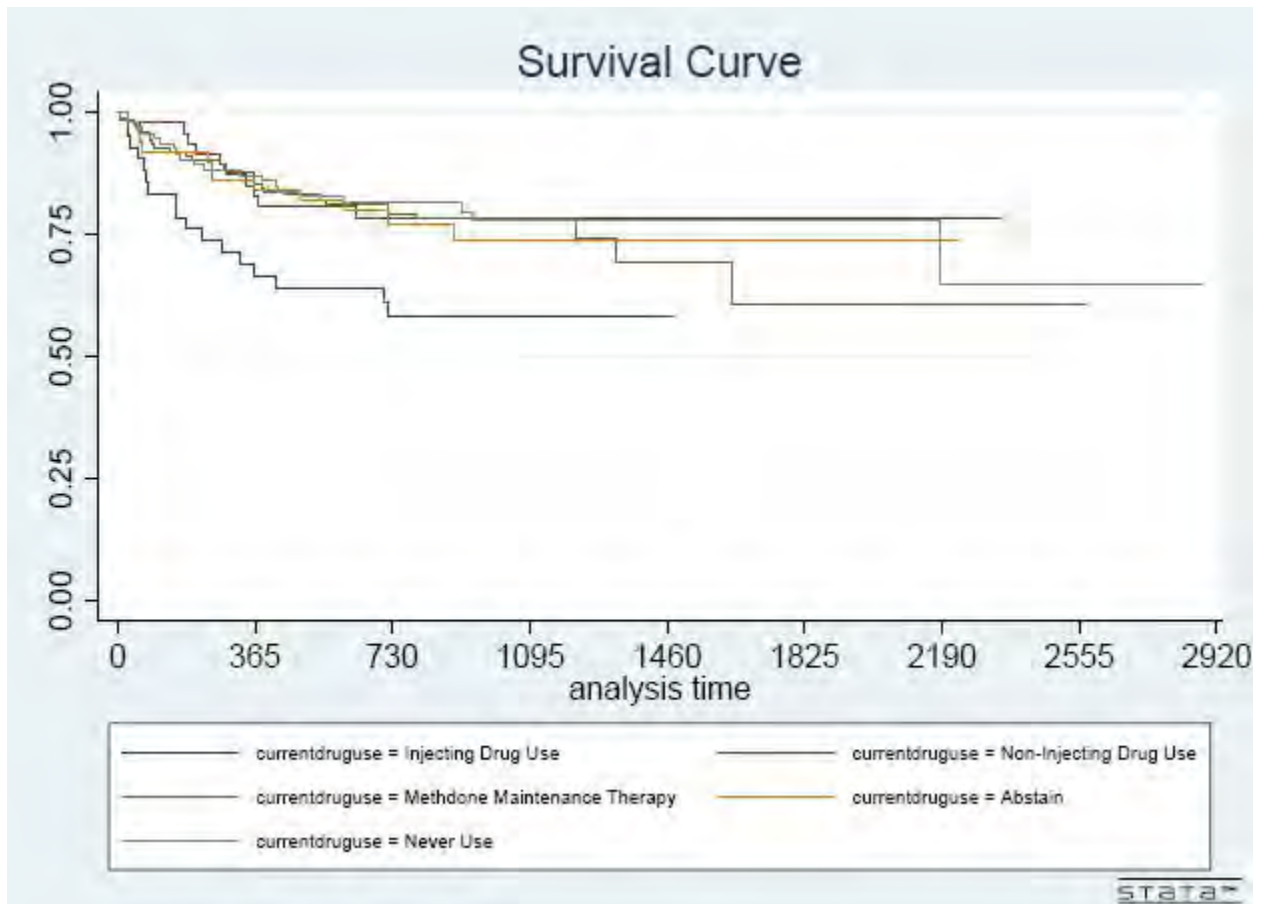
جدول ۱۲ - بقا به تفکیک وضعیت فعلی مصرف مواد

chi2 (3): 9.89 Pr>chi2 = **0.0423**

chi2(1) = 4.63 Pr>chi2 = **0.0314**

آزمون کای نشان می‌دهد بقا در بین گروه‌های مختلف از نظر وضعیت فعلی مصرف مواد در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تفاوت وجود.

شکل ۱۰ - منحنی بقا به تفکیک وضعیت فعلی مصرف مواد



جدول ۱۳ بقا بر حسب وجود مصرف تزریقی مواد در زمان درمان را نشان می‌دهد:

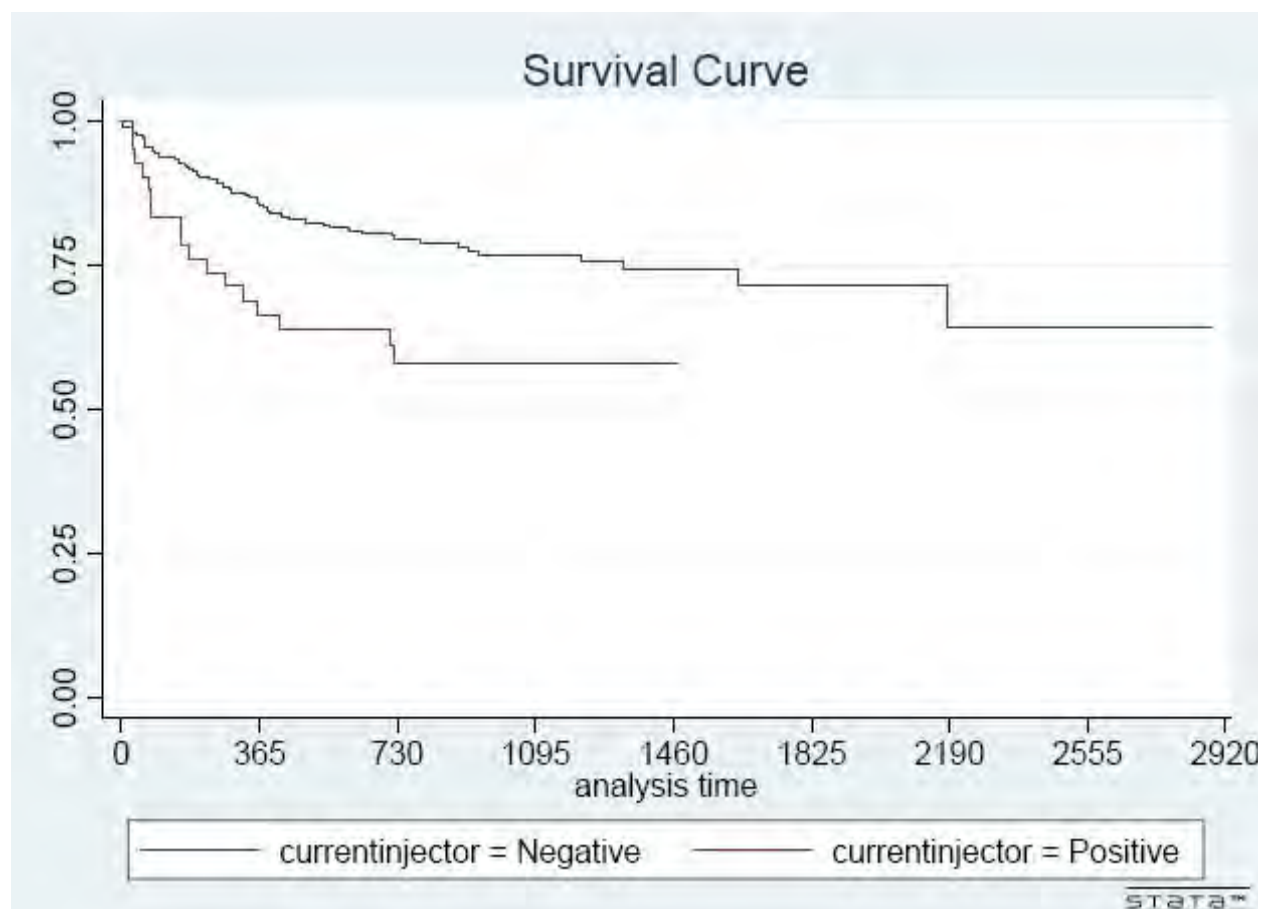
تزیق مواد	موارد مشاهده شده	موارد مورد انتظار
منفی	۷۱	۷۹.۵۳
مثبت	۱۷	۸.۴۷
جمع	۸۸	۸۸

