

بر نواح خنروندر جها و خرو

مشاوره و آزمایش اچ آی وی

کتاب مرجع پزشکان

تدوین کنندگان:

دکتر بهرنگ شادلو
دکتر معصومه امین اسماعیلی
دکتر آفرین رحیمی موقر

مشاوران فنی:

دکتر محمدمهدی گویا
دکتر عباس صداقت
دکتر مینو محرز
دکتر کیانوش کمالی
دکتر سعید بیان الحق



صندوق جمعیت سازمان ملل



مرکز تحقیقات ایدز ایران
دانشگاه علوم پزشکی تهران



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

عنوان و نام پدید آور:	مشاوره و آزمایش اچ آی وی، کتاب مرجع پزشکان/ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر و مرکز تحقیقات ایدز دانشگاه علوم پزشکی تهران و صندوق جمعیت سازمان ملل؛ بهرنگ شادلو، معصومه امین اسماعیلی و آفرین رحیمی موقر.
مشخصات ناشر:	
مشخصات ظاهری:	
شابک:	
وضعیت فهرست نویسی:	فیپا
عنوان روی جلد:	مشاوره و آزمایش اچ آی وی، کتاب مرجع پزشکان.
موضوع:	اچ آی وی ایدز.
موضوع:	مشاوره.
شناسه افزوده:	بهرنگ شادلو، معصومه امین اسماعیلی و آفرین رحیمی موقر.
شناسه افزوده:	ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر.
شناسه افزوده:	مرکز تحقیقات ایدز دانشگاه علوم پزشکی تهران.
شناسه افزوده:	صندوق جمعیت سازمان ملل.
رده بندی کنگره:	
رده بندی دیویی:	
شماره کتابشناسی ملی:	

نام کتاب: مشاوره و آزمایش اچ آی وی، کتاب مرجع پزشکان
 نویسندگان: بهرنگ شادلو، معصومه امین اسماعیلی و آفرین رحیمی موقر
 سازمان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر و مرکز تحقیقات ایدز
 دانشگاه علوم پزشکی تهران و صندوق جمعیت سازمان ملل
 ناشر:
 طراحی و صفحه آرایی:
 طرح روی جلد: مژگان توکلی کیا
 شمارگان:
 شماره چاپ: اول
 تاریخ چاپ: ۱۳۹۲
 شابک:

ISBN:

فهرست

۵	.....	اختصارات
۷	.....	پیش گفتار
۹	.....	مقدمه
۱۱	.....	فصل اول: آنچه پزشکان باید در مورد HIV/AIDS و عفونت‌های آمیزشی بدانند
۲۸	.....	فصل دوم: آزمایش HIV
۳۵	.....	فصل سوم: عناصر کلیدی در مشاوره‌ی HIV
۴۷	.....	فصل چهارم: استراتژی‌های تغییر رفتار در مشاوره‌ی HIV
۵۵	.....	فصل پنجم: مشاوره در زمینه‌ی آزمایش HIV
۷۱	.....	فصل ششم: سلامت روان و عفونت HIV
۹۵	.....	فصل هفتم: کار با مراجعین دارای افکار خودکشی
۱۰۵	.....	فصل هشتم: آشنایی با مشاوره‌ی مراقبت
۱۱۳	.....	فصل نهم: مشاوره برای افشای وضعیت HIV
۱۲۱	.....	فصل دهم: مشاوره‌ی پایبندی به درمان
۱۲۹	.....	فصل یازدهم: توجه به گروه‌های خاص
۱۵۹	.....	فصل دوازدهم: سوگ، داغدیدگی و فقدان
۱۷۱	.....	فصل سیزدهم: پایش و ارزیابی
۱۷۹	.....	فصل چهاردهم: مراقبت مشاور از خود
۱۸۷	.....	پیوست ها
۱۹۹	.....	منابع
۲۰۳	.....	نمایه

اختصارات

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ART	Anti Retroviral Therapy
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
BCC	Behavior Change Counseling
CD4	Cluster of Differentiation 4
CDC	Center for Disease Control
CICT	Client-Initiated Counseling & Testing
CNS	Central Nervous System
CRC	Committee on the Rights of the Child
DALY	Disability Adjusted Life Years
DIC	Drop-In Centers
DNA	Deoxyribonucleic Acid
DOT	Directly Observed Treatment
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
ELISA	Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay
FDC	Fixed Dose Combination
FTM	Female to Male
GHQ-28	General Health Questionnaire-28
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HBV	Hepatitis B Virus
HCT	HIV Counseling and Testing
HCV	Hepatitis C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papilloma Virus
ICD-10	International Classification of Diseases-10
IDU	Injecting Drug User
IEC	Information, Education and Communication
M&E	Monitoring & Evaluation
MAOI	Monoamine Oxidase Inhibitor
MARP	Most At Risk Population
MDD	Major Depressive Disorder
MEMS	Medication Event Monitoring System
MSM	Men who have Sex with Men
MTF	Male to Female
NA	Narcotics Anonymous
NNRTI	Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NRTI	Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
PCP	Pneumocystis Carinii Pneumonia
PCR	Polymerase Chain Reaction

PEP	Post Exposure Prophylaxis
PHQ	Primary Health Questionnaire
PI	Protease Inhibitor
PICT	Provider-Initiated Counseling & Testing
PLWHA	People Living With HIV/AIDS
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
RIPA	Radioimmunoprecipitation Assay
RNA	Ribonucleic Acid
SAMISS	Substance Abuse and Mental Illness Symptom Screener
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
STI	Sexually Transmitted Infection
TB	Tuberculosis
TCA	Tricyclic Antidepressant
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
VCT	Voluntary Counseling & Testing
WB	Western Blot
WHO	World Health Organization

پیش گفتار

امروزه گسترش روزافزون اچ آی وی به عنوان یکی از چالش‌های بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی، پیشرفت و توسعه‌ی جوامع را به خطر انداخته است. مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری یکی از تجربیات موفق کشور است که توانسته گام‌های مؤثری را در کنترل اپیدمی اچ آی وی بردارد. اولین مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری در سال ۱۳۷۹ در کرمانشاه و دومین مرکز در سال ۱۳۸۱ در تهران راه اندازی شد، که این اقدام از طرف نهادهای بین‌المللی متولی امر سلامت، تحت نام بهترین تجربه، به سایر کشورها معرفی شده است. با حمایت‌های سیاسی مسئولین، پس از گذشت یک دهه، تعداد این مراکز به سرعت رو به افزایش گذاشت، که هم اکنون شاهد فعالیت ۱۰۳ مرکز و ۱۹۰ پایگاه مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری در سراسر کشور هستیم.

در مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری، کلیه‌ی خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان اچ آی وی به خصوص ارائه‌ی درمان‌های مناسب جهت بیماران، خدمات کاهش آسیب، آموزش، مشاوره و آزمایش اچ آی وی جهت افراد در معرض آسیب به صورت کاملاً محرمانه، داوطلبانه و رایگان ارائه می‌گردد.

از آن جایی که مشاوره‌ی صحیح در این مراکز، اساسی‌ترین نقش را در شناسایی افراد در معرض خطر و نیز پایداری مبتلایان به دریافت خدمات مراقبتی ایفاد می‌نماید، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر و وزارت بهداشت، همواره ارتقای کیفی خدمات مشاوره برای ارائه‌دهندگان این خدمت را مورد تأکید قرار داده است. کتاب پیش رو با هدف ارتقای توان علمی پزشکان در زمینه‌ی اچ آی وی/ایدز و عفونت‌های آمیزشی تدوین شده است. از ویژگی‌های این کتاب، توجه ویژه به نیازهای آموزشی پزشکان با تأکید بر جنبه‌های خاص مشاوره در زمینه‌ی اچ آی وی/ایدز و استفاده از نویسندگانی است که ضمن دارا بودن دانش تخصصی، از تجربه‌ی فعالیت در این حوزه نیز برخوردارند. در پایان از نویسندگان و تمامی عزیزانی که در تدوین این کتاب یاری نموده‌اند، تقدیر می‌شود.

دکتر محمدمهدی گویا

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه

تأسیس مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری، راهکار مهمی در پاسخ کشور ما به مشکل HIV بوده است. خدمات گوناگونی که برای مراکز مشاوره‌ی رفتاری تعریف شده است، در راستای استراتژی‌های مختلف سومین برنامه استراتژیک ایدز (۱۳۹۳ - ۱۳۸۹) بوده و نقش کلیدی در ارائه‌ی خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت از HIV بازی می‌کند. مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری، مراکزی هستند که قابلیت ارائه‌ی خدمات آموزشی، پیشگیری، مشاوره، مراقبت، درمان و کاهش آسیب را به افراد در معرض بیشترین خطر ابتلا و مبتلایان به HIV و بیماری‌های مقاربتی را داشته باشند. بر اساس دستورالعمل اجرایی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، اهداف این مراکز عبارتند از:

- ۱- فراهم نمودن امکان دسترسی عموم جامعه به مکانی مطمئن جهت کسب اطلاعات در خصوص راههای انتقال و پیشگیری از بیماری؛
- ۲- فراهم نمودن امکان دسترسی گروه‌های در معرض بیشترین خطر ابتلا، به خدمات آموزشی، مشاوره، تشخیص HIV، کاهش آسیب، و مراقبت و درمان بیماری‌های مقاربتی؛
- ۳- فراهم نمودن امکان دسترسی مبتلایان به HIV و خانواده‌های آنها به خدمات آموزشی، مشاوره، مراقبت و درمان و کاهش آسیب؛
- ۴- افزایش امکان دسترسی مبتلایان به بیماری‌های مقاربتی به خدمات آموزش، مشاوره، مراقبت و درمان و کاهش آسیب؛
- ۵- افزایش امکان دسترسی افراد در مواجهه شغلی به خدمات تشخیصی و پیشگیری از ابتلا به HIV.

این کتاب برای پزشکان شاغل در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری که مسئولیت ارائه مشاوره پیش و پس از آزمایش HIV و مراقبت و درمان افراد مبتلا به HIV/AIDS و یا بیماری‌های مقاربتی را به عهده دارند، نگاشته شده است. هر جا که از اصطلاح "مشاور" استفاده شده است، منظور فردی است که به مراجع خدمات مشاوره ارائه می‌کند؛ فارغ از اینکه فرد ارائه دهنده‌ی مشاوره پزشک، روانشناس و یا یک کارشناس مامایی است.

سازمان جهانی بهداشت، یک "مشاوره و آزمایش HIV با کیفیت" را این گونه تعریف کرده است: خدمات قابل دسترسی مشاوره و آزمایش HIV که نیازهای مراجعان و ارائه‌کنندگان خدمت را به طور عادلانه و قابل قبول در چهارچوب منابع و امکانات موجود و در راستای دستورالعمل‌های ملی برآورده می‌کند. هم چنین یک "مشاوره‌ی با کیفیت" این گونه تعریف شده است: مشاوره‌ی با کیفیت، در دسترس، غیرقضاوتی و مراجع محور است. مشاوره باید موجب افزایش دانش پیشگیری از HIV در مراجعان شده و به آنان در تمرکز بر یافتن راه‌حلی برای کاهش خطر کمک کند. علاوه بر این، یک مشاوره‌ی با کیفیت موجب ارجاع، پیگیری، و پایبندی به درمان به شیوه و زمان مناسب و قابل قبول می‌شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصمم است تا به طور نظام‌مند موجبات ارائه‌ی خدمات استاندارد و با کیفیت بالا را به مراجعان مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری فراهم کند. از آنجا که ارتقای دانش و مهارت ارائه‌کنندگان خدمت، نقش کلیدی را در بهبود کیفیت خدمات ایفا می‌کند، مجموعه‌ای آموزشی برای دست‌اندرکاران این مراکز تدوین شده است تا با مطالعه‌ی کامل آن و شرکت در دوره‌های آموزشی منظم، همراه با تجربیاتی که در حین کار به دست می‌آید، کادر این مراکز را افرادی با کفایت و مسلط بر وظایف خود تشکیل دهند.

هدف نهایی از این تلاش‌ها عبارتند از: افزایش تشخیص زودرس بیماری‌هایی که از وضعیت HIV خود مطلع نیستند، تشویق افراد خانواده و شرکای جنسی بیماران مبتلا به HIV به دریافت مشاوره و آزمایش، ارائه‌ی خدمات پیشگیرانه به افرادی که در معرض خطر هستند، تسهیل دریافت به موقع مراقبت و درمان HIV و حمایت روانی و اجتماعی از بیماران.

گرچه نام این کتاب، "مشاوره و آزمایش HIV" است، ولی مطالب ارائه شده، شامل انواع مسائل شایعی است که پزشکان در برخورد با مراجعان این مراکز با آن روبه رو می‌شوند. از آنجا که مشاوره و آزمایش HIV، نقطه‌ی کلیدی ورود به انواع مداخلات است، اولویت اصلی بر آن گذاشته شده است. این کتاب در راستای اهداف ذکر شده، به تفصیل موارد زیر را تشریح می‌کند: عناصر کلیدی در مشاوره‌ی HIV، مشاوره‌ی پیش و پس از آزمایش HIV به درخواست مراجع و به پیشنهاد درمانگر، روش‌های تغییر رفتارهای پرخطر در مشاوره‌ی HIV، مشاوره برای افشای وضعیت HIV، مشاوره‌ی مراقبت، مشاوره‌ی پایبندی به درمان، اختلالات روانپزشکی و HIV، تداخل دارویی داروهای ضد رتروویروسی با داروهای روانپزشکی، کار با مراجعین دارای افکار خودکشی، سوگ، داغ‌دیدگی و فقدان، مشاوره با گروه‌های خاص شامل زنان باردار، زنان تازه فارغ شده و همسران آنها، کودکان و نوجوانان، مردانی که با همجنس خود، رابطه‌ی جنسی دارند، مراجعین دچار اختلال هویت جنسی و افراد دوجنسیتی، تن‌فروشان و مصرف‌کنندگان مواد و الکل. هم‌چنین مشاوره با ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی پس از مواجهه‌ی اتفاقی و روش‌های مراقبت مشاور از خود در مقابل استرس و فرسودگی شغلی در ادامه مورد بحث قرار گرفته است. علاوه بر این برای پزشکانی که مسئولیت کنترل کیفیت مرکز را به عهده دارند، چگونگی پایش و ارزیابی خدمات مشاوره ارائه شده است.

در تدوین این کتاب تلاش شده است تا از روزآمدترین اطلاعات و منابع استفاده شود. امید است تا متخصصان و دست‌اندرکاران با مرور این کتاب، بازخورد خود را برای هر چه پربارتر شدن آن به نویسندگان ارائه نمایند تا در ویرایش‌های بعدی کتاب از راهنمایی‌های آنان استفاده شود.

نویسندگان این کتاب از سرکار خانم دکتر میترا فلاحی برای همکاری نزدیکشان و هم‌چنین سرکار خانم فهیما فرهی و سرکار خانم زینب السادات موسوی سپاسگزاری و قدردانی می‌نمایند.

دکتر آفرین رحیمی موقر

دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات ایدز ایران

دانشگاه علوم پزشکی تهران

تابستان ۱۳۹۲

فصل اول:

آنچه پزشکان باید در مورد HIV/AIDS و عفونت‌های آمیزشی بدانند

مقدمه

بیش از سی سال از شناسایی اولین مورد ابتلا به ویروس HIV می‌گذرد. در ژوئن سال ۱۹۸۱ در مجله‌ی "گزارش هفتگی ابتلا و مرگ و میر"^۱ آمریکا، گزارش پنج مورد پنومونی ناشی از پنوموسیستیس کارینی (PCP) در مردان همجنسگرا در کالیفرنیا منتشر شد. طی مدت کوتاهی، موارد مشابهی نیز از شهرهای نیویورک و سانفرانسیسکو گزارش شد. پس از آن موارد فزاینده‌ای از ابتلای بزرگسالان به عفونت‌ها و سرطان‌های فرصت‌طلب نادر مشاهده شد. ویژگی مشابه همه‌ی موارد، بروز نقص در سیستم ایمنی و ابتلا به عفونت‌هایی بود که در افراد دارای سیستم ایمنی سالم دیده نمی‌شود. به این ترتیب در پایان سال ۱۹۸۱ تعداد ۱۸۹ مورد بیماری با الگوی ابتلا به عفونت‌های فرصت‌طلب از ۱۵ ایالت آمریکا به مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا^۲ گزارش شد که اغلب آنها را مردانی تشکیل می‌دادند که با مردان دیگر رابطه‌ی جنسی داشتند. با افزایش موارد بیماری در سال بعد، این سندرم در زنان و برخی گروه‌های جمعیتی خاص نظیر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و مبتلایان به هموفیلی نیز مشاهده شد. آنالیز یافته‌های جدید این فرضیه را مطرح کرد که عامل ایجادکننده‌ی این بیماری یک عامل عفونی قابل انتقال از راه تماس جنسی یا خون است.

در سال‌های ۱۹۸۳ و ۱۹۸۴ دکتر لوک مونتانیه^۳ از انستیتو پاستور پاریس و دکتر رابرت گالو^۴ از محققان موسسه ملی سرطان آمریکا، ویروس با منشأ انسانی مولد این بیماری را جدا کردند. در سال ۱۹۸۵ اولین روش‌های تشخیصی این عفونت شناخته شد و متعاقباً به منظور غربالگری خون‌های اهدایی به کار گرفته شد.

