

مشكلات رواني اجتماعي
در مبتليان به عفونت
اچ.آي.وي. / ايدز

نويسندگان
دکتر سيداحمد سيدعلي نقي، دکتر مريم
فروغي
(پژوهشگران مرکز تحقيقات ايدز ايران)

سرشناسه: سیدعلینقی، احمد، ۱۳۵۸ -
عنوان و نام پدیدآور: مشکلات روانی اجتماعی در مبتلایان به عفونت
اچ.آی.وی. / ایدز /
نویسندگان احمد سیدعلینقی، مریم فروغی؛ به سفارش و نظارت فنی
وزارت
بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ [برای] باشگاه یاران مثبت تهران.
مشخصات نشر: تهران: اوسانه، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری: ۶۲ ص.؛ ۶۲/۱۴×۲۱/۵سم.
شابک: 978-600-90151-8-4
وضعیت فهرست نویسی: فیبا
یادداشت: کتاب حاضر با حمایت مالی صندوق جهانی مبارزه با ایدز،
سل و مالاریا
از طریق برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز و برنامه
عمران ملل
متحد و مرکز تحقیقات ایدز ایران منتشر شده است.
یادداشت: کتابنامه.
موضوع: ایدز -- بیماران -- بهداشت روانی
موضوع: عفونتهای اچ.آی.وی. -- جنبه های روان شناسی
موضوع: ایدز -- جنبه های اجتماعی
موضوع: عفونتهای اچ.آی.وی. -- درمان
شناسه افزوده: فروغی، مریم، ۱۳۶۰ -
شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شناسه افزوده: باشگاه یاران مثبت
شناسه افزوده: صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا
شناسه افزوده: Global Fund to fight AIDS Tuberculosis and Malaria
شناسه افزوده: سازمان ملل متحد. برنامه اچ.آی.وی. / ایدز
شناسه افزوده: Joint United Nations Programme on HIV / AIDS
شناسه افزوده: سازمان ملل متحد. برنامه عمران
شناسه افزوده: United Nations. Development programme
شناسه افزوده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
تهران. مرکز تحقیقات ایدز ایران
رده بندی کنگره: RC۶۰۷ / ۹۱۳۹۰ / فلاس
رده بندی دیویی: ۶۱۶/۹۷۹۲
شماره کتابشناسی ملی: ۲۳۷۶۰۵۴

این کتاب با حمایت مالی صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا در چهارچوب برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز و برنامه عمران ملل متحد و با سفارش و حمایت و نظارت فنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، توسط باشگاه یاران مثبت تهران منتشر شده است. مسئولیت تخصصی مطالب این کتاب به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و چاپ و انتشار آن به معنی تأیید رسمی یا غیررسمی مطالب آن توسط صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا و یا دفتر برنامه عمران سازمان ملل متحد نیست.



اوسانه
Osaneh

انی اجتماعی
در مبدلیان به عفونت اچ.آی.وی. / ایدز
سیداحمد سیدعلینقی، مریم فروغی
(پژوهشگران مرکز تحقیقات ایدز ایران)

ناشر: اوسانه
چاپ اول ۱۳۹۰، شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه
حروفچینی و صفحه‌آرایی: اوسانه / لیتوگرافی: سایان گرافیک
چاپ: شمسه خوشنگار / صحافی: سپیدار
طراح جلد: محمدمهدی صنعتی / ویراستار: مجید وهومن
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۰۱۵۱-۸-۴
نشانی: تهران، شمال غرب پل سیدخندان، خیابان شقایق، پلاک ۲۴،
تلفن: ۲۲۸۹۲۱۴۳، ۰۹۱۲۵۵۴۲۳۰۸
info@osaneh.ir www.osaneh.ir
فروش اینترنتی و اطلاعات ناشر در www.iketab.com
همه حقوق این اثر برای ناشر محفوظ است.

پیش‌گفتار

عفونت اچ.آی.وی. / ایدز بر همه جنبه‌های زندگی، از جمله جنبه‌های روانی، اجتماعی و جسمی، تأثیر می‌گذارد و می‌تواند موجب ترس از ادامه زندگی با این عفونت شود. این عفونت به دلیل درگیر کردن همه اعضا و اندام‌ها، عوارض جسمی زیادی بر جا می‌گذارد.

در کنار عوارض جسمی، مبتلایان به این عفونت از مشکلات روحی‌روانی هم رنج می‌برند. شایع‌ترین مشکلات روحی‌روانی این بیماران، افسردگی و اضطراب است. این مشکلات ممکن است بر افراد خانواده نیز تأثیر بگذارند. به نظر می‌رسد در میان انبوه مشکلات این بیماران، به جنبه‌های روحی‌روانی ایشان کمتر توجه شده است. ابتلا به این عفونت موجب از دست دادن موقعیت‌های اجتماعی، اقتصادی، شغلی و حتی سکونت می‌شود. بنابراین، افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. بسیار آسیب‌پذیر و نیازمند حمایت‌های روحی و روانی مناسب از طرف خانواده و جامعه‌اند.

در کتاب حاضر کوشیده‌ایم درباره جنبه‌های روحی‌روانی و اجتماعی ابتلا به عفونت

اچ.آي.وي./ ايدز آگاهي‌هاي لازم و کافي به مبتليان و ديگر افراد جامعه داده شود.

سيد احمد سيد علي نقی
مريم فروغي

فهرست

گزارش یک مورد	۷
مقدمه	۱۱
وضعیت بیماری‌زایی ویروس	۱۳
راه‌های انتقال عفونت	۱۳
عوامل بیماری	۱۵
سیر پیشرفت بیماری	۱۷
عوامل رژیم ضد رتروویروس	۱۸
رژیم‌های درمانی	۱۸
موانع درمان	۱۹
پایبندی به درمان	۲۰
عوامل مؤثر بر پایبندی به درمان	۲۲
راهبردهایی برای بهبود پایبندی به درمان	۲۵
باورهای بهداشتی	۲۶
حمایت اجتماعی	۲۶
آنک	۲۷
اختلالات روانی همراه	۲۹
افسردگی	۳۳
اضطراب	۳۴
اختلال دوقطبی	۳۶
اختلالات وابسته به مواد مخدر	۳۷
اختلالات شناختی	۳۷
اختلالات شخصیت و سرشت	۳۸
روان‌پریشی (سایکوز)	۳۹
درمان اختلالات روانی	۴۰
پیشگیری و مداخله	۴۲

گزارش یک مورد^۱

مریم در روستایی در رودبار در خانواده‌ای پرجمعیت به دنیا آمد. در این خانواده هجده خواهر و برادر در کنار یکدیگر زندگی می‌کردند. پدر و مادر کشاورز بودند و با درآمد بسیار اندکشان زندگی سختی را می‌گذرانند و به سختی مایحتاج زندگی خود را تأمین می‌کردند. مریم می‌گوید بدبختی‌ها زمانی شروع شد که زلزله رودبار در سال ۱۳۶۸ اتفاق افتاد و همه اعضای خانواده خود را در این زلزله از دست داد. او در آن زمان هجده سال داشت و به خاطر جراحتهای وارده در اثر زلزله در مرکز امداد هلال احمر بستری گردید. همان زمان خانواده‌ای برای مسافرت به روستای او آمده و زن و شوهر تصمیم گرفتند وی را تحت تکفل خود درآورند. مریم دو روز در مرکز امداد تحت درمان قرار گرفت و برای ادامه درمان با آن خانواده که تنها یک زن و شوهر (بیژن) بودند به تهران آمد. خانواده مذکور پس از دو سال بچه‌دار شد و بدین جهت، مریم را به خانواده پدر و مادر شوهر سپرد. خانواده پدر و مادر بیژن یک خانواده هشت نفره - دو خواهر و چهار برادر که با هم زندگی می‌کردند- با وضع مالی خوب بود. اما روابط

1. Case report

خانوادگی در میان اعضا این خانواده مشکلاتی داشت. مادر بیژن نسبت به مریم مهربان بود. یکی از برادران به نام هادی که قبلاً یک بار ازدواج کرده بود با مریم ازدواج کرد. این فرد گرفتار اعتیاد تریکی و مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. / ایدز منتقل شده از طریق آلودگی تریکی بود. در نتیجه مریم نیز به این عفونت مبتلا شد.

در آن زمان هیچ درمانی برای این بیماری وجود نداشت و مبتلیان به این بیماری روز به روز به مراحل انتهایی نزدیکتر می‌شدند. مریم برای پذیرش بیماری آمادگی کافی نداشت و باید این آمادگی را در خود ایجاد می‌کرد. او به این فکر می‌کرد که آزمایش ایدز او مثبت است ولی نمی‌دانست این بیماری چه عوارض و پیامدهایی دارد. او جسته گریخته فهمیده بود که سرانجام مبتلیان به این بیماری چیست و یک ماه را به گریه کردن و انتظار مرگ را کشیدن گذرانند. بسیار افسرده شده بود و بیماری خودش را انکار می‌کرد و سعی داشت خودش را متقاعد کند که مبتلا نیست. از طرف دیگر، با نحوه انتقال بیماری و مبتلا شدن به آن هم مشکل داشت و خود و همسرش را محکوم می‌کرد.

با توجه به وضعیت جسمی مریم، درمان ضدویروس آغاز شد. پس از پنج هفته از شروع درمان که تعداد سلول ایمنی او افزایش یافت، ضعف، بی‌حالی، احساس خستگی و کاهش وزن او کمی برطرف شد. او اکنون با همسرش زندگی می‌کند و با اینکه می‌گوید «گاهی از خودم بدم می‌آید، چون من خطا و گناهی مرتکب نشدم» یادآور می‌شود که «اوایل مشغول به کار شدم در یکی از بیمارستان‌ها در قسمت بیماری‌های عفونی، خیلی از کسانی که از بیماری من

مطلع بودند، در برخورد اول رفتار بسیار بدی داشتند ولی کم کم با من مهربان شدند». برخورد نامناسب و قضاوت ناعادلانه افراد از مسائلی است که همیشه باعث آزار مریم می شود. یکی از خاطرات تلخ او این است که یک بار به دندانپزشک مراجعه کرده بود و هنگامی که بیماریش را با پزشک در میان گذاشت، او از معالجه وی خودداری کرد. مریم اکنون با توجه به بیمار بودن همسرش تأمین مخارج زندگی را بر عهده دارد. او می گوید با گذشت زمان و بهبود امکان درمان این بیماری و مداخله پزشکان و مسئولین که هر روز سعی در بهبود وضعیت بیماران دارند، مشکلات روحی تا اندازه ای برطرف شده و زندگی مبتلایان بهبود یافته است. یکی از جنبه های هولناکی که او شاهدش بوده رازداری در ارتباط با ایدز است. بسیاری از مبتلایان نمی توانستند بیمار بودن خود را مطرح سازند. چه بسا اعلام بیمار بودنشان به قیمت از دست دادن کار و طرد از جامعه می شد. این افراد از هیچ حمایتی برخوردار نبودند. مریم برای کاهش اضطراب و ناراحتی خود به روان شناس مراجعه کرد. یک عامل حمایت کننده برای مریم، ارتباط با دوستانی بود که یا خود به بیماری مبتلا بودند و یا با دانستن بیماری مریم از او حمایت می کردند. در مواقعی که احساس ناخوشی و پیشرفت بیماری به او دست می دهد و خیالاتی همچون مرگ به دلیل ابتلا به این عفونت ذهنش را فرامی گیرد، مریم نزد روان شناس می رود تا دوباره با مشکلاتش بتواند کنار بیاید و زندگی اش را بهبود دهد. با پیگیری درمان روان شناسی و راهکارهای پیشنهادی از طرف روان شناس، مریم به این

نتیجه رسیده که باید با بیماری خود مبارزه کند و به دیگر مبتلایان نیز در این راه یاری برساند. او تصمیم گرفت یک صدای عمومی برای درک عفونت اچ.آی.وی. / ایدز شود. او همچنین فهمید که قضاوت نادرست افراد ممکن است باعث دلسردی در خود او و مبتلایان دیگر شود، پس پیوسته به دنبال راهی برای کاهش قضاوت و واکنش منفی اطرافیان است. او با مهربانی، عشق و دوستی با دیگران رفتار می‌کند. امیدوارتر از قبل و با انرژی به کارش ادامه داده و به خاطر ارتباط با افرادی که همان مشکل او را دارند احساس خوبی دارد، زیرا می‌تواند با آنها، به روشی که دیگران نمی‌توانند، ارتباط برقرار کند. به این ترتیب، هر روز بر تعداد دوستان مریم افزوده می‌شود. او امیدوار است که درمان دارویی نتیجه موفق داشته باشد. او ایمان دارد که همیشه راه و روش مفید و جدیدی برای مواجهه با مشکلات پیدا می‌شود.

نتیجه‌گیری

حدود بیست و پنج سال از تاریخی که اولین بیماران مبتلا به ایدز شناسایی شدند می‌گذرد. اگر چه هیچ درمان قطعی برای بهبود کامل و ریشه‌کن شدن ویروس از بدن بیمار پیدا نشده است، مطالعات بزرگ و مهمی در زمینه علل ایجاد بیماری، پیشگیری، بهبود روش زندگی و درمان با هدف کند شدن سیر پیشرفت بیماری انجام شده و تحقیقات برای کشف درمان قطعی همچنان ادامه دارد. همه تلاش دانشمندان در جهت کشف داروهای است که مقاومت ویروس را بشکنند، از موارد جدید ابتلا به ویروس و بروز عفونت پیشگیری کرده و از آن مهم‌تر جلو ریشه دواندن ایدز در کشورهای در حال توسعه را بگیرند.

امروزه با افزایش اطلاعات درباره این بیماری، تلاش برای کاهش عوارض و علایم دستگاه‌های مختلف بدن که به دنبال ابتلا به این ویروس درگیر می‌شوند (برای مثال پیشگیری از اختلالات و بیماری‌های قلبی-عروقی، گوارشی، مغز و اعصاب و همچنین بیماری‌های اعصاب و روان) در حال انجام است.

اختلالات اعصاب و روان به عنوان عارضه ابتلا به ایدز، با توجه به اثبات اثرات سوء آن بر روند درمان و پیشگیری از ابتلای موارد جدید، امروزه بسیار مورد توجه پزشکان و مسئولان امور بهداشتی کشور است. این اختلالات در صورت مراجعه به متخصصین و دریافت خدمات و درمان‌های مناسب، مهارشده است. این کتاب می‌خواهد مبتلایان به ایدز با علایم و بیماری‌های اعصاب و روان آشنا شوند تا در صورت وجود هر گونه شک به اختلالات روحی‌روانی به روان‌شناس یا روان‌پزشک مراجعه نمایند.

مقدمه

شیوع

در سال ۲۰۰۵ در سراسر جهان انسان‌هایی مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. زندگی می‌کردند که سی‌وهشت میلیون نفر آنها را بالغین و دویست و سیصد هزار نفر را کودکان تشکیل می‌دادند. ایدز از هنگامی که شناخته شده بیش از بیست و پنج میلیون نفر را کشته است. در ژوئن ۱۹۸۱ اولین موارد از بیماری‌ای که بعدها به ایدز معروف شد در ایالات متحده آمریکا گزارش شد. پس از آن بیش از یک و نیم میلیون نفر در ایالات متحده آمریکا مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. شدند که بیش از پانصد هزار نفر آنها تاکنون مرده‌اند. طبق آمار در کشور آمریکا در اواخر ۲۰۰۳ حدود یک - میلیون و سیصد هزار تا یک میلیون و صد و هشتاد و پنج هزار نفر با ایدز زندگی می‌کردند. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های کشور آمریکا^۲ برآورد می‌کند که حدود چهل-هزار آمریکایی هر سال به این ویروس مبتلا می‌شوند. از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ تعداد کل موارد جدید ابتلا به ایدز در سی و پنج ایالت این کشور اندکی کاهش یافت.