جدول ۱۳- بقا به تفکیک مصرف تزریقی مواد در زمان درمان

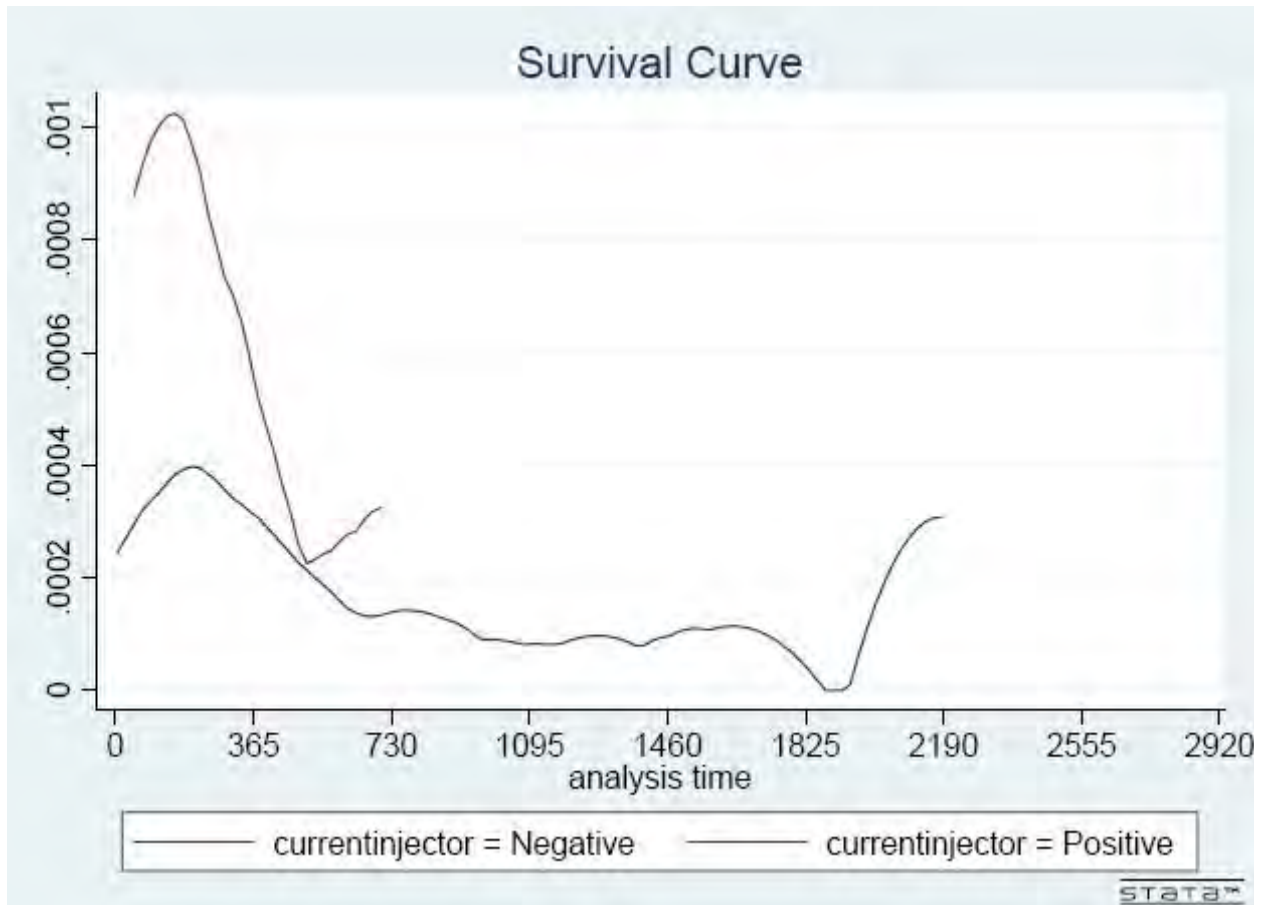
chi2 (3): 9.56 Pr>chi2 = 0.020

نتیجه آزمون کای نشان‌دهنده این است که در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بقا در گروه مصرف‌کننده تزریقی در مقایسه با افراد غیر تزریق‌کننده پایین‌تر است.

شکل ۱۱- منحنی بقا به تفکیک مصرف تزریقی مواد در زمان درمان



شکل ۱۲ - منحنی خطر به تفکیک مصرف تزریقی مواد در زمان درمان



جدول ۱۴ بقا را بر حسب سابقه درمان نگهدارنده با متادون نشان می‌دهد.

