

علل مراجعات مکرر بیماران مبتلا به عفونت اچ ای وی / ایدز به مراکز درمانی در سال ۸۸-۱۳۸۷

شمس الملوک جلال منش^۱، دکتر محمود محمودی^۲، اسماعیل محمدنژاد^۳

تاریخ دریافت ۸۹/۱/۱۴ تاریخ پذیرش ۸۹/۳/۱۰

چکیده

پیش زمینه و هدف: ارزیابی به‌عنوان جز جدایی‌ناپذیر خدمت‌دهی در هر سازمانی جایگاه ویژه‌ای دارد، اغلب بیمارستان‌ها با افزایش تقاضا، ازدحام و مراجعه مکرر بیماران از جهات کیفیت، کمیت و خدمات روبرو هستند و بیماران مبتلا به ایدز از این امر مستثنی نیستند. مطالعه حاضر به‌منظور تعیین علل مراجعات مکرر بیماران مبتلا به ایدز به بیمارستان طراحی شده است.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر به‌روش مقطعی - توصیفی بر روی ۷۱ بیمار با استفاده از فن مصاحبه و فرم اطلاعاتی (پرونده) در سال ۸-۱۳۸۷ انجام گرفت. پرونده بیماران که در سال ۸-۱۳۸۷ حداقل یک‌بار به بیمارستان مراجعه کرده و تست الیزا و وسترن بلوت مثبت برای HIV داشتند مورد پذیرش قرار گرفت. پرسش‌نامه حاوی اطلاعات موردنظر و مبتنی برهدف بود، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سن افراد مورد مطالعه ۳۵+۸/۱ بود که ۹۱/۵ درصد مرد و ۸/۵ درصد زن بودند. ۷۴/۶ درصد سابقه اعتیاد و ۳۸ درصد سابقه اقامت در زندان داشتند. علل مراجعه مکرر بیماران به بیمارستان به‌ترتیب عود عفونت قبلی (۳۳/۶ درصد)، عفونت جدید (۳۳/۸ درصد) و عدم درمان (۲۹ درصد) بود و مبتلایان به سل ریوی و ترمبوز ورید عمقی بیشترین سندرم بالینی مراجعه‌کننده بودند. بین شمارش CD4 و سابقه اعتیاد با مراجعات مکرر رابطه معنی‌داری وجود داشته است.

بحث و نتیجه گیری: باتوجه به شیوع بالای عود عفونت قبلی و عفونت جدید پزشکان و پرستاران باید به کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توجه بیشتری نمایند، و پژوهش‌های بیشتری جهت شناسایی عوامل مرتبط با آن ارائه و راهکارهایی جهت کاهش آن در بیماران انجام گیرد.

کلید واژه‌ها: بیماران مبتلا به عفونت HIV، مراجعات مکرر، شمارش CD4

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هشتم، شماره اول، بهار ۱۳۸۹، ص ۱۹-۱۱

آدرس مکاتبه تهران، خ اسکندری جنوبی، خ ارومیه، کوچه فیاضی پ ۹ ط ۱، مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران، دفتر پرستاری مجتمع پلی کلینیک و درمانگاهی اورژانس تلفن: ۰۹۱۲۶۱۲۴۱۷۶-۰۲۱۶۶۹۳۶۶۲۶

Email: Asreno282@yahoo.com

مقدمه

مستمر و قابل اتکا عرضه می‌دارند (۳). از نقطه نظر اقتصادی

خدمات بیمارستانی در زمره پرخرج‌ترین خدمات بهداشتی - درمانی

هستند و تقریباً ۵۰ الی ۸۰ درصد هزینه کل بهداشت را به مصرف

رسانده، امروزه اصل هزینه - منفعت در مبحث اقتصاد

بهداشت و درمان جایگاه ویژه ای دارد (۵،۴) هزینه‌های خدمات

در اکثر کشورها بیمارستان مهم‌ترین نهاد پزشکی و به عنوان

مرکز ثقل ارائه مراقبت‌های درمانی و بهداشتی نقش اساسی را در

بازگشت سلامت جسمانی و روانی افراد جامعه ایفا می‌نماید (۲،۱).