در ایران نیز اگرچه این بیماری نسبت به بسیاری از کشورهای دیگر خیلی دیر وارد و آشکار شد اما هم‌اکنون روند رو به گسترشی دارد؛ به طوری که تاکنون در ایران حدود بیست و دو هزار و دویست و پنجاه نفر مبتلا به

2. Centers for Disease Control (CDC)

عفونت اچ.آی.وی. شناسایی شده‌اند. از این تعداد نودودو درصد مرد و هشت درصد زن هستند. بیشترین گروه سنی مبتلا ۲۵ تا ۳۴ سال است و حدود هفتاد درصد موارد انتقال، از طریق اعتیاد تزریقی بوده و بقیه موارد شامل انتقال از طریق جنسی (نه‌ونیم درصد) و انتقال از طریق خون و فرآورده‌های خونی (یک-ویکدهم درصد) و انتقال از راه مادر به کودک (هشتدهم درصد) می‌شود.

از آنجا که شیوع این بیماری با اصلاح برخی رفتارهای پرخطر تعدیل می‌شود، دانستن میزان انتقال، روش انتقال و مراحل پیشرفت بیماری ضروری است.

تأثیرات ابتلا به اچ.آی.وی. روی گروه معینی از جامعه است که از لحاظ شخصیتی درگیر رفتارهای جنسی پرخطرند. این گروه شامل افراد دگرجنس‌گرا^۳ یا هتروسکسوال (یعنی افرادی که رابطه‌های جنسی پرخطر با جنس مخالف دارند و از کاندوم استفاده نمی‌کنند و یا شریک جنسی معتاد تزریقی دارند)، مردان همجنس‌گرا، معتادین تزریقی و زنان روسپی می‌شود. از ابتدای شناسایی عفونت اچ.آی.وی.، این بیماری در مردان همجنس‌گرا و معتادان تزریقی بیشترین شیوع را داشته است.

طبق آمار مرکز مدیریت بیماری‌های آمریکا، در یک دوره زمانی، شیوع عفونت در دگرجنس‌گراها و کودکان کاهش یافته است. در سال ۲۰۰۴ از هشتاد درصد موارد تشخیصی عفونت اچ.آی.وی.،، چهل‌وهفت درصد در بین همجنس‌گراها و سی‌وسه درصد آلودگی‌ها ناشی از رابطه جنسی برآورد شده است.

3. Heterosexual

شیوع این عفونت در میان اقلیت‌های قومی و نژادی هم از زمانی که اچ.آی.وی. همه‌گیر شده شکلی نامتناسب و نامنظم داشته است. اقلیت‌های نژادی در آمریکا اکثریت مبتلایان جدید ایدز را تشکیل می‌دهند (هفتادویک درصد) و حدود شصت و چهار درصد با این ویروس زندگی می‌کنند. آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار (سیاه‌پوستان) در مقایسه با دیگر اقوام بیشترین تعداد مبتلایان را دارند. تعداد افراد مبتلا در هر یکصد هزار نفر از جمعیت سیاهان نه‌ونیم برابر سفیدپوستان در سال ۲۰۰۳ گزارش شده است. همچنین در سال ۲۰۰۳، اچ.آی.وی. علت بیشترین مرگ و میر در میان سیاه‌پوستان ۲۵ تا ۳۴ ساله بوده است. در ایالات متحده جمعیت زنان از نظر ابتلا به این عفونت پیشرفت سریعی داشته است و نیمی از این بیماری در اثر رابطه جنسی با مردها انتقال پیدا کرده است. زنان اقلیت‌های قومی و نژادی بیشتر به عفونت اچ.آی.وی. مبتلا شده‌اند.

وضعیت بیماری‌زایی ویروس

اچ.آی.وی. ویروسی است که سلول‌های دارای گیرنده CD4، مثل لنفوسیت T کمکی و برخی دیگر از سلول‌های ابتدایی دستگاه ایمنی را آلوده می‌کند. وظیفه سلول‌های لنفوسیت T پاسخ به هجوم عوامل خارجی است و با برانگیختن دستگاه ایمنی می‌تواند فعالیت عوامل خارجی را بی‌اثر کند. ویروس نقص ایمنی با نابود کردن سلول‌های ایمنی، به ویژه لنفوسیت‌های T، و سرانجام با آسیب رساندن به کل دستگاه دفاعی بدن از این سد دفاعی عبور می‌کند. با افت تدریجی سلول‌های ایمنی در افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی.، این بیماران مستعد ابتلا به عفونت‌های دیگر

و همچنین انواع خاصی از سرطان‌ها می‌گردند. البته بدن این افراد قادر به مبارزه طولانی-مدت با این عفونت‌ها و سرطان‌ها نیست. با افزایش ضعف دستگاه ایمنی، بیماران به مرحله پایانی بیماری، یعنی ایدز، نزدیک می‌شوند.

راه‌های انتقال عفونت

اچ.آی.وی. از سه راه اصلی منتقل می‌شود: ارتباط جنسی، انتقال خون (غیرخوراکی)، مادر به فرزند. میزان انتقال بسته به راه انتقال و شرایط خاص آن متغیر است. شایع‌ترین راه انتقال در تمام دنیا ارتباط جنسی است. خون، مایع منی و مایع واژینال در افراد آلوده، مقادیر کافی از ویروس اچ.آی.وی. را برای انتقال دارند و بزاق، ادرار و مدفوع (در غیاب خون) در افراد آلوده حامل این ویروس نیستند. به‌ویژه بزاق غلظت کافی برای انتقال اچ.آی.وی. از طریق بوسیدن یا تماس دهانی و تناسلی (در صورت عدم وجود زخم و خونریزی) را ندارد. همچنین آنزیم‌های موجود در بزاق باعث غیرفعال شدن این ویروس می‌گردند. ارتباط جنسی مقعدی دارای بالاترین خطر است، زیرا میزان بالایی از ویروس اچ.آی.وی. در مایع منی و خون با مجرای مقعدی تماس پیدا می‌کند و از آنجا که این مجرا رگ‌های زیادی دارد ویروس به سرعت به جریان خون جذب می‌شود. تماس مقعدی هم برای شخص فاعل و هم مفعول (هر دو) خطر دارد، اگر چه این خطر برای شخص فاعل نسبت به مفعول کمتر است. با این وجود خطر انتقال برای شخص فاعل بالاست، زیرا سطح خارجی آلت تناسلی دچار خراش‌های میکروسکوپی (بسیار ریز) در اثر تماس جنسی مقعدی می‌گردد.

تماس جنسي واژینال شایع‌ترین راه انتقال اچ.آی.وی. در سراسر دنیا است. روش انتقال در این تماس شبیه انتقال از طریق مقعد است. شخص فاعل می‌تواند خراش‌های بسیار ریزی در دیواره واژن ایجاد نماید و خود نیز دچار این خراش‌ها در سطح آلت تناسلی گردد. در اثر این خراش‌ها غلظت بالای از این ویروس با دیواره واژن و آلت تناسلی تماس می‌یابد. فرد مؤنث در تماس واژینال در معرض خطر بیشتری قرار دارد (هشت تا ده برابر به دلیل تماس طولانی مایع منی با واژن). فرد مذکر نیز هنگام تماس واژینال با فرد مبتلا به عفونت در معرض خطر بالایی قرار دارد. نتایج تحقیقات گوناگون درباره خطر انتقال از طریق تماس جنسي دهانی تناسلی مختلف است و هنوز این موضوع اثبات نشده زیرا ارزیابی آن مشکل است. در چند مطالعه انجام شده، خطر انتقال پایین گزارش شده و در چندین گزارش نیز انتقال این عفونت تنها از طریق تماس دهانی در شخص مفعول رخ داده است. تفسیر چنین مواردی بسیار دشوار است، زیرا تعدادی از این اشخاص ممکن است رابطه جنسي مقعدی یا واژینال را انکار کرده و اطلاعات نادرستی را گزارش نموده باشند. یافته‌های ضد و نقیض منجر به تفاوت در آموزش‌های همگانی در زمینه مداخلات پیشگیرانه درباره میزان خطر ابتلا از طریق تماس دهانی شده است.

انتقال از طریق غیرخوراکی زمانی اتفاق می‌افتد که شخص در معرض خطر، خون آلوده را از طریق سرنگ مشترک یا از طریق فرورفتن سوزن (پرسنل پزشکی) دریافت نماید. انتقال از طریق مادر مبتلا به فرزند ناشی از تماس داخل رحمی، طی حاملگی، زایمان و در طول شیردهی است. شصت تا هفتاد و پنج درصد

انتقال در زمان زایمان رخ می‌دهد. انتقال از طریق مادر به فرزند بدون درمان ضد ویروسی در حدود بیست و پنج درصد است، در حالی که با درمان ضد ویروسی میزان انتقال به حدود دو درصد کاهش می‌یابد.

عوامل بیماری

اچ.آی.وی.، ویروسی از گروه رتروویروس‌ها با ویژگی حمله به سلول‌های دستگاه ایمنی بدن است. عفونت با اچ.آی.وی. با انتشار حاد ویروس در خون آغاز می‌شود ولی بعد از آن شمار ویروس‌ها تا صد برابر کاهش می‌یابد. پس از این مرحله یک دوره نهفتگی بالینی آغاز می‌شود.

در ابتدا گمان می‌شد که این دوره یک دوره حقیقی نهفتگی ویروسی است که در آن اچ.آی.وی. درون سلول میزبان به صورت غیرفعال باقی می‌ماند. بعدها مشخص شد که در این وضعیت یک نوع سلول در بافت‌های لنفاوی بدن (مثل گره‌های لنفاوی) با ویروس پوشیده می‌شود و بنابراین حتی در مرحله‌ای که ویروس در خون دیده نمی‌شود، میزان آن در بدن بالاست.

اچ.آی.وی. با آلوده کردن گروهی از سلول‌های دستگاه ایمنی به نام لنفوسیت‌های T از نوع CD4+ بیماری ایدز را به وجود می‌آورد. این سلول‌ها زیرگروهی از گلبول‌های سفیدند که پاسخ ایمنی طبیعی بدن به عفونت را تنظیم می‌کنند. ویروس سلول‌های T را برای تکثیر خودش به خدمت گرفته و در سراسر بدن گسترش می‌یابد و همزمان باعث کاهش این سلول‌ها می‌شود، سلول‌هایی که بدن برای دفاع از خود به آنها نیاز دارد. هنگامی که میزان سلول‌های T CD4+ در فرد آلوده به اچ.آی.وی. تا حد معینی سقوط کند، آن فرد مستعد ابتلا

به طیفی از بیماری‌ها می‌شود که معمولاً بدن افراد عادی می‌تواند آنها را مهار کند. سرانجام، عفونت‌های فرصت‌طلب باعث مرگ افراد آلوده می‌شوند.

شایع‌ترین علت بیماری‌های ناشی از اچ.آی.وی. در سراسر جهان و در آمریکا اچ.آی.وی. نوع یک است که چندین زیرگروه با پراکندگی جغرافیایی مختلف دارد. نوع دوم ویروس نخست در بیماران غرب آفریقا شناسایی شد و محدود به همان منطقه است. هم اچ.آی.وی. نوع یک و هم اچ.آی.وی. نوع دو از عفونت‌های مشترک بین انسان و حیوان‌اند. در مقایسه با ویروس اچ.آی.وی. نوع یک، اچ.آی.وی. نوع دو از لحاظ ژنتیکی با ویروس نقص ایمنی میمون ارتباط نزدیک‌تری دارد.

در سال ۱۳۶۰ در لس‌آنجلس نوعی ذات‌الریه در مردان همجنس‌گرایی که سابقه بیماری زمین‌های یا مصرف داروهای سرکوبگر ایمنی را نداشتند گزارش شد. در عرض یک ماه در نیویورک و کالیفرنیا چند مورد سرطان پوست نادر در بین مردان همجنس‌باز دیده شد، در حالی که این بیماری در کشور آمریکا قبل از گزارش این موارد، نوعی سرطان بسیار نادر به شمار می‌آمد و اغلب در افراد مسن عارض می‌شد. به تدریج این فکر به وجود آمد که بروز سرطان پوست و ذات‌الریه در افراد همجنس‌گرا می‌تواند با نقص ایمنی زمین‌های ارتباط داشته باشد و سرانجام این نقص اکتسابی شناخته و سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) نامیده شد. همزمان با ظهور ایدز در آمریکا، در آن سوی اقیانوس اطلس پزشکان در فقیرترین قاره جهان، یعنی آفریقا، متوجه شیوع یک پدیده جدید بهداشتی شدند. تحقیقات بعدی و شیوع علائمی مشابه در میان زنان

نشان داد که هر دو بیماری یکسان و همان ایدز است.

اولین مورد ایدز در ایران در سال ۱۳۶۶ در یک کودک شش ساله مبتلا به هموفیلی که از فاکتورهای انعقادی آلوده به ویروس ایدز وارداتی از اروپا استفاده می‌نمود تشخیص داده شد.

شروع و پیشرفت عفونت اچ.آی.وی. در افراد مختلف متغیر است و این موضوع، آزمایش اولیه و تشخیص آن را برای درمان مؤثر مشکل می‌کند.

شروع

علائم بالینی عفونت اولیه اچ.آی.وی. بسیار وسیع است. برخی از این علائم اولیه مانند تب، بدن‌درد، التهاب گلو، و بزرگی گره‌های لنفاوی شبیه به علائم بیماری سرماخوردگی یا آنفلوآنزا است؛ گاه این علائم با ضایعات جوش‌مانند پوستی همراهند. علائم اولیه گاهی بین دو تا شش هفته پس از ورود ویروس به بدن آشکار می‌شوند. بعد از این مرحله ویروس وارد مرحله طولانی نهفتگی می‌شود.

فردی که به‌تازگی به عفونت اچ.آی.وی. مبتلا شده شاید هیچ علائمی را تجربه نکند. برآورد شده است که حدود بیست‌وپنج درصد از افرادی که با عفونت اچ.آی.وی. زندگی می‌کنند (یعنی به مرحله ایدز نرسیده‌اند) از وجود این عفونت در بدن خود آگاه نیستند و تقریباً هشت تا پانزده درصد هیچ علامتی را بروز نمی‌دهند. بنابراین افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. اغلب از بیشتر افراد دیگری که خدمات اولیه بهداشتی دریافت می‌نمایند متمایز نیستند و تنها آزمایش خون می‌تواند وجود عفونت را در این افراد به اثبات برساند.

سیر پیشرفت بیماری

به دلیل طولانی بودن دوره نهفتگی این بیماری (میانگین هشت تا ده سال) و موفقیت-آمیز بودن رژیم‌های درمانی، عفونت اچ.آی.وی. یک بیماری مزمن است. شخص مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. شاید احساس سلامتی کند، ولی هنوز مبتلا به این عفونت بوده و می‌تواند ویروس را به دیگران نیز منتقل نماید. هدف اصلی این ویروس نوع خاصی از سلول‌های لنفوسیت T است که گیرنده CD4 دارند. بنابراین شمارش سلول‌های ایمنی با گیرنده CD4 در گردش خون یک ابزار سنجش مقدار آسیب اچ.آی.وی. به دستگاه ایمنی است.

بیشتر مبتلایان دچار کاهش تدریجی تعداد سلول‌های ایمنی CD4+ می‌شوند و زمانی که بیمار تحت درمان نباشد علائم بالینی خاصی بروز می‌کند و سرانجام ایدز فرا می‌رسد. با توجه به تعداد سلول‌های ایمنی CD4+ پزشک می‌تواند ارزیابی بالینی و برنامه‌ریزی درمانی بهتری را داشته باشد.

میزان سلول‌های ایمنی CD4+ بالای ۵۰۰ معمولاً طبیعی و در مقابل آن میزان سلول‌های ایمنی CD4+ کمتر از ۲۰۰ ورود به مرحله ایدز تشخیص داده می‌شود.

مطالعات پیش از کشف درمان ضد رتروویروسی خیلی فعال (هارت)^۴ نشان می‌دهد که نزدیک به نیمی از بالغین آلوده به این ویروس در مدت ده سال از شروع آلودگی به مرحله ایدز خواهند رسید. از میان بیماران مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. در سال ۲۰۰۳ سی‌ونه درصد در مدت دوازده ماه پس از تشخیص عفونت به مرحله ایدز رسیدند. ناخوشی و مرگ و میر

4. Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)

ناشي از عفونت اچ.آي.وي. در نتیجه استفاده از درمان ضد رتروویروسي خیلی فعال کاهش معناداري یافته است. هر چند شمار کمی از دریافت‌کنندگان درمان ضد ویروس دچار عوارض دارویی یا عدم بهبود وضعیت جسمی‌روحي شده‌اند، که در بیشتر موارد به دلیل مقاومت ویروس به داروهای درمانی هارت بوده است.