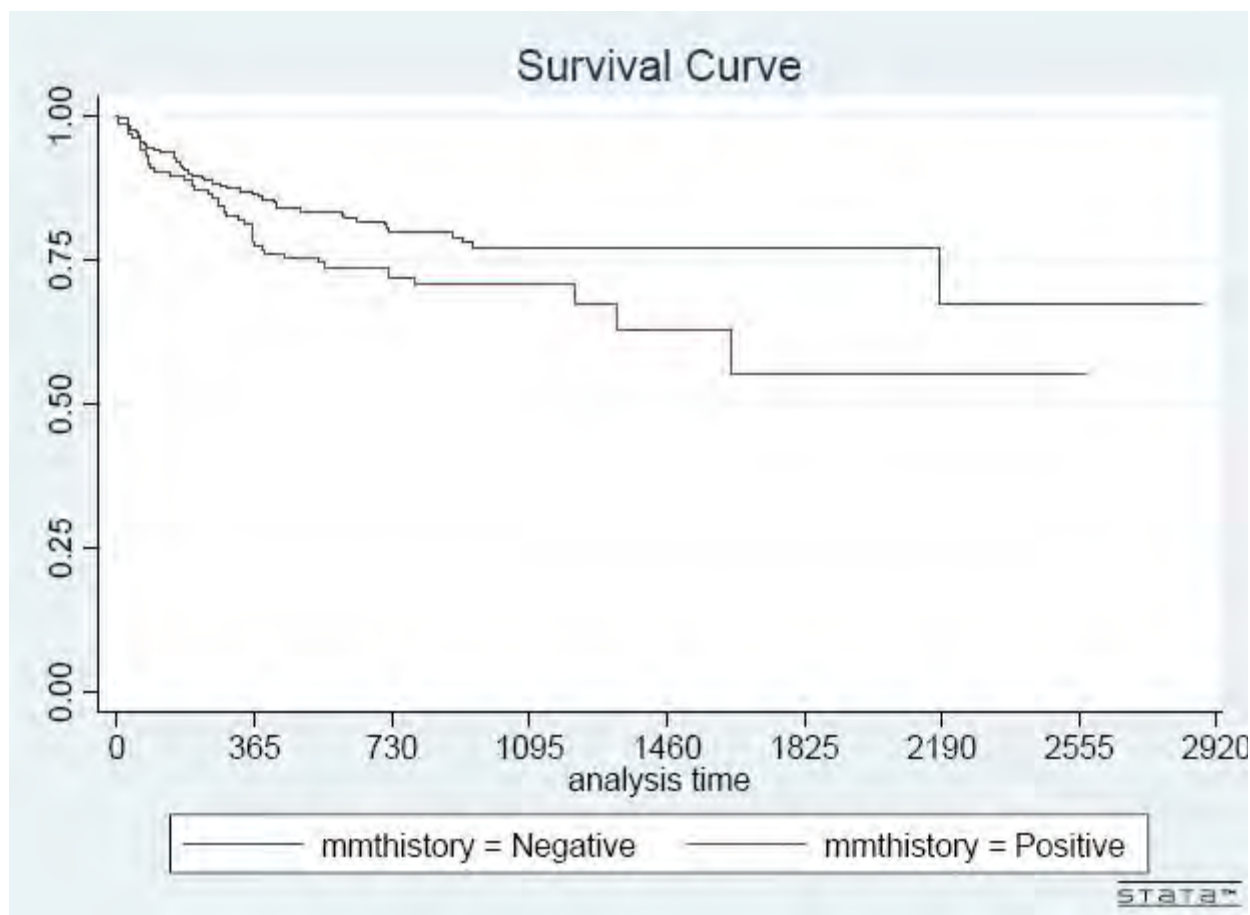
سابقه درمان نگهدارنده	موارد مشاهده شده	موارد مورد انتظار
منفی	۴۷	۵۶.۲۱
مثبت	۴۱	۳۱.۷۹
جمع	۸۸	۸۸

جدول ۱۳ - بقا به تفکیک وجود درمان نگهدارنده با متادون

chi2 (3): 4.20 Pr>chi2 = **0.0404**

نتیجه آزمون کای نشان‌دهنده این است که در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بقا در گروهی که سابقه درمان نگهدارنده با متادون را داشته‌اند در مقایسه با گروهی که تحت این درمان نبوده‌اند پایین‌تر است.

شکل ۱۳ - منحنی بقا به تفکیک وجود درمان نگهدارنده با متادون



متوسط بقا در درمان

در این بخش متوسط روزهای بقا در درمان بر حسب متغیرهای مطالعه در افراد با سن بالای ۱۵ سال ارایه می‌شود. لازم به ذکر است که چون قطع درمان پدیده‌ی شایعی در مطالعه نبوده است (۸۸ نفر از ۳۵۷ نفر بالای ۱۵ سال) استفاده از میانه‌ی حضور بر درمان و حتی صدک بیست و پنجم نیز ممکن نبود. لذا برای اندازه‌گیری مدت زمان حضور در درمان و مقایسه‌ی بین گروه‌های مختلف از میانگین محدود استفاده شده است.

در جدول ۱۵ دیده می‌شود که میانگین بقا در زنان با ۲۲۹۸ روز و در مردان ۱۸۶۵ روز است. با توجه به همپوشانی حدود اطمینان میانگین در دو گروه این تفاوت معنی‌دار به نظر نمی‌رسد هرچند با توجه به اندک بودن این همپوشانی و کم بودن تعداد زنان در نمونه نمی‌توان نتیجه قطعی گرفت.

جنس	تعداد	میانگین	خطای استاندارد	حدود اطمینان	
مذکر	۲۹۹	۱۸۶۵	۸۲	۱۷۰۴	۲۰۲۶
مؤنث	۵۸	۲۲۹۸	۱۵۰	۲۰۰۵	۲۵۹۲
جمع	۳۵۷	۲۱۱۱	۸۴	۱۹۴۵	۲۲۷۶

جدول ۱۵ - میانگین محدود بقا به تفکیک جنس

در جدول ۱۶ دیده می‌شود که در بیماران بالای ۵۰ سال میانگین بقا کمتر از سایر گروه‌ها است و این تفاوت با توجه به عدم همپوشانی حدود اطمینان میانگین در این گروه با سایر گروه‌ها معنی‌دار است.

گروه سنی	تعداد	میانگین	خطای استاندارد	حدود اطمینان	
۲۰ - ۲۹	۶۰	۱۹۲۹	۱۳۸	۱۶۵۷	۲۲۰۰
۳۰ - ۳۹	۱۴۷	۲۰۹۹	۱۴۲	۱۸۲۱	۲۳۷۶
۴۹ - ۴۹	۱۱۱	۱۷۴۴	۱۰۲	۱۵۴۵	۱۹۴۴
۵۰, >۵۰	۳۹	۱۱۰۵	۹۹	۹۱۱	۱۲۹۸
جمع	۳۵۷	۲۱۱۱	۸۴	۱۹۴۵	۲۲۷۶

جدول ۱۶ - میانگین محدود بقا به تفکیک گروه‌های سنی

¹ Restricted median

در جدول ۱۷ میانگین بقا به تفکیک وضعیت اشتغال دیده می‌شود که تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه‌ها دیده نمی‌شود.

حدود اطمینان		خطای استاندارد	میانگین	تعداد	وضعیت اشتغال
۲۱۵۴	۱۷۳۸	۱۰۶	۱۹۴۶	۱۸۷	بی‌کار
۲۰۵۸	۱۷۶۴	۷۵	۱۹۱۱	۱۴۱	آزاد (خویش فرما)
۲۲۸۷	۱۶۸۶	۱۵۳	۱۹۸۷	۲۹	شاغل (بخش خصوصی/دولتی)
۲۲۷۶	۱۹۴۵	۸۴	۲۱۱۱	۳۵۷	جمع

جدول ۱۷ - میانگین محدود بقا به تفکیک وضعیت اشتغال

جدول ۱۸ نشان می‌دهد که میانگین بقا در افراد در گروه بی‌سواد ۶۶۴ روز و با توجه به حدود اطمینان پایین‌تر از سایر گروه‌ها است. تنها هم‌پوشانی اندکی با گروه دارای تحصیلات دانشگاهی دیده می‌شود که با در نظر گرفتن تعداد کم نمونه در این گروه نتیجه قطعی نمی‌توان گرفت.