بیمارستان خدمات بهداشتی و درمانی را به شکل سازمان یافته،

^۱ - مربی، مدیر گروه آموزش دانشکده پرستاری و مامایی، عضو دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

^۲ استاد آمار زیستی، عضو هیات علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ کارشناسی ارشد پرستاری داخلی - جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

(نویسنده مسئول)

که هم اکنون شایع‌ترین علت مرگ در آفریقا زیر صحرا و چهارمین بیماری‌کننده در سرتاسر جهان به شمار می‌رود و در هر دقیقه پنج نفر به علت ایدز می‌میرند و نه نفر به ویروس HIV آلوده می‌شوند (۱۳). بیماری ایدز، آلودگی به ویروس HIV، شاید مهم‌ترین چالش نظام سلامت در طی دو دهه گذشته بوده است، طوری که حالت اپیدمیک ایدز آن را تا حد یک بحران سلامت عمومی ارتقا داده است (۱۴) موارد ابتلا آن از تمام کشورها گزارش شده و امروزه به عنوان یکی از بیماری‌های غیر قابل درمان در محدوده بیماری‌های واگیر به شمار می‌آید (۱۵). میزان این بیماری طبق آمار رسمی در سال ۱۳۸۴ حدود ۱۲۰۰۰ نفر بود که نسبت به سال ۱۳۸۲ تعداد مبتلایان در فاصله ۲ سال دو برابر شده است که این می‌تواند زنگ خطر جدی باشد (۱۶) که این تعداد تا تاریخ ۱۳۸۷/۱۰/۱ به ۱۸۸۸۱ نفر رسیده است (۱۷) این بیماری از جمله بیماری‌های ست که با توجه به میزان بروز و شیوع در سنین فعال جامعه و میزان کشندگی بالا و هزینه فراوان از معضلات مهم بهداشتی - درمانی است و کنترل، پیشگیری و مراقبت از بیماران از اهم فعالیت‌های مراکز بهداشتی - درمانی کشورهای مختلف می‌باشند (۱۸). فاکتورهای مهمی در مراجعات آن‌ها نقش دارند (۱۹) عود عفونت‌های فرصت طلب، عفونت جدید، استفاده از داروهای رترویرال مهم‌ترین آن‌ها می‌باشند (۲۰) افزایش روزافزون پذیرش بیمار، کمبود ظرفیت، تعداد محدود بیمارستان‌ها و عدم تناسب فضاهای موجود با جمعیت مراجعه کننده به این گونه مراکز ایجاب می‌نماید از منابع موجود حداکثر استفاده به عمل آید (۲۱). با توجه به هزینه و تاثیرات این بیماری بر روی اقتصاد، عدم کنترل می‌تواند سلامت جامعه و بهداشت را تهدید کند با توجه به تجربه پژوهش گر که به عینه شاهد مراجعه و بستری‌های مکرر آنان برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد و از طرفی هنوز تحقیقی مشابه مطالعه فوق در کشور انجام نشده است این پژوهش به هدف شناسایی علل مراجعات

خدمات بهداشتی - درمانی بدلیل روش‌های جدید تشخیصی، رشد تکنولوژی، تغییر الگو بیماری‌ها، تغییر رفتار جمعیتی و افزایش متوسط سن جمعیت افزایش یافته است (۶). ارزیابی نظام‌های مراقبتی جهت تعیین نقاط ضعف و تدوین برنامه‌هایی که باعث بهبود افزایش پوشش آن‌ها باشد ضروری است (۷) ارزیابی و ممیزی پزشکی یک اقدام تنبیهی یا مؤاخذه به شمار نمی‌آید بلکه در واقع ابزار متدولوژی ارزیابی و یک عمل آموزشی برای هیات پزشکی و پرستاری، هیأت مدیره، مدیریت بیمارستانی و سایر طبقات کارکنان است تا گروه‌های مذکور را برای ارائه مراقبت با کیفیت مطلوب در جامعه آماده سازد (۴) کاهش هزینه و افزایش خدمات وابسته به این است که اطلاعات کافی در زمان مناسب در اختیار افراد مناسب قرار گیرد، همچنین مدیران سازمان‌های مراقبت بهداشتی باید درک کنند که اطلاعات به عنوان یک منبع راهبردی می‌بایست مانند هرگونه منبع دیگری مدیریت گردد (۸). هافمون^۱ معتقد است که میزان عوارض، عفونت‌ها و حوادث رخ داده طی دوران بستری و اشکال دیگر ناخوشی می‌توانند به عنوان شاخص کیفیت مراقبت‌های فراهم شده توسط بیمارستان محسوب گردد (۴) برای ارزیابی کیفیت ارائه خدمات بیمارستانی نشانگرهای مختلف از جمله میزان مرگ و میر بیمارستانی، طول مدت بستری و میزان عود بیماری وجود دارد (۹). که آشکار نمودن نشان گر در بخش‌های مختلف و حوزه کاری متفاوت کمک شایانی به سیاست گذاری می‌نمایند و عامل مهمی در جهت نظارت و کنترل سیستم‌های می‌باشد (۱۰). بیماران به عنوان مشتریان سیستم بهداشتی و درمانی تن‌ها وجود سازمان بیمارستان به شمار می‌روند (۱۱). پاندمی پیش رونده بیماری ایدز به عنوان جدی‌ترین تهدید سلامتی به شرطی دو دهه اخیر ارزیابی شده است (۱۲) با توجه به گذشت بیش از دو دهه از گسترش نخستین شواهد بالینی آن ۶۰ میلیون نفر در سراسر جهان به این ویروس آلوده شده اند