عوامل رژیم ضد رتروویروس

در ابتدای کشف ایدز در اوایل دهه ۱۹۸۰ هیچ درمان مؤثري برای نقص ایمنی زمینه‌ساز یا عفونت‌های فرصت‌طلب ناشی از ویروس وجود نداشت و بیماران تنها چند سال زنده می‌ماندند. با گذشت حدود سی سال از شیوع این بیماری، هنوز هم درمان قطعی برای آن وجود ندارد، اما پیشرفت‌های درمانی ناشی از ساخت داروهای ضد رتروویروس باعث گردیده که به دلیل کاهش روند رشد و تکثیر ویروس در بدن، عمر بیماران بیشتر و کیفیت زندگی آنان بهتر شود.

رژیم‌های درمانی

اندازه‌گیری شمار سلول‌های CD4+ یک روش تشخیص آزمایشگاهی و بهترین نشانگر وضعیت ایمنی فرد مبتلا به عفونت اچ.آي.وي. است. بیمارانی که تعداد سلول‌های CD4+ آنها کمتر از ۲۰۰ عدد در میکرولیتر است به شدت در خطر ابتلا به ذات‌الریه هستند، و در بیماران با تعداد سلول‌های CD4+ کمتر از ۵۰ عدد خطر عفونت با ویروس‌های مهاجم به مغز و اعصاب افزایش پیدا می‌کند. در بیماران مبتلا به عفونت اچ.آي.وي. باید تعداد سلول‌های CD4+ را در هنگام تشخیص و سپس هر سه تا شش ماه اندازه‌گیری کرد. اگر معلوم شود که تعداد این سلول‌ها رو به کاهش است باید آنها را در فواصل کوتاه‌تری اندازه گرفت. بر اساس

بیشتر دستورالعمل‌ها کاهش تعداد سلول‌های CD4+ به کمتر از ۳۵۰ عدد در میکرولیتر، مجوزی برای شروع درمان ضد رتروویروسی است. بیماران باید بدانند که ویروس در تمام مراحل عفونت اچ.آی.وی. حضور دارد و قابل انتقال است. بنابراین لازم است درباره رفتارهای جنسی و استفاده مشترک از سوزن‌های تزریق و سایر راه‌های انتقال ویروس اطلاعات کافی داشته باشند و نکات بهداشتی را رعایت کنند.

درمان دارویی می‌تواند پیشرفت بیماری در فرد مبتلا به ویروس را کند کند ولی این بیماران با اینکه داروی ضد ویروس دریافت می‌کنند می‌توانند ناقل ویروس به دیگران باشند.

در زمینه درمان مبتلایان به عفونت اچ.آی.وی. پیشرفت‌های بزرگی حاصل شده است. استفاده مناسب از درمان چنددارویی ضد رتروویروس برای زندگی طولانی و سالم علی‌رغم وجود عفونت اچ.آی.وی. اهمیت بسیار بالایی دارد.

سه گروه از داروهای ضد رتروویروس را اداره دارو و غذای آمریکا تأیید کرده است. این داروها با جلوگیری از تولید و تکثیر ویروس، پیشرفت بیماری را متوقف و میزان عفونت‌های فرصت‌طلب را کاهش می‌دهند. بنابراین، مرگ‌های ناشی از ایدز در دنیا پس از درمان دارویی کاهش یافته است.

استفاده از چند داروی ضد اچ.آی.وی. باعث سرکوب اچ.آی.وی.، افزایش طول عمر و همچنین بالا رفتن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به این عفونت می‌شود. استفاده از چند داروی ضد اچ.آی.وی. برتری‌های بسیار زیادی نسبت به

درمان با استفاده از یک دارو دارد که این برتری‌ها شامل مقدار مصرف پایین‌تر، کاهش سمیت، مقاوم نشدن ویروس نسبت به داروها و هدف قرار دادن قسمت‌های مختلف ویروس است. اکنون در ایران برای درمان ایدز، پس از شناسایی بیماران، از سه نوع داروی ضد ویروس استفاده می‌شود.

موانع درمان

موانع موفقیت رژیم درمانی اهمیت بسیاری دارند. این موانع متعدد و ناشی از پیچیدگی رژیم‌های درمانی، تحمل دارویی، طبیعت درمان طولانی، عوارض جانبی و هزینه‌ها هستند. رژیم‌های درمانی ایدز بسیار پیچیده‌اند، چنان‌که بعضی از بیماران در روز تا بیست عدد قرص دریافت می‌کنند و این باعث سنگینی بار دارویی بر بیمار می‌شود. اگر بیمار از مصرف داروهای تجویز شده خودداری کند یا طبق دستور پزشک آنها را مصرف نکند، ویروس‌ها نسبت به دارو مقاوم شده و اثرات دارو بر بیماری تضعیف می‌گردد. در صورتی که این ویروس‌های مقاوم به دیگران منتقل شوند درمان ضد ویروسی در بیماران جدید با شکست مواجه خواهد شد.

بنابراین، یکی از اصول مهم در مورد پاسخ به درمان دارویی ضد اچ.آی.وی.، مصرف به-موقع و مداوم دارو و در کل رعایت اصل پایبندی به درمان است.

اثرات جانبی داروهای ضد ویروس می‌تواند بسیار شدید باشد و در بعضی موارد زندگی بیمار را به خطر بیاندازد. بنابراین، پایش دقیق رژیم‌های درمانی و اثرات جانبی آنها بسیار مهم و ضروری است. در میان شایع‌ترین عوارض جانبی، مشکلات کبدی، دیابت، مشکلات گوارشی، ضایعات پوستی و اختلال چربی خون به

چشم می‌خورد. بهتر است پس از شروع درمان دارویی بیماران تا چند ماه تحت نظر قرار گیرند.

بیماری‌های همراه و استفاده از ترکیب‌های دارویی مختلف ممکن است باعث افزایش عوارض جانبی گردد (تداخل‌های دارویی). همچنین هزینه‌های درمان می‌تواند مانع بزرگی بر سر راه درمان موفقیت‌آمیز باشد. خوشبختانه این موضوع در ایران مطرح نیست و داروها در تمامی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری تحت نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی به رایگان در اختیار بیماران قرار می‌گیرد.

پای‌بندی به درمان تعریف و اهمیت

معرفی درمان ضد رتروویروسی باعث کاهش چشمگیر بروز بیماری‌ها و مرگ و میر همراه با اچ.آی.وی. شده است. این موفقیت در معتادان تزریقی به دلیل پای‌بندی کمتر به داروهای ضد رتروویروس و مصرف همزمان مواد مخدر کمتر حاصل شده اما در گروه‌های دیگر تأثیر بسیاری در بهبود زندگی بیماران داشته است.

درمان ضد رتروویروسی خیلی فعال (هارت) عبارت است از مصرف سه یا چند داروی ضد رتروویروس. این روش درمانی فعلی در کشور ایران است.

هدف از درمان ضد رتروویروسی پیشگیری از پیشرفت بیماری، بهبود کیفیت زندگی و طولانی کردن آن است. کلید موفقیت آن خواست و اراده افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. در پای‌بندی به رژیم‌های ضد رتروویروسی ترکیبی است.

فواید درمان ضد رتروویروسی در مهار بیماری ایدز اثبات شده و احساس ناخوشی و

شیوع مرگ و میر در افراد آلوده به اچ.آی.وی. کاهش یافته است. البته زمان مناسب و دقیق برای آغاز درمان ضد رتروویروسی مشخص نیست و توصیه‌ها در این مورد متفاوت است.

متأسفانه، پای‌بندی ضعیف به درمان و وقفه‌های درمانی زیاد دیده می‌شود و این مسئله با افزایش علائم بیماری، پیشرفت بیماری و افزایش مرگ و میر همراه است. میزان و امکان پای‌بندی بیمار به رعایت رژیم درمانی باید در تصمیم‌گیری برای آغاز درمان ضد رتروویروسی توسط پزشک معالج در نظر گرفته شود.

بیشتر مطالعات پای‌بندی به درمان ضد رتروویروسی را به صورت مصرف نودوپنج درصد یا بیشتر از داروهای تجویز شده تعریف می‌کنند. بنابراین، پای‌بندی ناقص کمتر از نودوپنج درصد است. میزان پای‌بندی بیش از نودوپنج درصد برای جلوگیری از مقاوم شدن ویروس و مهار آن ضروری است.

در کنار پای‌بندی به مصرف دارو، زمان مصرف داروها و رعایت دستورات غذایی همراه با داروهای ضد ویروس نیز بسیار اهمیت دارد و بیمار باید به آن توجه کامل و دقیق داشته باشد.

پای‌بندی به درمان ضد رتروویروسی بر عملکرد دستگاه ایمنی، جلوگیری از پیشرفت بیماری، بهبود کیفیت زندگی و طول عمر تأثیر می‌گذارد. پای‌بندی ضعیف به درمان نه تنها منجر به کاهش اثرات درمان می‌شود بلکه می‌تواند سلامتی بیمار را از طریق پیدایش ویروس‌های مقاوم به چند دارو تهدید نماید. این ویروس‌های مقاوم می‌توانند از فردی به فرد دیگر منتقل شوند و علاوه بر آن،

انتخاب‌های درمانی برای بیماران را محدود نمایند.

سطوح بالای پای‌بندی به درمان در بیماران اچ.آی.وی. مثبت موجب کندي پیشرفت ایدز می‌شود. در واقع سطوح بالای پای‌بندی حتی در حضور ویروس مقاوم به دارو فواید بالینی بیشتری نسبت به سطوح پایین پای‌بندی یا عدم درمان فراهم می‌نماید.

بعضی مطالعات نشان می‌دهد که بین میزان پای‌بندی و تعداد ویروس ارتباط منطقی وجود دارد و با کاهش پای‌بندی تعداد ویروس افزایش می‌یابد.

عوامل مؤثر در پای‌بندی به درمان

موانع مهم در پای‌بندی به درمان ضد رتروویروسی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال-توسعه عبارتند از فراموشی، درک ناقص از فواید درمانی دارو، شدت عوارض جانبی و پیچیدگی رژیم‌های دارویی.

بیماری‌های مغزی و اعصاب و روان، ارتباط نزدیکی با عفونت اچ.آی.وی. دارند و با ورود فرد به مرحله ایدز تشدید می‌شوند.

اختلالات شناختی، شخصیتی و عواملی مانند مصرف مواد مخدر بر رفتارهای فردی تأثیر می‌گذارند و افراد را به انجام رفتارهای پرخطر وادار می‌کنند که منجر به انتقال ویروس و ابتلای آنان می‌شود. از طرف دیگر، خود عفونت اچ.آی.وی. و ابتلا به ایدز وضعیتی خاص در افراد به وجود می‌آورد که شیوع اختلالات روانی را در پی دارد. یکی از عوارض مهم اختلالات روانی و خلقی، عدم پای‌بندی به درمان و مصرف داروهاست.

در افراد جوان‌تر (کمتر از سی‌وپنج سال)، مؤنث، معتاد، تحت درمان با متادون، مصرف-

6. Viral load

کننده الکل، افسرده و زیر فشار روانی، تحت درمان روانپزشکی، دارای وضعیت بد خانوادگی و کمبود حمایت اجتماعی، دارای سطوح پایین تحصیلات، بیکار، دچار عوارض جانبی داروهای ضد رتروویروسی و شرح حال قبلی از کنار گذاشتن عمدی درمان، میزان پایبندی کمتر است.

نوع رژیم دارویی ضد رتروویروسی با عوارض جانبی داروها ارتباط دارد. عوارض جانبی داروها در بیمارانی که داروهای ضد رتروویروسی مصرف می‌کنند شایع است، اما در بیشتر افراد این عوارض با گذشت زمان یا با درمان علامتی، بهبود می‌یابد. اسهال و اختلالات گوارشی شایع‌ترین عوارض جانبی داروهای ضد رتروویروس است که در بیشتر موارد با گذشت زمان و رعایت توصیه‌های غذایی پزشک معالج، کاهش یافته یا از بین می‌روند.

زنان با میزان پایبندی کمتر، اغلب بیماری‌های همراه روانپزشکی دارند و عوارض جانبی داروها در آنها بیشتر است. همچنین زنان باردار اچ.آی.وی. مثبت نسبت به زنان غیرباردار، به درمان پایبندی بیشتری دارند.

گزارش‌ها نشان می‌دهند افرادی که در فقر به سر می‌برند پایبندی کمتر از حد مطلوب دارند (بین پنجاه و شش تا شصت و هفت درصد). این اطلاعات ممکن است چنین تفسیر شود که فقر یک عامل تضعیف‌کننده پایبندی است و اشخاصی که در نهایت فقر زندگی می‌کنند سطوح پایین‌تری از پایبندی به درمان دارند. عوامل کاهش پایبندی در میان اشخاص فقیر عبارتند از ارتباط ضعیف بین پزشک و بیمار، افسردگی و مصرف مواد مخدر. خود فقر تنها

عامل تعیین‌کننده نیست و عوامل مهم دیگری نیز دخالت دارند.

مهم‌ترین و شایع‌ترین عواملی که میزان پایبندی را در آفریقا کاهش می‌دهند عبارتند از هزینه‌ها، اطلاع نداشتن همسر و خانواده بیمار از اچ.آی.وی. مثبت بودن فرد، ترس از انگ زدن^۷، مصرف الکل و وجود مشکلات در پیگیری رژیم‌های دارویی پیچیده.

مطالعات نشان می‌دهند که بیشتر بیمارانی که تحت درمان ضد رتروویروسی قرار می‌گیرند ابتلای به عفونت اچ.آی.وی. را به خانواده یا دوستان اطلاع می‌دهند. افرادی که این مسئله را مخفی می‌کنند موارد قطع متعدد درمان دارند، زیرا باید داروها را به صورت پنهانی مصرف کرده و در حضور دیگران از مصرف آنها پرهیز نمایند. انجام مشاوره، تشویق بیماران به بیان داوطلبانه اچ.آی.وی. مثبت بودن خود به دیگران و دسترسی به درمان ضد رتروویروسی به کاهش انگ زدن به افراد و افزایش پایبندی به درمان منجر خواهد شد.

در صورت دسترسی رایگان به درمان، وضعیت اقتصادی بر پایبندی اثری ندارد و نباید به عنوان محدودیت دستیابی به داروهای ضد رتروویروسی در نظر گرفته شود. پرداخت هزینه برای داروهای ضد رتروویروسی می‌تواند مانع مهمی در حفظ پایبندی به درمان باشد. یافته‌ها نشان می‌دهند که بیماران فقیر در صورتی می‌توانند نتایج درمانی موفقیت‌آمیز داشته باشند که موانع مالی برای درمان از میان برداشته شوند. خوشبختانه در کشور ایران به دلیل رایگان بودن درمان دارویی مانع اقتصادی مطرح نیست.

7. Stigma

موضوع مهم دیگر، عدم انحراف از رژیم دارویی، یعنی مصرف صحیح و به‌موقع داروهاست. دلایل انحراف از رژیم دارویی عبارتند از فراموشی (شایع‌ترین علت)، عدم امکان توجه همزمان به مصرف دارو و فعالیت‌هایی که در آن زمان خاص انجام می‌شود، احساس بیمار بودن یا ناخوشی، داشتن تغییرات در برنامه روزانه، و در دسترس نبودن داروها در زمان معین برای مصرف. بنابراین، فقط مصرف دارو مهم نیست بلکه بیماران باید دارو را به‌موقع مصرف نمایند و به دستورات دارویی پزشک نیز توجه داشته باشند.

چون پای‌بندی با توانایی و اراده افراد اچ.آی.وی. مثبت برای مصرف صحیح رژیم‌های ضد رتروویروسی ترکیبی ارتباط دارد، بی‌گمان عوامل اجتماعی و روانی در پای‌بندی به درمان مؤثرند.