حدود اطمینان		خطای استاندارد	میانگین	تعداد	وضعیت تحصیلی
۸۸۰	۴۴۹	۱۱۰	۶۶۴	۲۴	بی‌سواد
۱۸۷۹	۱۴۶۲	۱۰۷	۱۶۷۰	۸۹	ابتدایی
۲۴۵۱	۲۰۴۱	۱۰۵	۲۲۴۶	۱۴۲	راهنمایی
۲۰۷۹	۱۷۲۵	۹۰	۱۹۰۲	۹۵	دبیرستان
۱۳۸۴	۸۶۴	۱۳۳	۱۱۲۳	۷	دانشگاهی
۲۲۷۶	۱۹۴۵	۸۴	۲۱۱۱	۳۵۷	جمع

جدول ۱۸ - میانگین محدود بقا به تفکیک وضعیت تحصیلی

جدول ۱۹ نشان می‌دهد میانگین بقا به تفکیک شمارش CD4 در شروع درمان تفاوت معنی‌داری ندارد.

حدود اطمینان		خطای استاندارد	میانگین	تعداد	شمارش CD4
۲۱۹۶	۱۶۸۹	۱۲۹	۱۹۴۳	۱۲۰	<200
۲۰۵۴	۱۴۶۱	۱۵۱	۱۷۵۷	۱۳۸	>350
۱۹۶۲	۸۶۸	۲۷۹	۱۴۱۵	۱۰	200-350
۲۳۴۹	۱۹۹۵	۹۰	۲۱۷۲	۱۸۹	نامعلوم
۲۲۷۶	۱۹۴۵	۸۴	۲۱۱۱	۳۵۷	جمع

جدول ۱۹ - میانگین محدود بقا به تفکیک شمارش CD4 در شروع درمان

در جدول ۲۰ دیده می‌شود که میانگین بقا برحسب سابقه مصرف مواد تفاوت معنی‌داری ندارد.

حدود اطمینان		خطای استاندارد	میانگین	تعداد	سابقه مصرف مواد
۲۴۹۷	۱۹۵۸	۱۳۷	۲۲۲۸	۹۴	منفی
۲۰۳۸	۱۹۶۷	۸۷	۱۸۶۷	۲۶۳	مثبت
۲۲۷۶	۱۹۴۵	۸۴	۲۱۱۱	۳۵۷	جمع

جدول ۲۰ - میانگین محدود بقا به تفکیک سابقه مصرف مواد

جدول ۲۱ نشان می‌دهد که میانگین بقا در گروهی که مصرف‌کننده تزریقی هستند ۹۵۹ روز است و با سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری دارد.

حدود اطمینان		خطای استاندارد	میانگین	تعداد	وضعیت فعلی مصرف مواد
۱۱۵۰	۷۶۸	۹۷	۹۵۹	۴۲	مصرف‌کننده تزریقی
۲۱۴۴	۱۶۵۵	۱۲۵	۱۸۹۹	۴۷	مصرف‌کننده غیرتزریقی
۲۱۳۴	۱۶۳۳	۱۲۸	۱۸۸۵	۱۲۴	تحت درمان متادون
۱۹۸۸	۱۵۰۶	۱۲۳	۱۷۴۷	۵۰	ترک نموده
۲۴۹۷	۱۹۵۸	۱۳۷	۲۲۲۸	۹۴	بدون سابقه اعتیاد
۲۲۷۶	۱۹۴۵	۸۴	۲۱۱۱	۳۵۷	جمع

جدول ۲۱ - میانگین محدود بقا به تفکیک وضعیت فعلی مصرف مواد

در جدول ۲۲ دیده می‌شود میانگین بقا در گروهی که سابقه درمان درمان نگهدارنده با متادون را دارند ۱۷۳۰ روز است و از گروهی که سابقه این درمان را ندارند به میزان معنی‌داری پایین‌تر است.

حدود اطمینان		خطای استاندارد	میانگین	تعداد	سابقه درمان نگهدارنده با متادون
۲۴۲۳	۲۰۴۱	۹۷	۲۲۳۲	۲۲۳	منفی
۱۹۷۳	۱۴۸۶	۱۲۴	۱۷۳۰	۱۳۴	مثبت
۲۲۷۶	۱۹۴۵	۸۴	۲۱۱۱	۳۵۷	جمع

جدول ۲۲ - میانگین محدود بقا به تفکیک وجود درمان نگهدارنده با متادون

جدول ۲۳ میانگین بقا بر حسب وجود مصرف تزریقی مواد در زمان درمان را نشان می‌دهد.

حدود اطمینان		خطای استاندارد	میانگین	تعداد	مصرف تزریقی مواد
۲۳۳۸	۱۹۹۸	۸۷	۲۱۶۸	۳۱۵	منفی
۱۱۵۰	۷۶۷	۹۷	۹۵۹	۴۲	مثبت
۲۲۷۶	۱۹۴۵	۸۴	۲۱۱۱	۳۵۷	جمع

جدول ۲۳ - میانگین محدود بقا به تفکیک وجود تزریق مواد در زمان ARV

عوامل مؤثر بر بقا

برای تعیین عوامل مؤثر بر بقا در درمان ضد رتروویروسی از مدل رگرسیون کاکس به صورت پله‌پله‌ای روبه‌عقب^{۱۰} استفاده شد. متغیرهایی که ابتدای مدل مورد استفاده قرار گرفتند عبارت‌اند از: جنس، گروه سنی، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، گروه سلول‌های CD4، سابقه مصرف مواد، سابقه درمان نگهدارنده با متادون، و تزریق مواد در زمان درمان. متغیرهای چندطبقه‌ای شامل گروه سنی، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، گروه سلول‌های CD4، و سابقه مصرف مواد به صورت متغیرهای ساختگی وارد مدل شدند. سطح معنی‌داری برای ورود به مدل ۰/۰۱ و برای خروج از مدل ۰/۰۵ تعیین شد. جدول ۲۲ مدل نهایی را نشان می‌دهد. در این مدل متغیرهای مستقل مؤثر بر بقا در درمان تحصیلات دبیرستانی در مقابل بی‌سواد ($HR = 0.45$)، تحصیلات راهنمایی در مقابل بی‌سواد ($HR = 0.59$)، سابقه درمان نگهدارنده با متادون ($HR = 2.07$)، تزریق مواد در زمان درمان ($HR = 2.73$)، اشتغال به صورت خویش‌فرما در مقابل بی‌کار ($HR = 0.48$)، و اشتغال به صورت مستخدم بخش خصوصی در مقابل بی‌کار ($HR = 0.34$) بود.