¹ Morbidity and Mortality Weekly Report

² Center for Disease Control (CDC)

³ Luc Montagnier

⁴ Robert Gallo

عامل بیماری و بیماری زایی

عامل این بیماری ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)^۱ است. HIV یک رتروویروس^۲ و عضوی از زیرخانواده‌ی لنتی ویروس^۳ است، که حاوی RNA و دارای پوشش می‌باشد. تاکنون چهار نوع رتروویروس انسانی شامل^۴ HTLV-1، HTLV-2، HIV-1 و HIV-2، شناخته شده‌اند. HIV-2 بیشتر در نواحی غربی آفریقا (و اخیراً برخی کشورهای اروپایی) دیده شده، و در مقایسه با HIV-1، احتمال انتقال آن کمتر است و سیر پیشرفت کندتری دارد. ممکن است فرد همزمان به هر دو نوع ویروس مبتلا گردد.

بیماری زایی این ویروس عمدتاً از طریق حمله به سلول‌های ایمنی صورت می‌گیرد. HIV مانند سایر ویروس‌ها انگل اجباری درون سلولی است و همانندسازی آن به سلول میزبان بستگی دارد. برای برقراری چرخه‌ی زندگی ویروس، آنزیم و پروتئین‌های خاصی لازم است. دو پروتئین اصلی در پوشش HIV وجود دارد: گلیکوپروتئین ۱۲۰ کیلو دالتونی (gp120) و گلیکوپروتئین ۴۱ کیلو دالتونی (gp41). ویروس با استفاده از gp41 به گیرنده‌ی CD4 سلول میزبان متصل می‌شود و با استفاده از آنزیم ترانس کریپتاز معکوس خود، رونوشتی از RNA خود را به صورت DNA ایجاد می‌کند. gp120 نیز میل ترکیبی زیادی به گیرنده‌ی CD4 در سطح غشاء میزبان دارد. گیرنده‌ی CD4 در سطح لنفوسیت‌های T-helper، مونوسیت‌ها، ماکروفاژها، سلول‌های دندریتیک و لانگرهانس وجود دارد.

HIV از طریق آلوده کردن سلول‌های لنفوسیت T که دارای گیرنده‌ی CD4 بوده و از طریق فعال‌سازی سیستم ایمنی با ایجاد یک محیط سیتوکینی که ویروس از آن جهت تکثیر خود استفاده می‌کند، سیستم ایمنی را متزلزل می‌سازد. کاهش سلول‌های CD4 در خون محیطی، نشانه‌ی بارز عفونت پیشرفته‌ی HIV است.

مشخصه‌ی عفونت HIV، نقص ایمنی ناشی از نقصان مداوم و پیشرونده در تعداد و عملکرد لنفوسیت‌هاست. در مرحله‌ی عفونت اولیه، ویروس‌ها از محل ورود خود (به عنوان مثال سلول‌های لانگرهانس رکتوم یا واژن) به غدد لنفاوی آن ناحیه رفته و در آنجا تکثیر می‌یابند. با راه یافتن ویروس به طحال و سیستم رتیکولوآندوتلیال، ویرمی و گسترش عفونت صورت می‌گیرد. این مرحله در برخی از افراد با علایمی شبیه مونونوکلئوز عفونی همراه است. پاسخ ایمنی در این مرحله به واسطه‌ی سلول‌های T-suppressor یا سلول‌های دارای گیرنده‌ی CD8 انجام می‌شود. در ابتدا این سلول‌ها افزایش یافته و سعی می‌کنند سلول‌های آلوده به ویروس را از بین ببرند. همچنین با آزاد شدن سیتوکین‌ها، ۴-۶ ماه پس از ورود ویروس تا زمان ورود به مرحله‌ی پایدار، بار ویروس کاهش واضحی خواهد داشت. در طی مراحل اولیه و حاد عفونت و گذار به مرحله‌ی بعدی، ویروس می‌تواند در نقاطی مانند غدد لنفاوی به صورت نهفته باقی بماند و به تکثیر خود ادامه دهد.

انتقال HIV

راه‌های انتقال HIV شناخته شده و محدود است. این راه‌ها عبارتند از: تماس جنسی، تماس با خون و ترشحات و انتقال از مادر به کودک. خطر انتقال در این راه‌ها، با هم یکسان نیست.

¹ Human Immunodeficiency Virus

² Retrovirus

³ Lentivirus

⁴ Human T-Lymphotropic Virus

جدول ۱ خطر انتقال عفونت در بین تماس‌های مختلف را با هم مقایسه می‌کند.

جدول ۱ - خطر انتقال HIV در انواع مواجهه ها

درصد خطر انتقال در هر مواجهه	راه مواجهه
۱۰۰-۹۰	انتقال خون
۰/۶۷	اشتراک سوزن در مصرف تزریقی مواد
۰/۵۰	مفعول آمیزش مقعدی
۰/۳۰	فرورفتن سوزن در پوست
۰/۲۰-۰/۱۰	مفعول آمیزش واژنی
۰/۰۶	فاعل آمیزش مقعدی
۰/۰۵	فاعل آمیزش واژنی
۰/۰۵	مفعول آمیزش دهانی
۰/۰۱	فاعل آمیزش دهانی

انتقال از طریق تماس جنسی

شایع‌ترین راه انتقال HIV در جهان، انتقال از طریق تماس جنسی است. بیش از ۷۰٪ کل موارد آلودگی به ویروس HIV در دنیا از این طریق بوده است. به‌طور کلی، عوامل زیر خطر انتقال در یک تماس جنسی را بالاتر می‌برند:

- ❖ دفعات تماس و یا تعداد شرکای جنسی: هر قدر تعداد شرکای جنسی و یا دفعات تماس جنسی محافظت نشده (بدون استفاده از کاندوم) افزایش یابد، احتمال ابتلا بیشتر خواهد شد. در جوامعی که شیوع HIV در آنها بالاتر است، احتمال انتقال ویروس به طور قطع بالاتر خواهد بود. تماس جنسی با تن‌فروشان خطر بالاتری دارد.
- ❖ مرحله‌ی بیماری در بدن فرد آلوده: هرچه میزان ویروس در بدن فرد مبتلا بیشتر باشد، احتمال انتقال بالاتر خواهد بود. این میزان در مرحله‌ی عفونت فاز حاد (دو تا چهار هفته پس از ورود ویروس به بدن) و در مرحله‌ی پیشرفته‌ی بیماری، در بالاترین میزان خود قرار دارد.
- ❖ سالم نبودن مخاط در حین تماس جنسی: تماس با خون علاوه بر ترشحات جنسی و یا عدم سلامت مخاطات، احتمال انتقال را افزایش می‌دهد. ابتلا به یک بیماری آمیزشی درمان نشده (با یا بدون وجود زخم) خطر انتقال را افزایش می‌دهد. در تماس‌های جنسی نظیر تجاوز جنسی یا تماس جنسی با دختران قبل از بلوغ، احتمال تروماتیزه شدن قربانی بیشتر بوده و در نتیجه خطر انتقال بیشتر خواهد بود. برقراری تماس جنسی در زمان قاعدگی می‌تواند خطر بیشتری به همراه داشته باشد.
- ❖ محل آناتومیک تماس جنسی: کلیه‌ی تماس‌های جنسی محافظت نشده توأم با دخول، احتمال انتقال دارند. بیشترین خطر در حین تماس از طریق مقعد اتفاق می‌افتد؛ زیرا به دلیل وجود اسفنکتر، احتمال خراشیدگی و خونریزی و نیز مدت زمان باقی ماندن ترشحات آلوده در تماس با مخاط فرد پذیرای مقاربت مقعدی، بیشتر است. به علاوه، به دلیل غنی بودن بافت رکتوم از لنفوسیت، احتمال این که ویروس با گیرنده CD4 تماس یابد و در بدن مستقر شود بیشتر است. کمترین میزان خطر مربوط به تماس جنسی از طریق دهان است.
- ❖ جنسیت: زنان هنگام تماس جنسی با عواملی همچون احتمال تروماتیزه شدن بیشتر، سطح مخاطی در معرض تماس وسیع‌تر و مدت طولانی‌تر تماس با ترشحات آلوده مواجهند؛ در نتیجه احتمال انتقال از مرد مبتلا به زن سالم بیشتر از احتمال انتقال از زن مبتلا به مرد سالم است. میزان این تفاوت در منابع مختلف بین سه تا ۲۰ برابر

ذکر شده است. وابستگی‌های اقتصادی و کمبود آگاهی و مهارت مذاکره باعث می‌شود زنان نتوانند تماس جنسی محافظت نشده را رد کنند.

انتقال از طریق تماس با خون و ترشحات

تبادل خون می‌تواند باعث انتقال آلودگی گردد. این امر می‌تواند در جریان تزریق خون و فرآورده‌های خونی، استفاده از سرنگ و سوزن مشترک و تماس‌های تصادفی با ابزار تیز و برنده که قابلیت نفوذ از سطح پوستی-مخاطی دارند، صورت پذیرد. در صورت تزریق یک واحد خون آلوده احتمال آلودگی ۹۰ تا ۱۰۰ درصد خواهد بود.

استفاده از سوزن و سرنگ مشترک در بین معتادان تزریقی، دومین راه انتشار HIV در دنیا و به خصوص در آسیا، اروپای شرقی و آمریکای جنوبی است. در ایران این روش شایع‌ترین راه انتشار ویروس HIV است. دفعات استفاده از یک سوزن، دفعات تزریق، تعداد افرادی که از یک ابزار مشترک برای تزریق استفاده می‌کنند و شیوع HIV در جامعه از جمله عوامل تأثیرگذار در انتقال هستند.

کلیه‌ی ابزارهای تیز و برنده (نظیر ابزار پزشکی و دندانپزشکی آلوده، تیغ اصلاح، سوزن خالکوبی و غیره) که قابلیت نفوذ در سطح پوستی-مخاطی دارند، بالقوه خطر انتقال انواع عفونت‌های منتقله از راه خون^۱ نظیر HIV، هپاتیت B و C را دارند و باید در استفاده از آنها نکات لازم رعایت گردد. با این وجود احتمال انتقال HIV از این طریق بسیار پایین است و در صورت فرو رفتن سوزن آلوده در پوست، احتمال انتقال تنها یک دهم تا سه دهم درصد خواهد بود. تمامی ترشحات بدن قابلیت انتقال این عوامل را ندارند. در یک محیط بیمارستانی ترشحاتی که می‌توانند باعث انتقال شوند عبارتند از: خون، مایع نخاع، ترشحات پلور، پریتون، پریکارد و سینوویال، مایع آمنیون، نمونه‌های بافتی فیکس نشده و محیط‌های کشت ویروس.

مدفوع، ترشحات بینی، خلط، عرق، اشک، ادرار، محتویات معده و بزاق قابلیت انتقال HIV را ندارند؛ مگر این که حاوی خون قابل رویت باشند. احتمال انتقال در اهدای عضو نیز وجود دارد و اهداءکنندگان باید از این نظر بررسی شوند.

انتقال از مادر به کودک

انتقال HIV از مادر به فرزند یکی دیگر از راه‌های انتقال بیماری است که می‌تواند در حین بارداری، در هنگام زایمان و زمان شیردهی رخ دهد. احتمال انتقال از مادر به کودک در آفریقا ۳۰-۴۰ درصد و در اروپا و آمریکای شمالی ۱۵-۲۰ درصد است. آمار سرایت در همه جا یکسان نیست. در کشورهای توسعه نیافته این رقم بالاتر و در کشورهای توسعه یافته پایین تر است. به نظر می‌رسد تماس نوزاد با خون مادر به هنگام وضع حمل بیشترین نقش را داشته باشد. خطر انتقال از مادرانی که بار ویروسی بالاتری دارند یعنی در مرحله‌ی عفونت حاد و یا در مرحله‌ی پیشرفته‌ی بیماری به سر می‌برند، بیشتر است. همچنین شرایطی مثل کوریوآمیونیت، زایمان زودرس، تأخیر در زایمان، کمبود ویتامین A، سن بالای مادر، استعمال دخانیات و سایر مواد مخدر موجب افزایش احتمال انتقال بیماری به نوزاد می‌شوند. بیش از ۹۰ درصد تمام موارد انتقال در طی دو ماه آخر بارداری اتفاق می‌افتد.

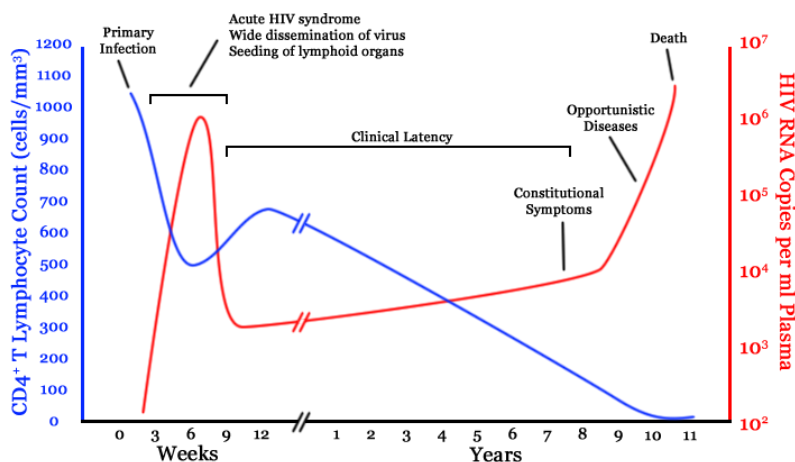
باید به خاطر داشت که HIV از طرق زیر منتقل نمی‌شود:

¹ Blood borne infections

- ❖ دست دادن؛
- ❖ بغل کردن یا بوسیدن فرد مبتلا؛
- ❖ نشستن کنار فرد مبتلا در محیط‌های عمومی مثل مدرسه یا محل کار؛
- ❖ خوردن و نوشیدن و یا استفاده از ظروف مشترک؛
- ❖ استفاده از تلفن عمومی؛
- ❖ تماس پوست سالم با مایعات و ترشحات بدن؛
- ❖ استفاده از توالت، حمام و استخر شنای عمومی؛
- ❖ گزش حشرات.

سیر طبیعی عفونت

اگرچه سیر عفونت HIV در میان بیماران ممکن است متغیر باشد، اما الگوی شایعی در بیماران دیده می‌شود. نمودار ۱ سیر طبیعی این عفونت را نشان می‌دهد. عفونت اولیه با HIV به ایجاد یک پاسخ ایمنی سلولی و هومورال نسبت به ویروس می‌انجامد که با یک دوره‌ی طولانی نهفتگی (متوسط ۱۰ سال) همراه بوده و بیمار طی آن معمولاً بی‌علامت است. از نظر میزان پیشرفت بیماری افراد به سه دسته‌ی با پیشرفت سریع^۱، با پیشرفت معمولی^۲ و بدون پیشرفت برای مدت طولانی^۳ تقسیم می‌شوند. گروه پیشرفت سریع ۵-۱۰ درصد از موارد را تشکیل داده و در این افراد مرحله‌ی بالینی ایدز در عرض ۲-۳ سال بعد از عفونت بروز می‌کند. گروه با پیشرفت معمولی اکثریت موارد را تشکیل داده و در واقع سیر معمول عفونت HIV به این صورت است. بیماران این گروه در طی ۸-۱۵ سال وارد مرحله‌ی ایدز می‌شوند. عده‌ی معدودی از بیماران با وجود گذشت بیش از یک دهه از عفونت اولیه، همچنان سطح CD4 پایداری دارند. به این عده که حدود پنج درصد از موارد را تشکیل می‌دهند، گروه بدون پیشرفت برای مدت طولانی اطلاق می‌شود.