بیشترین میزان پای‌بندی در افراد سی‌و‌دو تا سی‌وپنج سال دیده می‌شود. در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر میزان پای‌بندی ضعیف است. افراد با سطح پایین تحصیلات، پای‌بندی ضعیف دارند، در حالی که افراد با تحصیلات دانشگاهی پای‌بندی مطلوبی نشان می‌دهند. در افراد شاغل پای‌بندی بهتر از بیکاران گزارش شده و نیز احساس حمایت اجتماعی مناسب، پای‌بندی بهتر را به همراه دارد. ارتباط سازنده بین پزشکان و بیماران اچ.آی.وی. مثبت برای موفقیت درمانی مهم است.

اعتماد، توجه و مراقبت، عوامل مهم ارتباط بین پزشک و بیمار به شمار می‌روند و بیماران باید با پزشک خود ارتباط منظم داشته و اطلاعات مربوط به پای‌بندی به درمان و مشکلات خود را به‌درستی مطرح کنند.

افراد فاقد افسردگی و برخوردار از حمایت اجتماعی مناسب، در مقایسه با افراد افسرده و با حمایت اجتماعی اندک، پایبندی بهتری دارند. پایبندی در افرادی که افسرده نیستند اما حمایت اجتماعی ندارند نیز پایین است. حمایت اجتماعی باعث بهبود میزان پایبندی در افراد افسرده نمی‌شود، بلکه باعث افزایش میزان آن در افراد فاقد افسردگی است. افراد افسرده انگیزه کمتری برای مصرف داروهایشان دارند.

باورمندی، اعتماد به داروهای ضد رتروویروس و امید به مؤثر بودن درمان، باعث پایبندی بیشتر در بیماران می‌شود.

بسیاری از عوامل دیگر مانند موجود نبودن داروی ضد رتروویروسی در داروخانه، ترس از عوارض جانبی داروها، مسافرت یا خستگی، دسترسی نداشتن به پزشک مسئول بیمار، عدم تعهد رسمی طولانی‌مدت بیمار در پایبندی به درمان، مصرف سیگار، مصرف الکل و مصرف مواد مخدر، همگی بر قطع درمان و مصرف نکردن داروها مؤثرند.

راهبردهایی برای بهبود پایبندی به درمان
برخی از راهبردهای مؤثر در حفظ و افزایش پایبندی به درمان عبارتند از:

- برای دستیابی به حداکثر اثر پایبندی به درمان، خود بیماران باید انگیزه مصرف دارو و شروع درمان را داشته باشند تا بتوانند داروهای ضد رتروویروس را مطابق دستور پزشک مصرف نمایند. برای مثال، پزشکان سعی می‌کنند با شنیدن حرف‌های بیماران و پاسخ به پرسش‌های آنها انگیزه مصرف دارو را افزایش دهند.
- ابتلا به افسردگی از علل کاهش انگیزه در درمان محسوب می‌شود. با اینکه افسردگی

در بیماران اچ.آی.وی. مثبت شایع است ولی کمتر تشخیص داده می‌شود. یافته‌های مربوط به نقش افسردگی در تسریع پیشرفت عفونت اچ.آی.وی. ضد و نقیض است، اما به نظر می‌رسد افسردگی همراه با کاهش پای‌بندی به درمان باعث پیشرفت بیماری و کاهش طول عمر شود.

- کاهش تعداد قرص‌ها و دوزهای روزانه می‌تواند میزان پای‌بندی را بیشتر کند. تلاش برای ساده نمودن رژیم‌ها برای بهبود پای‌بندی به درمان همچنان ادامه دارد. هدف این پژوهش‌ها ایجاد رژیم‌هایی با دوز یک بار در روز است. مطالعات و تحقیقات نشان می‌دهند که هم‌اکنون بهترین رژیم درمانی در سراسر دنیا و کشور ایران، درمان چند دارویی است.

- آمادگی برای ادامه درمان ضد رتروویروسی، باورمندی به درمان به عنوان راه درست زندگی، حفظ پای‌بندی صد درصد به درمان با تقویت اراده و میل به زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر، ارتباط مداوم و مطلوب با پزشک، سازگاری بیشتر با عوارض، انگیزه ادامه پای‌بندی صد درصد را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، پای‌بندی به درمان وضعیت جسمی را بهبود و تعداد سلول‌های CD4+ را افزایش می‌دهد. بدین ترتیب، داشتن انگیزه درمان، پای‌بندی به درمان و بهبود وضعیت سلامت فرد مانند حلقه‌های یک زنجیر به هم متصل و وابسته‌اند.

- مراجعه منظم بیماران به مراکز بهداشتی درمانی در زمان‌های تعیین شده توسط پزشک معالج و برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی و حمایتی، می‌تواند پای‌بندی به درمان را بیشتر کند.

- ترک مصرف مواد مخدر و الکل نیز از راه- های دیگر افزایش پایبندی به درمان است.

باورهای بهداشتی

افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. که باور دارند می‌توانند نحوه مصرف داروهای خود را مدیریت کنند پایبندی بهتری به درمان دارند. باورهای نادرستی مانند «این بیماری پیشرفت نمی‌کند» یا اینکه «این داروها قادر به مهار ویروس نیستند»، عدم پایبندی به درمان را در پی دارند.

برخی باورهای منفی مانند ترس از دیده شدن توسط افراد دیگر در هنگام مصرف دارو، طرد از جامعه، از دست دادن شغل، و عوارض جانبی مصرف دارو، پایبندی به درمان را کاهش می‌دهند.

حمایت اجتماعی

نشان داده شده است که حمایت اجتماعی اثرات مثبتی بر پایبندی به درمان دارد. برای مثال، حمایت اجتماعی، اثر مثبت بر کاهش افسردگی و بهبود روابط عاطفی دارد و در مقابل، داشتن مشکلات اجتماعی پایبندی به درمان را کاهش می‌دهد.

علاوه بر اثرات جسمانی پایبندی به درمان در بیماران، مسائل روحی‌روانی نیز تأثیر به- سزایی بر وضعیت بیمار دارند.

آنگ^۸

افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. مشکلات روحی بسیاری دارند که شایع‌ترین آنها افسردگی و اضطراب است. بخش بزرگی از این مشکلات ناشی از آنگ و تبعیض موجود در جامعه است. بسیاری از افراد مبتلا به این عفونت از جامعه طرد شده و ناگزیر از انزوا و گوشه-

8. Stigma

گيري ميشوند. همچنين به دليل آنگ و تبعيض، افراد داراي رفتارهاي پرخطر، هيچ گونه تمايلي به انجام آمايش داوطلبانه اچ.آي.وي. ندارند و به مراکز مربوط مراجعه نميکنند.

از آنجا که ابتلا به عفونت اچ.آي.وي. وابسته به رفتار فرد است و با برچسبهاي اجتماعي همچون همجنسگرايي، تزريق مواد مخدر و بي بندوباري جنسي درآميخته است، انگ شديدي به همراه دارد. همچنين عدم وجود درمان قطعي، قدرت انتقال بيماري و ترسي که در ديگران نسبت به فرد مبتلا ايجاد ميشود، اين عفونت را تبديل به يك انگ قوي ساخته است. انگ تلاشهاي منجر به پيشگيري از انتشار اين عفونت و درمان مؤثر آن را تحت تأثير قرار ميدهد. يکي از تظاهرات انگ، مقاومت مردان همجنسباز در بيان همجنسگراييشان است که باعث ميشود عفونت اچ.آي.وي. سريعتر پيشرفت کند.

از ابتدای پيدایش ايدز افراد مبتلا به عفونت اچ.آي.وي. انگ و تبعيضهاي بسياري را تجربه کرده اند. اين مسئله در افراي که با اچ.آي.وي. زندگي ميکنند به عنوان یک موضوع مهم در نظر گرفته ميشود. در مقايسه با دهه-هاي گذشته، پيشرفتهاي بيشتري در زمينه شناخت بيماري و روشهاي انتقال آن انجام گرفته ولي تلاش بسياري در زمينه کاهش اثرات برچسبزدن در اين افراد انجام نشده است.

احساس تبعيض درباره مبتليان به اچ.آي.وي. ناشي از عوامل مختلف، مانند عدم شناخت کافي نسبت به بيماري، عدم اطلاع رساني عمومي صحيح درباره بيماري، تصور غلط از شيوه هاي انتقال بيماري، دسترسي نداشتن به خدمات درماني، احساس علاج ناپذير بودن بيماري، و بالاخره ترس ناشي از موضوعات

حساس اجتماعی مثل روابط جنسی و مصرف مواد مخدر است.

احساس انگ حاصل از ابتلا می‌تواند تأثیر منفی و پایداری بر میزان رضایت از زندگی در مبتلایان بگذارد و باعث می‌شود افراد از زندگی ناراضی بوده و از آن لذت نبرند، فعالیت‌ها و ارتباط‌های اجتماعی خود را از دست داده و سرانجام برداشت خوبی از وضعیت سلامت خود نداشته باشند.

انگ و برجسب همچنین مانعی در استفاده و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی‌درمانی، انجام آزمایش‌های داوطلبانه و مراجعه داوطلبانه برای انجام مشاوره به شمار می‌رود.

بدین ترتیب مسئولان و سیاست‌گذاران بهداشت و درمان معتقدند کاهش ترس و انگ‌های ناشی از اچ.آی.وی. می‌تواند عاملی اساسی و مؤثر در کاهش نرخ رشد همه‌گیری ایدز باشد.

انگ و برجسب بیرونی از سوی جامعه می‌تواند در مبتلایان به عفونت اچ.آی.وی. به واسطه برجسب‌گذاشتن تجسم و تفکر منفی از خود، احساس شرم و گناه مرتبط با اچ.آی.وی.، درونی‌سازی شود. البته انگ همیشه درونی‌شده نیست و بسیاری از افراد مبتلا تصور مثبتی از خود را در وجودشان زنده نگه می‌دارند.

احساس انگ با افزایش فشار روانی در فرد نیز ارتباط دارد. مطالعات نشان داده‌اند که احساس انگ ناشی از ابتلا، تمایل فرد به استفاده از خدمات مراقبت بهداشتی را کاهش داده که این امر ممکن است بر سلامت این گروه تأثیر منفی چشمگیری داشته باشد. بهداشت و سلامت روان نیز با احساس انگ و تبعیض ارتباط دارد، به گونه‌ای که احساس انگ با کاهش عزت و اعتماد به نفس، کاهش احساس مفید بودن و افزایش پریشانی‌های روانی در ارتباط است.

انگ‌ها، چه درونی (از طرف خود فرد) و چه بیرونی (از طرف جامعه)، نه تنها منجر به محرومیت‌های اجتماعی و تبعیض می‌گردند بلکه می‌توانند بر سلامت فردی و اجتماعی تأثیر منفی بگذارند. انگ و برچسب‌زدن با اکراه از انجام آزمایش‌های مربوط به ایدز و بیماری‌های آمیزشی، عدم مراجعه به‌موقع به مراکز مراقبت پزشکی مرتبط با اچ.آی.وی.، اکراه در فاش کردن وضعیت ابتلای خود به دیگران، استفاده نکردن از درمان‌های موجود، ادراک منفی از خود و کیفیت زندگی پایین ارتباط دارد. همچنین مطالعات در این حوزه نشان می‌دهد که برچسب‌زدن زیاد با افسردگی و کاهش عزت نفس نیز همراه است. میزان انگ در زنان بیشتر گزارش شده است و این زنان بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند.

انگ و تبعیض به عنوان موانع شناخته‌شده دسترسی به خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ.آی.وی. محسوب می‌گردند. البته نگرش مردم به مبتلایان بسیار بهتر شده است. در این مدت، رسانه‌ها فعالیت نسبتاً خوبی داشته‌اند ولی فعالیت آنها کافی نبوده و هنوز هم بسیاری از افراد جامعه بینش درستی درباره این بیماری ندارند. کاهش انگ و تبعیض در جامعه از اهداف طلایی و اولیة سیاست‌گذاری در زمینه اچ.آی.وی. است. خوشبختانه نگرش منفی به سرعت رنگ می‌بازد.

یک انگ شایع در مبتلایان به عفونت اچ.آی.وی. در ایران

به گفته رئیس اداره ایدز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یک انگ شایع در میان افراد مبتلا، تقسیم‌بندی افراد به دو گروه مثبت خوب و مثبت بد است. برای مثال، فردی که از طریق تزریق خون و فراورده‌های خونی

(مانند بیماران هموفیلی) مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. شده است، مثبت خوب محسوب می‌شود، در حالی که شخص مبتلا از طریق انتقال جنسی، مثبت بد تلقی می‌گردد. این انگ که از طرف خود افراد مبتلا رایج شده است، اثرات بسیار منفی در مراجعه آنها برای دریافت خدمات و مشاوره از مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و باشگاه‌های یاران مثبت خواهد داشت.

اختلالات روانی همراه

علاوه بر ارتباط اختلالات روانی با پای‌بندی به درمان، عفونت اچ.آی.وی. با تعدادی از اختلالات روحی‌روانی و روان‌پزشکی همراه است که بر بسیاری از جنبه‌های این بیماری اثر می‌گذارد.

اکثر افرادی که از یک بیماری مزمن مانند عفونت اچ.آی.وی. یا سرطان رنج می‌برند، طیفی از اختلالات روان‌پزشکی و روحی‌روانی دارند. بیماری‌های ایدز نوعی بیماری مزمن (طولانی‌مدت) به شمار می‌رود که خود این وضعیت موجب فشار روانی بر فرد مبتلا است. بدین ترتیب این بیماران هفت تا سیوهفت درصد بیشتر از جمعیت سالم در معرض ابتلا به اختلالات روحی‌روانی قرار دارند. تضعیف روحیه در اینان بسیار شایع است که می‌تواند منجر به بیماری‌هایی مانند افسردگی، اضطراب و اختلال خواب شود.

افراد مبتلا به اچ.آی.وی. از نظر احساسی می‌توانند دچار هر کدام از حالات خشم، ترس، احساس گناه، انکار بیماری یا انتقام شوند. بیماری روحی‌روانی می‌تواند به دلیل مشکلات و اختلالات ایجاد شده در اثر وضعیت خاص زندگی و مشکلات جسمی، اختلالات مغزی، مصرف مواد مخدر و محرک ایجاد شود.

علاوه بر خود ویروس نقص ایمنی که می‌تواند به بافت مغزی نخاعی آسیب مستقیم برساند، به دلیل اختلال در سیستم ایمنی و دفاعی بدن، بافت مغزی در معرض ابتلا به عفونت‌های فرصت-طلب از جمله سل و برخی عفونت‌های قارچی، قرار می‌گیرد. این عوامل بیماری‌زا باعث عفونت و التهاب بافت مغز (انسفالیت)، عفونت و التهاب پرده‌های اطراف مغز (مننژیت) و آسیب مغزی در زمینه سرطان می‌شوند.

اختلالات خلق و خوی و شخصیت نیز می‌تواند در زمینه آسیب مستقیم نواحی خاص مغز یا عوارض داروها ایجاد شود. در این باره عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر را نباید فراموش کرد.

اختلالات اضطرابی ممکن است به صورت ترس‌های مرضی، ترس از فضای باز و اختلال وسواسی بروز کنند. بروز اضطراب در مواردی که فرد ا.چ.آی.وی. مثبت با درگیری‌های خانوادگی، جابه‌جایی شغلی، بلاتکلیفی مالی و روند بیماری‌سر و کار دارد بیشتر است.

عوامل استرس‌زا مانند دریافت جواب آزمایش مثبت ا.چ.آی.وی.، شک و دودلی در شروع درمان و انجام آزمایش‌های متعدد احتمال بروز اختلالات روانی را افزایش می‌دهند.

ترک تحصیل، بیکاری، اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان، نگرش منفی جامعه، فشارهای روانی و آسیب‌های اجتماعی از مهم‌ترین معضلات افراد مبتلا به عفونت ا.چ.آی.وی. و از علل ایجاد افسردگی در این افراد است.

مواردی از بروز بیماری اسکیزوفرنی با شروع بیماری ایدز گزارش شده است. در مطالعه انجام شده در باشگاه یاران مثبت تهران (۱۳۸۸)، در میان مشکلات روانی، خانوادگی و اجتماعی، به ترتیب افسردگی،

درگیری با همسر و مشکلات مربوط به ازدواج (انتخاب همسر و پذیرفته شدن فرد) بیشترین میزان را داشته‌اند.