¹ Huffman

CD4. (شمارش TCD4 عمده‌ترین شاخص در برآورد عمق ضعف ایمنی و در نتیجه پیشگویی بروز بیماری‌های محسوب می‌شود و تنظیم دوز دارو و ارزیابی پیشرفت بیمار و چگونگی پاسخ به درمان و نیز تعیین پیش آگهی بیمار بر اساس شمارش CD4 صورت می‌گیرد) (۲۲) و علل مراجعات مکرر بود که با مراجعه به پرونده‌ها و مصاحبه‌ها با بیماران در زمان بستری در بخش تکمیل گردید، سندرم بالینی منجر به بستری بر اساس تشخیص نهایی درج شده در پرونده بیماران و شمارش CD4 بر طبق آخرین CD4 در بیماران که به روش فلوسیتومتری انجام شده بود، در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با بکارگیری روش‌های آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، نمودارها و شاخص‌های تمایل مرکزی و پراکندگی به توصیف متغیرهای مورد مطالعه پرداخته شد و سپس با استفاده از آزمون کای دو و اسکور رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه مورد مطالعه و بررسی گردید و انجام آنالیز با استفاده از نرم افزار آماری SPSS16 و سطح معنی‌داری آزمون‌های فوق برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در افراد مورد بررسی تعداد ۷۱ مورد شرایط ورود به مطالعه با بررسی پرونده را داشتند که ۹۱/۵ درصد مرد و ۸/۵ درصد زن بودند. میانگین سنی آن‌ها ۸/۱+۳۵ با دامنه ۱۷ تا ۶۱ سال بود. از نظر سنی ۳۷ نفر (۵۲/۱درصد) در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال قرار داشته‌اند. شایع‌ترین راه انتقال بیماری اعتیاد تزریقی ۶۴/۸درصد بود که سایر روش‌ها به ترتیب جنسی ۲۸/۱درصد، فرآورده‌ای خونی آلوده ۲/۸درصد و ۴/۸ درصد سایر روش‌ها بود. در مجموع ۷۴/۶درصد معتاد تزریقی بودند که از این تعداد ۵۶/۴درصد در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال قرار داشتند. ۳۸ درصد از بیماران سابقه اقامت در زندان را داشته‌اند. میانگین بستری بیماران در مراجعه اول ۱۴/۶روز بوده که حداقل بستری ۲ و حداکثر ۴۳ روز اما