نمودار ۱ - سیر طبیعی عفونت HIV

(بر اساس نموداری از G Pantaleo et al: N Engl J Med 328:327-335, 1993)

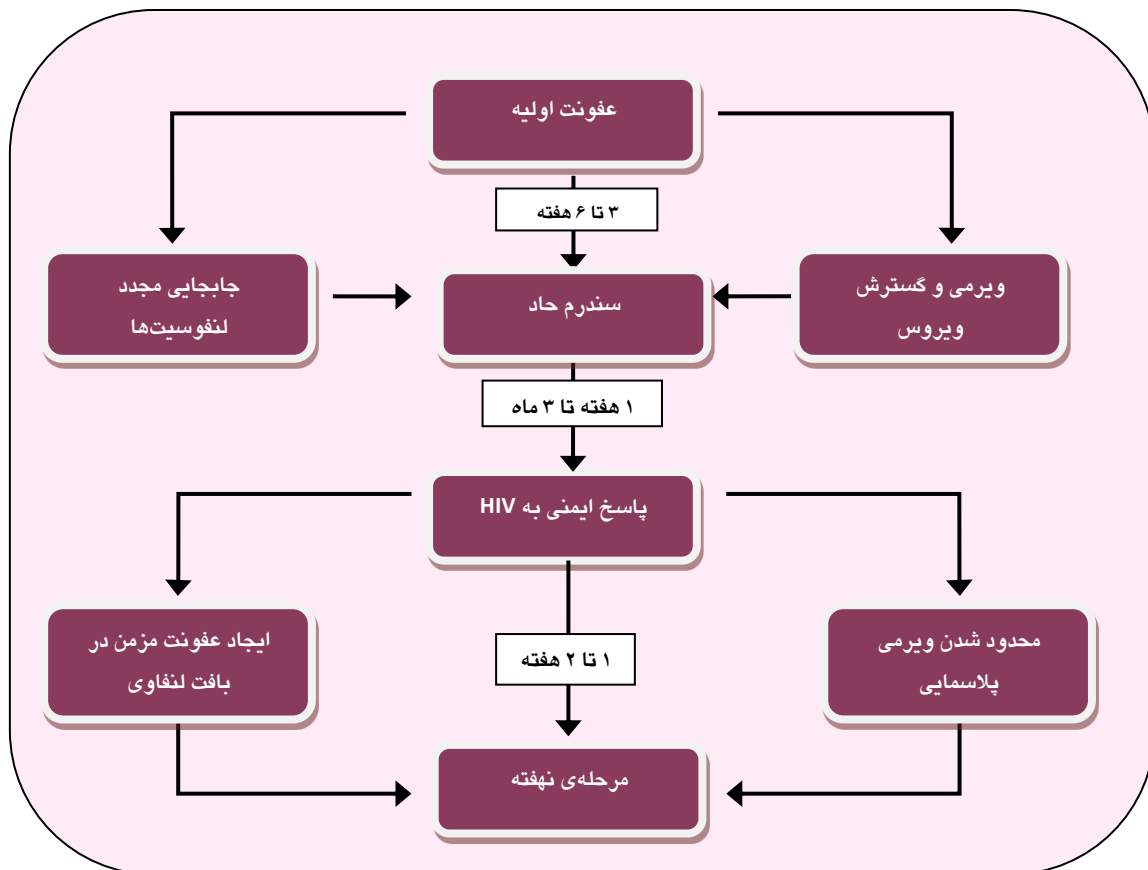
¹ Rapid progressors

² Typical progressors

³ Long-term nonprogressors

سندرم حاد HIV

در ۵۰ تا ۷۰ درصد از بیماران مبتلا به HIV، حدود سه تا شش هفته بعد از تماس با ویروس، یک سندرم شبیه به مونونوکلئوز ایجاد می‌شود. این دوره با ویرمی شدید همراه است و طی یک تا سه هفته پاسخ ایمنی به ویروس ایجاد می‌شود. اگرچه ایمنی ویژه ویروس HIV که طی این دوره ایجاد می‌شود، با کاهش ویرمی همراه است، ولی نمی‌تواند به ریشه‌کنی کامل ویروس بینجامد. هرچند گروه قابل توجهی از بیماران سندرم حاد ویروسی را تجربه نمی‌کنند، ولی حوادث فوق در اغلب بیماران رخ می‌دهد. شکل ۱ روند این تغییرات را نشان می‌دهد.



شکل ۱- دیاگرام تغییرات سندرم حاد HIV

(بر اساس تصویری از G Pantaleo et al: N Engl J Med 328:327-335, 1993)

دوره بدون علامت

پس از عفونت اولیه، پیدایش ایمنی مختص HIV و توقف ظاهری تکثیر ویروس، اغلب بیماران یک دوره‌ی نهفته را تجربه می‌کنند که سال‌ها طول می‌کشد. کلمه‌ی "نهفته" گمراه‌کننده است، چرا که طی این دوره نیز، سیستم ایمنی به تدریج در حال تخریب است. تکثیر ویروس در ارگان‌های لنفوئید همراه با طیفی از وقایع ایمنی که به طور مستقیم و غیرمستقیم توسط ویروس ایجاد می‌شود، منجر به کاهش سلول‌های CD4 می‌گردد. تخریب ایمنی الزاماً با سطح بالای ویروس در خون همراه نیست.

بیماری آشکار بالینی

تخریب پیشرونده‌ی سیستم ایمنی که در اغلب بیماران رخ می‌دهد، سرانجام به بیماری آشکار بالینی و یا آیدز با علایم و نشانه‌های عفونت‌های فرصت طلب یا بدخیمی می‌انجامد. از سال ۱۹۹۶ با معرفی مهارکننده‌های پروتئاز در درمان ضد‌رتروویروسی، سیر عفونت HIV متحول شده است. بررسی‌های متعدد نشان داده‌اند که در فاصله‌ی زمانی سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۰ در ایالات متحده آمریکا، مرگ ناشی از آیدز، عفونت‌های فرصت طلب و بستری ناشی از آن ۶۰ تا ۸۰ درصد کاهش یافته است.

مرحله‌بندی سازمان جهانی بهداشت

مرحله‌بندی بالینی در سال ۱۹۹۰ توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شد و در سال ۲۰۰۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مرحله‌بندی بر اساس یافته‌های بالینی مؤثر در تشخیص، ارزیابی و درمان HIV/AIDS در افراد بالای ۱۵ سال تدوین شده است. این سیستم مرحله‌بندی در بسیاری از کشورها برای تعیین واجدین شرایط درمان ضد‌رتروویروسی به کار می‌رود. در ایران تصمیم‌گیری برای شروع درمان براساس مرحله‌ی بالینی و شمارش سلول‌های CD4 و بر اساس دستورالعمل کشوری انجام می‌شود. جدول ۲ مرحله‌بندی سازمان جهانی بهداشت را نشان می‌دهد.

جدول ۲ - مرحله‌بندی بالینی HIV/AIDS

مرحله‌ی یک
❖ بدون علامت
❖ لنفادنوپاتی منتشر و پایدار
مرحله‌ی دو
❖ کاهش وزن کمتر از ۱۰ درصد کل وزن بدن
❖ تظاهرات پوستی مینور مثل درماتیت سبورئیک، خارش، زخم‌های دهانی عودکننده، عفونت قارچی ناخن
❖ هرپس زوستر در پنج سال گذشته
❖ عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی عودکننده مانند سینوزیت چرکی و غیره
مرحله‌ی سه
❖ کاهش وزن بیش از ۱۰ درصد کل وزن بدن
❖ اسهال طول کشیده بدون توجه (بیش از یک ماه)
❖ تب طول کشیده بدون توجه (مداوم یا گهگاهی) بیش از یک ماه
❖ برفک دهانی، لوکوپلاکی مویی دهانی
❖ سل ریوی در یک سال اخیر
❖ عفونت‌های باکتریایی شدید (پنومونی، پیومیوزیت)

مرحله‌ی چهار

- ❖ سندرم تحلیل منتشر بدن
- ❖ پنومونی پنوموسیستیس کارینی، توکسوپلاسموز مغز
- ❖ کریپتوسپوریدیوز با اسهال برای بیش از یک ماه، کریپتوکوکوز خارج ریوی
- ❖ بیماری سایتومگالوویروسی ارگانی غیر از کبد/طحال/ غدد لنفاوی
- ❖ عفونت با هرپس سیمپلکس پوستی مخاطی بیش از یک ماه یا احشایی برای هر مدت زمانی
- ❖ لوکوانسفالوپاتی پیشرونده‌ی چند کانونی
- ❖ عفونت‌های قارچی منتشر مثل هیستوپلاسموز، کاندیدیاز مری، نای، برونش یا ریه
- ❖ مایکوباکتریوز آتپیک منتشر، سپتی سمی سالمونلای غیرتیفوئیدی، سل خارج ریوی
- ❖ لنفوم، سارکوم کاپوسی
- ❖ انسفالوپاتی HIV

پیشگیری

با وجود پیشرفت‌های زیاد در این زمینه، هنوز درمان قطعی و واکسنی برای HIV/AIDS وجود ندارد. اما با توجه به محدود بودن راه‌های انتقال، پیشگیری از آن آسان است. پیشگیری به طور معمول از دو طریق انجام می‌شود:

- ۱- با توجه به این که راه‌های انتقال عمدتاً با رفتار انسان مرتبط هستند، آموزش به منظور ترویج رفتارهای ایمن، نقش اساسی دارد. هدف آموزش در این بیماری به طور عمده بر تغییر رفتارهای مخاطره‌آمیز، کاهش خطر تماس و انتقال، کاهش اضطراب روانی-اجتماعی و کمک به بیماران برای تطابق با مراقبت‌های مورد نیاز معطوف می‌باشد. با توجه به وجود خطر بالقوه برای همه‌ی آحاد جامعه، ضروری است آموزش به صورت فراگیر انجام شود.
- ۲- علاوه بر آموزش و مشاوره، دسترسی به لوازم مورد نیاز نظیر سرنگ و سوزن و سایر ابزار تزریق استریل، کاندوم و... نقش اساسی دارد.

پیشگیری در تماس جنسی

در این زمینه، موارد زیر توصیه می‌شود:

- ❖ به تعویق انداختن سن اولین رابطه‌ی جنسی؛
- ❖ وفاداری به همسر یا شریک جنسی و داشتن تنها یک شریک جنسی؛
- ❖ استفاده از کاندوم به طرز صحیح؛
- ❖ درمان کامل عفونت‌های آمیزشی (شامل درمان بیمار و شریک جنسی)؛
- ❖ پرهیز از مصرف مواد مخدر یا محرک چرا که مصرف این مواد قضاوت را مختل کرده، قدرت تصمیم‌گیری برای برقراری روابط جنسی سالم را مخدوش می‌کند.

پیشگیری در اعتیاد تزریقی

در این خصوص، موارد زیر توصیه می‌گردند:

- ❖ پرهیز از مصرف مواد یا اقدام برای ترک؛
- ❖ در صورتی که امکان پرهیز از مصرف مواد مخدر وجود ندارد، پرهیز از تزریق مواد مخدر و استفاده از اشکال غیرتزریقی یا درمان با جایگزین‌های اوپیوئیدی مانند متادون؛
- ❖ در صورت عدم امکان پرهیز از تزریق مواد، استفاده از وسایل تزریق یک بار مصرف، پرهیز از اشتراک در ابزار تزریق، یا استریل کردن وسایل تزریق با جوشاندن یا شستشو با مواد ضدعفونی کننده مثل وایتکس.

پیشگیری در انتقال خون و فرآورده‌های خونی و پیوند اعضا

توصیه‌های موجود در این زمینه مشتمل بر موارد زیر است:

- ❖ غربالگری کلیه خون‌های اهدایی از نظر آلودگی به HIV با روش‌های استاندارد تشخیصی؛
- ❖ غربالگری اهداءکنندگان از نظر وجود عوامل خطر، از طریق آگاه‌سازی و انجام مشاوره با داوطلبان اهدای خون جهت پرهیز از اهداء در صورت وجود عوامل خطر؛
- ❖ حذف کلیه جنبه‌های انتفاعی از اهدای خون (دریافت وجه، جایگزین کردن خون برای بیماران که با اهداءکننده نسبت دارند و...) به منظور تکیه بر جنبه‌های انسان‌دوستانه‌ی اهدای خون؛
- ❖ پرهیز از تجویز بی‌مورد خون یا فرآورده‌های خونی و به حداقل رساندن مصرف خون.

پیشگیری از انتقال مادر به فرزند

موارد زیر در این راستا توصیه می‌گردند:

- ❖ ارزیابی خطر در کلیه‌ی زنان باردار و مشاوره‌ی تشخیصی HIV برای زنان در معرض خطر؛
- ❖ شروع درمان پروفیلاکسی دارویی در حین حاملگی و حین زایمان در مادر مبتلا و ادامه درمان پروفیلاکسی در نوزاد بعد از تولد تا یک ماه. لازم است مادران باردار HIV⁺ هر چه سریعتر (ترجیحاً از هفته‌ی ۱۴ حاملگی) تحت درمان با حداقل سه داروی ضدترتروویروسی قرار گیرند.
- ❖ احتیاط در شیردهی مادر آلوده به فرزند و استفاده از شیر خشک: در کشورهای فقیر که مرگ و میر کودکان در اثر سوء تغذیه بسیار شایع است، ممکن است هنوز تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در ماه‌های اول بعد از تولد توصیه شود.

همه‌گیر شناسی HIV/AIDS

طبقه‌بندی همه‌گیری‌های HIV^۱

سازمان جهانی بهداشت^۲ و برنامه‌ی مشترک سازمان ملل در زمینه‌ی ایدز^۳ همه‌گیری‌های HIV را چنین طبقه‌بندی می‌کنند:

^۱ HIV epidemics

^۲ World Health Organization (WHO)

^۳ United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

- ❖ همه‌گیری سطح پایین^۱: میزان HIV هیچ‌گاه به سطوح قابل ملاحظه (حتی در گروه‌های در معرض خطر) نرسیده است. موارد ثبت شده‌ی عفونت در جمعیت کم‌خطر، زیر یک درصد بوده و شیوع بالاتر عمدتاً محدود به افراد دارای رفتارهای پرخطر (مانند تن‌فروشان، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، مردان همجنسگرا) می‌باشد که آن نیز هیچ‌گاه از پنج درصد فراتر نرفته است.
- ❖ همه‌گیری متمرکز^۲: شیوع HIV در یک گروه جمعیتی خاص به سرعت گسترش یافته، اما در جمعیت عمومی بسط نیافته است. پیشرفت این همه‌گیری، به فرکانس و ماهیت ارتباط این گروه جمعیتی با جمعیت عمومی بستگی دارد. شیوع HIV در حداقل یکی از گروه‌های جمعیتی خاص، از پنج درصد بالاتر بوده، اما در زنان باردار در مناطق شهری کمتر از یک درصد می‌باشد.
- ❖ همه‌گیری عمومی یا ژنرالیزه^۳: HIV در جمعیت عمومی بسط یافته است. با وجودی که یک یا چند گروه جمعیتی خاص در رشد بی‌رویه‌ی عفونت نقش داشته‌اند، ولی دیگر روابط جنسی در جمعیت عمومی، برای گسترش این همه‌گیری کفایت می‌کند. شیوع HIV در زنان باردار بیش از یک درصد می‌باشد.

وضعیت HIV/AIDS در جهان

AIDS چهارمین علت مرگ در سراسر جهان است. بر اساس گزارش UNAIDS در سال ۲۰۱۰، حدود ۳۴ میلیون نفر در جهان با این ویروس زندگی می‌کنند. سالیانه در سراسر دنیا، حدود دو میلیون نفر به دلیل ایدز و بیماری‌های مرتبط با آن می‌میرند. با وجودیکه میزان بروز سالیانه‌ی موارد جدید عفونت HIV در حال کاهش است، اما شیوع این بیماری به دلیل کاهش مرگ و میر ناشی از آن (با توجه به دسترسی بیشتر بیماران به درمان‌های ضد ویروسی) در حال افزایش می‌باشد. ۵۰ درصد از جمعیت بالغ مبتلا به HIV را زنان تشکیل می‌دهند.

بر اساس گزارش UNAIDS در سال ۲۰۱۰، حدود ۳/۴ میلیون کودک در جهان، با HIV/AIDS زندگی می‌کنند. افزایش دسترسی به خدمات پیشگیری از انتقال مادر به فرزند، منجر به کاهش موارد جدید ابتلای نوزادان به این عفونت شده است. با این وجود بر اساس همین گزارش، در سال ۲۰۱۰ حدود ۳۹۰ هزار مورد جدید ابتلا به این عفونت در کودکان شناسایی شده است. روش اصلی انتقال HIV در سراسر جهان، ارتباط جنسی با جنس مخالف بوده؛ هرچند این الگو از کشوری به کشور دیگر متفاوت می‌باشد.

وضعیت همه‌گیری HIV/AIDS در ایران

بر اساس گزارش سال ۲۰۱۲ پیشرفت کنترل ایدز در خصوص پایش اعلانی‌ی تعهد مصوب اجلاس ویژه‌ی مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه‌ی HIV/AIDS، اولین مورد ابتلا به HIV در ایران در سال ۱۳۶۵ گزارش شد. از آن پس تا سال ۱۳۷۴ در گزارش‌های سالیانه، موارد شناخته‌شده افزایش اندک و تدریجی داشت. در سال ۱۳۷۵ با شناسایی همه‌گیری در برخی از زندان‌های کشور، موارد شناخته‌شده به یک‌باره افزایش چشم‌گیر یافت و این سیر صعودی تا سال ۱۳۸۳ ادامه یافت. در آن سال کل موارد شناخته‌شده در طی یک سال به حداکثر رسید و سپس با شیئی ملایم روندی کاهشی داشته

¹ Low level epidemics

² Concentrated epidemics

³ Generalized epidemics

است. با توجه به اینکه تخمین تعداد مبتلایان حاکی از افزایش آنان است، روند کاهشی تعداد موارد شناسایی شده، ممکن است ناشی از کاهش قدرت سیستم شناسایی مبتلایان باشد. احتمال دارد علت اصلی این پدیده، مثبت شدن افرادی است که در کل کشور کمتر در دسترس سیستم‌های شناسایی مبتلایان هستند.