در تحقیقات انجام شده روی بیماران اچ.آی.وی. مثبت، میزان شیوع اختلالات روانپزشکی، به‌ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی، سوء مصرف مواد و اقدام به خودکشی بسیار بالا گزارش شده است.

بر اساس آمار منتشر شده در کتاب روانپزشکی آکسفورد، شیوع کلی اختلالات روانپزشکی هشتاد و دو و ششدهم درصد است. سایکوز (روان‌پریشی) غیرخلقی در هفده- و چهاردهم درصد، اختلالات دو قطبی در هفده- و چهاردهم درصد، افسردگی در ده و نه‌دهم درصد و افکار خودکشی در سیزده درصد موارد وجود دارد.

طبق گزارش‌های جهانی، زنان معتاد و مبتلا به ایدز کیفیت زندگی پایینی دارند. اختلالات روانی و کیفیت زندگی پایین در این زنان با فقر رابطه دارد.

در پی مصرف مواد مخدر، اختلالات عدم توانایی در قضاوت و تصمیم‌گیری و تحریک-پذیری بیش از حد در افراد بروز می‌کند و از آنجا که حدود هفتاد درصد افراد مبتلا به اچ.آی.وی. سوء مصرف مواد مخدر یا روان-گردان دارند، بیش از جمعیت سالم جامعه در معرض اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد قرار می‌گیرند.

موضوع اختلالات روانی در افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. بجز تأثیرپذیری از وضعیت روحی جسمی افراد، از عوامل محیطی اجتماعی نیز تأثیر می‌پذیرد که از این عوامل می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. **فقر و تنگدستی.** این بیماری بیشتر در جوامعی دیده می‌شود که از نظر اقتصادی

در سطح پایینی قرار دارند. برای مثال، آفریقا به عنوان قاره‌ای با کشورهای کم-درآمد بیشترین آمار ابتلا به عفونت اچ.آی.وی. در جهان را به خود اختصاص داده است. فقر عامل مهمی در بروز رفتارهای پرخطر است و خود این رفتارها هم از عوامل ایجاد آلودگی به اچ.آی.وی. به شمار می‌روند. فقر و تنگدستی همچنین از علل شایع بروز اختلالات خلقی و روحی در انسان است.

۲. بحران‌های ضد انسانی. شامل عوامل تهدیدکننده زندگی انسان، مانند کمبود آب، غذا، امنیت اجتماعی، دارو، خدمات بهداشتی و غیره است. برای مثال، تغذیه نامناسب در پیشرفت سیر بیماری ایدز نقش مهمی دارد و این موضوع با دسترسی نداشتن به موقع به دارو و خدمات بهداشتی تشدید می‌شود.

۳. انگ و تبعیض. به دلیل ارتباط نحوه ابتلا به عفونت اچ.آی.وی. و رفتارهای پرخطر که در بسیاری از جوامع غیراخلاقی محسوب می‌شوند، افراد مبتلا به اچ.آی.وی. همواره در معرض انگ و تبعیض اجتماعی قرار دارند. این موضوع باعث می‌شود این گروه از بیماران به عدم حضور در اجتماع و به اصطلاح به قرنطینه کردن خود بپردازند و بدین ترتیب از مراجعه به پزشک و مراکز بهداشتی‌درمانی خودداری کنند. در این مورد نقش اجتماع و اعتقادات جامعه بسیار مهم است. اگر روحیه انگ زدن و تبعیض بسیار قوی باشد، افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. حضور کمتری در جامعه خواهند داشت و در کنار آسیب شدید روحی و جسمی، احتمال پیشرفت

بیماری و انتقال به سایر افراد نیز بیشتر خواهد شد.

عفونت ا.چ.آی.وی. بر تمام جنبه‌های زندگی اعم از روانی، اجتماعی، جسمی و معنوی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند موجب ترس از زندگی با این عفونت شود. افراد خانواده نیز ممکن است تحت تأثیر این مشکل قرار بگیرند. ابتلا به این عفونت موجب از دست دادن موقعیت اجتماعی، اقتصادی، اشتغال و سکونت می‌شود. بنابراین، افراد مبتلا به عفونت ا.چ.آی.وی. بسیار آسیب‌پذیر و نیازمند حمایت‌های روحی و روانی مناسب از طرف خانواده و جامعه‌اند.

با توجه به این مسائل، موضوع پیشگیری در زمینه ابتلا به عفونت ا.چ.آی.وی. از اهمیت خاصی برخوردار است.

افسردگی^۹

شایع‌ترین اختلال روانی در مبتلایان به ایدز، افسردگی است. افسردگی در واقع مجموعه‌ای از اختلالات خلقی و جسمانی، همراه با کاهش توانایی و عملکرد فرد است. ابتلا به این اختلال با عوامل ژنتیکی و فشارهای روانی محیطی اجتماعی ارتباط دارد.

در مقایسه با جمعیت عادی که میزان افسردگی در آن پانزده درصد است، شیوع این اختلال در افراد مبتلا به عفونت ا.چ.آی.وی. بیست و دو تا چهل و پنج درصد است. مطالعات نشان می‌دهند که شیوع این اختلال در مبتلایان به ایدز نسبت به افراد سالم دو برابر است. همچنین احتمال ابتلا به افسردگی با افزایش مدت زمان سپری شده از ابتلا به عفونت ا.چ.آی.وی.، افزایش خواهد یافت.

9. Depression

میزان شیوع افسردگی در افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. ثابت نیست. در مردان همجنسگرا، مصرفکنندگان مواد مخدر و روان-گردان، و افراد با روابط اجتماعی پایینتر، میزان افسردگی بالاتر است.

احتمال بروز افسردگی در آغاز تشخیص و همچنین هنگام شروع علائم وابسته به عفونت بیشتر است. شروع علائم و پیشرفت بیماری، می-تواند منجر به افسردگی و اضطراب گردد که این اضطراب و افسردگی خود می-تواند منجر به پیشرفت بیماری زمینه‌ای یا همان عفونت اچ.آی.وی. گردد.

نگرانی درباره‌ی انگ بیماری و عدم حمایت اجتماعی از طرف خانواده و دوستان نیز منجر به پیشرفت بیماری و ابتلا به افسردگی می-شود. افسردگی معمولاً با احساس غم، کاهش علایق و لذتها، اختلال خواب، کاهش اشتها، کاهش میل جنسی، اختلال در حافظه و تمرکز همراه است.

افسردگی همراه با عفونت اچ.آی.وی. باعث می‌شود افراد کمتر داروی ضد ویروس را مصرف نمایند و تشخیص به دلیل بعضی از علائم مشترک بین عفونت اچ.آی.وی. و افسردگی (برای مثال درد، بی‌اشتهایی و خستگی) مشکل-تر خواهد شد. پایبندی به درمان در افراد افسرده کمتر است و علائم جسمانی وابسته به عفونت اچ.آی.وی. مانند شکم‌درد، درد اندام-ها و احساس ضعف و بی‌حالی بیشتر خواهد بود. افراد افسرده رفتارهای پرخطر بیشتری خواهند داشت و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. میزان مرگ و میر در زنان افسرده نسبت به افراد مبتلای غیرافسرده بالاتر است. بسیاری از افراد مبتلا به اچ.آی.وی. که دچار افسردگی شده‌اند، علایم شایع افسردگی را بروز نمی‌دهند و برخی علایم مانند (۱)

ناتوانی در تصمیم‌گیری، (۲) افکار و حرکات تکرارشونده و حس پرخاشگری و انتقام از دیگران، (۳) بی‌میلی به مصرف داروهای ضد ویروس، (۴) شکایات جسمی ناهماهنگ با معاینه بالینی و تشخیص پزشک، و (۵) ناتوانی یا بی‌میلی در انجام کارهای روزانه، می‌تواند نشانه ابتلا به افسردگی در این افراد باشد.

به افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. توصیه می‌شود در صورت بروز هر یک از این موارد، موضوع را با پزشک خود در میان بگذارند. افسردگی از آن دسته بیماری‌هایی است که به درمان خوب پاسخ داده و در صورت شروع درمان، سرعت پیشرفت بیماری زمینه‌ای (اچ.آی.وی.) کم می‌شود. بنابراین، درمان دارویی و روان‌درمانی در درمان افسردگی مبتلایان مؤثر است و به بهینه کردن نتایج پزشکی کمک می‌کند. در واقع، تشخیص زودهنگام و مداخله سریع پزشکی در بهبود و مهار افسردگی در افراد مبتلا نقش مهمی دارد.

اضطراب^{۱۰}

اضطراب شامل احساس ناخوشایند و دلواپسی است که می‌تواند با تعریق، تپش قلب، سردرد و احساس ناراحتی در قفسه سینه همراه باشد. اضطراب خفیف در کار، فعالیت اجتماعی و فردی، طبیعی است ولی اگر این اضطراب به اندازه‌ای باشد که فعالیت روزانه فرد را مختل کند، غیرطبیعی است و باید بررسی پزشکی شود.

اضطراب مانند افسردگی شایع نیست، ولی یک اختلال شایع در افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. به شمار می‌رود. اضطراب و احساس

10. Anxiety

دلوایسی در شمار زیادی از مبتلیان به افسردگی هم دیده می‌شود.

بیماران مبتلا به عفونت اچ.آی.وی.، در صورت انجام آزمایش تشخیصی و دریافت پاسخ مثبت نشان‌دهنده ابتلا به بیماری مزمن و طولانی‌مدت، ممکن است بلافاصله پس از دریافت پاسخ آزمایش دچار حمله اضطرابی حاد یا اختلال اضطرابی پس از آن شوند.

در حالت اختلال اضطرابی پس از حادثه^{۱۱} معمولاً فرد به دنبال قرار گرفتن در وضعیت مشابه تجربه بد قبلی دچار حمله اضطرابی و برانگیختگی عصبی می‌شود. برای مثال، فرد اچ.آی.وی. مثبت، با دیدن برگه آزمایش فردی دیگر یا مثبت شدن پاسخ آزمایش فردی آشنا ممکن است دچار حمله اضطرابی شود. از عوارض ابتلا به اختلال استرس پس از حادثه می‌توان به مصرف بیشتر مواد مخدر، پرهیز از مصرف دارو و غذا و داشتن رابطه جنسی محافظت‌نشده اشاره کرد.

میزان شیوع اختلال اضطرابی (یعنی دست کم شش ماه ابتلا به اختلال اضطرابی) در افراد مبتلا شانزده تا سی‌ودو درصد است. مانند افسردگی شانس رنج بردن از یک اختلال اضطرابی با زمان سپری شده از عفونت اچ.آی.وی. افزایش می‌یابد. شیوع اضطراب در افراد مبتلا ثابت نیست. بیشترین شیوع اضطراب در گروه‌های زیر دیده می‌شود:

۱. افرادی که تازه متوجه بیماری خود شده‌اند.

۲. افرادی که در آخرین آزمایش خود کاهش چشمگیر CD4 یا افزایش بیش از حد میزان ویروس داشته‌اند.

۳. مصرف‌کنندگان مواد مخدر و روان‌گردان.

11. Post-traumatic stress disorder (PTSD)

۴. افرادی که وارد مرحله ایدز می‌شوند.
۵. مردان همجنس‌گرا و دوجنس‌گرا.
اضطراب درمان‌پذیر است و با گروه درمانی، مشاوره روان‌شناسی، درمان‌های کاهش استرس بر اساس رفتار، و شناخت‌درمانی کاهش می‌یابد.
وسواس نیز جزء اختلالات اضطرابی و شامل افکار و عمل تکرارشونده، مزاحم و غیرمنطقی است. فرد مبتلا از غیرمنطقی‌بودن فکر و عمل خود مطلع است. در افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی.، وسواس ممکن است به دنبال استرس و اضطراب ناشی از ابتلا به بیماری عفونی ایجاد شود. وسواس با دارو و مشاوره روان‌شناسی درمان می‌شود.

اختلال دوقطبی^{۱۲}

تشخیص و درمان افراد مبتلا به بیماری دوقطبی بسیار دشوار است و عدم درمان نیز احتمال انتقال ویروس و پیشرفت بیماری را افزایش می‌دهد.
اختلال دوقطبی با افزایش خلق و خو و تحریک‌پذیری همراه است که می‌تواند همزمان با افسردگی نیز وجود داشته باشد. تشخیص ابتلا به اختلال دوقطبی نیازمند مداخله سریع پزشکی و حتی بستری شدن بیمار است زیرا در این بیماری فرد دچار افزایش انرژی، افزایش فعالیت حرکتی‌روانی و افزایش امیال جنسی شده و امکان مصرف مواد مخدر و روان‌گردان در او بیشتر می‌شود و احتمال انجام رفتارهای پرخطر منجر به انتقال عفونت اچ.آی.وی.، افزایش می‌یابد. ژنتیک، مصرف مواد مخدر و روان‌گردان از عوامل مهم ابتلا به این بیماری هستند. از علایم اختلال دوقطبی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

12. Bipolar mood disorder

- تحریک‌پذیری بیش از حد
- بی‌خوابی و کم‌خوابی
- بی‌اشتهایی یا پراشتهایی
- حرف زدن بیش از حد
- تشدید تمایل به روابط جنسی

در بیماران مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. اولین علامت اختلال دوقطبی، بی‌خوابی و کمبود انرژی است. بنابراین، در معاینه بیماران شکایت از بی‌خوابی و کمبود توان و انرژی مهم است. در این مواقع، در صورت شک و تردید، بهتر است از مشاوره متخصص روان‌پزشکی استفاده شود.

اختلالات وابسته به مواد مخدر

عوامل فرهنگی، اجتماعی، روان‌شناختی و ژنتیکی در وابستگی به مواد مخدر نقش دارند. برخی ویژگی‌های شخصیتی مانند پرخاشگری، انعطاف‌ناپذیری، و کمی اعتماد به نفس، فرد را مستعد وابستگی به مواد مخدر می‌کنند.

مرگ و میر ناشی از مصرف زیاد مواد مخدر، تصادفات و خودکشی، انتقال بیماری‌های عفونی (مانند هپاتیت‌ها و ایدز)، سوء مصرف مواد مخدر را تبدیل به یک معضل بهداشتی کرده است.

مصرف مواد مخدر باعث بروز رفتارهای غیرمنطقی و اختلالات رفتاری روانی مانند احساس بی‌حالی پی‌درپی، بی‌احساسی به همراه بی‌میلی، کندي حرکتی، اختلال در قضاوت، نداشتن انگیزه، اختلال شغلی، اختلال فعالیت اجتماعی، اختلال تکلم، خواب‌آلودگی و اختلال حافظه می‌شود.

در بیماران مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. مصرف مواد مخدر کاهش پای‌بندی به درمان را

در پی دارد. این موضوع نه تنها سبب پیشرفت بیماری، بلکه موجب آسان شدن انتقال عفونت به سایرین می‌شود.

وابستگی به مواد مخدر باعث بروز بسیاری از اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی است.

اختلالات شناختی

اختلالات شناختی علایم مختلفی مانند اختلال هوشیاری، اختلال حافظه، تکلم، آگاهی نسبت به محیط اطراف، اختلال در قضاوت و اختلال در یادگیری مباحث جدید دارد.

شواهد نشان می‌دهند که اختلالات شناختی ناشی از عفونت اچ.آی.وی. در بیماران وجود دارد. بسیاری، اما نه همه مبتلایان، با پیشرفت بیماری دچار درجاتی از کاهش عملکرد مغز می‌شوند و اختلالات شناختی پیشرفته در مراحل دیرتر بیماری پدیدار می‌گردند.

به نظر می‌رسد که بین عفونت اچ.آی.وی. و کاهش شناخت ارتباط وجود دارد و نقص در دستگاه ایمنی بدن از علل این اختلال است. کاهش شناخت با پاسخ موفقیت‌آمیز به درمان هارت برطرف می‌شود و چنین نقایصی بیشتر گذرا و ناپایدارند.