مکرر بیماران مبتلا به عفونت HIV به در یکی از بیمارستان‌های آموزشی تهران انجام شده است. اطلاعات حاصل از این پژوهش می‌تواند جهت رفع مشکلات موجود در زمینه مراجعات مکرر بیماران مبتلا به ایدز و همچنین ارتقا و کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی یاری بخشد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی بر اساس پرونده بیماران AIDS/HIV موجود در بایگانی یکی از بیمارستان‌های آموزشی تهران در سال ۸۸-۱۳۸۷ انجام پذیرفت، پرونده بیمارانی که حداقل یک مراجعه در سال ۸-۱۳۸۷-از اول مهر ۱۳۸۷الی اول مهر ۱۳۸۸- و آزمایش الیزا و وسترن بلوت مثبت برای HIV داشتند مورد پذیرش قرار گرفت، تعداد ۷۱ بیمار شرایط ورود به مطالعه را داشتند، ابزار انجام پژوهش برای کلیه بیماران تحت مطالعه پرسش‌نامه بود، جهت تعیین روایی پرسش‌نامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد. ابزار طراحی شده در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی تهران که در زمینه پژوهش تخصص داشتند قرار داده شد و پس از جمع‌آوری نظرات تخصصی آنان، اصطلاحات لازم در آن صورت گرفت. برای افزایش اعتماد علمی مطالعه، از روش آزمون مجدد استفاده شد بدین صورت پرسش‌نامه اعتبار در اختیار ۱۰ نفر از افراد مورد پژوهش واجد شرایط جهت پایانی قرار گرفت و در دو مرحله و با فاصله ۱۰ روز پرسش‌نامه تکمیل شد و همبستگی لازم پاسخ‌های اول و دوم و اعتماد پرسش‌نامه با $r=0/9$ مشخص شد و این افراد در پایان از جامعه آماری حذف شدند. پرسش‌نامه حاوی اطلاعات مورد نیاز تحقیق من جمله سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت بیمه، راه ابتلا به ویروس HIV، تعداد مراجعات، سال تشخیص، نوع اعتیاد، سابقه زندان، سندرم بالینی منجر به بستری، شمارش

میانگین بستری بیماران در مراجعه نهایی ۱۲/۵ روز که حداقل بستری ۲ و حداکثر ۴۰ روز بوده است. در این مطالعه ابتدا به هیپاتیت C, B به طور جداگانه ای مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد ۴۹/۳ درصد از بیماران همزمان به هیپاتیت C و ۱۸/۶ درصد به هیپاتیت B مبتلا هستند. بر اساس علایم بالینی و سندرم‌های تشخیص داده شده بیماران ۷۳/۲ درصد در بخش عفونی مردان بستری شدند که سایر مشخصات در جدول شماره ۱ بیان شده است.

جدول شماره (۱): مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به عفونت HIV با مراجعه مکرر به واحد مورد پژوهش، ۸۸-۱۳۸۷

متغیر	تعداد	درصد	
سن (سال)	کمتر از ۲۵ سال	۷	۹/۹
	۲۵-۳۰	۱۴	۱۹/۷
	۳۰-۳۵	۲۳	۳۲/۴
	۳۵-۴۰	۱۶	۲۲/۵
	بالاتر از ۴۰	۱۱	۱۵/۵
وضعیت تحصیلی	بیسواد	۴۱	۵۷/۸
	سیکل	۱۷	۲۳/۹
	دیپلم	۱۲	۱۶/۹
	لیسانس و بالاتر	۱	۱/۴
وضعیت تأهل	مجرد	۲۳	۳۲/۴
	متاهل	۳۸	۵۳/۵
	مطلقه	۱۰	۱۴/۱
بیمه	تامین اجتماعی	۳	۴/۲
	خدمات درمانی - کارمندی	۱۶	۲۲/۵
	خدمات درمانی - خویش فرما	۷	۹/۹
	خدمات درمانی - روستایی	۳	۷/۳۰
	سایر بیمه‌ها	۵	۴/۲
	بدون بیمه‌ها	۳۷	۵۲/۱
راه ابتلا به ایدز	تزریق وریدی با سرنگ مشترک	۴۶	۶۴/۸
	روابط جنسی ناسالم	۲۰	۲۸/۱
	فراورده‌های خونی آلوده	۲	۲/۸
	سایر موارد	۳	۴/۲
سال تشخیص	۱۳۸۷	۲۱	۲۹/۶
	۱۳۸۶	۲۹	۴۰/۸
	۱۳۸۵	۱۵	۲۱/۱
	۱۳۸۴	۳	۴/۲
	قبل از ۱۳۸۴	۳	۴/۲

میانگین تعداد مراجعه برای هر بیمار ۲/۷۴ + ۳/۹ روز بود که ۹/۹ درصد دوبار، ۶۳/۴ درصد سه بار، ۱۵/۵ درصد چهار بار و ۱۱/۳ درصد بیش از چهار بار مراجعه کرده‌اند. در مراجعه نهایی ۷۸/۸۷ درصد برای کنترل بیماری تحت درمان دارویی و ۲۱/۱۲ درصد هم زمان تحت درمان جراحی قرار گرفته‌اند و ۲۱/۱ درصد از بیماران تحت پوشش داروی آنتی رترو ویرال بودند.