بر اساس آمار سیستم ثبت موارد شناسایی شده که در گزارش فوق درج شده است، تا نیمه سال ۱۳۹۰ مجموعاً ۲۳۴۹۷ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده‌اند که ۹۱/۳ درصد آنان را مردان و ۸/۷ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. تا آن زمان ۳۱۶۸ نفر از افراد شناسایی شده مبتلا به ایدز شده و ۴۴۱۹ نفر از افراد مبتلا فوت کرده بودند. ۴۶/۴ درصد از مبتلایان به HIV در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار داشتند که بالاترین نسبت در بین گروه‌های سنی را به خود اختصاص می‌دادند. در ایران نیز همانند سایر کشورها، موارد شناسایی شده تنها بخشی از کل موارد مبتلایان است. تعداد کل مبتلایان ۹۳۲۵۰ نفر برآورد شده است.

بر اساس گزارش فوق، روش‌های انتقال موارد شناسایی شده به شرح زیر بوده است: مصرف تزریقی مواد ۶۶/۸ درصد، انتقال جنسی ۲۰/۸ درصد و انتقال از مادر مبتلا به کودک ۲/۵ درصد. در ۱۰/۶ درصد از موارد شناسایی شده در این سال راه انتقال نامشخص بوده و هیچ مورد جدید مبتلا از راه خون و فرآورده‌های خونی گزارش نشده بود.

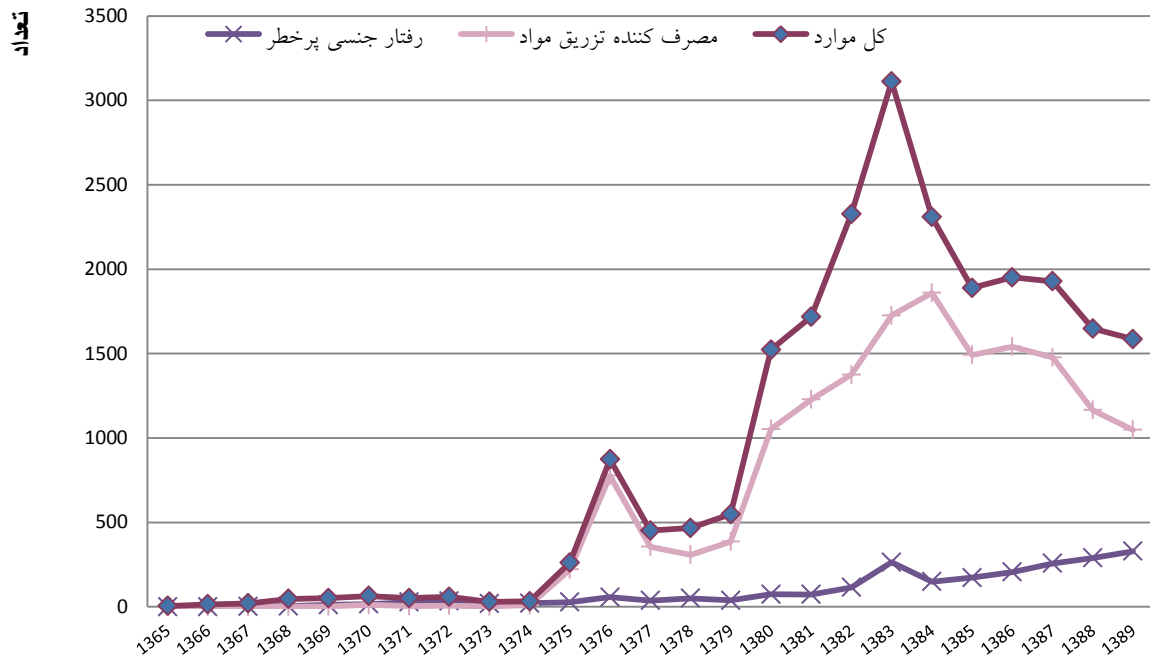
گزارش فوق تصریح می‌نماید که شیوع HIV در ایران در جمعیت عمومی هنوز پایین بوده، اما شیوع HIV در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد حدود ۱۵ درصد بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیوع HIV در این زیر گروه جمعیتی از حد پنج درصد گذشته و همه‌گیری HIV در ایران در مرحله‌ی متمرکز همه‌گیری قرار دارد. طی دهه‌ی گذشته، اقدامات موفقی برای کنترل همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد اعمال شده و منجر به کاهش شیب رشد همه‌گیری در این گروه جمعیتی شده است، با این وجود هنوز عمده‌ترین عامل گسترش همه‌گیری در ایران مصرف تزریقی مواد است، چرا که تزریق با وسایل مشترک به صفر نرسیده است.

در سالهای اخیر شواهدی مبنی بر شیوع بالای HIV در گروه‌های مصرف‌کننده‌ی غیرتزریقی مواد در ایران منتشر شده است. نتایج مطالعه مرور سیستماتیک امین اسماعیلی و همکاران که در سال ۲۰۱۲ منتشر شده، نشان داده است که شیوع عفونت با این ویروس در مطالعاتی که پیش از سال ۲۰۰۵ انجام شده بودند، ۱/۶ درصد بوده و این رقم برای مطالعات انجام شده بعد از سال ۲۰۰۵ به ۵/۴ درصد رسیده است. اگرچه تاکنون مصرف‌کنندگان غیرتزریقی مواد، بعنوان «افراد در معرض بیشترین خطر ابتلا»^۱ در نظر گرفته نشده بودند، ولی بنظر می‌رسد ایران با اپیدمی متمرکز در این گروه خاص جمعیتی نیز روبرو شده است و قرار دادن این گروه، بعنوان گروه جمعیتی آسیب پذیر در برنامه‌های پیشگیری از HIV منطقی بنظر می‌رسد.

در چند سال اخیر نشانه‌هایی حاکی از افزایش نقش انتقال جنسی HIV در ایران رخ داده است. این امر در نمودار ۱ که نشان‌دهنده‌ی روند تغییرات سهم راه‌های انتقال ویروس HIV از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۹ می‌باشد، نمایان است. طی این روند، سهم موارد شناسایی‌شده‌ی ابتلا از راه انتقال جنسی، به طور مداوم افزایش یافته و شیوع HIV در زنان تن فروش به ۴/۵ درصد رسیده است. اغلب زنان تن فروش از کاندوم استفاده نمی‌کنند، تعدد روابط جنسی در مصرف‌کنندگان تزریقی نیز امری متداول بوده و اغلب بدون استفاده از کاندوم صورت می‌گیرد. علاوه بر این، نشانه‌هایی از رخداد روابط جنسی پرخطر در جوانان نیز مشاهده می‌شود. همچنین در چند سال اخیر نشانه‌هایی آشکار از افزایش شیوع مصرف ترکیبات مت‌آفتمینی و افزایش رفتارهای جنسی پرخطر بعد از مصرف این ترکیبات نیز موجب نگرانی‌های جدی شده است. به همین علت برای کنترل همه‌گیری، ارائه مداخلاتی که باعث کاهش روابط جنسی پرخطر گردند، لازم به نظر می‌رسد.

¹ Most At-risk Populations (MARPs)

در چند سال اخیر تعداد زنان مبتلا به HIV نیز در ایران افزایش یافته است. با افزایش تعداد مادران باردار مبتلا به HIV، بر تعداد کودکان مبتلا نیز در چند سال اخیر افزوده شده است. هر چند هنوز تعداد کودکان مبتلا اندک است، ولی در صورت عدم گسترش مداخلات مؤثر پیشگیری، انتقال از مادر به کودک می‌تواند مشکل‌زا شود. انتقال HIV در ایران از راه انتقال خون، به طور کامل کنترل شده و ضروری است اقدامات کنترلی با قوت بیشتر و بهره‌گیری از روزآمدترین امکانات ادامه یابد.



نمودار ۱- تغییرات سهم راه‌های انتقال در سال‌های ۱۳۶۵-۱۳۸۹ بر اساس داده‌های سیستم ثبت برگرفته از گزارش پیشرفت کنترل ایدز در جمهوری اسلامی ایران به سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۲

درمان بالینی، چه مواردی را در بر می‌گیرد؟

پزشکانی که با بیماران مبتلا به HIV، باید از اطلاعات به روز در خصوص درمان این بیماران برخوردار باشند. مراقبت و پیگیری این بیماران شامل معاینه‌ی بالینی، پایش سیستم ایمنی، درمان ضد ویروسی^۱، پیشگیری از عفونت‌های فرصت طلب، درمان اختلالات نورولوژیک و روانپزشکی همراه، درمان عفونت‌های همزمان از جمله سل، هپاتیت B و C، تنظیم خانواده و مراقبت‌های کلی بهداشتی می‌باشد.

تست‌های پایش سیستم ایمنی

پایش سیستم ایمنی، شامل سنجش میزان بار ویروس^۲ و تست‌های CD4 می‌باشد. تعداد سلول‌های CD4 در هر زمان، نمادی از عملکرد ایمنی بوده و بار ویروس، تعداد ویروس‌های در گردش خون فرد را نشان می‌دهد. در فرد سالم غیرمبتلا

¹ Anti Retroviral Therapy (ART)

² Viral load

به HIV، میزان CD4 بین ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ عدد در هر میلی‌لیتر مکهب از خون است. با تکثیر ویروس، سلول‌های CD4 تخریب گشته و تعداد آنها کاهش می‌یابد. در کل هر چه بار ویروس بالاتر باشد، سلول‌های CD4 سریع‌تر تخریب می‌گردند. با افزایش بار ویروس به میزان بیش از ده هزار نسخه از RNA ویروس در هر میلی‌لیتر، خطر پیشرفت عفونت به سمت ایدز، افزایش می‌یابد. این خطر در صورت افزایش بار ویروس به میزان بیش از سی هزار نسخه از RNA در هر میلی‌لیتر، به بالاترین حد خود می‌رسد. یکی از معیارهای تشخیص ورود بیمار به مرحله‌ی ایدز، میزان CD4 کمتر از ۲۰۰ است.

درمان ضد ویروسی

درمان ضد ویروس (ART) به داروهایی اطلاق می‌شود که تکثیر HIV را متوقف نموده و یا آن را مهار می‌نمایند. هدف از این درمان، طولانی نمودن و بهبود کیفیت زندگی فرد مبتلا، از طریق سرکوب هر چه بیشتر تکثیر HIV می‌باشد. رژیم معمول درمانی متشکل از سه نوع داروی ART در ترکیب با یکدیگر بوده، که برای سرکوب مراحل مختلف چرخه‌ی حیات ویروس به کار می‌روند.

پیشگیری و درمان عفونت‌های فرصت طلب

CD4 پایین، فرد را به ابتلا به عفونت‌های فرصت طلب مستعد می‌سازد. پیشگیری و درمان این عفونت‌ها از مرگ و میر بیماران HIV⁺ می‌کاهد. در بیماران با CD4 پایین، درمان‌های پیشگیرانه از عفونت‌های فرصت طلب آغاز می‌شود. شایع‌ترین عفونت‌های فرصت طلب در بیماران HIV عبارتند از:

- ❖ سل
- ❖ سپتی‌سمی
- ❖ پنومونی (معمولاً PCP)
- ❖ عفونت‌های قارچی راجعه در دهان و گلو
- ❖ مننژیت
- ❖ بیماری‌های پوستی (مانند سارکوم کاپوزی)
- ❖ دیگر بیماری‌های آمیزشی

سل، PCP، و عفونت خارج ریوی کریپتوکوکی (معمولاً مننژیت) شایع‌ترین عفونت‌های فرصت طلب گزارش شده می‌باشند. درمان این قبیل عفونت‌ها، شامل مشاوره‌ی تغذیه و مداخله جهت کاهش وزن، تب و اسهال مزمن یا متناوب نیز می‌شود.

درمان اختلالات نورولوژیک و روانپزشکی ناشی از HIV

این اختلالات ناشی از اثرات مستقیم یا غیرمستقیم عفونت HIV و تضعیف سیستم ایمنی فرد (مانند عفونت‌های فرصت طلب) می‌باشد. از جمله این موارد می‌توان مانیا^۱، افسردگی، تغییرات شخصیت، پسیکوز^۲، نقایص شناختی خفیف، دمانس HIV^۳ و

^۱ Mania

^۲ Psychosis

^۳ HIV dementia

انسفالوپاتی HIV^۱ را نام برد. سلامت روان فرد، بر سلامت کلی وی تأثیر گذاشته، و نیز موجب درک بهتر از تصمیمات درمانی، پایبندی به درمان ART و تغییرات رفتاری مطلوب، جهت کاهش انتقال ویروس می‌گردد.

درمان عفونت‌های همزمان

HIV موجب پیشرفت سل به سمت بیماری فعال، هم در افراد تازه مبتلا گشته و هم موارد تشخیص داده نشده‌ی عفونت می‌گردد. حدوداً ۶۰ درصد از افراد دچار HIV، در طول عمر خود به سل فعال مبتلا می‌گردند. مشاوران باید از بیماران در مورد علائم سل سؤال نمایند. تمام مراجعانی که بیش از دو هفته سرفه داشته و یا علائمی همچون تب مداوم، کاهش وزن توجیه نشده، غدد لنفاوی مشکوک (بزرگتر از دو سانتی‌متر) یا تعریق شبانه دارند، باید از جهت ارزیابی سل ارجاع گردند. از آنجا که HIV می‌تواند سل نهفته را فعال نماید، تمامی بیماران HIV⁺ باید جهت انجام غربالگری سل تشویق گردند.

درمان عفونت‌های آمیزشی

از شایع‌ترین عفونت‌های آمیزشی، می‌توان سوزاک^۲، سیفلیس^۳، هرپس تناسلی^۴، کلامیدیا^۵، ویروس پاپیلوم انسانی^۶ و تریکوموناس^۷ را نام برد. عفونت‌های آمیزشی عامل مهمی در انتقال HIV می‌باشند. وجود آنها، شانس فرد را برای ابتلا به HIV حدوداً ۱۵ تا ۲۰ درصد افزایش می‌دهد. التهاب و ضایعات و زخم‌های تناسلی ناشی از بیماری‌های آمیزشی، ورود ویروس HIV به بدن را تسهیل می‌کند. به همین دلیل برای کاهش خطر ابتلا به HIV، باید از ابتلا به دیگر بیماری‌های آمیزشی نیز اجتناب نمود، و یا در صورت ابتلا، آنها را به طور قاطع و سریع درمان نمود.

درمان ابتلای همزمان به هیپاتیت B و C

عفونت با ویروس هیپاتیت B^۸ و ویروس هیپاتیت C^۹ در کشور ما، نسبتاً شایع است. انتقال HBV مشابه HIV بوده، HCV نیز از طریق فرآورده‌های خونی، عضو پیوندی، و وسایل تزریق آلوده منتقل می‌گردد. هر دوی اینها، موجب التهاب کبد گشته و بر درمان HIV اثر می‌گذارند. این بیماران باید برای جلوگیری از تخریب بیشتر کبد، مصرف الکل را محدود نمایند.

¹ HIV encephalopathy

² Gonorrhea

³ Syphilis

⁴ Genital herpes

⁵ Chlamydia

⁶ Human Papilloma Virus (HPV)

⁷ Trichomoniasis

⁸ Hepatitis B Virus (HBV)

⁹ Hepatitis C Virus (HCV)

مشاوره‌ی عفونت‌های آمیزشی^۱ (STI)

به دلایلی که قبلاً ذکر شد، مشاوران HIV باید با مشاوره و درمان STI آشنا باشند. STI از طریق رابطه‌ی جنسی با جنس مخالف و یا با همجنس منتقل می‌گردد. راه دیگر انتقال آنها، از مادر به فرزند در زمان بارداری (در مورد سیفلیس) و یا زایمان (در مورد سوزاک و کلامیدیا) می‌باشد. رفتارهایی مانند داشتن شرکای جنسی متعدد و یا پرخطر و یا مقاربت محافظت نشده که فرد را در معرض خطر ابتلا به HIV قرار می‌دهند، خطر ابتلا به STI را نیز افزایش می‌دهند؛ لذا روش‌های پیشگیری مشابهند.

بسیاری از عفونت‌های آمیزشی، تظاهرات بالینی مشابه داشته، بنابراین به جای استفاده از عامل ایجاد کننده برای طبقه بندی، می‌توان بر اساس علائم و نشانه‌های بیماری آنها را طبقه‌بندی نمود. استفاده از این طبقه‌بندی بر اساس نشانگان^۲ در شرایط کمبود منابع، می‌تواند موجب تسریع در درمان گردد. ترشح پیشابراه، تورم اسکروتوم، زخم‌های ژنیتال، تورم غدد لنفاوی کشاله‌ی ران، ترشح واژینال و درد نواحی تحتانی شکم، شایع‌ترین علائم این نشانگان می‌باشند. جدول ۳ شایع‌ترین تشخیص‌های سندرمیک عفونت‌های آمیزشی را نشان می‌دهد.