نقش مصرف الکل و داروهای مخدر و روان-گردان در ابتلا به این اختلال بسیار مهم است و استفاده از این مواد ابتلا به اختلالات شناختی و شدیدتر شدن آنها را در پی دارد. برای مثال، اعتیاد به مصرف الکل و مواد مخدر شایع‌ترین علت ابتلا به فراموشی در اختلالات شناختی است.

در افراد با آگاهی و هوش بالاتر، احتمال ابتلا به اختلال شناختی کمتر است.

اختلالات شخصیت و سرشت

اختلالات شخصیت در افراد مبتلا و افراد دارای رفتارهای پرخطر نسبت به جمعیت عادی شایع‌تر است. از مشخصات شایع اختلالات شخصیتی در گروه مبتلا به عفونت اچ.آی.وی.، رفتارهای ضد اجتماعی و مغایر با قوانین جامعه است. همچنین احتمال انجام رفتارهای پرخطر در افراد دارای اختلال شخصیت بیشتر است. در افراد مبتلا به عفونت و دارای اختلال شخصیت در مقایسه با دیگران، احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب بیشتر است. برخی جنبه‌های اختلال شخصیت افراد را بیشتر مستعد عفونت اچ.آی.وی. می‌کند (برای مثال، ضعف مهارت‌های اجتماعی و کم‌توانی در مهار رفتارهای فردی) و این جنبه‌ها احتمال پای‌بندی کمتر به درمان و انتشار عفونت از طریق رفتارهای پرخطر را نیز بیشتر می‌نمایند. تحقیقات نشان می‌دهند که همراهی عفونت اچ.آی.وی. و اختلالات شخصیت، موجب مقاومت در برابر مصرف دارو و کاهش پای‌بندی به درمان می‌شود.

روان‌پریشی (سایکوز) ۱۳

افراد مبتلا به جنون یا سایکوز در درک واقعیت مشکل دارند و دچار توهم و هذیان می‌شوند در حالی که از این حالت بیمارگونه اطلاعی ندارند.

اختلال در فعالیت مغز، ژنتیک، حوادث تلخ و استرس‌آور در زندگی از علل ابتلا به این اختلال است.

شروع علائم جنون ممکن است همزمان با التهاب بافت مغز (آنسفالیت) ناشی از عفونت فرصت‌طلب یا آسیب مغزی باشد. جنون به میزان بیشتری در افراد مبتلا رخ می‌دهد. سوء مصرف

مواد مخدر و روان‌گردان در مبتلایان به جنون بسیار بالاست و حدود پنجاه درصد از افراد مبتلا به جنون، سابقه سوء مصرف مواد دارند. مهم‌ترین مواد مصرفی در این گروه الکل، مواد توهم‌زا و روان‌گردان است.

شیوع جنون در مبتلایان رو به افزایش است و به نظر می‌رسد که با پیشرفت بیماری ارتباط دارد. جنون باعث افزایش اختلالات رفتاری در این بیماران شده و احتمال انتقال عفونت اچ.آی.وی. را نیز افزایش می‌دهد. پای‌بندی به درمان در افراد اچ.آی.وی. مثبت مبتلا به جنون کاهش می‌یابد که خود این موضوع باعث پیشرفت بیماری می‌شود.

درمان این بیماری شامل مصرف داروهای ضد جنون و انجام مشاوره روان‌شناسی است. برخی از بیماران به دلیل داشتن رفتارهای خطرناک و پرخاشگری نیاز به بستری شدن دارند. این حالت بیشتر در افراد دچار سوء مصرف مواد مخدر و روان‌گردان دیده می‌شود.

اختلالات روانی در پی درمان با داروهای ضد رتروویروس

هنگام درمان با داروی ضد رتروویروس دو احتمال وجود دارد. یک گروه به درمان پاسخ می‌دهند، که ممکن است به دلیل مشاهده روند بهبود و افزایش سطح ایمنی خود، احساس امید و بهبود کامل کرده و دست به رفتارهای پرخطر بزنند و از ادامه درمان دست بکشند. در گروه دوم، پاسخی به درمان مشاهده نمی‌شود و بنابراین احتمال ابتلا به اضطراب و افسردگی افزایش یافته و گاه فکر خودکشی نیز قوت می‌گیرد.

بنابراین، بهتر است در هر دو حالت پاسخ یا عدم پاسخ به درمان، مشاوره روان‌پزشکی در نظر گرفته شود.

درمان اختلالات روانی

درمان بیماری‌ها و اختلالات روانی به دو گروه دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شود. اساس درمان دارویی، کاهش عوامل ترشحي مسبب بیماری در خون انسان است. برای مثال، در مبتلایان به اختلال اضطرابی، هنگام حمله با توجه به افزایش سطح خونی موادی که می‌توانند باعث افزایش ضربان قلب، فشار خون و میزان تنفس شوند، داروهای کاهنده فشار خون و تعداد ضربان قلب تجویز می‌شود. تشخیص و تجویز این دسته از داروها صرفاً به عهده پزشک متخصص است.

روش‌های درمان غیردارویی شامل خدمات روان‌درمانی و مداخله است که بیشتر به صورت گروهی و زیر نظر روان‌پزشکان و روان‌شناسان ارائه می‌شود.

در این قسمت به توضیح چند روش رایج درمان غیردارویی می‌پردازیم.

مداخله روان‌شناختی روشی است برای ایجاد تغییر در رفتار، افکار و احساسات. در این زمینه رسانه‌های گروهی، دوستان، معلمان و خانواده می‌توانند بسیار کمک کنند اما مداخله صحیح در واقع درمانی است که به صورت حرفه‌ای توسط روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی ارائه می‌شود.

روان‌درمانی نوعی درمان کلامی برای مشکلات هیجانی افراد است، تا الگوهای رفتاری غلط و مخرب فرد مبتلا به اختلال روانی تصحیح گردد یا حداقل کمتر شود و بدین ترتیب، زندگی فرد آسان‌تر و شادتر شود. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که فواید روان‌درمانی به تنهایی یا در ترکیب با دارودرمانی بسیار بیشتر از دارودرمانی تنها بوده است. عواملی مانند نقش فرد متخصص، تخلیه

هیجان‌ات، برقراری ارتباط مؤثر بین بیمار و درمانگر، اعتقاد درونی بیمار به روش درمان، هوش مراجعه‌کننده^{۱۴} در موفقیت و کارآمدی روش روان‌درمانی بسیار مؤثرند. فردی که روان‌درمانی می‌شود در واقع در پی محیط مناسبی است تا با آسودگی و احساس امنیت و رازداری به بیان مشکلات، خصوصی‌ترین رازها و سرخوردگی‌های زندگی خود بپردازد و درمانگر در این روش باید با برقراری ارتباط صحیح، بدون آنکه قضاوتی درباره‌ی وی داشته باشد، چنین محیطی را برای بیمار ایجاد کند.

در روان‌درمانی، فرد بیمار یا مراجعه‌کننده به آسانی باید بتواند احساس هیجان خود را تخلیه کند (برای مثال، گریه کند). تنها مورد استثناء خشم و احساس خشونت است که هدف روان‌درمانی در این مورد مهار عصبانیت است نه تخلیه آن.

در مراحل بعدی، اختلال رفتاری مانند اضطراب و تنش باید به تدریج کم شود و درمانگر باید با ایجاد قوت قلب و آرامش، به مراجعه‌کننده کمک کند.

سرانجام، هدف اصلی این روش ایجاد قابلیت و کارایی بیشتر انسان در مسیر زندگی و مواجهه با مشکلات است تا میزان رضایتمندی بیمار یا مراجعه‌کننده از زندگی افزایش یابد.

یکی از روش‌های کمک‌کننده به شناسایی بیماری و اختلال روانی، بررسی و تحلیل رفتاری توسط روان‌شناس یا مددکار است. متخصصین بیماری‌های روانی با روش‌های متداول

۱۴. البته نه به این معنی که افراد با ضریب هوشی پایین از این روش سود نمی‌برند بلکه منظور این است که میزان هوش فرد بر درمان تأثیر مثبت می‌گذارد.

مانند مصاحبه و مشاهده رفتاری به بررسی و تحلیل رفتار، افکار و هیجانات مراجعه‌کننده می‌پردازند. در این روش نیز روان‌شناس هیچ گونه قضاوتی درباره مراجعه‌کننده نخواهد داشت و هدف فقط شناسایی نحوه برخورد و رفتار افراد در مواجهه با موقعیت‌ها و هیجانات زندگی است تا با ارائه راهکار مناسب، باعث بروز رفتار و واکنش مناسب از جانب بیمار هنگام مواجهه با مشکلات شود.

روش‌هایی مانند **گروه‌درمانی، خانواده-درمانی و زوج‌درمانی** در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته‌اند.

در **گروه‌درمانی**، افرادی که مشکلات مشابهی مانند اضطراب و افسردگی دارند، در قالب یک گروه گرد هم آمده و از نظر رفتاری و شناختی، درمان می‌شوند. از معایب این روش مشکل هماهنگی و زمان است.

در **خانواده‌درمانی**، روان‌شناس، با آگاهی از این موضوع که درگیری یکی از افراد خانواده بر دیگران نیز تأثیر می‌گذارد، به بررسی و تحلیل کل خانواده می‌پردازد. در این روش سعی می‌شود تا با بهبود روابط درون خانه و خانواده، به مراجعه‌کننده یا بیمار کمک شود.

اساس **زوج‌درمانی** بر این است که ناراحتی و مشکلات زناشویی بر رفتار و نحوه بروز هیجانات تأثیر دارد، پس حل آنها در بهبود رفتار مبتلایان مؤثر خواهد بود.

تمام موارد ذکر شده در بهبود اختلالات روانی تأثیرگذارند. میزان تأثیر این روش‌های درمانی بستگی به تخصص و مهارت درمانگر و همکاری مراجعه‌کننده دارد.

برای دریافت این خدمات، همواره باید به مراکز مشاوره و متخصصین مراجعه شود.

پیشگیری و مداخله

افراد مبتلا به عفونت اچ.آی.وی. می‌توانند تصمیماتی در ارتباط با مصرف مواد مخدر و امور جنسی داشته باشند که می‌تواند دیگران را در معرض خطر ابتلا به این عفونت قرار دهد. رفتارهای کاهنده خطر به روش‌های مختلفی گفته می‌شود که می‌توانند امکان عفونت‌های منتقله از طریق جنسی و اچ.آی.وی. را کاهش دهند (برای مثال، رابطه جنسی ایمن). در پیشگیری، هدف اصلی حذف رفتارهای پرخطر (برای مثال، دوری گزیدن) و یا تشویق افراد به رفتارهای کاهش‌دهنده خطر (برای مثال، استفاده از کاندوم و استفاده از سرنگ استریل) است.

زمانی که افراد درباره رابطه جنسی ایمن و رفتارهایی که خطر انتقال از طریق تزریق مواد مخدر را کاهش می‌دهند اطلاعات کافی دارند و می‌پذیرند که می‌توانند تمایل به روابط جنسی و یا مصرف مواد مخدر و روان‌گردان را در خود مهار نمایند، قادر به اصلاح رفتارهایشان خواهند بود.

تعدادی از مطالعات ثابت کردند که تحت فشار بودن برای استفاده از کاندوم ارتباط مثبتی با استفاده از کاندوم در جمعیت‌های همجنس‌گرا و دیگر جنس‌گرا در میان نوجوانان و بالغین و در میان افراد سفیدپوست و سیاه‌پوست در آمریکا داشته است. این موضوع در مهار انتقال عفونت اچ.آی.وی. نقش مهمی دارد.

شناخت رفتارهای پرخطر جنسی، تزریق مواد مخدر و... که خطر ابتلا به عفونت اچ.آی.وی. را افزایش می‌دهند و احساس مسئولیت، در مهار شیوع این بیماری نقش مهمی دارد. افراد درگیر رفتارهای پرخطر ممکن است درک کنند یا نکنند که رفتارشان می‌تواند منبعی

برای انتقال عفونت ا.چ.آی.وی. باشد. اگر بدانند که رفتارشان غلط است ممکن است برای تغییر نوع رفتارشان تصمیم بگیرند و به روش صحیح عمل کنند.

ارائه برنامه‌های متمرکز بر تغییر رفتار افراد در مهار موفقیت‌آمیز انتقال و پیشرفت عفونت ا.چ.آی.وی. مهم‌اند. برای مثال، اثرات مثبت آموزش توسط گروه همسان و یا خود افراد ا.چ.آی.وی. مثبت به سایرین که رفتار پرخطر دارند (مانند افراد همجنس‌گرا) اثبات شده است و یا مداخله موفقیت‌آمیز مربوط به تزریق داروی مخدر با استفاده از سوزن‌های یک بار مصرف از طریق برنامه تعویض سرنگ که می‌تواند منجر به پیشگیری از انتقال ا.چ.آی.وی. شود، به اثبات رسیده است.

مداخلات روان‌درمانی در کاهش افسردگی، فشار روحی و افزایش عواملی همچون حمایت اجتماعی و پایبندی به درمان مؤثر بوده‌اند. مهار و کاهش فشار روحی روانی، در بهبود پایبندی به درمان از طریق تأثیر بر عواملی از قبیل خلق و رفتارهای پرخطر در فرد مبتلا به عفونت ا.چ.آی.وی.، اثرات ویژه‌ای داشته است. همچنین روش‌های کاهش فشار روانی، مانند آموزش آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی، بازسازی شناختی، و آموزش مهارت‌های ارتباطی بین دو نفر، باعث کاهش اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا با استفاده از کاهش فشار جسمانی، افزایش احساس تسلط بر خود و خودمؤثر بودن می‌شوند.

منابع (References)

1. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/index.htm> . Centers for Disease Control and Prevention, USA . Last Modified: May 20, 2011
2. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/general/index.htm> . Centers for Disease Control and Prevention, USA . Last Modified: May 20, 2011
3. Oxford Textbook of Psychopathology (Oxford Series in Clinical Psychology) . Paul H Blaney and Theodore Millon (2008)
4. Ajzen I, & Fishbein M (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood- Cliffs, NJ: Prentice Hall.
5. Altice FL, & Friedland GH (1998). The era of adherence to HIV therapy. *Annals of Internal Medicine*, 129, 503–504.
6. Altice FL, Mostashari F, & Friedland GH (2001). Trust and acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28, 47–58.
7. Anderson JR (2001). HIV and reproduction. In J. R. Anderson (Ed.), *A guide to the clinical care of women with HIV* (pp. 213–273). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.
8. Antoni MH (2003). Stress management and psychoneuroimmunology in HIV infection. *CNS Spectrums*, 8, 40–51.
9. Antoni MH, Baggett L, Ironson G, LaPerriere A, August S, Klimas N, et al. (1991). Cognitive behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 906–915.
10. Antoni MH, Cruess S, Lutgendorf S, Kumar M, Ironson G, Klimas N, et al. (2000). Cognitive-behavioral stress management intervention effects on anxiety, 24-hr urinary norepinephrine output, and T-cytotoxic/suppressor cells over time among symptomatic HIVinfected gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 31–45.
11. Avants SK, Margolin A, & Warburton LA (2001). Predictors of non-adherence to HIVrelated medication regimens during methadone stabilization. *American Journal of Addictions*, 10, 69–78.