در مراجعه اول بیماران سل ریوی (۳۲/۴ درصد) و ترومبوز وریدی (۹/۹ درصد) بیشترین فراوانی و بیماری‌های آسم (۱/۴ درصد) و آبسه فمور (۲/۸ درصد) کم‌ترین فراوانی را در بین گروه‌های تشخیصی داشته‌اند، گروه‌های تشخیصی بیماری‌ها در مراجعه نهایی تقریباً همانند گروه‌های تشخیصی بیماری‌ها در مراجعه اول بود. در مراجعه نهایی نیز بیماران سل ریوی (۲۸/۲ درصد) و ترومبوز ورید عمقی (۱۱/۳ درصد) دارای بیشترین فراوانی و بیماران مبتلا

جدول شماره (۲): علل مراجعه مکرر بیماران بر حسب شیوع سندرم‌های بالینی در بیماران مبتلا به عفونت HIV با مراجعه مکرر به واحد مورد

پژوهش، ۸۸-۱۳۸۷

جمع		عدم درمان		عود عفونت قبلی		عفونت جدید		علل مراجعه مکرر
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سندرم بالینی
۸/۵	۶	۱۷/۱	۱	۵۰	۳	۳۳/۳	۲	توکسوپلازما
۸/۵	۶	۵۰	۳	۵۰	۳	۰	۰	پنومونی
۲۸/۲	۲۰	۲۰	۴	۵۵	۱۱	۲۵	۵	سل ریوی
۴/۲	۳	۶۶/۷	۲	۳۳/۳	۱	۰	۰	اندوکاردیت
۲/۸	۲	۱۰۰	۲	۰	۰	۰	۰	آبسه فمور
۱۱/۳	۸	۱۲/۵	۱	۵۰	۴	۳۷/۵	۳	ترومبوز ورید عمقی
۹/۹	۷	۱۴/۳	۱	۱۴/۳	۱	۷۱/۴	۵	سپتیسمی
۸/۵	۶	۱۶/۷	۱	۳۳/۳	۲	۵۰	۳	پنوموسیستی کارینی
۲/۸	۱	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	امپیم
۴/۲	۳	۳۳/۳	۱	۳۳/۳	۱	۳۳/۳	۱	سایتومگالو ویروس
۹/۹	۷	۵۷/۱	۴	۰	۰	۴۲/۹	۳	عفونت بافت نرم

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر ۸/۰۵ درصد موارد بستری را زن و ۹۱/۵ درصد مرد و ۷۴/۶ درصد سابقه اعتیاد و نیز ۳۵/۵ درصد سابقه اقامت در زندان داشتند که براساس گزارش مرکز مدیریت بیماری‌های کشور ۹۵/۵ درصد موارد HIV/AIDS در ایران را مردان و تنها ۴/۵ درصد را زنان تشکیل می‌دهند همچنین ۶۶/۴ درصد موارد عفونت HIV از راه اعتیاد تزریقی و ۱۲/۶ درصد از سایر راه‌ها منتقل شده و در ۲۱ درصد نحوه ابتلا نامشخص بوده

در این بررسی مشخص شده است که ارتباط درمان با داروهای آنتی ویرال ($P=0/001$)، تعداد CD4 ($P=0/024$)، سابقه اعتیاد ($P=0/004$)، وضعیت ترخیص ($P=0/046$)، تعداد مراجعات قبلی ($P=0/002$) با مراجعات مکرر بیماران معنی دار بوده است اما سن، جنس، میزان تحصیلات سابقه زندان، راه ابتلا به ایدز، وضعیت تحصیلی، سال تشخیص بیماری با مراجعات مکرر ارتباط معنی‌داری نداشت.