حدود اطمینان		$P > z $	انحراف معیار	نسبت خطر	متغیر
۰/۷۹	۰/۲۵	۰/۰۰۶	۰/۱۳	۰/۴۵	تحصیلات دبیرستانی
۰/۷۷	۰/۳۰	۰/۰۰۲	۰/۴۹	۰/۴۸	درمان نگهدارنده با متادون
۴/۹۲	۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۲/۷۳	تزریق‌کننده مواد
۰/۹۵	۰/۳۷	۰/۰۳۱	۰/۱۴	۰/۵۹	تحصیلات راهنمایی
۰/۹۴۷	۰/۱۲۴	۰/۰۳۹	۰/۱۷۷	۰/۳۴۲	اشتغال به صورت مستخدم بخش خصوصی
۰/۷۷۵	۰/۲۹۵	۰/۰۰۳	۰/۱۱۷	۰/۴۷۹	اشتغال به صورت خویش‌فرما

جدول ۲۲ - مدل نهایی عوامل مؤثر بر بقا

برای بررسی علل مؤثر بر قطع درمان بر حسب متغیرهایی که در مدل نهایی تأثیر معنی‌داری بر بقا داشتند علل قطع درمان به دو گروه قطع درمان به علت مرگ و قطع درمان به علت عدم بستگی به درمان و

¹⁰ - Stepwise, backward Cox Regression

عوارض جانبی تقسیم شدند، افرادی که علت قطع درمان مشخص نبود جزو گروه missing قرار داده

جمع		علل قطع درمان				وضعیت تحصیلی
		عدم بستگی به درمان و عوارض جانبی		مرگ		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۱۱	۷۳	۸	۲۷	۳	بی‌سواد
۱۰۰	۲۴	۵۸	۱۴	۴۲	۱۰	ابتدایی
۱۰۰	۲۷	۴۸	۱۳	۵۲	۱۴	راهنمایی
۱۰۰	۱۴	۶۴	۹	۳۶	۵	دبیرستان
۱۰۰	۲	۵۰	۱	۵۰	۱	دانشگاهی
۱۰۰	۷۸	۵۱	۴۰	۴۹	۳۸	جمع

شدند. سپس ارتباط علت قطع درمان به تفکیک برای هر متغیر مقایسه شد.

در جدول ۲۳ نشان داده شده است که در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تفاوتی در علل مرگ بین گروه‌های مختلف تحصیلی دیده نمی‌شود.

chi2 = 0.397

جدول ۲۳ - علل قطع درمان به تفکیک وضعیت تحصیلی

نتایج جدول ۲۴ و آزمون کای ۲ نشان می‌دهد قطع درمان در گروهی که مصرف تزریقی مواد دارند بیشتر به علت مرگ و میر و گروه دیگر به علت عدم بستگی به درمان و عوارض جانبی بوده و این تفاوت در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

جمع		علل قطع درمان				مصرف تزریقی مواد
		عدم بستگی به درمان و عوارض جانبی		مرگ		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۶۶	۵۶	۳۷	۴۴	۲۹	منفی
۱۰۰	۱۲	۲۵	۳	۷۵	۹	مثبت
۱۰۰	۷۸	۵۱	۴۰	۴۹	۳۸	جمع

chi2 = 0.047

جدول ۲۴ - علل قطع درمان به تفکیک وجود مصرف تزریقی مواد

در جدول ۲۵ دیده می‌شود که علل قطع درمان در دو گروه بی‌کار و شاغل تفاوت ندارد. لازم به ذکر است که در ابتدا هر سه گروه وضعیت اشتغال در محاسبه وارد شدند اما چون تعداد داده‌ها در بیش از ۲۵٪ خانه‌ها کمتر از ۵ بود با تقسیم‌بندی جدید محاسبه انجام شد.

جمع		علل قطع درمان				وضعیت اشتغال
		عدم بستگی به درمان و عوارض جانبی		مرگ		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۵۱	۵۳	۲۷	۴۷	۲۴	بی‌کار
۱۰۰	۲۷	۴۸	۱۳	۵۲	۱۴	شاغل
۱۰۰	۷۸	۵۱	۴۰	۴۹	۳۸	جمع

chi2 = 0.813

جدول ۲۵ - علل قطع درمان به تفکیک وجود مصرف تزریقی مواد

نتایج جدول ۲۶ و آزمون کای ۲ نشان می‌دهد که قطع درمان در گروهی سابقه MMT ندارند بیش‌تر به علت مرگ و میر و در افرادی که سابقه MMT دارند به علت عدم بستگی به درمان و عوارض جانبی بوده و این تفاوت در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

جمع		علل قطع درمان				سابقه درمان نگهدارنده با متادون
		عدم بستگی به درمان و عوارض جانبی		مرگ		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۴۰	۱۷	۱۵	۶۳	۲۵	منفی
۱۰۰	۳۸	۶۶	۲۵	۳۴	۱۳	مثبت
۱۰۰	۷۸	۵۱	۴۰	۴۹	۳۸	جمع

chi2 = 0.014

جدول ۲۶ - علل قطع درمان به تفکیک وجود مصرف تزریقی مواد

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه پرونده ۳۶۲ بیمار تحت درمان ضدترروویروسی بررسی شد که این تعداد با توجه به این که حدود ۱۷۰۰ نفر در کشور در مرحله ایدز قرار دارند با این فرض که همه آنان تحت درمان ضدویروسی باشند نشان‌گر این است که پرونده نزدیک به یک چهارم کل بیماران تحت درمان در کشور مورد بررسی قرار گرفته است. از این تعداد ۸۳٪ مرد و ۱۷٪ زن بودند که این نسبت با نسبی که در موارد شناخته‌شده اچ‌آی‌وی وجود دارد، یعنی ۹۶٪ به ۶٪ متفاوت است. گروه سنی غالب در این گروه افراد ۳۹

– ۳۰ سال بودند (۴۱%) که نیمی از آنان بی‌کار و تنها ۳۸% متاهل بودند و ۷۳% آنان تحصیلات کمتر از حد متوسطه داشتند. نمایی کلی که این تصویر جمعیت شناختی به دست می‌دهد وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین و عدم ثبات اجتماعی است. بی‌سوادی و سطح پایین سواد و همچنین بی‌کاری در این مطالعه با بقای پایین‌تر در درمان همراه بودند که این نتیجه همخوان با نتایج سایر مطالعات است که عواملی مانند وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین را که با شرایط مانند بی‌کاری و سطح سواد پایین مرتبط هستند در بستگی کمتر به درمان و در نتیجه بقای پایین مؤثر شناخته‌اند (۲۰). در مورد وضعیت تاهل، هرچند در مورد افراد متاهل می‌تواند به عنوان منبع حمایت و ثبات برای افراد تلقی شود اما این عامل ارتباط معنی‌داری با بقا و بستگی به درمان نداشت و البته در اکثر مطالعات هم به عنوان عاملی مستقل و تأثیرگذار مطرح نشده است. باید در نظر گرفت که در شرایط خاص اجتماعی - فرهنگی ایران که حمایت والدین و سایر اعضای خانواده حتی در سنین بالاتر ادامه می‌یابد تأثیر این منبع حمایت می‌تواند به عنوان عاملی مؤثر بر بقا مورد مطالعه قرار گیرد.