12. Aversa SL, & Kimberlin C (1996). Psychosocial aspects of antiretroviral medication use among HIV patients. *Patient Education and Counseling*, 29, 207–219.
13. Bamberger JD, Unick J, Klein P, Fraser M, Chesney M, & Katz MH (2000). Helping the urban poor stay with antiretroviral HIV drug therapy. *American Journal of Public Health*, 90, 699–701.
14. Bandura A (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
15. Bangsberg DR, Moss AR, Deeks SG (2004). Paradoxes of adherence and drug resistance to HIV antiretroviral therapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 53, 696–699.
16. Bartlett JA (2002). Addressing the challenges of adherence. *Journal of AIDS*, 29, S2–S10.
17. Basso MR, & Bornstein RA (2000). Estimated premorbid intelligence mediates neurobehavioral change in individuals infected with HIV across 12 months. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 22(2), 208–219.
18. Bauer LO, & Shanley JD (2006). ASPD blunts the effects of HIV and antiretroviral treatment on event-related brain potentials. *Neuropsychobiology*, 53, 17–25.
19. Becker MH, Heafner DP, Kasl SV, Kirscht JP, Maiman LA, & Rosenstock IM (1977). 218 Common Disease States Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care*, 15(Suppl. 5), 27–46.
20. Berg MB, Mimiaga MJ, & Safren SA (2004). Mental health concerns of HIV-infected gay and bisexual men seeking mental health services: An observational study. *AIDS Patient Care and STDs*, 18, 635–643.
21. Bergey EJ, Cho MI, Hammarskjold ML, Rekosh D, Levine MJ, Blumberg BM, et al., (1993). Aggregation of human immunodeficiency virus type 1 by human salivary secretions. *Critical Review of Oral Biological Medicine*, 4, 467–474.
22. Berrios D, Hearst N, Coates T, Stall R, Hudes E, Turner H, Eversley R, & Catania J (1993). HIV antibody testing among those at risk for HIV infection: The National AIDS Behavior
23. Survey (NABS). *Journal of the American Medical Association*, 270, 1576–1580.
24. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. (2001). Psychiatric disorders and drug use

- among human immunodeficiency virusinfected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 721–728.
25. Bing EG, Kilbourne AM, Brooks RA, Lazarus EF, & Senak M (1999). Protease inhibitor use among a community sample of people with HIV disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 20, 474–480.
 26. Bottonari KA, Roberts JE, Ciesla JA, & Hewett RG (2005). Life stress and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive individuals: A preliminary investigation. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 719–727.
 27. Bouhnik AD, Chesney M, Carrieri P, Gallais H, Moreau J, Moatti JP, et al. (2002). Nonadherence among HIV-infected injecting drug users: The impact of social instability. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S149–S153.
 28. Bozzette SA, Joyce G, McCaffrey DF, Leibowitz AA, Morton SC, Berry SH, et al. (2001). Expenditures for care of HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 344, 817–823.
 29. Broadhead RS, Heckathorn DD, Altice FL, Hulst Y, van Carbone M, Friedland GH, et al. (2002). Increasing drug users' adherence to HIV treatment: Results of a peer-driven intervention feasibility study. *Social Science and Medicine*, 55, 235–246.
 30. Brody S (1995). Patients misrepresenting their risk factors of AIDS. *International Journal of STD & AIDS*, 6, 392–398.
 31. Caceres CF, & van Griensven G (1994). Male homosexual transmission of HIV-1. *AIDS*, 8, 1051–1061.
 32. Carey MP, Weinhardt LS, & Carey KB (1995). Prevalence of infection with HIV among the seriously mentally ill: Review of research and implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 262–268.
 33. Carrico AW, Antoni MH, Duran RE, Ironson G, Penedo F, Fletcher MA, et al. (2006). Reductions in depressed mood and denial coping during cognitive behavioral stress management with HIV-positive gay men treated with HAART. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, 1155–1164.
 34. Carrico AW, Antoni MH, Pereira DB, Fletcher MA, Klimas N, Lechner SC, et al. (2005). Cognitive behavioral stress management effects on mood, social support, and a marker of antiviral immunity are maintained up to 1 year in HIV-infected

- gay men. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 218–226.
35. Catania JC, Kegeles SM, & Coates TJ (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53–72.
 36. Catz SL, Kelly JA, Bogart LM, Bentsch EG, & McAuliffe TL (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19, 124–133. *HIV/AIDS* 219
 37. Centers for Disease Control and Prevention (1981). Pneumocystis pneumonia-Los Angeles. *MMWR*, 30, 250–252.
 38. Centers for Disease Control and Prevention (1986). Classification system for human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infections. *MMWR*, 35, 334.
 39. Centers for Disease Control and Prevention (1992). 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR*, 41, 961–962.
 40. Centers for Disease Control and Prevention (1999a). *Compendium of HIV prevention interventions with evidence of effectiveness*. Retrieved November, 1999, at
 41. <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/hivcompendium/hivcompendium.pdf> Centers for Disease Control and Prevention (1999b). Guidelines for national human immunodeficiency virus case surveillance, including monitoring for human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR*, 48, 1–28.
 42. Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *MMWR*, 1, 59–85.
 43. Centers for Disease Control and Prevention (2005). HIV/AIDS surveillance report: HIV infection and AIDS in the United States, 2004. *CDC*, 16, 1–46.
 44. Centers for Disease Control and Prevention (2006a). Cases of HIV infection and AIDS in the United States, by race/ethnicity, 2000–2004. *HIV/AIDS Surveillance Supplemental Report*, 12, 1–36.
 45. Centers for Disease Control and Prevention (2006b). Racial/ethnic disparities in diagnoses of HIV/AIDS. *MMWR*, 55, 121–125.

46. Chesney M (2003). Adherence to HAART regimens. *AIDS Patient Care and STDs*, 17, 169–177.
47. Chesney MA, Folkman S, & Chambers D (1996). Coping effectiveness training for men living with HIV: Preliminary findings. *International Journal of STD and AIDS*, 7 (Suppl. 2), 75–83.
48. Chesney MA, Morin M, & Sherr L (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science Medicine*, 50, 1599–1605.
49. Ciesla JA, & Roberts JE (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 725–730.
50. Coates T, & Collins C (1999). HIV prevention: We don't need to wait for a vaccine. In M. D. Glantz and C. R. Hartel (Eds.), *Drug abuse: Origins and interventions* (pp. 309–330). Washington, DC: American Psychological Association.
51. Cole SW, Kemeny ME, Taylor SE, Visscher BR, & Fahey JL (1996). Accelerated course of human immunodeficiency virus infection in gay men who conceal their homosexual identity. *Psychosomatic Medicine*, 58, 219–231.
52. Cook JA, Grey D, Burke J, Cohen MH, Gurtman AC, Richardson JL, et al. (2004). Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *American Journal of Public Health*, 94, 1133–1140.
53. Côté JK, & Pepler C (2005). Cognitive coping intervention for acutely ill HIV-positive men. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 321–326.
54. Cuffel BJ, Alford J, Fischer E, & Owen RR (1996). Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 653–659.
55. Cutrona CE, & Russell DW (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (pp. 37–67).
56. Delahanty DL, Bogart LM, & Figler JL (2004). Posttraumatic stress disorder symptoms, salivary cortisol, medication adherence, and CD4 levels in HIV-positive individuals. *AIDS Care*, 16, 247–260. 220
57. De Vincenzi I (1994). A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine*, 331, 341–346.

58. DiClemente CC (1993). Changing addictive behaviors: A process perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 101–105.
59. Downs AM, & De Vincenzi I (1996). Probability of heterosexual HIV transmission of HIV: Relationships to the number of unprotected sexual contacts. *Journal of AIDS and Human Retrovirology*, 11, 388–395.
60. Feinberg J, & Maenza J (2001). Primary medical care. In J. R. Anderson (Ed.), *A guide to the clinical care of women with HIV* (pp. 77–137). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.
61. Fellay J, Boubaker K, Ledergeber B, et al. (2001). Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV Cohort Study. *Lancet*, 358, 1322–1327.
62. Fisher WA, Fisher JD, & Rye BJ (1995). Understanding and promoting AIDS-preventative behavior. *Health Psychology*, 14, 255–264.
63. Freedberg KA, Losina E, Weinstein MC, Paltiel AD, Cohen CJ, Seage GR, et al. (2001). The cost effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease. *New England Journal of Medicine*, 344, 824–831.
64. Gielen AC, Fogarty LA, Armstrong K, Green BM, Cabral R, Milstein B, et al. (2001). Promoting condom use with main partners: A behavioral intervention trial for women. *AIDS and Behavior*, 5, 193–204.
65. Gifford AL, & Groessl EJ (2002). Chronic disease self-management and adherence to HIV medications. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S163–S166.
66. Glynn MK, & Rhodes P (2005, June). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. Paper presented at the 2005 National HIV Prevention Conference, Atlanta.
67. Goodkin K, Fuchs I, Feaster D, Leeka J, & Rishel DD (1992). Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection: A preliminary report. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22(2), 155–172.
68. Gordillo V, del Amo J, Soriano V, & Gonzalez-Lahoz J (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763–1769.

69. Green G (1995). Attitudes towards people with HIV: Are they as stigmatizing as people with HIV perceive them to be? *Social Science & Medicine*, 41, 557–568.
70. Green J, Saveanu R, & Bornstein R (2004). The effect of previous alcohol abuse on cognitive function in HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 161, 249–254.
71. Greenblatt RM, & Hessel NA (2001). Epidemiology and natural history of HIV infection in women. In J. R. Anderson (Ed.), *A guide to the clinical care of women with HIV* (pp. 1–32). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.
72. Greenwald JL, Burstein GR, Pincus J, & Branson B (2006). A rapid review of rapid antibody tests. *Current Infections Disease Reports*, 8, 125–131.
73. Gross R, Bilker WB, Friedman HM, & Strom BL (2001). Effects of adherence to newly initiated antiretroviral therapy on plasma viral load. *AIDS*, 15, 2109–2117.
74. Haverkos HW, & Battjes RJ (1992). Female to male transmission of HIV. *JAMA*, 268, 1855– 1856.
75. Health Resources and Services Administration. (HRSA; n.d.). Ryan White CARE ACT: Purpose of the CARE Act. Retrieved June 1, 2006, from <http://hab.hrsa.gov/history/purpose.htm>
76. Heaton RK, Grant I, Butters N, White DA, Kirson D, Atkinson JH, et al. (1995). The HNRC 500—neuropsychology of HIV infection at different disease stages. HIV Neurobehavioral Research Center. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1, 231–251. *HIV/AIDS* 221
77. Heckman TG, Anderson ES, Sikkema KJ, Kochman A, Kalichman SC, & Anderson T (2004). Persons living with HIV disease enrolled in a telephone-delivered, coping improvement group intervention. *Health Psychology*, 23, 94–100.
78. Heckman TG, Kochman A, Sikkema KJ, Kalichman SC, Masten J, Bergholte J, et al. (2001). A pilot coping improvement intervention for late middle-aged and older adults living with HIV/AIDS in the USA. *AIDS Care*, 13, 129–139.
79. Herbert TB, & Cohen S (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364–379.
80. Himelhoch S, & Medoff DR (2005). Efficacy of antidepressant medication among HIV positive individuals with depression: A

- systematic review and meta-analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 813–822.
81. Hinkin CH, Castellon SA, Durvasula RS, Hardy DJ, Lam MN, Mason KI, et al. (2002). Medication adherence among HIV+ adults. *Neurology*, 59, 1944–1950.
 82. Hoffman MA (1991). Counseling the HIV-infected client: A psychosocial model for assessment and intervention. *The Counseling Psychologist*, 19, 467–542.
 83. Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, Schoenbaum EE, Schuman P, Boland RJ, et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIVseropositive women: Longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1466–1474. Ingersoll, K. (2004).
 84. The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regimen on non-adherence to HIV treatment. *AIDS Care*, 16, 199–211.
 85. Ironson G, Balbin E, Stuetzle R, Fletcher MA, O’Cleirigh C, Laurenceau JP, et al. (2005). Dispositional optimism and the mechanisms by which it predicts slower disease progression in HIV: Proactive behavior, avoidant coping, and depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 86–97.
 86. Ironson G, Friedman A, Klimas N, Antoni M, Fletcher MA, LaPerriere A, et al. (1994). Distress, denial, and low adherence to behavioral interventions predict faster disease progression in gay men infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1, 90–105.
 87. Jacobsberg L, Frances A, & Perry S (1995). Axis II diagnoses among volunteers for HIV testing and counseling. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1222–1224.
 88. Jia H, Uphold CR, Wu S, Reid K, Findley K, & Duncan PR (2004). Health-related quality of life among men with HIV infection: Effects of social support, coping, and depression. *AIDS Patient Care and STDs*, 18, 594–603.
 89. Johnson JG, Williams JB, Rabkin JG, Goetz RR, & Remien RH (1995). Axis I psychiatric symptoms associated with HIV infection and personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 551–554.

90. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2005, December). *AIDS epidemic update: December 2005*. Geneva: UNAIDS/World Health Organization.
91. Kalichman SC (1998). *Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions*.
92. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum, Kalichman SC, DiMarco M, Austin J, Luke W, & DiFonzo K (2003). Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 315–332.
93. Kegeles SM, & Hart GJ (1998). Recent HIV prevention interventions for gay men: Individual, small-group and community-level interventions. *AIDS*, 12, 209–215.
94. Kegeles SM, Hays RB, Pollack L, & Coates TJ (1999). Mobilizing young gay men for HIV prevention: A two community study. *AIDS*, 13, 1753–1762. 222
95. Petry NM (2000). HIV risk behaviors in male substance abusers with and without antisocial personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 59–66.
96. Kelly JA, Murphy DA, Bahr GR, Kalichman SC, Morgan MG, Stevenson LY, et al. (1993). Outcomes of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed persons diagnosed with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1679–1686.
97. Kilbourne AM, Justice AC, & Rabeneck L (2001). General medical and psychiatric comorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(Suppl.), S22–S28.
98. Kirby D (2001). *Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001.
99. Klatt EC (2005). *Pathology of AIDS, Version 16*. Retrieved May 23, 2006, from <http://medstat.med.utah.edu/WebPath/TUTORIAL/AIDS/AIDS.html>
100. Kleeberger CA, Buechner J, Palella F, Detels R, Riddler S, Godfrey R, et al. (2004). Changes in adherence to highly active antiretroviral therapy medications in the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS*, 18, 683–688.
101. Kleeberger CA, Phair JP, & Strathdee SA (2001). Determinants of heterogeneous adherence to HIV antiretroviral

- therapies in the Multicenter AIDS Cohort Study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 26, 82–92.
102. Klein D, Hurley LB, Merrill D, & Quesenberry CP (2003). Review of medical encounters in the 5 years before a diagnosis of HIV-1 infection: Implications for early detection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32, 143–153.
 103. Komiti A, Judd F, Grech P, Mijch A, Hoy J, Williams B, et al. (2003). Depression in people living with HIV/AIDS attending primary care and outpatient clinics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 70–77.
 104. Kowalewski MR, Longshore D, & Anglin MD (1994). The AIDS risk reduction model: Examining intentions to use condoms among injection drug users. *Journal of Applied Psychology*, 24, 2002–2027.
 105. Lauby JL, Semaan S, Cohen A, Leviton L, Gielen A, Pulley L, et al. (1998). Self-efficacy, decisional balance and stages of change for condom use among women at risk for HIV infection. *Health Education Research*, 13, 343–356.
 106. Lawrence DM, & Major EO (2002). HIV-1 and the brain: Connections between HIV-1– associated dementia, neuropathology and neuroimmunology. *Microbes Infect*, 4, 301–308.
 107. Lazarus RS (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
 108. Lazarus RS, & Folkman S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
 109. Ledergerber B, Egger M, Oprovil M, et al. (1999). Clinical progression and virologic failure on highly active antiretroviral therapy in HIV-1 patients: A prospective cohort study. *Lancet*, 353, 863–868.
 110. Leiker J, Taub D, & Gast J (1995). The stigma of AIDS: Persons with AIDS and social distance. *Deviant Behavior*, 16, 333–351.
 111. Leserman J, Petitto JM, Gu H, Gaynes BN, Barroso J, Golden R, et al. (2002). Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: Psychosocial and physiological predictors. *Psychological Medicine*, 32, 1059–1073.
 112. Little SJ, Holte S, Routy J, Daar ES, Markowitz M, Collier AC, et al. (2002). Antiretroviral drug resistance among patients

- recently infected with HIV. *New England Journal of Medicine*, 347, 385–394.
113. Llorente AM, Miller EN, D’Elia LF, Selnes OA, Wesch J, Becker JT, et al. (1998). Slowed information processing in HIV-1 disease. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 20, 60–72.
 114. Lutgendorf SK, Starr K, McCabe P, Antoni MH, Ironson G, Klimas N, et al. (1997). Cognitive behavioral stress management decreases dysphoric mood and herpes simplex virus type 2 antibody titers in symptomatic HIV-seropositive gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 31–43.
 115. Lyketsos CG, Hanson AL, Fishman M, Rosenblatt A, McHugh PR, & Treisman GJ (1993). Manic syndrome early and late in the course of HIV. *American Journal of Psychiatry*, 150, 326–327.
 116. Maj M, Satz P, Janssen R, Zaudig M, Starace F, D’Elia L, et al. (1994). WHO neuropsychiatric AIDS study, cross-sectional phase II. Neuropsychological and neurological findings. *Archives of General Psychiatry*, 51, 51–61.
 117. Manlove J, Romano-Papillo A, & Ikramullah E (2004). *Not yet: Programs to delay first sex among teens*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2004.
 118. Mannheimer S, Friedland G, Matts J, Child C, & Chesney MA (2002). The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for HIV persons in clinical trials. *Clinical Infectious Diseases*, 34, 1115–1121.
 119. Mellins CA, Havens JF, McCaskill E, Leu CS, Brudney K, & Chesney M (2002). Mental health, substance use and disclosure are significantly associated with the medical treatment adherence of HIV-infected mothers. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 451–460.
 120. Mellins CA, Kang E, Leu CS, Havens JF & Chesney MA (2003). Longitudinal study of mental health and psychosocial predictors of medical treatment adherence in mothers living with HIV disease. *AIDS Patient Care and STDs*, 17, 407–416.
 121. Michaels SH, Clark R, & Kissinger P (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 339, 405–406.