آمار گزارش شده سازمان جهانی بهداشت بالاتر است و بیان‌گر افزایش پوشش درمانی است با توجه به رایگان بودن این داروها در سیستم درمانی پوشش کامل بیماران با داروهای رترو ویروسی با برنامه ریزی قابل پیش بینی و امکان پذیر است. اما در مطالعه جامسون^۲ و همکارانش^۳ ۳۱ درصد و نوسکی^۳ ۱۰۰ درصد بیماران تحت پوشش با داروهای آنتی ویروس قرار داشتند (۲۷،۳۰).

در پژوهش حاضر شایع‌ترین سندرم بالینی منجر به بستری سل ریوی و ترومبوز ورید عمقی بوده، در مطالعه صیاد و همکارانش شایع‌ترین دلیل مراجعه بیماران عفونت پوست، پنومونی و ترومبوفلیت و کم‌ترین سندرم نورولوژیک و لنفادنوپاتی بوده است (۳۱) پاپلئو^۴ و همکارانش به این نتیجه دست یافتند که بین سن، جنس و راه ابتلا به ایدز در مراجعات مکرر بیماران رابطه معنی‌داری وجود نداشته است (۳۲) که مشابه مطالعه مان است. مطالعات انجام شده در کانادا و تایلند نشان داد کسانی که با رضایت شخصی و بر خلاف توصیه‌های پزشک از بیمارستان مرخص می‌شوند زودتر جهت درمان به بیمارستان مراجعه می‌کنند و شدت، عود عفونت و بیماری در مراجعه اخیر نسبت به قبل افزایش یافته است (۱۹،۳۲) که تفاوتی با پژوهش حاضر ندارد.

یافته‌ها نشان داد که نباید نقش CD4 را در مراجعه مکرر بیماران نادیده گرفته شود چرا که هرچه شمارش CD4 بالاتر باشد مراجعه بیماران کم‌تر صورت گرفته است و هر چه این شمارش پایین‌تر باشد بیماران با حال عمومی وخیم‌تر زودتر مراجعه می‌کنند، کم‌ترین CD4 در این مطالعه مربوط به پنومونی پنوموسیستی کارینی و توکسوپلاسمای مغزی بود که با بیش از چهار بار مراجعه سرانجام فوت نمودند اما در مطالعه ای در بیمارستان سینا کرمانشاه کم‌ترین CD4 مربوط به سندرم‌های لنفادنوپاتی، نوروژنیک و پنومونی بوده است (۳۱).

است (۲۰) نکته قابل تأمل در این پژوهش این است که موارد ناشناخته در گزارش مرکز مدیریت بیماری‌های کشور می‌تواند همان فاز انتقال جنسی باشد هرچند در گزارش سازمان جهانی بهداشت در طی سال‌های ۲۰۰۳-۱۹۹۶ افزایش قابل ملاحظه ای در انتقال و شیوع بیماری‌های منتقله جنسی ایجاد کننده زخم وجود داشته است (۲۴) در مطالعه ای دیگر شایع‌ترین راه انتقال HIV در بیماران اعتیاد تزریقی (۵۲/۸ درصد) و در ۲۴/۵ درصد از طریق روابط جنسی ناسالم و آلوده بیان شد (۲۵) پس می‌توان انتظار داشت که با توجه به جمعیت جوان ایران احتمال تغییر در روش انتقال بیماری از روش تزریقی به انتقال جنسی وجود دارد (۲۶).

این پژوهش در بستری نهایی میزان مرگ و میر را ۱۴/۱ درصد و مدت زمان بستری را ۱۲/۵ روز نشان داد اما در بیمارستان ستلرز در جنوب آفریقا مشخص شد که میزان مرگ و میر در این بیماران ۳۳ درصد و مدت زمان بستری آن‌ها ۸/۳ روز بود که ۷۰ درصد از بیماران مجدداً مورد پذیرش قرار می‌گرفتند (۲۷) که با مطالعه مان تفاوت دارد اما در بیمارستان گروت در جنوب آفریقا ۲۷/۴ درصد از بیماران مجدداً مورد پذیرش قرار گرفتند (۲).

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بین سن، جنس، تشکیل پرونده در مرکز مشاوره و عود عفونت رابطه معنی‌داری وجود نداشته است که مشابه مطالعه مرمین^۱ و همکارانش در اوگاندا بوده است (۲۸).