در این مطالعه بقا در مردان و زنان تفاوت معنی‌داری نداشت که تا حدی با نتایج برخی مطالعات دیگر که بقا و بستگی به درمان را در زنان بیشتر نشان داده‌اند متفاوت است (۲۱). اگرچه وقتی صحبت از زنان مصرف‌کننده است دیده شده است که میزان بقا از مردان کمتر است زیرا این گروه جمعیت پنهانی هستند که کمترین دسترسی به درمان را دارند (۲۲). البته با توجه به کم بودن تعداد زنان در مطالعه در مورد یافته‌های مربوطه با قطعیت کمتری می‌توان صحبت کرد.

در مورد سابقه مصرف مواد، ۷۲% سابقه تزریق مواد را داشته‌اند که منطبق با تصویر کلی همه‌گیری در کشور است که حدود ۷۰% افراد اچ‌آی‌وی مثبت سابقه تزریق مواد را دارند. در تحلیل بقا ارتباطی بین سابقه مصرف مواد و بقا دیده نشد که این مسأله همخوان با مطالعاتی مانند مطالعه کارول و همکاران (۲۳) است که سابقه مصرف مواد عامل مؤثری در بقا نبوده است بلکه در اکثر مطالعات وضعیت فعلی مصرف مواد با بقا مرتبط بوده است.

در گروهی که درمان به هر علتی متوقف شده بود بقا به تفکیک وضعیت فعلی مصرف مواد بررسی شد. وضعیت مصرف فعلی شامل گروه‌های مصرف‌کننده تزریقی و غیر تزریقی، ترک، تحت درمان متادون، و بدون سابقه مصرف بود که در منحنی بقا مشخص بود که در گروه تزریق‌کننده مواد بقا مشخصاً پایین‌تر از سایر گروه‌ها است. در تحلیل بعدی وقتی وضعیت بقا در گروه تزریق‌کننده در مقابل سایر گروه‌ها بررسی شد به میزان معنی‌داری از دیگران پایین‌تر بود که با بررسی علل قطع درمان، مرگومیر عامل عمده قطع درمان بود. هر چند دهه ۹۰ با ارایه HAART کاهش قابل ملاحظه‌ای در میزان مرگ و میر افراد اچ‌آی‌وی مثبت رخ داد اما پیش از آن هم مطالعاتی وجود داشت که نشان می‌داد افراد مصرف‌کننده تزریقی به دلیل بی‌ثباتی اجتماعی مرتبط با مصرف مواد ممکن است کمتر از درمان‌های ضدویروسی سود برند. برای مثال دیده شده که درمان ضدویروسی کمتر برای افراد مصرف‌کننده تجویز می‌شود و یک گروه همکاری بین‌المللی نیز اخیراً نشان داد که سابقه مصرف تزریقی مواد عامل مستقلی در پیش‌آگهی بدتر درمان ضدویروسی است. در خیلی از مطالعات علل مرگ در IDUs بررسی نشده است و احتمال می‌رود به عللی غیر از بیماری‌های ناشی از ایدز مرتبط باشد (۲). به‌خصوص در افرادی که مواد مصرف می‌کنند بیش‌مصرف و هیپاتیت C

دو عامل مهمی هستند که در بالا رفتن مرگومیر مؤثرند. از طرفی مواد اپیویدی می‌توانند سطح داروهای ART را در خون کاهش داده، متعاقباً تأثیر آن را کاهش داده و افزایش دز داروهای مرتبط را ایجاب کنند. در مورد هپاتیت C چون ثبت در پرونده‌ها دقیق نبود انجام بررسی مقدر نبود اما عامل بسیار مهمی است که باید مد نظر قرار گیرد. در آمریکا و اروپا عفونت هم‌زمان اچ‌آی‌وی و هپاتیت C حدود ۳۰٪ است اما در جمعیت‌های خاصی، مانند افراد تزریق‌کننده مواد، این عدد به ۹۰-۵۵٪ نیز می‌رسد. بنابراین حتی اگر درمان ضدویروسی بقا را افزایش دهد مرگ و میر در این افراد به علت بیماری کبدی افزایش می‌دهد. در واقع در حال حاضر هپاتیت C عامل عمده مرگ و میر در افراد اچ‌آی‌وی مثبت است و از طرفی دیده شده که هپاتیت C بیش‌تر از مصرف تزریقی مواد بر بستگی به درمان تأثیر دارد. وجود هپاتیت C با عدم ادامه درمان یا قطع‌های مکرر همراه بوده است. دقیقاً مشخص نیست که آیا این وضعیت به علت تخریب بافتی، عدم بستگی به درمان یا سیروز کبدی بوده است (۲۴). در کشور ما نیز همراهی تزریق مواد و هپاتیت C بالا و در حدود ۷۰٪ مشاهده شده است که نیاز به توجه ویژه در این زمینه را می‌طلبد.

در مورد درمان متادون در این مطالعه سابقه درمان با متادون با بقای کمتر در درمان همراه بود که این تأثیر هم در تحلیل بقا و منحنی آن و هم در مدلی تعریف‌شده برای بررسی همه عوامل مؤثر بر بقا همچنان پایدار بود. در قریب به اتفاق مطالعات درمان نگهدارنده با متادون با بستگی بالا به درمان همراه بوده که عمدتاً این وضعیت به ثباتی که حضور روزانه افراد در یک سیستم درمانی ایجاد می‌کند مرتبط دانسته شده است (۲۵). در این مطالعه باید ملاحظاتی را در نظر گرفت از جمله این که منحنی بقا به تفکیک وضعیت فعلی مصرف مواد تنها تزریق فعلی مواد را عامل متمایزی در کاهش بقا نشان می‌دهد و درمان فعلی با متادون نقش معنی‌داری نداشته است. از طرفی از بین ۱۲۴ نفر که سابقه درمان با متادون را داشته‌اند طول درمان با متادون، درصد موارد قطع درمان با متادون و علل قطع آن در پرونده‌ها ثبت نشده بوده است و نمی‌توان با قطعیت گفت که این افراد با توجه تعریف موجود در پروتکل درمان با متادون آیا تحت درمان نگهدارنده تلقی می‌شوند یا خیر. از طرفی باید تداخل بالقوه بین ART و MMT را در نظر گرفت. متابولیسم متادون در کبد صورت می‌گیرد و بنابراین به صورت بالقوه امکان این تداخل وجود دارد. در مورد متادون بیشتر تداخل آن با داروی نویراپین بررسی شده است. نویراپین سطح متادون را در خون کاهش می‌دهد و اگر در بیماران تحت MMT دز متادون افزایش نیابد ممکن است دچار علائم ترک شوند و اگر دز متادون افزایش یابد یا نویراپین متوقف شود علائم ترک برطرف می‌شود. علائم غیرمنتظره ترک در این بیماران گاه بسیار دردناک بوده و منجر به قطع درمان در آنان می‌شود. نارضایتی که به دنبال علائم ترک وجود دارد می‌تواند عدم بستگی به درمان را در برخی شرایط توضیح دهد. این مساله نیاز به بررسی دقیق دارد چرا که حضور در یک برنامه درمان مواد معمولاً به عنوان عامل تقویت‌کننده بستگی به درمان تلقی می‌شود اما این تداخلات پیچیده در عمل می‌تواند عده‌ای را به خاطر تجربیات ناخوشایند از درمان حذف کند. از آن جایی که در بررسی علل قطع درمان در دو گروه با و بدون سابقه درمان با متادون نیز مشاهده شد که در افراد با سابقه MMT عدم بستگی به درمان و عوارض جانبی در مقایسه با مرگومیر علت عمده پایین بودن بقا بوده است بررسی بیشتر این فرض لازم به نظر می‌رسد (۲۶).