122. Mijch AM, Judd FK, Lyketsos CG, Ellen S, & Cockram A (1999). Secondary mania in patients with HIV infection: Are antiretrovirals protective? *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 11, 475–480.
123. Mizuno Y, Purcell DW, Dawson-Rose C, & Parsons JT (2003). Correlates of depressive symptoms among HIV-positive injection drug users: The role of social support. *AIDS Care*, 15, 689–698.
124. Mofenson LM (1997). Interaction between timing of perinatal human immunodeficiency virus infection and the design of preventive and therapeutic interventions. *Acta Paediatr Suppl*, 491: 1–9.
125. Morrison MF, Petito JM, Have TT, Gettes DR, Chiapini MS, Weber AL, et al. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV Infection. *American Journal of Psychiatry*, 159, 789–796.
126. Muma RD, Ross MW, Parcel GS, & Pollard RB (1995). Zidovudine adherence among individuals with HIV infection. *AIDS Care*, 7, 439–447.
127. Munoz A, Kirby AJ, He YD, Margolick J, Visscher B, Rinaldo C, et al. (1995). Long-term survivors with HIV-1 infection: Incubation period and longitudinal patterns of CD4+ lymphocytes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 8, 496–506.
128. Murphy DA, Greenwell L, & Hoffman D (2002). Factors associated with antiretroviral adherence among HIV-infected women with children. *Women & Health*, 36, 97–111.
129. Murphy DA, Marelich WD, Hoffman D, & Steers WN (2004). Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care*, 16, 471–484.
130. Murphy DA, Roberts KJ, Martin DJ, Marelich W, & Hoffman D (2000). Barriers to antiretroviral adherence among HIV-infected adults. *AIDS Patient Care and STDs*, 14, 47–58.
131. Murphy DA, Wilson CM, Durako SJ, Muenz LR, & Belzer M (2001). Antiretroviral medication adherence among the REACH HIV-infected adolescent cohort. *AIDS Care*, 13, 27–40. 224
Common Disease States
132. Murri R, Antinori A, Ammassari A, Nappa S, Orofino G, Abrescia N, et al. (2002). Physician estimates of adherence and the patient-physician relationship as a setting to improve adherence to

- antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S158–S162.
133. Myers T, Orr P, Locker D, & Jackson E (1993). Factors affecting gay and bisexual men's decisions and intentions to seek HIV testing decision. *Inquiry*, 28, 226–235.
 134. National Institutes of Health (2005, March). *HIV infection and AIDS: An overview*. Retrieved May 25, 2006, from <http://www.niaid.nih.gov/factsheets/hivinf.htm>
 135. National Institutes of Health (2006, April). *Treatment of HIV infection*. Retrieved April 25, 2006, from National <http://www.niaid.nih.gov/factsheets/trat-hiv.htm>
 136. National Research Council and Institute of Medicine (1994). *Proceedings, Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Washington, DC: National Academy.
 - Office of Technology Assessment (1995). *The effectiveness of AIDS prevention efforts*. Washington, DC: Office of Technology Assessment.
 137. Ostrow DG, DiFranceisco W, Chmeil J, Wagstaff D & Wesch J (1995). A case control study of human immunodeficiency virus type-1 seroconversion and risk-related behaviors in the Chicago MACS/CCS cohort, 1984–1992. *American Journal of Epidemiology*, 142, 1–10.
 138. Padian NS, Shiboski CS, & Jewell NP (1991). Female to male transmission of human immunodeficiency virus. *JAMA*, 266, 1664–1667.
 139. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection: HIV outpatient study investigators. *New England Journal of Medicine*, 338, 853–860.
 140. Pereira DB, Antoni MH, Danielson A, Simon T, Efantis-Potter J, & O'Sullivan M (2004). Inhibited interpersonal coping style predicts poorer adherence to scheduled clinic visits in human immunodeficiency virus infected women at risk for cervical cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 28, 195–202.
 141. Perkins DO, Davidson EJ, Leserman J, Liao D, & Evans DL (1993). Personality disorder in patients infected with HIV: A controlled study with implications for clinical care. *American Journal of Psychiatry*, 150(2), 309–315.

142. Perry S, Bangsberg DB, Charlebois ED, Clark R, Karasic D, Dilley J, et al. (2002). Depressive symptoms predict adherence, treatment duration and survival in an urban poor cohort. XIV International AIDS Conference, abstract TuPeC4724, Barcelona, Spain.
143. Prochaska JO (1991). Prescribing to the stages and levels of change. *Psychotherapy*, 28, 463–468.
144. Prochaska JO, DiClemente CC, & Norcross JC (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
145. Prochaska JO, Redding CA, & Evers KE (2002). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glantz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 99–120). Quinn, T. C. (1996). Global burden of the HIV pandemic. *Lancet*, 348, 99–106.
146. Rahav M, Nuttbrock L, Rivera JJ, & Link B (1998). HIV infection risks among homeless, mentally ill, chemical misusing men. *Substance Use & Misuse*, 33, 1407–1426.
147. Reinecke J, Schmidt P, & Ajzen I (1996). Application of the theory of planned behavior to adolescents' condom use: A panel study. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 749–772.
148. Richmond DD (1996). Antiretroviral drug resistance: Mechanisms, pathogenesis, clinical significance. *Antiretroviral Chemotherapy*, 4, 383–395.
149. Rimer BK (1997). Toward an improved behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 6–10.
150. Rogers ME, Hansen NB, Levy BR, Tate DC, & Sikkema KJ (2005). Optimism and coping with loss in bereaved HIV-infected men and women. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 24, 341–360.
151. Rosenberger PH, Bornstein RA, Nasrallah HA, Para MF, Whitaker CC, Fass RJ, et al. (1993). Psychopathology in human immunodeficiency virus infection: Lifetime and current assessment. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 150–158.
152. Rosenstock IM (1974). Historical origins of the health beliefs model. *Health Education Monographs*, 2, 328–335.

153. Rosenstock IM (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F. Lewis, and B. Rimer (Eds.), *Health behavior and education* (pp. 39–62).
154. Safren SA, Gershuny BS, & Hendriksen E (2003). Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties. *AIDS Patient Care and STDs*, 17, 657–664.
155. Sahakian BJ, Elliott R, Low N, Mehta M, Clark RT, Pozniak AL (1995). Neuropsychological deficits in tests of executive function in asymptomatic and symptomatic HIV-1 seropositive men. *Psychological Medicine*, 25, 1233–1246.
156. Santelli J, Ott MA, Lyon M, Rogers J, Summers D, & Schleifer R (2006). Abstinence and abstinence-only education: A review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health*, 38, 72–81.
157. Satz P (1993). Brain reserve capacity on symptom onset after brain injury: A formulation and review of evidence for threshold theory. *Neuropsychology*, 7, 273–295.
158. Satz P, Morgenstern H, Miller EN, Selnes OA, McArthur JC, Cohen BA, et al. (1993). Low education as a possible risk factor for early cognitive abnormalities in HIV-1: Findings from the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 6, 503–511.
159. Schrager LK, Young JM, Fowler MG, Mathieson BJ, & Vermund SH (1994). Longterm survivors of HIV-1 infection: Definitions and research challenges. *AIDS*, 8, S95–S108.
160. Schuman P, Ohmit SE, Moore J, Schoenbaum E, Boland R, Rompalo A, et al. (2001). Perceived need for and use of mental health services by women living with or at risk of human immunodeficiency virus infection. *Journal of the American Medical Women's Association*, 56, 4–8.
161. Sewell DD (1996). Schizophrenia and HIV. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 465–473.
162. Sheeran P, & Orbell S (1998). Do intentions predict condom use? Meta-analysis and examination of six moderator variables. *British Journal of Social Psychology*, 37, 231–250.
163. Siegel K, Mesagno FP, Chen J, & Christ G (1989). Factors distinguishing homosexual males practicing risky and safer sex. *Social Science Medicine*, 28, 561–569.

164. Sikkema KJ, Kalichman SC, Kelly JA, & Koob JJ (1995). Group intervention to improve coping with AIDS-related bereavement: Model development and an illustrative clinical example. *AIDS Care*, 7, 463–475.
165. Simoni JM, Frick PA, Lockhart D, & Liebovitz D (2002). Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, 16, 431–440.
166. Simoni JM, Mason HRC, Marks G, Ruiz MS, & Richardson JL (1995). Women living with HIV: Sexual behaviors and counseling experiences. *Women and Health*, 23, 17–26.
167. Simoni JM, Walters KL, & Nero DK (2000). Safer sex relationships among HIV+ women: The role of relationships. *Sex Roles*, 42, 691–708.
168. Smith MY, Rapkin BD, Morrison A, & Kammerman S (1997). Zidovudine adherence in persons with AIDS: The relation of patient beliefs about medication to self-termination of therapy. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 216–223.
169. Starace F, Ammassari A, Trotta MP, Murri R, De Longis P, Izzo C, et al. (2002). Depres- 226 Common Disease Statession is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(Suppl. 3), S136–S139.
170. Starace F, Massa A, Amico KR, & Fisher JD (2006). Adherence to antiretroviral therapy: An empirical test of the information-motivation-behavioral skills model. *Health Psychology*, 25, 153–162.
171. Sterk C, Theall K, & Elifson K (2003). Effectiveness of an HIV risk reduction intervention among African American women who use crack cocaine. *AIDS Education and Prevention*, 15, 15–32.
172. Stern RA, Silva SG, Chaisson N, & Evans DL (1996). Influence of cognitive reserve on neuropsychological functioning in asymptomatic human immunodeficiency virus-1 infection. *Archives of Neurology*, 53, 148–153.
173. St. Lawrence JS, Eldridge GD, Reitman D, Little CE, Shelby MC, & Brasfield TL (1998). Factors influencing condom use among African American women: Implications for risk reduction

- intervention. *American Journal of Community Psychology*, 26, 728.
174. Stone VE, Hogan JW, & Schuman P (2001). Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: Survey of women in the HER study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28, 124–131.
 175. Strecher VJ, & Rosenstock IM (1997). The health belief model. In K. Glanz, BK Rimer, & FM Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Research, theory and practice*.
 176. Tate D, Paul RH, Flanigan TP, Tashima K, Nash J, Adair C, et al. (2003). The impact of apathy and depression on quality of life in patients infected with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 17, 115–120.
 177. Trepanier LL, Rourke SB, Bayoumi AM, Halman MH, Krzyzanowski S, & Power C (2005). The impact of neuropsychological impairment and depression on health-related quality of life in HIV-infection. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27, 1–15.
 178. Tross S, & Hirsch DA (1988). Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infection and AIDS. *American Psychologist*, 43, 929–934.
 179. Tucker JS, Burnam MA, Sherbourne CD, Kung FY, & Gifford AL (2003). Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Medicine*, 114, 573–580.
 180. Tuldra A, & Wu AW (2002). Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S154–S157.
 181. Turner BJ, Laine C, Cosler L, & Hauck WW (2003). Relationship of gender, depression, and health care delivery with antiretroviral adherence in HIV-infected drug users. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 248–257.
 182. Uldall KK, Palmer NB, Whetten K, & Mellins C (2004). Adherence in people living with HIV/AIDS, mental illness, and chemical dependency: A review of the literature. *AIDS Care*, 16, s71–s96.

- 183.** U.S. Department of Health and Human Services (2006, May). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1–infected adults and adolescent. Retrieved May 30, 2006, from <http://AIDSinfo.nih.gov>
- 184.** Valdiserri RO, Arena VC, Proctor D, & Bonati F (1989). The relationship between women’s attitudes about condoms and their use: Implications for condom promotion programs. *American Journal of Public Health, 79*, 499–501.
- 185.** van Servellen G, Brown JS, Lombardi E, & Herrera G (2003). Health literacy in low-income Latino men and women receiving antiretroviral therapy in community-based treatment centers. *AIDS Patient Care and STDs, 17*, 283–298.
- 186.** Servellen G, Chang B, Garcia L, & Lombardi E (2002). Individual and system level factors associated with treatment nonadherence in human immunodeficiency virus-infected men and women. *AIDS Patient Care STDs, 16*, 269–281.
- 187.** Verheul R, Ball SA, & van der Brink W (1998). Substance abuse and personality disorders. In H. R. Kranzler & B. J. Rounsavill (Eds.), *Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker.
- 188.** Vitiello B, Burnam MA, Bing EG, Beckman R, & Shapiro MF (2003). Use of psychotropic medications among HIV-infected patients in the United States. *American Journal of Psychiatry, 160*, 547–554.
- 189.** Wagner GJ, Kanouse DE, Koegel P, & Sullivan G (2004). Correlates of HIV antiretroviral adherence in persons with serious mental illness. *AIDS Care, 16*, 501–506.
- 190.** Walkey FH, Taylor AJ, & Green DE (1990). Attitudes to AIDS: A comparative analysis of a new and negative stereotype. *Social Science Medicine, 30*, 549–552.
- 191.** Weidle PJ, Ganera CE, Irwin KL, McGowan JP, Ernst JA, Olivo N, et al. (1999). Adherence to antiretroviral medications in an inner-city population. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 22*, 498–502.
- 192.** Whetten K, Leserman J, Whetten R, Ostermann J, Thielman N, Swartz M, et al. (2006). Exploring lack of trust in care providers and the government as a barrier to health service use. *American Journal of Public Health, 96*, 716–721.

193. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2002). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
194. Wulfert E, Wan CK, & Backus C (1996). Gay men's safer sex behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 345-366.
195. Yun LWH, Maravi M, Koayashi JS, Barton PL, & Davidson AJ (2005). Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 38, 432-438.
196. Zapka J, Stoddard, A, Zorn M, McCusker J, & Mayer K. (1991) HIV antibody test result knowledge, risk perceptions and behavior among homosexually active men. *Patient Education and Counseling*, 18, 9-17.
197. Zinkernagel C, Taffe P, Rickenbach M, Amiet R, Ledergerber B, Volkart AC, et al. (2001). Importance of mental health assessment in HIV-infected outpatients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28, 240-249

۱۹۸. مینو محرز، سیداحمد سیدعلینقی. شیوع مشکلات روانی، خانوادگی و اجتماعی در مراجعه‌کنندگان مشاوره حضوری باشگاه یاران مثبت بیمارستان امام خمینی سال ۱۳۸۸. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۸، شماره ۸، آبان ۱۳۸۹، صفحه ۴۹۶
۱۹۹. حاجی‌عبدالباقی محبوبه، سیدعلینقی سیداحمد، زندیه سعید. راهنمای کاربردی مواجهه با HIV. چاپ اول. تهران: نشر اوسانه، ۱۳۸۸.
۲۰۰. علیرضا یلدا، سیداحمد سیدعلینقی، محبوبه حاجی‌عبدالباقی. پایبندی به درمان ضد رتروویروسی در بیماران مبتلا به ایدز و عوامل موثر بر آن. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۶، شماره ۷، مهر ۱۳۸۷، صفحات ۴۵۵-۳۳۷.
۲۰۱. میرفرهاد قلندری. روان‌پزشکی بالینی برای پزشکان. چاپ دوم. تهران تیمورزاده، ۱۳۸۶