با توجه به این‌که درمان داروهای آنتی رتروویرال (HAART) منجر به کاهش موربیدیتی و مورتالیتی در بیماران HIV مثبت شده است (۱۶). بر طبق گزارشات سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ پوشش درمان رتروویروسی در منطقه خاورمیانه ۵ درصد و در ایران ۱۰ درصد برآورد شده است. در این مطالعه ۲۱/۱ درصد از بیماران مصرف منظم داروهای ضد رتروویروسی داشته اند که از

2 Jameson
3 Nosky
4 Papepu

¹ Meriin

در مراکز مشاوره ایدز، تأکید بر مصرف منظم داروهای آنتی ویرال و مشاوره پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این تحقیق حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته آموزش پرستاری داخلی - جراحی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی می‌باشد، بر خود واجب می‌دانم مراتب قدردانی و سپاس خود را از اساتید محترم کرسی عفونی دانشگاه علوم پزشکی تهران، اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی و پرسنل محترم مدارک پزشکی که در اجرای این پژوهش نهایت همکاری را داشته اند ابراز نمایم

با مشخص گردیدن عوامل موثر در مراجعات مکرر بیماران مبتلا به ایدز مدیران، پزشکان و پرستاران مربوطه می‌توانند با اختصاص دادن زمان و امکانات مکفی و بکارگیری نیروی انسانی لازم در جهت رفع یا تعدیل عوامل موثر گام‌های مهمی بردارند با تعیین عوامل موثر از بستری‌های مکرر این بیماران جلوگیری، هزینه درمان کم شده و سیاست مراقبت از خود گسترش می‌یابد، مجموعه یافته‌های این مطالعه نشان داد بروز عفونت جدید یکی از دلایل اصلی مراجعه مکرر بیماران به بیمارستان محسوب شده بنابراین لازم است علاوه بر درمان عفونت که باعث بستری این بیماران شده است با بررسی دقیق‌تر و اتخاذ تصمیمات درمانی شیوع عفونت آتی و جدید را کاهش دهیم و برای کاهش و کنترل عود عفونت قبلی آموزش‌های لازم بعد از ترخیص، تشکیل پرونده

References:

1. Keyvanara M, Roholamin L. Comparison of physical space of pediatric ward in Isfahan hospital with standards. *Health Info Manag* 2007;4(1): 123- 32.
2. Sadeghiani E. Evaluation of health care management and hospital standard. 1st Ed. Tehran: Moeen Pub;1996:193..
3. Akbari Haghghi F, Hosseini M, Poorreza A, Mardali M. Investigating the knowledge of nurses in hospital of Tehran University of Medical Sciences about nosocomial infection in 2005. *Iran Sci Hos Asso J* 2008; 7: 5-8..
4. Tabibi SJ, Tourani S, Sadeghi M, Ebrahimi P. Factors involved in further reference of patients the surgery wards of general teaching hospital. *J Qazvivi Univ Med Sci* 2002;21:42-9.
5. Bahadori M, Rahmani H, Tofighi S, Ravangard R. Accreditation of hospitals affiliated with Lorestan University of Medical Sciences according to performance indicators in 2002-3. *Iran Sci Hos Asso J* 2008; 7(1,2): 5-8.
6. Raeisi P, Ghaderi H, Nosratnejad SH. The relationship between sales of complementary health insurance polices and macroeconomic variables. *J Health Adm* 2006; 24:9.
7. Center of Disease Control and Prevention. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic. United States, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003 Apr 18;52(15):329-32.
8. Sheikhtaher A, Moghaddasi H. Information managemen: the powerful strategists of health care organization in future. *Health Info Manag* 2008; 5(1): 83-93.
9. Hajian K. Evaluation of patients satisfaction with hospital care in Shahid Beheshti and Shahid Tahyanejad hospitals., *Babol Univ Med Sci J* 2007; 9(2): 51-9.
10. Kimiafar KH, Moradi GH, Sadoogh F, Sarbaz M. Views of users towards the quality of hospital information system in training hospitals affiliated to Mashhad University of Medical Sciences. *Health Info Manag* 2007; 11(4): 43-50.