متغیر دیگری که در پرونده‌ها بررسی شد و در بسیاری از مطالعات به عنوان عامل مؤثر در بقای بیماران ذکر شده است شمارش CD4 در شروع درمان بوده است. همان‌گونه که در قسمت نتایج نمایش داده شده است در زمان شروع

درمان شمارش CD4 در نیمی از موارد ثبت نشده و در یک سوم موارد کمتر از ۲۰۰ بوده است. هرچند بقا با شمارش CD4 ارتباط معنی‌داری نداشت اما این تصویر نمایانگر آن است که در عده قابل توجهی از بیماران درمان در محدوده ۳۵۰ - ۲۰۰ آغاز نشده است که این امر می‌تواند به نبود امکانات تشخیصی در همه مراکز، نبود پایش نامنظم وضعیت مراجعه‌کنندگان و یا عدم مراجعه به‌موقع افراد به خدمات تشخیصی و درمانی مرتبط باشد.

در مجموع به نظر می‌رسد که وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین و تزریق مواد عوامل مهمی هستند که باید در هنگام ارائه خدمات مورد توجه قرار گیرند. دسترسی به درمان عامل مهمی است که به‌خصوص در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مطرح است. دیده شده است که حتی در شرایطی که درمان ضدویروسی به طور گسترده در دسترس است مصرف‌کنندگان تزریقی کمتر از سایر گروه‌ها از درمان استفاده می‌کنند. در میان خود IDUs نیز دو عامل جنسیت و قومیت در دسترسی کمتر به درمان موثرند. زنان IDUs و اقلیت‌های قومی به‌خصوص دسترسی کمتری به درمان دارند. با در نظر گرفتن این عوامل مطالعات این نگرانی را مطرح کرده‌اند که حتی اگر درمان ضدویروسی در دسترس و رایگان باشد احتمال این که یک مصرف‌کننده تزریقی هیچ‌گاه در چرخه درمان قرار نگیرد کم نیست (۲۲).

اگر عواملی که بر دسترسی کم اثر می‌گذارند را به سه سطح عوامل فرهنگی - اجتماعی، عوامل فردی و عوامل مربوط به ارائه‌کننده خدمت تقسیم کنیم در هر یک از سطوح دیده می‌شود که عوامل مرتبطی با شرایط درمان در کشور وجود دارند. در سطح عوامل فرهنگی - اجتماعی می‌توان به سیاست‌های اجتماعی اشاره کرد که به دنبال کاهش شیوع مصرف مواد از طریق انگ زدن به این رفتار هستند که می‌تواند باعث ایجاد انگ اجتماعی در سیستم‌های سلامت و نهایتاً ایجاد فشار بر ارائه‌کنندگان خدمت شوند. برای مثال اگر افراد تحت درمان با متادون به علت دید غالب در سیستم بهداشتی که به نفع مدل پرهیزمدارانه است به سمت پرهیز زودرس سوق داده شوند پیامدهایی مانند عود مصرف را می‌توان انتظار داشت که در نهایت بر درمان ضدترروویروسی تأثیر سوء خواهد داشت. موانعی که در سطح ارائه‌دهندگان خدمت مطرح هستند شامل دیدگاه این گروه مبنی بر این که مصرف‌کنندگان بستگی پایینی به درمان دارند، عامل انتقال سوش‌های مقاوم به درمان هستند و ارائه درمان به مصرف‌کنندگان رفتارهای پرخطر را در آنان افزایش می‌دهد است. این که چقدر چنین باورهایی در سیستم ارائه درمان در ایران وجود دارد بررسی نشده است اما نیاز به مطالعه وسیع‌تر در آینده دارد.

باور شایع در میان مصرف‌کنندگان که عوارض جانبی درمان ضدترروویروسی غیر قابل تحمل است، تردید مصرف‌کنندگان در مورد توانایی‌شان در بستگی به درمان از عوامل مهم در سطح فردی هستند هرچند مسایل دیگری مانند سابقه حبس و وجود اختلالات روان‌پزشکی همراه مانند اضطراب و افسردگی نیز در سطح فردی مؤثر دانسته شده‌اند که این اطلاعات نیز در پرونده‌های درمان ثبت نشده بود که امکان مطالعه این موارد را سلب کرد. دیدگاه مصرف‌کنندگان در مورد ART در ایران بررسی نشده است اما به نظر می‌رسد کاملاً می‌تواند در بستگی آنان به درمان مؤثر باشد و نیاز به مطالعه دارد (۲۲).

محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه محدودیت‌هایی داشت که باید در تفسیر نتایج مد نظر قرار گیرد. در شروع مطالعه ابتدا پرونده‌های درمان بررسی شدند که در بررسی اولیه مشخص شد اطلاعات مربوط به سوءمصرف مواد در آن منعکس نشده است لذا یک مرحله دیگر به جمع‌آوری اطلاعات اضافه شد که بررسی پرونده مراقبت بیماران در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بود و در نهایت فرایند طولانی در این زمینه طی شد. از طرفی مشخص شد اطلاعات دقیقی مربوط به

سوءمصرف مواد در پرونده‌ها ثبت نشده است برای مثال در مورد درمان با متادون وضعیت و شرایط بیماران در درمان متادون قابل استخراج از پرونده‌ها نیست. همچنین برخی اطلاعات مهم دیگر مانند وضعیت هپاتیت C و علل مرگ بیماران یا قطع درمان نیز در پرونده‌ها مندرج نشده بود. لذا به نظر می‌رسد برخی عوامل مهم که می‌توانند بر بقای بیماران تاثیر عمده‌ای داشته باشند قابل ثبت و بررسی نبوده‌اند.

پیشنهادات

هدف از این مطالعه شناخت وضعیت موجود درمان ضدویروسی در جهت مشخص کردن چالش‌های موجود برای دست‌اندرکاران امر مراقبت و درمان بیماران اچ‌آی‌وی مثبت بوده است. یکی از چالش‌های اساسی که بر سر انجام این مطالعه نیز وجود داشت و در حال حاضر مورد توجه جدی قرار گرفته است وضعیت ثبت پرونده‌ها است که از دو جهت حایز اهمیت است؛ چه اطلاعاتی و با چه کیفیتی لازم است که ثبت شوند. در این میان با توجه به این که حدود ۷۰٪ افراد تحت درمان کسانی هستند که سابقه مصرف مواد را دارند، تحت درمان با متادون هستند یا در حال حاضر مواد مصرف می‌کنند نیاز به ثبت دقیق اطلاعات مربوط به سوءمصرف مواد وجود دارد. همچنین بررسی وضعیت‌هایی مانند تداخل داروهای مورد استفاده در درمان ضدویروسی و متادون یا مواد اپیویدی لازم به نظر می‌رسد.