جدول ۳ - شایع‌ترین تشخیص‌های سندرمیک عفونت‌های آمیزشی

عامل ایجادکننده	علائم و نشانه‌ها	سندرم‌های شایع
نایسریا گنوره ^۳ کلامیدیا تراکومیتیس ^۴	ترشح پیشابراه خارش پیشابراه درد هنگام ادرار تکرر ادرار	ترشح پیشابراه (در مردان)
نایسریا گنوره کلامیدیا تراکومیتیس	درد و تورم اسکروتوم	تورم اسکروتوم (عموماً به دنبال عدم درمان ترشح پیشابراه)
تروپنما پالیدوم ^۵ هموفیلوس دوکرئی ^۶ هرپس ژنیتال ^۷ کلبسیلا اینگوینال ^۸ کلامیدیا تراکومیتیس لنفوگرانولوم ونروم ^۹	زخم دردناک و یا بدون درد ناحیه‌ی ژنیتال تورم غدد لنفاوی اینگوینال آبسه و یا فیستول	زخم ژنیتال

¹ Sexually Transmitted Infection

² Syndrome

³ Neisseria gonorrhoeae

⁴ Chlamydia trachomatis

⁵ Treponema pallidum

⁶ Haemophilus ducreyi

⁷ Genital herpes

⁸ Klebsiella inguinale

⁹ Lymphogranuloma venereum

عامل ایجادکننده	علائم و نشانه‌ها	سندرم‌های شایع
هموفیلوس دوکری کلامیدیا تراکومیتیس لنفوگرانولوم ونروم	تورم غدد لنفاوی اینگوینال آبسه و یا فیستول	لنفوگرانولوم (Inguinal Bubo)
نایسریا گنوره کلامیدیا تراکومیتیس واژینوز باکتریال ^۱ کاندیدا آلیکانس ^۲ تریکومونا واژینالیس ^۳	ترشح واژینال درد هنگام ادرار دیس پارونیا خارش واژن تکرر ادرار	ترشح واژینال
نایسریا گنوره کلامیدیا تراکومیتیس عفونت‌های بی‌هوازی	درد لگنی حساسیت شکمی تب	درد نواحی تحتانی شکم (به دنبال عدم درمان اندوسرویت)
نایسریا گنوره کلامیدیا تراکومیتیس	ترشح چرکی در چشم تورم پلک عدم توانایی نوزاد برای باز کردن چشم‌های خود	التهاب ملتحمه در نوزادان

درمان STI، مشتمل بر تشخیص زودرس و درمان آنتی‌بیوتیکی، مشاوره برای تغییر رفتار و درمان تمامی شرکای جنسی می‌باشد. مشاوره و درمان STI، چالش‌هایی را نیز به همراه دارد:

- ❖ تغییر رفتار جنسی دشوار می‌باشد، آگاهی به تنهایی منجر به تغییر رفتار نمی‌شود؛
- ❖ افراد اغلب از صحبت در مورد مسائل جنسی، احساس شرم می‌کنند؛
- ❖ بسیاری از افراد مبتلا به STI، هیچ علامتی ندارند و فرد ممکن است عفونت را بدون آنکه از ابتلای خود آگاه باشد، به دیگران منتقل نماید؛
- ❖ درمان ممکن است در دسترس نبوده، یا آسان نباشد.

مشاور می‌تواند از پیام‌های کلیدی زیر در مشاوره‌ی این بیماران استفاده کند:

- ❖ اگر شرکای متعدد جنسی دارید، هر سه ماه برای ارزیابی و پیگیری به پزشک مراجعه کنید، ممکن است بدون این که علامتی را تجربه نمایید، به عفونت آمیزشی مبتلا شوید؛
- ❖ ابتلا به عفونت‌های آمیزشی، شما را بیشتر در معرض خطر ابتلا به HIV و انتقال آن به دیگران قرار می‌دهد؛
- ❖ از خود درمانی و مصرف خودسرانه‌ی دارو اجتناب نمایید. برای هر نوع خاص عفونت، درمان اختصاصی وجود دارد؛
- ❖ دارو را با مقدار، روش و زمان صحیح تجویز شده مصرف نمایید. حتی اگر علائم زود بر طرف شدند، دوره‌ی درمان خود را کامل کنید؛

¹ Bacterial vaginosis

² Candida albicans

³ Trichomonas vaginalis

- ❖ شریک جنسی خود را مطلع نمایید، درمان وی نیز ضروری بوده و بدون این کار شما در معرض عفونت مجدد می‌باشید؛
- ❖ بسیاری از عفونت‌های آمیزشی، در صورت انتقال به کودک، می‌توانند عواقب جدی داشته باشند؛
- ❖ اگر به HIV مبتلا هستید، ضروری است که معاینه منظم از جهت عفونت‌های آمیزشی داشته باشید. پزشک متخصص HIV خود را از داروهای تجویز شده برای عفونت‌های آمیزشی، مطلع سازید.

فصل دوم:

آزمایش HIV

ویروس HIV چگونه شناسایی می‌گردد؟

تشخیص عفونت HIV، در اغلب موارد از طریق شناسایی آنتی‌بادی ویروس صورت می‌پذیرد. به طور معمول از تست‌های آزمایشگاهی که حساسیت^۱ بالایی برای شناسایی بیماران دارند، استفاده می‌شود؛ یعنی تست‌هایی که بتوانند فرد آلوده را به درستی، به عنوان فرد HIV⁺ شناسایی کنند. به این تست‌ها، تست‌های غربالگری^۲ اطلاق می‌شود. علاوه بر این، باید از تستی استفاده شود که اختصاصی^۳ بوده و بتواند به درستی فرد غیر آلوده را به عنوان فرد HIV متمایز نماید. به این تست‌ها، تست‌های تأییدی^۴ اطلاق می‌شود. میزان حساسیت و اختصاصی بودن آزمون‌های آنتی‌بادی به ندرت ۱۰۰ درصد بوده و به همین دلیل توصیه می‌گردد که تمام افرادی که نتیجه‌ی آزمایش ایشان مثبت شده، مجدداً و ترجیحاً با یک روش دیگر آزمایش شوند. همچنین برای اطمینان از کیفیت آزمون‌های تشخیصی، توصیه می‌شود به ازای هر ۱۰۰ آزمایش، تعداد مشخصی از نمونه‌ها، به آزمایشگاه مرجع ارسال شوند. دستورالعمل کنترل کیفی آزمایش‌ها بر حسب سیاست‌گذاری‌های هر کشور، شیوع HIV، تست‌های موجود و از زمانی به زمان دیگر متفاوت می‌باشد. برای شناسایی HIV، می‌توان از نمونه‌ی خون، بزاق و ادرار استفاده نمود؛ با این وجود آزمایش بر نمونه‌ی خون شایع‌ترین روش بالینی می‌باشد.

دوره‌ی نهفتگی^۵

از زمانی که ویروس وارد بدن فرد می‌شود تا هنگامی که پاسخی قابل اندازه‌گیری در سیستم ایمنی در مقابل عفونت ایجاد شود، دوره‌ی نهفتگی نامیده می‌شود. از آنجا که به طور معمول تشخیص این بیماری، با شناسایی آنتی‌بادی برعلیه ویروس صورت می‌گیرد، در طول این مدت نتایج آزمایش فرد آلوده به HIV، می‌تواند منفی گردد. در این دوره، ویروس در بدن فرد

¹ Sensitivity

² Screening test

³ Specificity

⁴ Confirmatory test

⁵ Window period

در حال تکثیر می‌باشد. البته در این مدت ویروس را می‌توان با استفاده از روش‌های آزمایشگاهی که برای شناسایی خود ویروس (به جای شناسایی آنتی‌بادی علیه آن) تهیه شده‌اند، کشف نمود.

مدت دوره‌ی نهفتگی در افراد مختلف و بسته به روش و نوع کیت استفاده شده در آزمایش، می‌تواند بین دو هفته تا سه ماه باشد. بنابراین، نتیجه‌ی منفی یک آزمایش ممکن است مربوط به فرد آلوده در طی دوره‌ی نهفتگی باشد، مگر آنکه از روش‌های شناسایی خود ویروس استفاده شده باشد که اغلب گران بوده و ممکن است همه جا در دسترس نباشند.

انواع تست‌ها

دو روش اصلی آزمایش HIV وجود دارد: تست‌های آنتی‌بادی (مانند الایزا^۱، تست‌های سریع^۲، وسترن بلات^۳ و ریپا^۴) و تست‌های شناسایی ویروس (مانند تست آنتی ژن HIV، پی.سی.آر^۵ و کشت ویروس).

تست‌های آنتی‌بادی، آنتی‌بادی‌های علیه ویروس HIV را شناسایی می‌کنند و قادر به کشف مستقیم ویروس نمی‌باشند. با ورود ویروس به بدن، سیستم ایمنی فرد با تولید آنتی‌بادی در مقابل عفونت HIV واکنش نشان می‌دهد. از وجود این آنتی‌بادی‌ها برای شناسایی عفونت HIV استفاده می‌شود. با توجه به این که مدتی طول می‌کشد تا این گونه تست‌ها، وجود آنتی‌بادی در خون را شناسایی کنند، نتیجه‌ی مثبت بیانگر مواجهه‌ی فرد با ویروس در زمان گذشته است. بنابراین تست‌های آنتی‌بادی برای شناسایی موارد ابتلا در مواجهه‌ی اخیر محدودیت دارند. ELISA و تست‌های سریع، شایع‌ترین تست‌های به کار رفته برای غربالگری بیماری می‌باشند.

تست‌های سریع در کمتر از ۳۰ دقیقه انجام شده و بر روی نمونه‌ی خون و یا بزاق قابل انجام می‌باشند. نوعی از تست سریع که با استفاده از نمونه‌ی بزاق انجام می‌شود، در شکل و نوع دیگر آن که بر روی نمونه‌ی خون انجام می‌شود، در شکل ۳ نشان داده شده است. تست سریع نسبت به تست ELISA، حساسیت کمتری داشته و به طور عمده در موارد زیر کاربرد دارد:

- ❖ زنان در معرض خطر HIV که قبلاً آزمایش HIV نداده‌اند، باید در زمان زایمان یا بلافاصله بعد از زایمان با یک آزمایش سریع غربالگری شده تا در صورت لزوم، پروفیلاکسی با داروهای ضد رتروویروس برای شیرخوار آغاز شود و یا در زمان زایمان به خانم حامله تجویز شود.
- ❖ زمانی که بعد از زایمان وضعیت HIV مادر نامشخص باشد و به خصوص مادر و یا پدر رفتارهای پرخطر داشته باشند، آزمایش سریع نوزاد در اولین فرصت بعد از تولد توصیه می‌شود تا بتوان پروفیلاکسی با داروهای ضد رتروویروس را برای نوزاد مواجهه یافته شروع کرد. در چنین مواردی باید به خاطر داشت که کشف آنتی‌بادی HIV در نوزاد، نشان‌دهنده‌ی عفونت مادر است.

¹ Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay (ELISA)

² Rapid test

³ Western Blot (WB)

⁴ Radioimmunoprecipitation Assay (RIPA)

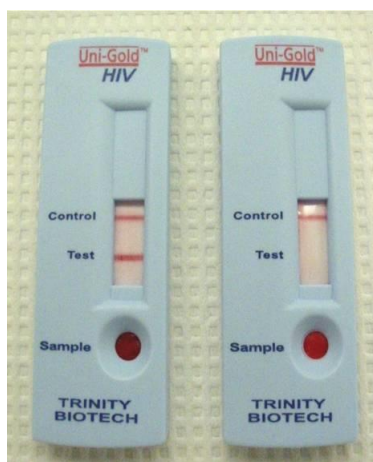
⁵ Polymerase Chain Reaction (PCR)

- ❖ برای نوزادان بی‌سرپرست و همچنین نوزادان پرورشگاهی که وضعیت مواجهه‌ی HIV در آنها نامشخص است، آزمایش سریع HIV توصیه می‌شود. هدف از این کار، شناسایی نوزادان مواجهه یافته با HIV برای ارائه‌ی پروفیلاکسی با داروهای ضد رتروویروسی است.
- ❖ در موارد مواجهه با موارد احتمالاً آلوده به HIV، فرد منبع را می‌توان با آزمایش سریع بررسی نمود تا نیاز به انجام پروفیلاکسی دارویی مشخص گردد.

همانند هر تست آنتی‌بادی، نتیجه‌ی مثبت هر تست سریع، می‌بایست پیش از تشخیص نهایی با یک روش تأییدی دیگر مشخص شوند.



شکل ۲- تست Rapid با استفاده از نمونه‌ی بزاق



شکل ۳- نتیجه‌ی مثبت و منفی در تست Rapid با استفاده از نمونه‌ی خون

بر اساس دستورالعمل کشوری، در صورت مثبت شدن تست ELISA، مجدداً این تست (ترجیحاً با یک کیت آزمایشگاهی دیگر) تکرار شده و اگر باز هم مثبت بود، تست WB انجام می‌شود. مثبت بودن نتیجه‌ی این تست، نشانه‌ی ابتلای فرد می‌باشد.

در صورتی که نتیجه‌ی ELISA بار اول مثبت و بار دوم منفی شود، با فاصله‌ی سه ماه مجدداً برای فرد آزمایش ELISA انجام می‌شود و در صورت تکرار نتیجه‌ی منفی، فرد HIV⁻ در نظر گرفته می‌شود.

در صورتی که هر دو بار تست ELISA منفی باشد، فرد HIV⁻ در نظر گرفته می‌شود؛ مگر این که فرد طی شش ماه اخیر رفتار پرخطر از نظر انتقال HIV داشته باشد. در صورتی که بیمار مواجهه‌ی اخیر (رفتار پرخطر طی شش ماه گذشته)

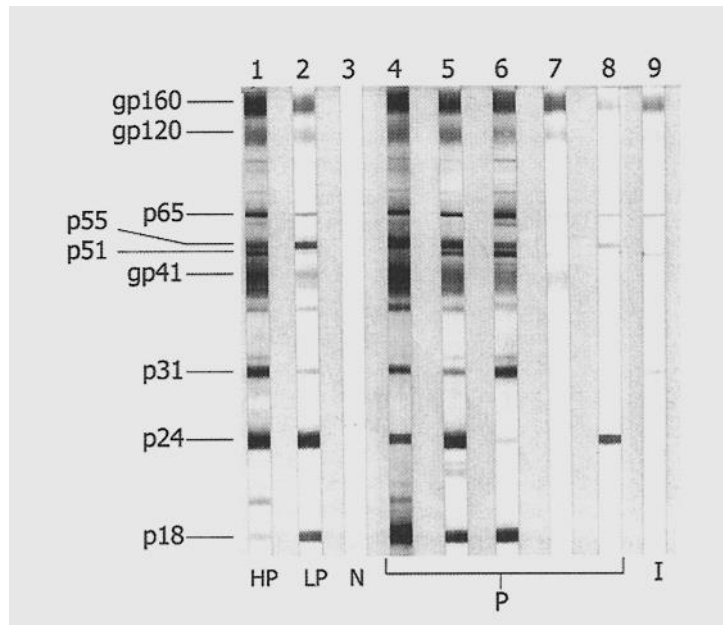
داشته باشد و نتیجه‌ی آزمایشات اولیه‌ی ELISA منفی باشد، این آزمایش باید سه ماه بعد تکرار شود. اگر همه‌ی این آزمایشات منفی گزارش شدند، می‌توان بیمار را HIV⁻ در نظر گرفت. نمونه‌ای از کیت آزمایشگاهی این تست در شکل نشان داده شده است.

در فردی که عوامل خطر ابتلا به HIV را ندارد ولی نتایج ELISA وی مثبت و WB منفی است، نتیجه‌ی تست ELISA به احتمال زیاد به صورت کاذب مثبت شده است. چنانچه فرد عوامل خطر ابتلا به HIV را داشته و WB وی مثبت و WB منفی گزارش شده، انجام مجدد تست WB در یک ماه بعد توصیه می‌شود. اگر در این تکرار آزمایش باز هم نتیجه‌ی WB منفی شد، می‌توان فرد را HIV⁻ در نظر گرفت.



شکل ۴- نمونه‌ای از کیت آزمایش ELISA

WB آزمایش دقیق‌تری بوده، اما به دلیل هزینه‌ی بالاتر به عنوان تست تأییدی در مواردی که دو بار نتیجه‌ی آزمایش ELISA مثبت شده است، به کار می‌رود. RIPA یک آزمون تأییدی دیگر می‌باشد. این تست مشابه WB بوده و در مواردی که سطح آنتی‌بادی بسیار پایین است و یا هنگامی که نتایج WB غیرمشخص است، به کار می‌رود. RIPA نیز مانند WB، تست پر هزینه‌ای بوده و انجام آن نیاز به زمان و تخصص دارد.



شکل ۵- باندهای مشاهده شده در نتیجه‌ی آزمایش Western Blot

بر خلاف تست‌های آنتی‌بادی، تست‌های ویرولوژیک، عفونت HIV را با شناسایی مستقیم ویروس، تشخیص می‌دهند. این تست‌ها شامل تست شناسایی آنتی‌ژن ویروس (تست آنتی‌ژن p24)، تست‌های مبتنی بر اسیدهای نوکلئیک (تست‌های تخصصی که بر شناسایی اطلاعات ژنتیک ویروس HIV از طریق PCR صورت می‌گیرند) و کشت ویروس می‌باشد. این تست‌ها به دلیل پیچیدگی و هزینه‌ی بالا، به ندرت مورد استفاده قرار می‌گیرند.