11. Baghbanian A. A study of the relationship between performances of hospitals affiliated with Shiraz University of Medical Sciences and patient satisfaction and providing Guidelines. *J Health Adm* 2001; 10(4): 59-64.
12. Kashi A, Yadyad M, Hajiabdolbaghi M, Jafari S. Utilization of the health ministry recommended services by Iranian HIV/AIDS patient. *TUMS* 2008; 66(9):670-6.
13. Nematollahi M, Khalesi N, Moghaddasi H, Askarian M, Afsarkazerooni P. National HIV/AIDS surveillance pattern for Irans health system. *Health Info Manag* 2007; 4(2):153-66.
14. Torbst KK, Herbst JH, Masters HI, Costa PT. Personality pathways to unsafe sex: personality, condom use and HIV risk behaviors. *J Res in Personality* 2002; 36: 117-33.
15. Simbar M, Shayanmanesh M, Maheedi F, Akbarzade H. Knowledge and attitude and practice of midwife about HIV/AIDS prevention in selected Hospital in Isfahan city, 2006. *Pejuhandeh J Irn* 2008; 60(12): 535-40.
16. Behjati Ardekani M, Ayatollahi J. Knowledge of high schools students in Yazd city about AIDS. *Irn J Pediatr* 2006;15(4):321-6.
17. Center for Disease Control, Office of the Deputy for Public health, ministry of health and medical education of the Islamic Republic of Iran. HIV/AIDS in Iran: Cumulative Statistics:2008.P.1-5
18. Mirzaei K, Zahmatkesh S. A survey on the knowledge, attitude and practice of dentists in Boshher province about HIV/AIDS. *Boshehr Univ Med Sci J* 2007; 10(1): 67-74.
19. Kam Yet F. Factors contributing to hospital readmission in a Hong Kong regional hospital: a case- control study. *Nurs Res* 2004; 51(1):40-9.
20. Graham N, Stanly A, Parrish A. A review of internal medicine readmissions in a Peri-urban South African hospital. *S Afr Med J* 2008; 98(4): 291-4.
21. Baghbanian A. A study of the leadership styles in hospitals affiliated with Shiraz University of Medical Sciences and presenting a suitable model. *Health Info Manag* 2001; 9(4): 19-23.
22. Sayad B, Eini P, Hatami H, Janbakhsh A, Vaziri S, Afsharian M , et al. Clinical syndromes in HIV/AIDS according to CD4 count. *Irn J Path* 2006; 1(1): 35-9.
23. Hatami H. Clinical epidemiology of AIDS. *Shahi Taqu-e Bostan*; 2003:1-35.
24. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI surveillance. UNAIDS/WHO epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually tansmitted infection Iran (Islamic Republic of Iran). Geneva: World Hath Organization; 2004. P.3-7
25. Ramezani A, Hekmat S, Jam S, Vahabpour R, Bahramali G, Aghakhani S, et al. Prevalence and genotype of hepatitis G virus infection in HIV positive patients. *Irn J Dis*2008; 41(13):7-12.
26. Dejong JL, Phil M, Bonnie L, Shepard M. Breaking the Silence and saving lives; young people's sexual reproductive health in the Arab States and Iran. International Health and Human Rights Program, Francois Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard University, September 2005. P.272.
27. Jameson C. The role of a palliative care inpatient unit in disease management of cancer and HIV patients. *S Afr Med J* 2008; 97(9): 849-52.
28. Mermin J, Musinguzi J, Opio A, Kirungi W, Ekwarn JP, Hladik W, et al. Risk factors for recent HIV infection in Uganda. *JAMA* 2008; 300(5): 540-9.
29. World Health Organization. Progress on global access to HIV antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2005. P.3-5.

30. Nosky B, Hi S. Highly antiretroviral therapy and hospital readmission of a matched cohort. *BMC Infect Dis* 2006;6:146.
31. Sayad B, Eini P, Hatami H, Janbakhsh A, Vaziri S, Afsharian M, et al. Clinical syndrome in HIV/AIDS according to CD4 count. *Iran J Pathology* 2006; 1(1): 35-9.
32. Paplepu A, Sun H, Kuyper L, Schechter MT, Oshaughnessy MV, Anis AH. Predictors of early hospital readmission in HIV-infection patients with Pneumonia. *J Gen Intern Med* 2003; 18(4): 242-7.