از طرفی شمارش CD4 در حدود نیمی از پرونده‌ها ثبت نشده بود که این امر می‌تواند به علت نقص در ثبت یا نبود امکانات سنجش CD4 در مراکز باشد که در این شرایط از شمارش تعداد کل لنفوسیت‌ها استفاده می‌شود. اما فرض دیگر می‌تواند دسترسی با تاخیر بیماران به خدمات درمانی و در زمانی باشد که علایم شروع شده است. با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده در حدود نیمی از موارد شروع درمان به دنبال پیدایش علایم بالینی بوده که یکی از دلایل آن می‌تواند تاخیر در شروع درمان یا دسترسی دیر هنگام مبتلایان به خدمات درمانی باشد. لذا به نظر می‌رسد بررسی موانع دسترسی به درمان، به‌خصوص در میان مصرف‌کنندگان، و همچنین موانع احتمالی در مسیر ارائه خدمات در میان سیستم درمان مانند اکراه در ارائه خدمات به مصرف‌کنندگان مواد در بهبود کیفیت و کمیت خدمات بسیار کمک‌کننده خواهد بود.

آخرین نکته‌ای که ذکر آن لازم به‌نظر می‌رسد این است که در شرایطی که همه‌گیری در کشور هنوز با تزریق مواد پیش می‌رود و طبق تخمین‌های موجود تنها ۱۰٪ مبتلایان نیازمند به درمان تحت درمان هستند، می‌توان انتظار داشت حجم بسیار زیادتری از بیماران به سیستم درمانی افزوده خواهند شد که اکثراً مساله سوءمصرف مواد را نیز به همراه دارند. بنابراین بررسی و شناخت مسایل ویژه مرتبط با سوءمصرف مواد مانند تداخل درمان ضدویروسی و ادامه مصرف مواد، تداخل با درمان نگهدارنده با متادون، مشکلات خاص مصرف‌کنندگان در بستگی به درمان و یا تاثیر بیماری‌های همراه مانند ابتلا به هپاتیت C و یا اختلالات روانی شایع مانند افسردگی می‌تواند در ارتقای کیفیت خدمات و در نتیجه ارتقای بقای بیماران نقش به‌سزایی داشته باشد.

1. Morcraft A., Brettle R., Kirk O., Blaxhult A., Parkin J. M., Antunes F. et al. (2002). Changes in the causes of death among HIV positive subjects across Europe: results from the EuroSIDA study, for the EuroSIDA group. *AIDS*, 16, 1663-1671.
2. Wood E., et al. (2008). Highly Active Antiretroviral Therapy and Survival in HIV-Infected Injection Drug Users, *JAMA*, 300(5) 500-554,
3. UNAIDS WHO, International AIDS Alliance. (2003). UNAIDS best practice collection: handbook on access to HIV related treatment. A collection of information, tools and resources for NGOs, CBOs and PLWHA groups. Geneva: UNAIDS WHO International AIDS Alliance.
4. Guidelines for use of Antiretroviral Agents in HIV-1-infected adults and adolescence . DHHS, May 4, 2006, USA
5. Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection 2008 Recommendations of the International AIDS Society–USA Panel
6. ارزیابی بیمار مبتلا به HIV/AIDS و درمان ضد رتروویروسی در بزرگسالان و نوجوانان؛ دستورالعمل بالینی برای جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۶). مرکز مدیریت بیماری‌ها، معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
7. Global Access to HIV Therapy Tripled in Past Two Years, But Significant Challenges Remain (2006). *World Health Organization*. Available at <http://www.who.int/mediacentre/news57/en/index.html>.
8. Giuliano M., & Vella S. (2007). Inequalities in health: access to treatment for HIV/AIDS, *Ann Ist Super Sanità*. 43(4), 313-316.
9. Antela A. (2001). Access to antiretroviral therapy in HIV-infected injection drug users. *AIDS*, 15, 1727-1728.
10. Policy Brief: Antiretroviral Therapy and Injecting Drug users. (2006). WHO, UNAIDS, UNODC.
11. Aceijas C., Oppenheimer E., Stimson V.G., Ashcroft R. E., Matic S., & Hickman M. (2006). Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries 1 year before the end of the 'Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy' ('3by5')*. *Addiction*, 9, 1246–1253.
12. Shah C. A. Adherence to high activity Antiretroviral therapy in pediatric patients infected with HIV: issues and interventions. (2007). *Indian Journal of Pediatrics*, 74, 55-60.
13. Machtiger E. L., Bangsberg D. R. (2006). Adherence to HIV Antiretroviral Therapy. *InSite Knowledge Base Chapter*. Available at <http://insite.ucsf.edu/InSite?page=kb-03-02-09>

14. Melo A. C., Caiaffa W. T., César C. C., Dantas R. V., Couttolenc B. F. (2006). Utilization of ^{اچ آی وي}/AIDS treatment services: comparing injecting drug users and other clients. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 803-813
15. [Sorensen](#) J. L., et al. (2007). Voucher reinforcement improves medication adherence in ^{اچ آی وي}-positive methadone patients: a randomized trial. *Drug Alcohol Dependence*, 88, 54-63.
16. Scaling up Antiretroviral Therapy In Resource-Limited Settings: Treatment Guidelines For a Public Health Approach (2004). WHO
17. Lucas G. M., Griswold M., Gebo K. A., Keruly J., Chaisson R. E., Moore R. D. (2006). Illicit Drug Use and ^{اچ آی وي}-1 Disease Progression: A Longitudinal Study in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *American Journal of Epidemiology*, 163, 412 - 420.
18. Dobkin J. (2005). Comprehensive care and treatment of ^{اچ آی وي} positive Injecting drug users. WHO, Geneva.
19. Malta M., Strathdee S. A., Magnanini M. M. F., Bastos F. A. (2008). Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*, 103, 1242–1257
20. Carol E., et al. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 756- 765
21. Jarrin I et al. (2008). Gender Differences in ^{اچ آی وي} Progression to AIDS and Death in Industrialized Countries: Slower Disease Progression Following ^{اچ آی وي} Seroconversion in Women. *American Journal of Epidemiology*, 168 (5), 532-540
22. Evan Wood E., Kerr T., Tyndall M. W., Montaner J. S.G. (2008). A review of barriers and facilitators of ^{اچ آی وي} treatment among injection drug users. *AIDS*, 22, 1247–1256
23. Carrol E. G. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 756-765
24. Braitstein P. (2006). Hepatitis C coinfection is independently associated with decreased adherence to antiretroviral therapy in a population-based ^{اچ آی وي} cohort. *AIDS*, 20, 323–331
25. Malta M., Strathdee S. A., Magnanini M. M. F., & Bast, F. I. (2008). Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*, 103, 1242–1257
26. Oppenheimer E., Aceijas C., H., & Stimson .G. (2003). Treatment and Care for Drug Users Living With ^{اچ آی وي}/AIDS. *Paper prepared by Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Imperial College, London*,