تشخیص HIV در نوزادان دشوار می‌باشد، چرا که آنتی‌بادی‌های مادر تا ۱۸ ماهگی در بدن نوزاد یافت می‌شوند. تست آنتی‌بادی مثبت تنها نشان دهنده‌ی مواجهه‌ی کودک با آنتی‌بادی‌های مادر بوده، و ممکن است که کودک توسط خود ویروس آلوده نشده باشد. به همین دلیل برای تشخیص عفونت در نوزاد، می‌بایست تنها از تست‌های شناسایی خود ویروس استفاده نمود. همچنین در موارد ابتلای اخیر فرد (دوره‌ی نهفتگی) و برای نظارت بر پیشرفت بیماری (سنجش بار ویروس)، می‌توان از روش‌های شناسایی مستقیم ویروس استفاده کرد.

تشخیص قطعی HIV در ایران همانند الگوهای تعریف شده‌ی بین المللی، با دو آزمایش ELISA و یک آزمایش WB مثبت تعریف شده است.

تفسیر نتایج تست HIV

تنها پرسنل آموزش دیده، مجاز به تفسیر نتایج تست می‌باشند. تمامی مشاوران می‌بایست قادر باشند نتیجه‌ی آزمایش را فهمیده و برای مراجع توضیح دهند. تست منفی به معنای آن است که آنتی‌بادی علیه ویروس HIV در فرد شناسایی نشده است. این امر ممکن است به دلیل عدم ابتلای فرد بوده، و یا این که فرد هنوز در دوره‌ی نهفتگی می‌باشد. بنابراین نتیجه‌ی منفی تست لزوماً به معنای عدم ابتلای فرد و یا ایمنی فرد در مقابل ویروس نمی‌باشد و ادامه‌ی رفتارهای پرخطر، فرد و اطرافیانش را مستعد ابتلا می‌کند.

نتیجه‌ی مثبت آزمایش، به معنای آن است که آنتی‌بادی HIV در فرد شناسایی شده است. این نتیجه می‌بایست با آزمون‌های تأییدی قطعیت یابد و تنها در این حالت مشخص می‌شود که فرد مبتلا به HIV می‌باشد.

نتیجه‌ی منفی کاذب هنگامی رخ می‌دهد که نتیجه‌ی آزمایش در فردی که آلوده به ویروس می‌باشد، منفی گزارش می‌گردد. چنانچه فرد مراجعه کننده برای مشاوره و آزمایش، رفتارهای پرخطر برای ابتلا به HIV داشته باشد، باید احتمال نتیجه‌ی منفی کاذب، با وی مطرح گردد. تکرار آزمایش در آینده، برای حصول اطمینان ممکن است ضروری باشد. نتیجه‌ی منفی کاذب، اغلب در افرادی که به تازگی مبتلا شده‌اند و هنوز شروع به تولید آنتی‌بادی ننموده‌اند، دیده می‌شود.

تست‌های آنتی‌بادی HIV، تست‌های حساسی بوده و نتایج مثبت کاذب، قابل انتظار می‌باشد؛ به خصوص در جوامعی که شیوع عفونت HIV در آنها پایین باشد. در صورت تکرار نتیجه‌ی مثبت با استفاده از یک روش آزمایش تأییدی، دیگر بعید است که این بار نیز نتیجه به طور کاذب مثبت شده باشد. نتیجه‌ی مثبت کاذب ممکن است در اثر خطای تکنیکی، گرم و سرد کردن مکرر نمونه و واکنش متقاطع^۱ رخ دهد. به عنوان مثال در آزمایش ELISA و تست‌های سریع، واکنش متقابل با آنتی‌ژن‌های گلوبول‌های سفید انسانی^۲، در بیماری‌ها و شرایط زیر می‌تواند نتیجه‌ی مثبت کاذب ایجاد نماید:

¹ Cross-reaction

² Human Leukocyte Antigen (HLA)

- ❖ آرتريت روماتويد^۱؛
- ❖ اسكلروز مولتپيل^۲؛
- ❖ لوپوس^۳؛
- ❖ ديابت نوع اول؛
- ❖ بيماري آديسون^۴؛
- ❖ اسپونديليت آنكلوزان^۵؛
- ❖ هپاتيت مزمن؛
- ❖ سرطان به ويژه بدخيمي‌هاي سيستم لنفاوي؛
- ❖ بيماري شديد كليوي؛

و افرادی که:

- ❖ واكسن آنفلوانزا در ۳۰ روز گذشته دريافت نموده‌اند؛
- ❖ تزريق گاماگلوبولين داشته‌اند؛
- ❖ اخيراً خون دريافت نموده و يا پيوند عضو شده‌اند.

بدیهی است که تست‌های تأییدی موجب قطعیت یافتن نتیجه‌ی آزمایش می‌گردند.

¹ Rheumatoid Arthritis (RA)

² Multiple Sclerosis (MS)

³ Systemic Lupus Erythmatosus (SLE)

⁴ Addison's disease

⁵ Ankylosing spondylitis

فصل سوم:

عناصر کلیدی در مشاوره‌ی HIV

مقدمه

این بخش به اصول اخلاقی و مهارت‌های مورد نیاز در یک مشاوره‌ی کارآمد می‌پردازد.

اهداف اصلی مشاوره‌ی HIV عبارتند از:

- ❖ پیشگیری از انتقال HIV از طریق ارائه‌ی اطلاعات در مورد روش‌های انتقال؛
- ❖ کمک به افراد برای ایجاد مهارت‌های فردی جهت انجام رفتارهای کم‌خطر؛
- ❖ فراهم ساختن حمایت روانشناختی برای افراد مبتلا به HIV، از طریق بهبود وضعیت هیجانی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی آنها؛
- ❖ حمایت از بیماران برای پایبندی به درمان.

انواع مشاوره‌ی HIV

در زیر خلاصه‌ای از مشاوره‌ی HIV که در مراحل مختلف پیش از بیماری یا در سیر بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند، آورده شده است. هر یک از این موارد در فصول بعدی به تفصیل تشریح می‌شود.

مشاوره‌ی پیشگیری از عفونت HIV^۱

در این روش، مشاور به مراجع برای شناسایی و کاهش رفتارهای پرخطر کمک می‌کند. مشاور می‌تواند از استراتژی‌های متنوعی استفاده کند. این استراتژی‌ها می‌توانند ساده و صرفاً شامل ارائه‌ی اطلاعات بوده و یا این که پیچیده‌تر بوده و

¹ HIV Prevention Counseling

روش‌های درمانی مبتنی بر شواهد را شامل شوند، مانند مصاحبه‌ی انگیزشی، روش‌های حل مسئله، روان‌درمانی‌های کوتاه مدت بین فردی و درمان شناختی-رفتاری. مشاوره‌ی پیشگیری در جلسات مشاوره‌ی پیش از آزمایش و پس از آزمایش و نیز در طول مدت بیماری به کار می‌رود. مشاوران می‌باید به طور مداوم چالش‌هایی را که بیماران برای تداوم تغییر رفتار با آن مواجه هستند، ارزیابی نموده و استراتژی‌های عملی برای این چالش‌ها توصیه نمایند. به عنوان مثال، در مورد بیماران دچار وابستگی به مواد، استراتژی‌های کاهش آسیب و درمان نگهدارنده برای وابستگی، می‌تواند توصیه شود.

مشاوره‌ی پیش از آزمایش^۱

مشاوره‌ی پیش از آزمایش، یک مشاوره‌ی محرمانه بوده که به فرد امکان انتخاب آگاهانه در مورد انجام آزمایش HIV را می‌دهد. بر اساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت، این تصمیم باید کاملاً به فرد واگذار شود و هیچ اجباری در کار نباشد. برای این انتخاب آگاهانه، فرد باید فواید و پیامد انجام آزمایش را بداند. مشاور از فرد در مقابل مشکلات بالقوه‌ی روانشناختی، قانونی و بهداشتی آشکار شدن وضعیت ابتلا وی حمایت می‌کند. مشاور همچنین، ظرفیت فرد برای مقابله با نتیجه‌ی مثبت احتمالی را ارزیابی نموده، اطلاعاتی در مورد HIV ارائه کرده، و برای کاهش خطر انتقال وارد مشاوره‌ی پیشگیرانه می‌شود.

در حالی که مشاوره‌ی فردی روش استاندارد برای مراجعین می‌باشد، مدل‌های جایگزین مانند جلسات برای زوجین و مشاوره‌ی گروهی نیز برای مشاوره‌ی پیش از آزمایش نیز وجود دارند.

مشاوره‌ی پس از آزمایش^۲

در این نوع مشاوره، مشاور باید اطمینان حاصل کند که مراجع مفهوم نتیجه‌ی آزمایش خود (چه مثبت و چه منفی) را درک کرده است. در موارد ابتلا، مشاوره‌ی پس از آزمایش به فرد برای سازگاری با زندگی همراه با عفونت HIV کمک می‌نماید. خودکشی فرد مبتلا، یک چالش عمده برای مشاوران محسوب می‌گردد. در افراد مبتلا به HIV، احتمال اقدام به خودکشی طی دو دوره افزایش می‌یابد: به صورت تکانشی هنگامی که فرد برای اولین بار تشخیص داده می‌شود؛ و دیگر در اواخر سیر بیماری که اثرات عفونت بر سیستم اعصاب مرکزی ظاهر گشته، فرد توانایی کسب درآمد را از دست داده و احساس می‌کند که باری بر دوش خانواده شده است. مشاوران باید خطر خودکشی را در سیر بیماری ارزیابی نموده و بتوانند این قبیل افکار را مدیریت نمایند.

در مواردی که نتیجه‌ی آزمایش فرد منفی می‌گردد، فرد باید مفهوم دوره‌ی نهفتگی را به طور کامل درک کرده باشد و به وی توصیه شود در صورت انجام رفتار پرخطر، همچنان در معرض خطر ابتلا به این بیماری بوده و باید برای انجام آزمایش مجدد مراجعه نماید. هم در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش و هم در جلسه‌ی مشاوره‌ی پس از آن، استراتژی‌های تغییر رفتار برای کاهش رفتارهای پرخطر می‌باید مورد استفاده قرار گیرند.

مشاوره‌ی پس از آزمایش معمولاً توسط فردی که مشاوره‌ی پیش از آزمایش را ارائه نموده، انجام می‌شود. در مواردی که فرد بدون اطلاع و رضایت مورد آزمایش قرار گرفته است، مشاور ممکن است با خشم بیمار که به وی فراقنی شده، مواجه گردد.

¹ Pretest counseling

² Post-test counseling

فصل سوم:

عناصر کلیدی در مشاوره‌ی HIV

مقدمه

این بخش به اصول اخلاقی و مهارت‌های مورد نیاز در یک مشاوره‌ی کارآمد می‌پردازد.

اهداف اصلی مشاوره‌ی HIV عبارتند از:

- ❖ پیشگیری از انتقال HIV از طریق ارائه‌ی اطلاعات در مورد روش‌های انتقال؛
- ❖ کمک به افراد برای ایجاد مهارت‌های فردی جهت انجام رفتارهای کم‌خطر؛
- ❖ فراهم ساختن حمایت روانشناختی برای افراد مبتلا به HIV، از طریق بهبود وضعیت هیجانی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی آنها؛
- ❖ حمایت از بیماران برای پایبندی به درمان.

انواع مشاوره‌ی HIV

در زیر خلاصه‌ای از مشاوره‌ی HIV که در مراحل مختلف پیش از بیماری یا در سیر بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند، آورده شده است. هر یک از این موارد در فصول بعدی به تفصیل تشریح می‌شود.

مشاوره‌ی پیشگیری از عفونت HIV^۱

در این روش، مشاور به مراجع برای شناسایی و کاهش رفتارهای پرخطر کمک می‌کند. مشاور می‌تواند از استراتژی‌های متنوعی استفاده کند. این استراتژی‌ها می‌توانند ساده و صرفاً شامل ارائه‌ی اطلاعات بوده و یا این که پیچیده‌تر بوده و

¹ HIV Prevention Counseling

روش‌های درمانی مبتنی بر شواهد را شامل شوند، مانند مصاحبه‌ی انگیزشی، روش‌های حل مسئله، روان‌درمانی‌های کوتاه مدت بین فردی و درمان شناختی-رفتاری. مشاوره‌ی پیشگیری در جلسات مشاوره‌ی پیش از آزمایش و پس از آزمایش و نیز در طول مدت بیماری به کار می‌رود. مشاوران می‌باید به طور مداوم چالش‌هایی را که بیماران برای تداوم تغییر رفتار با آن مواجه هستند، ارزیابی نموده و استراتژی‌های عملی برای این چالش‌ها توصیه نمایند. به عنوان مثال، در مورد بیماران دچار وابستگی به مواد، استراتژی‌های کاهش آسیب و درمان نگهدارنده برای وابستگی، می‌تواند توصیه شود.

مشاوره‌ی پیش از آزمایش^۱

مشاوره‌ی پیش از آزمایش، یک مشاوره‌ی محرمانه بوده که به فرد امکان انتخاب آگاهانه در مورد انجام آزمایش HIV را می‌دهد. بر اساس دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت، این تصمیم باید کاملاً به فرد واگذار شود و هیچ اجباری در کار نباشد. برای این انتخاب آگاهانه، فرد باید فواید و پیامد انجام آزمایش را بداند. مشاور از فرد در مقابل مشکلات بالقوه‌ی روانشناختی، قانونی و بهداشتی آشکار شدن وضعیت ابتلا وی حمایت می‌کند. مشاور همچنین، ظرفیت فرد برای مقابله با نتیجه‌ی مثبت احتمالی را ارزیابی نموده، اطلاعاتی در مورد HIV ارائه کرده، و برای کاهش خطر انتقال وارد مشاوره‌ی پیشگیرانه می‌شود.

در حالی که مشاوره‌ی فردی روش استاندارد برای مراجعین می‌باشد، مدل‌های جایگزین مانند جلسات برای زوجین و مشاوره‌ی گروهی نیز برای مشاوره‌ی پیش از آزمایش نیز وجود دارند.

مشاوره‌ی پس از آزمایش^۲

در این نوع مشاوره، مشاور باید اطمینان حاصل کند که مراجع مفهوم نتیجه‌ی آزمایش خود (چه مثبت و چه منفی) را درک کرده است. در موارد ابتلا، مشاوره‌ی پس از آزمایش به فرد برای سازگاری با زندگی همراه با عفونت HIV کمک می‌نماید. خودکشی فرد مبتلا، یک چالش عمده برای مشاوران محسوب می‌گردد. در افراد مبتلا به HIV، احتمال اقدام به خودکشی طی دو دوره افزایش می‌یابد: به صورت تکانشی هنگامی که فرد برای اولین بار تشخیص داده می‌شود؛ و دیگر در اواخر سیر بیماری که اثرات عفونت بر سیستم اعصاب مرکزی ظاهر گشته، فرد توانایی کسب درآمد را از دست داده و احساس می‌کند که باری بر دوش خانواده شده است. مشاوران باید خطر خودکشی را در سیر بیماری ارزیابی نموده و بتوانند این قبیل افکار را مدیریت نمایند.

در مواردی که نتیجه‌ی آزمایش فرد منفی می‌گردد، فرد باید مفهوم دوره‌ی نهفتگی را به طور کامل درک کرده باشد و به وی توصیه شود در صورت انجام رفتار پرخطر، همچنان در معرض خطر ابتلا به این بیماری بوده و باید برای انجام آزمایش مجدد مراجعه نماید. هم در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش و هم در جلسه‌ی مشاوره‌ی پس از آن، استراتژی‌های تغییر رفتار برای کاهش رفتارهای پرخطر می‌باید مورد استفاده قرار گیرند.

مشاوره‌ی پس از آزمایش معمولاً توسط فردی که مشاوره‌ی پیش از آزمایش را ارائه نموده، انجام می‌شود. در مواردی که فرد بدون اطلاع و رضایت مورد آزمایش قرار گرفته است، مشاور ممکن است با خشم بیمار که به وی فراقنی شده، مواجه گردد.

¹ Pretest counseling

² Post-test counseling

مشاوره‌ی زوج دچار هم ابتلایی

به دلیل خطر بالقوه‌ی عفونت مجدد HIV، زوجین (حتی هنگامی که هر دوی ایشان مبتلا هستند) به استفاده‌ی منظم از کاندوم تشویق می‌شوند. با وجود این که شواهد در مورد سوار شدن عفونت مجدد^۱ اندک می‌باشد، با این حال برای پیشگیری از این امر (و نیز پیشگیری از بارداری و دیگر STIها) توصیه می‌شود به طور منظم از کاندوم استفاده گردد.

مشاوره‌ی مستمر برای افراد دچار HIV

ماهیت مزمن و پیشرونده‌ی عفونت HIV موجب می‌شود فرد مبتلا، بستگان و آشنایان وی، با مشکلات روانشناختی گوناگون و متغیری مواجه شوند. بسیاری از این افراد پیش از ابتلا به HIV، مشکلات روانشناختی متعددی داشته‌اند. ابتلا به HIV، موجب فعالسازی مجدد مشکلات حل نشده‌ی پیشین، مانند تمایل به ارتباط با جنس موافق، مشکلات مربوط به حوادث تروماتیک، مانند تجاوز جنسی و یا مشکلات حل نشده در روابط بین فردی می‌گردد. در مراحل پیشرفته‌تر ممکن است فرد نیاز به ارجاع به مراکز بهزیستی، آماده نمودن وصیت‌نامه و یا پیدا کردن مراکز جایگزین برای مراقبت از فرزند خود داشته باشد.

مشاوره برای پایبندی به درمان

دریافت دارو، بیمار را با مشکلات و موانع روانشناختی، فیزیکی و عملی زیادی رو به رو می‌نماید. عدم پایبندی به درمان، مانعی در برابر سرکوب موفق ویروس توسط دارو خواهد بود. مشاوره برای پایبندی به درمان، دانش بیمار در مورد بیماری، دارو و عوارض درمان را ارتقاء بخشیده و به بیمار کمک می‌کند تا دیدگاه مثبتی پیدا کند و باور کند که می‌تواند در روند بهبود خود اثرگذار باشد.

مشاوره‌ی اطفال

عفونت HIV آثار عمیقی بر زندگی کودک و خانواده‌ی وی دارد. کودکان نه تنها با جنبه‌های فیزیکی بیماری و درمان‌های آن مواجه بوده، بلکه از عواقب احساسی یک بیماری مزمن و مرگ زودرس ناشی از آن نیز رنج می‌برند. مشاوران باید از کودک در مقابل مشکلاتی همچون جدایی از والدین و یا از دست دادن آنها، انگ و تبعیض حمایت نمایند. از جمله مشکلات شایع دیگری که در این کودکان دیده می‌شود، مشکلات رفتاری، نقایص حرکتی و شناختی و پایبندی ضعیف به درمان می‌باشد.

کودکی که والدین خود را به دلیل این بیماری از دست داده است، ممکن است نقش والد را برای خواهر یا برادر کوچکتر و یتیم شده‌ی خود ایفا نماید. در این موارد مشاوران باید روند ورود کودک به مراکز مراقبت جایگزین را تسهیل نمایند. بسیاری از این کودکان در صورت تشخیص عفونت، به فرزندپذیری پذیرفته نمی‌شوند. این کودکان ممکن است مشکلات دیگری از جمله سوء استفاده‌ی جنسی و یا فروش جهت ورود به بازار کار، را نیز تجربه نمایند. در برخی موارد، افشای نتیجه‌ی آزمایش HIV کودک، وی را در معرض سوء استفاده‌ی فیزیکی قرار می‌دهد. این کودکان برای فرزند خوانده شدن با مسائل خاصی مواجه هستند که مشاور باید نسبت به آنها اشراف داشته باشد و تمهیدات خاصی را اتخاذ نماید.

¹ Superinfection

چه کسی مشاوره‌ی HIV را ارائه می‌کند؟

مشاوره و آزمایش HIV می‌تواند در دامنه‌ی وسیعی از مراکز، چه مستقل و چه وابسته به مراکز درمانی (از جمله بیمارستان‌ها، مراکز بهداشت جنسی، مراکز مذهبی، بیماران سرپایی، انتقال خون، درمان وابستگی به مواد، تنظیم خانواده، زندان‌ها، مراکز بهداشت جامعه‌نگر) انجام شود. مشاوره به تنهایی می‌تواند حتی به صورت یک خدمت سیار و دوردستیابی^۱ انجام شود.

هر فردی که واجد مهارت‌های مشاوره باشد، لزوماً یک مشاور نیست. اگر چه به طور عمده افرادی که با سیمت مشاور به کار مشغول هستند از این مهارت‌ها استفاده می‌کنند؛ ولی گروه دیگری از افراد نیز نیازمند مهارت‌های مشاوره هستند. افرادی که می‌توانند در خدمات مشاوره‌ی HIV نقش داشته باشند، شامل:

- ❖ پرستاران، پزشکان، مددکاران و دیگر مراقبین که برای مشاوره‌ی HIV آموزش دیده‌اند؛
- ❖ مشاوران تمام وقت (شامل روانپزشکان، روانشناسان و درمانگران خانواده) که برای مشاوره‌ی HIV آموزش دیده‌اند؛
- ❖ کارکنان مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر که به طور مداوم با مشکلات هیجانی و اطلاعات محرمانه‌ی بیماران سر و کار دارند؛
- ❖ افرادی که با عفونت^۲ HIV زندگی می‌کنند و آموزش‌های ویژه برای مشاوره‌ی همتایان خود دیده‌اند.

نکته‌ی حائز اهمیت این است که مشاوران برای خدمات ارائه شده، آموزش دیده باشند. به طور کلی لازم است که مشاوران آموزش دیده، هر چه بیشتر در سطح جامعه وجود داشته باشند و این خدمات در سراسر کشور در دسترس باشد.

باید تأکید گردد که مهارت‌های مشاوره به سادگی و از طریق مطالعه به دست نمی‌آیند. این مهارت‌ها باید طی دوره‌های آموزشی تخصصی و تحت نظارت یک مشاور مجرب تمرین گردند.

عناصر یک مشاوره‌ی اخلاقی و کارآمد

مشاوره یک تعامل مشکل محور و معطوف به هدف بوده، و به هدف تصمیم‌گیری برای تغییر رفتار صورت می‌گیرد. این روند بر تکنیک‌ها و مهارت‌هایی استوار است که مشاور از آنها برای کشف، درک و مقابله با مشکل و نگرانی‌های بیمار استفاده نموده، و به وی در انتخاب‌ها و عمل به آنها کمک می‌نماید. مشاوره‌ی مؤثر به فرد در استقلال و خود مختاری (توانایی انتخاب، تصمیم‌گیری، و پذیرش مسئولیت اعمال) کمک می‌نماید. مشاوره‌ی HIV/AIDS یک گفتگوی محرمانه بین مراجع و درمانگر، با هدف کمک به مراجع برای مقابله با استرس و اتخاذ تصمیمات شخصی مرتبط با HIV می‌باشد. در یک مشاوره‌ی اخلاقی و کارآمد، رعایت اصول و به کارگیری عناصر زیر ضرورت دارد:

¹ Outreach

² People Living With HIV/AIDS (PLWHA)

زمان کافی

از ابتدا باید برای مراجع زمان کافی اختصاص داد. روند مشاوره با عجله قابل انجام نیست. برای ایجاد یک رابطه‌ی حمایت‌گرانه، زمان لازم است.

پذیرش

مشاوران نباید نسبت به مراجعین، قضاوت گر باشند؛ بلکه باید مراجع را صرف نظر از زمینه‌ی اقتصادی اجتماعی، قومیت، مذهب، شغل، جهت‌گیری جنسی، هویت جنسی و یا مشکل سوء مصرف مواد یا الکل بپذیرند.

در دسترس بودن

باید مراجع احساس کند که قادر است در هر زمانی، کمک دریافت نماید. مشاوران باید در زمان‌های مناسب در دسترس مراجعین بوده و در ساعات غیرکاری، برای پاسخ به نیازهای مراجع، از سیستم‌های جایگزین بهره گیرند. ذکر این نکته حائز اهمیت است که مشاوران مرزهای مناسب را رعایت نموده و با مراجع، فاصله‌ی حرفه‌ای خود را حفظ نمایند؛ به عنوان مثال، از دادن شماره‌ی منزل خود اجتناب نموده و با وی وارد رابطه‌ی غیرحرفه‌ای نشوند.

رضایت

مراجع حق دارد به صورت داوطلبانه و آگاهانه، از دادن آزمایش HIV و سایر اقدامات تشخیصی-درمانی امتناع نموده و یا آنها را بپذیرد. مشاور با ارائه‌ی اطلاعات شفاف و دقیق و کمک به مراجع در ارزیابی مزایا و پیامدهای مداخلات پیشنهادی، روند تصمیم‌گیری آگاهانه را برای وی تسهیل می‌کند.

هماهنگی و دقت

اطلاعات فراهم شده در روند مشاوره (مانند عفونت HIV، شیردهی، ریسک عفونت، روش‌های کاهش خطر و درمان) باید مطابق با پژوهش‌های علمی و دستورالعمل‌های کشوری باشند.

محرمانه بودن

اعتماد، مهم‌ترین عامل در رابطه‌ی مشاور و مراجع می‌باشد. اعتماد، رابطه را تسهیل نموده و احتمال این که بیمار بر اساس اطلاعات ارائه شده، تصمیم صحیحی بگیرد را افزایش می‌دهد. با توجه به تبعیض‌ها، محرومیت‌ها و اتهاماتی که فرد مبتلا به HIV با آن مواجه است، حصول اطمینان از محرمانه ماندن اسرار حائز اهمیت می‌باشد. در مواردی که مشاور بر اساس قانون ملزم گشته تا اطلاعات بیمار را بر خلاف میل بیمار در اختیار شخص ثالث قرار دهد، باید وی را از روند و مراحل این امر مطلع نماید.

ملاحظات اجتماعی- فرهنگی

یک مشاوره‌ی اخلاقی و مؤثر، باید تأثیر فرهنگ بر دیدگاه‌های بیمار را مد نظر داشته باشد. مشاور باید نگاهی کل‌نگر به مراجع و زمینه‌ی اجتماعی- فرهنگی وی از جمله باورهایش در مورد HIV، آداب جنسی، روش‌های درمانی، نابرابری‌های جنسیتی و آداب ازدواج از جمله تک یا چند همسری داشته باشد. فرهنگ و سنن، نگرش‌ها و باورهای فرد در مورد مرگ و بیماری را شکل می‌دهند. بنابراین مشاوران باید نسبت به این امر حساس بوده و به تفاوت‌های فرهنگی احترام بگذارند. در صورتی که مشاور در این زمینه در خود تعارضی احساس می‌کند، ارجاع به مشاور دیگر باید مد نظر باشد.

مهارت‌های بین فردی

مشاور برای نیل به اهداف مشاوره، نیاز به مهارت‌های بین فردی به خصوصی دارد که در زیر تشریح شده است:

برقراری وفاق^۱

برقراری وفاق امری ضروری در مشاوره بوده، و از عناصر کلیدی ایجاد یک رابطه‌ی توأم با اطمینان می‌باشد. وفاق بیانگر اشتیاق و احترام مشاور به نگرانی‌ها و مشکلات مراجع می‌باشد. برقراری وفاق یک روند مستمر بوده و اصول زیر، این روند را تسهیل می‌نمایند:

- ❖ شفاف سازی نقش مشاور توسط خود وی در اولین جلسه‌ی مشاوره؛
- ❖ نگرش همراه با احترام و غیرقضاوت گرانه؛
- ❖ وجود اهداف مشترک و مکمل؛
- ❖ ارتباط کلامی و غیرکلامی؛
- ❖ اعتماد متقابل.

یکی از تکنیک‌های مفید برای ایجاد وفاق، استفاده از سئوالاتی، مانند سئوالات زیر است:

- ❖ «بدترین اتفاقی که ممکن است بیفتد، چیست؟»؛
- ❖ «اگر امروز بخواهیم تنها به یک مشکل بپردازیم، کدام یک برای شما اهمیت بیشتری دارد؟»

این قبیل سئوالات اولویت‌های بیمار را مشخص نموده و برای جلسات اولیه مناسب می‌باشند. همچنین این فرآیند به مراجع کمک می‌کند تا مشکلات حساسی مانند الگوی رفتارهای جنسی خود را با صراحت بیان کند.

اطمینان بخشی از رازداری و محرمانه بودن

مطالعات بین فرهنگی، بر نیاز بیماران برای خاطر جمع شدن از رازداری و محرمانه بودن اطلاعات تأکید دارند. برای حصول اطمینان از این امر، مشاور می‌تواند:

¹ Rapport

- ❖ فضای کافی و مناسب برای مشاوره فراهم نماید؛
- ❖ اصل «عدم افشای اطلاعات بیمار بدون رضایت وی» را درک نموده باشد؛
- ❖ اقدامات صورت گرفته را ثبت نموده و از محرمانه ماندن آنها اطمینان حاصل نماید؛
- ❖ یقین حاصل کند که همکاران، کارکنان و کارآموزان نیز به اصل رازداری احترام می‌گذارند؛
- ❖ آگاه باشد که رازداری مشترک^۱ در مشاوره‌ی HIV، اصول اخلاقی خاصی دارد. اصطلاح «رازداری مشترک» به افشای راز بیمار با تعدادی از افراد از جمله اعضای خانواده، مراقبین، و دوستان قابل اعتماد، اطلاق می‌گردد. این امر نیز باید با رضایت بیمار و در روند مشاوره صورت پذیرد.

احترام

هر فرد با شرایط پیرامون خود، بسته به عوامل فرهنگی، طبقه‌ی اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی، به نحو منحصر به فردی مقابله می‌کند. در این زمینه، درک حقوق پایه‌ای و شأن و ارزش افراد، ضروری می‌باشد. این امر هنگامی محقق می‌شود که مشاوران، از تفاوت‌های جنسیتی، نژادی، قومیتی، مذهبی، جهت‌گیری جنسی، و سطح اقتصادی-اجتماعی آگاه بوده، و برای از بین بردن سوگیری‌ها و تعصبات خود تلاش نمایند. مشاوران هرگز نباید درگیر اعمال تبعیض آمیز بر اساس تفاوت‌های قید شده گردند و می‌بایست به باورها و دیدگاه مراجع احترام گذارند.

علاوه بر این، اعمال و دیدگاه خود مشاوران نیز، بیان‌کننده‌ی احترام یا عدم احترام آنها می‌باشد. انجام اعمال زیر توسط مشاور، نشان‌دهنده‌ی احترام به مراجع است:

- ❖ به مراجعین برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه در مورد زندگی خویش، کمک نموده و آنها را در طی این روند حمایت نمایند (بدون این که آنها را مجبور نموده و یا به ایشان بگویند که چه کنند)؛
- ❖ قرارهای ملاقات را حفظ نموده و در صورت تأخیر یا عدم مراجعه، از مراجع عذر خواهی نمایند؛
- ❖ بیشتر راهنما و تسهیل‌کننده باشند تا موعظه‌گر؛
- ❖ به رفاه مراجع توجه نمایند؛
- ❖ هر مراجع را به عنوان یک فرد مجزا ببینند؛
- ❖ مراجع را در تعیین سرنوشت خود، توانمند ببینند؛
- ❖ نیت خیر مراجع را به عنوان پیش‌فرض در نظر داشته باشند، مگر آن که خلاف آن نمایان گردد.

همدلی

توانایی همدلی یکی از مهارت‌های ضروری مشاوره است. همدلی در برگیرنده‌ی همانند سازی با مراجع، درک افکار و احساسات وی و ابراز این درک، به بیمار می‌باشد. مشاور برای ابراز این درک باید قادر بوده وارد دنیای مراجع گشته و بتواند احساس مشابه وی پیدا کند. این بدان معنا نیست که مشاور باید خود را جای مراجع بگذارد. لازمه‌ی همدلی، حساسیت و آگاهی لحظه به لحظه از تجاربی همچون ترس، خشم، حساسیت و سردرگمی مراجع می‌باشد. برای این امر، مشاور باید توجه کافی به سرنخ‌های کلامی و غیرکلامی مراجع نموده و از خود بپرسد که مراجع چه چیزی را ابراز می‌دارد؟ چه تجارب و رفتارهایی موجب این احساس می‌گردند؟ مهم‌ترین چیزی که مراجع می‌گوید، کدام است؟

¹ Shared confidentiality

به رسمیت شناختن احساسات منفی

احساسات منفی و دشوار، جزء قابل توجه و اجتناب ناپذیر مشاوره می‌باشند. برای خطاب قرار دادن این احساسات منفی، مشاوران می‌باید:

- ❖ از احساسات خود آگاه بوده؛
- ❖ احساسات و واقعیات بیمار را به رسمیت بشناسند؛
- ❖ بدانند که وظیفه‌ی مشاور، اصلاح و بر طرف نمودن این احساسات نمی‌باشد؛
- ❖ پیام‌های غیرکلامی را بیان نموده و به آنها پاسخ دهند؛
- ❖ احساسات بیمار را هنجار^۱ و تأیید نمایند.

اصلاح و بر طرف نمودن احساسات، نه تنها میسر، بلکه مطلوب نیز نمی‌باشد؛ و به جای آن، این قبیل احساسات منفی، باید به رسمیت شناخته شوند. مثال‌هایی از عباراتی که برای به رسمیت شناختن احساسات مراجع به کار می‌روند، عبارتند از: «سر و کار داشتن با این موضوع حتماً سخت بوده» و «گفتی او شما رو دوست داره، باید دردناک باشه که فکر کنی با شخص دیگه‌ای هم رابطه داره».

پذیرش

برای این که مراجع بتواند مشکلات و نگرانی‌های خود را در روند مشاوره آشکار نماید، باید «احساس پذیرفته شدن» کند. مشاوران باید صرف نظر از زمینه‌ی اقتصادی-اجتماعی، قومیتی یا مذهبی مراجع، غیرقضاوت گر و پذیرا باشند. مشاوران باید نگرانی و ترس از ابتلا را درک نموده، و واکنش‌های نسبت به آن را بپذیرند. حتی اگر پرخاش نسبت به مشاور معطوف شد، وی باید بداند که هدف واقعی خشم نبوده و از واکنش به پرخاش بیمار (مگر برای اجتناب از آسیب فیزیکی)، دوری نماید. برای ابراز پذیرش، مشاور باید شناسایی احساساتی از قبیل غمگینی یا ترس را به صورت مستقیم و غیراحساسی، در کلام و رفتار خود نشان دهد.

مهارت‌ها و تکنیک‌های برقراری ارتباط

یک جزء اساسی در شغل مشاوره، برقراری ارتباط با مراجعین می‌باشد. این تبادل، یک گفتگوی دو طرفه و با استفاده از روش‌های کلامی و غیرکلامی است. برای شناسایی نیازهای مراجع و فراهم نمودن اطلاعات مناسب، مشاوران باید از مهارت‌های ارتباطی مستحکمی برخوردار باشند. آنها باید پیام مراجع را شنیده و در ارتباط خود با وی، شفاف باشند. مهارت‌های زیر در برقراری ارتباط مؤثر، اهمیت دارند:

مهارت گوش دادن و توجه کردن

توجه کردن^۱ به توانایی مشاور در بذل توجه دقیق به مراجع از طریق حذف عوامل ایجاد کننده‌ی حواس‌پرتی و نشان دادن این توجه کامل به وی دلالت دارد. این رسیدگی و توجه، دربرگیرنده‌ی مهارت‌های پاسخ‌دهی غیرکلامی از قبیل گوش دادن،

¹ Normalize

تماس چشمی، آرامش و حرکت معمول دست‌ها می‌باشد. پاسخ به مراجع از طریق تأیید با حرکت سر، و یا استفاده از عباراتی همچون «بله» و «که این طور» به صورت مناسب نیز، از مظاهر این توجه می‌باشد. حفظ تماس چشمی، نشان دهنده‌ی این امر است که مشاور به مراجع متعهد گشته و حس اعتماد به نفس وی را تقویت نموده و ارتباط را تسهیل می‌کند. با این وجود تعدادی از مراجعین ناراحت، عصبی، یا خجالتی ممکن است از تماس چشمی اجتناب نمایند، هر چند مشاور می‌باید تماس چشمی را از خیره شدن (که باعث ناراحتی مراجع می‌شود) افتراق دهد.

توجه به مراجع، از طریق فراهم نمودن فضای فیزیکی مناسب و راحت نیز بهبود می‌یابد. صندلی راحت، نشستن رو به روی مراجع (به جای پشت میز) با حفظ فاصله‌ی مناسب، به حداقل رساندن عوامل ایجاد کننده‌ی حواس‌پرتی (مانند عدم استفاده از تلفن همراه) نیز، به بهبود فضای مشاوره کمک می‌کنند.

واژه‌ی گوش دادن، به توانایی مشاور جهت گوش دادن فعالانه به صحبت‌های مراجع اشاره دارد. گوش دادن، توجه به مشکلات بیمار را آشکار می‌نماید و به مشاور امکان شناسایی موضوعات مشترک و آشکار سازی موارد حذف شده را می‌دهد. به عنوان مثال، مراجع ممکن است عنوان کند که «من نگرانم و می‌خواهم وضعیتم را بدانم. متوجه شده‌ام که همسرم با شخص دیگری رابطه‌ی جنسی داشته است»؛ موضوع اصلی در این مثال اینست که بیمار به دلیل رفتار همسر، نگران ابتلای خودش به HIV بوده، و نگرانی حذف شده ممکن است مربوط به عدم استفاده‌ی ایشان از کاندوم، یا ترس از طرد شدن، و یا خشونت در صورت اصرار بر استفاده از کاندوم باشد.

هنگام گوش دادن، مشاور باید به موارد زیر توجه نماید:

- ❖ تجربه‌ی مراجع - آن چه که به نظر مراجع در حال رخ دادن برای وی می‌باشد؛
- ❖ رفتار مراجع - آن چه که مراجع انجام می‌دهد یا نمی‌دهد؛
- ❖ احساسات مراجع - احساسات ناشی از تجربه و رفتار؛
- ❖ مشکلات و نگرانی‌های مراجع - توضیحات مراجع و نه پیش‌فرض‌های مشاور؛
- ❖ درک مراجع - دیدگاه مراجع در مورد تجربه، رفتار و احساساتش؛
- ❖ زبان بدنی^۲ مشاور - ژست، حرکت صورت، تون صدا، فاصله و غیره که نمایانگر توجه مشاور به گفته‌های مراجع می‌باشد.

برای نشان دادن فرآیند گوش دادن، مشاور باید به صورت کوتاه نزد خود به گفته‌های مراجع فکر کرده و کلام بیمار را با بیان دیگر برای وی بازگو کند.^۲ اگر مراجع به مدت دو تا سه دقیقه نظری از مشاور دریافت نکند، ممکن است گمان برد که مشاور بی تفاوت گشته، یا گفته‌های او را ناپسند انگاشته، و یا متوجه صحبت‌های وی نیست. در این روش، مشاور چکیده مطالب مراجع را به زبان خود برای مراجع بازگو می‌کند. مراجع عنوان می‌کند: «احساس درماندگی می‌کنم، نمی‌توانم کارهای خانه را انجام دهم، بچه‌ها را سر وقت به مدرسه برسانم، و حتی آشپزی کنم. از پس کارهایی که همسرم انجام می‌داد، بر نمی‌آیم» و مشاور می‌گوید: «از این که مجبورید کارهایی را که در زمان حیات همسرتان به عهده‌ی ایشان بود را انجام دهید، احساس درماندگی می‌کنید».

¹ Attending

² Body Language

³ Paraphrasing

بازتاب احساسات^۱ مشابه بازگویی گفته های مراجع بوده، اما تمرکز آن بر احساسات مراجع می باشد. به عنوان مثال مراجع می گوید: «نمی دانم چه کنم، پیش از مرگ همسرم بهش قول دادم از مادرش مراقبت می کنم. اما دیگه توانش رو ندارم، می دونست که نمی تونم با مادرش کنار بیام و حالا تو یه وضع رقت انگیز گیر کردم. چرا اون مرد و من رو تو این وضعیت گذاشت؟» و مشاور در پاسخ می گوید: «به نظر احساس غم و درماندگی می کنی، در عین حال نسبت به قولی که به همسرت دادی احساس خشم و عذاب وجدان داری».

حضور ذهن^۲

در مشاوره ی HIV، حضور ذهن به توانایی مشاور برای برخورد با موقعیت های تأثیر گذار بر رابطه با مراجع در هر لحظه (به عنوان مثال ابراز خشونت نسبت به مشاور) اشاره دارد. حضور ذهن دربرگیرنده ی توانایی هایی از قبیل موارد زیر می باشد:

- ❖ آشکار سازی تأثیر رفتار فرد بر مشاور؛
- ❖ کاوش در رفتار خود نسبت به فرد دیگر؛
- ❖ صحبت کردن در مورد مشاهدات مشاور از رفتار فرد و اشاره به ناهمخوانی ها و تحریفات در رفتار وی؛
- ❖ دعوت از فرد برای بازبینی رابطه به قصد بهبود آن.

استفاده از سطح زبانی مناسب

در هنگام ارتباط با مراجع باید به خاطر داشت فرد مضطرب، مقدار کمی از مطالب بازگو شده را به یاد می آورد. از دلایل این امر، استفاده ی مشاور از زبان فنی و پیچیده نیز می باشد. مشاوره هنگامی مؤثرتر است که مشاور نکات زیر را به کار بندد:

- ❖ از زبان ساده و مناسب فرهنگ مراجع استفاده نماید؛
- ❖ اطمینان حاصل نماید که احساس مراجع را درک نموده و به خوبی با او ارتباط برقرار می کند؛
- ❖ نکات مهم، ابتدا توضیح داده شده و سپس به جزئیات پرداخته شود؛ و در نهایت پیام ها، به صورت جمع بندی شده برای مراجع تکرار شود؛
- ❖ با مراجع با آرامش صحبت کند، نه با تحکم و لحن موعظه گرانه؛
- ❖ در ارائه ی نکات مهم از نوشتار، نمودارهای تصویری، پمفلت یا بروشور استفاده شود.

استفاده از عبارات غیر شخصی

هنگام بیان یک نکته ی کلی، عبارات غیر شخصی (یا تکنیک سوم شخص) می تواند سودمند باشد. این تکنیک در تأیید، هنجار سازی، و بازگو کردن احساسات مراجع بدون این که حالت تدافعی در وی ایجاد نماید، نیز کمک کننده می باشد. مثال هایی از این عبارات سوم شخص عبارتند از:

¹ Reflecting emotions

² Immediacy

- ❖ «افراد هنگام شنیدن خبر ابتلا به HIV، احساس سردرگمی و گناه شدیدی پیدا می‌کنند».
- ❖ «برخی اوقات، هنگامی که نتایج آزمایش HIV را به مراجعین ارائه می‌کنم، آنها مایلند بدانند که چگونه می‌توانند سلامتی خود را حفظ نموده و به کجا باید مراجعه نمایند».
- ❖ «افراد اغلب هنگامی که راجع به سوء مصرف مواد از آنها سؤال می‌شود، احساس ناراحتی و عذاب وجدان می‌کنند».

روش پرسش

سئوالات بسته: این نوع سئوالات را تنها با یک کلمه می‌توان پاسخ داد (مثلاً بلی یا خیر). این نحو پرسش ممکن است به اطلاعات نادرست بینجامد. به عنوان مثال در پاسخ به سؤال «شما موقع نزدیکی، نکات بهداشتی را رعایت می‌کنید؟» مراجع پاسخ «آری» می‌دهد اما ممکن است آن چه از رعایت نکات بهداشتی در نزدیکی در نظر ما است، با آن چه وی تصور می‌کند متفاوت باشد.

سئوالات هدایت گرانه: به مراجع عنوان می‌شود که شما مایلید او چه پاسخی دهد، مثلاً «شما همیشه از کاندوم استفاده می‌کنید، مگه نه؟». در پاسخ به این سئوالات مراجع ممکن است اطلاعات نادرست دهد.

سئوالات باز: با «چگونه»، «چه چیزی» و «کجا» آغاز می‌شوند. به عنوان مثال «بسیاری از اشخاص در استفاده از کاندوم دچار مشکل می‌شوند. شما با چه مشکلاتی مواجه شده‌اید؟» این سئوالات به مراجع امکان توصیف موقعیت را می‌دهد.

استفاده از سکوت

در روند مشاوره، به مشاوران توصیه می‌شود از سکوت استفاده نموده و زیاد صحبت ننمایند. سکوت به مراجع امکان می‌دهد:

- ❖ تا در مورد آن چه می‌خواهد بگوید، کمی فکر کند.
- ❖ فرصت تجربه‌ی احساسات را داشته باشد.
- ❖ جلسه همگام با سرعت وی پیش برود.
- ❖ احساسات دوگانه و احياناً متضادش را بشناسد.
- ❖ در ادامه دادن به مطلب، آزاد باشد.

به طور کلی، تسلط و مهارت در زمینه‌های فوق، در برقراری ارتباط مناسب، جلب اعتماد مراجع و امکان حمایت و کمک هر چه بیشتر مشاور به مراجع ضرورت داشته و موجب ارتقاء کیفیت و کارآیی مشاوره می‌گردد.

فصل چهارم:

استراتژی‌های تغییر رفتار در مشاوره‌ی HIV

مقدمه

الگوی زندگی، تأثیر عمده‌ای بر سلامت فیزیکی و روانشناختی فرد دارد. تغذیه، بهداشت فردی، فعالیت جنسی، فعالیت فیزیکی، سیگار کشیدن و سوء مصرف مواد یا الکل از جمله رفتارهایی می‌باشند که بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارند. از آن جا که اغلب این رفتارها در فرد ریشه دوانده‌اند، تغییر آنها به آسانی میسر نمی‌باشد. عدم تغییر رفتارهای پرخطر، می‌تواند به ابتلای فرد به بیماری‌های قابل پیشگیری، تنزل کیفیت زندگی و حتی مرگ زودرس بینجامد. چنان چه مقصود، تغییر رفتار باشد، فراهم نمودن اطلاعات به تنهایی کافی نیست.

به عنوان مثال، پزشکی را در نظر بگیرید که در یک بیمارستان بزرگ کار کرده و تأثیرات سیگار بر سلامت بیماران را به طور روزمره مشاهده می‌کند. وی از مستندات علمی درباره‌ی مضرات سیگار آگاه بوده، با این حال به مصرف آن ادامه می‌دهد. وی به نیکوتین وابستگی داشته و در مواقع استرس حتی بیشتر سیگار می‌کشد. در مجالس و مهمانی‌ها، پس از مصرف مشروب، در مواقعی که با تلفن صحبت می‌کند، و نیز در مواقعی که مشغول ثبت پرونده‌ی بیماران می‌باشد، نیز یک سیگار خاموش در دست می‌گیرد.

در مثال فوق، مراجع کاملاً از خطرات رفتار خود آگاه بوده، با این وجود تعدادی از عوامل به ادامه‌ی مصرف وی دامن می‌زنند. وی به نیکوتین وابستگی فیزیولوژیک داشته، در عین حال به تعدادی از موقعیت‌ها نیز شرطی شده است، مثل مواقعی که گوشی تلفن را در دست می‌گیرد. همچنین وی سیگار را یک عامل کاهنده‌ی استرس تلقی می‌کند. در این مثال، تا زمانی که مراجع متوجه برتری مزایای ترک سیگار بر ادامه‌ی مصرف نشده، رفتارهای اتوماتیک خود (مثل سیگار کشیدن برای خالی نبودن دست در هنگام مکالمه با تلفن) را کنار نگذاشته باشد، علایم محرومیت خود را درمان ننماید و از استراتژی‌های جایگزین برای مقابله با استرس استفاده نکند، قادر به ترک سیگار نمی‌باشد.

برای تغییر رفتار، فرد باید:

- ❖ رفتار را خطرناک بداند؛
- ❖ جایگزین‌ها را بشناسد؛
- ❖ برای تغییر رفتار انگیزه داشته باشد؛
- ❖ بتواند بر اساس دانسته‌ها، عمل نماید؛

❖ برای حفظ تغییر رفتار، از حمایت لازم برخوردار باشد.

مشاوره‌ی تغییر رفتار^۱ در زمینه‌ی HIV

مهم‌ترین حوزه‌های مورد مداخله در مشاوره‌ی تغییر رفتار (BCC) در زمینه‌ی HIV شامل موارد زیر است:

- ❖ رفتارهای پرخطر جنسی؛
- ❖ استفاده‌ی مشترک از وسایل تزریق؛
- ❖ مصرف تزریقی مواد؛
- ❖ سوء مصرف مواد و الکل؛
- ❖ پایبندی ضعیف به رژیم درمانی.

کاهش خطر انتقال HIV و کمک به مبتلایان به HIV برای حفظ سلامتی، اجزای اصلی روند مشاوره می‌باشند. مشاور باید در شناساندن رفتارهای پرخطر و کمک به انتخاب و حفظ رفتارهای ایمن و توأم با سلامتی، کمک نماید. مشاور می‌تواند روند تغییر را به طرق زیر تسهیل نماید:

- ❖ به بیمار کمک نماید تا برای چالش‌های تغییر رفتار آماده شود؛
- ❖ با مراجعین برای ایجاد استراتژی‌های کارآمد برای مقابله با این چالش‌ها، همکاری نماید؛
- ❖ موفقیت‌ها را تقویت نماید.

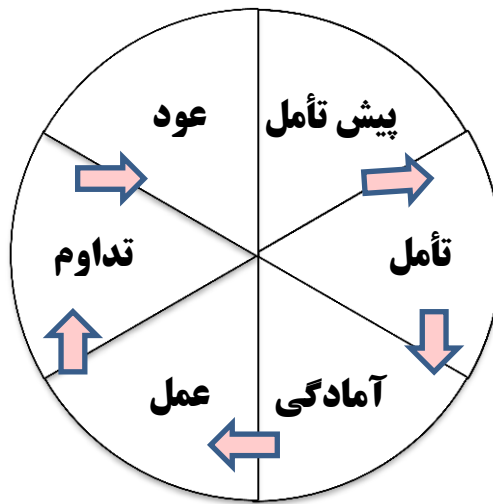
حمایت از تغییر رفتار، تعاملی پیچیده میان مشاور و مراجع بوده و به بصیرت زیادی در مورد ماهیت انسان و انگیزه‌های وی نیاز دارد. مشاوران باید رفتارهای پرخطر را به مراجعین شناسانده و دشواری‌های تغییر رفتار را به رسمیت بشناسند.

چگونه مراجع را تشویق به تغییر رفتار نماییم؟

تصمیم به تغییر رفتار، مثلاً اجتناب از مصرف مواد و الکل و یا استفاده از کاندوم، دشوار می‌باشد. مراجعین اغلب تمایل خود برای تغییر رفتار را آشکارا عنوان نکرده، و نسبت به این امر، احساس دوگانه^۲ و متغیری دارند. اگر مراجع قصد یا آمادگی تغییر رفتار را نداشته باشد، نصیحت کردن و یا تحت فشار قرار دادن وی، ممکن است وی را در وضعیت تدافعی و مقاومت قرار دهد. تغییر رفتار به صورت تدریجی رخ می‌دهد و همان طور که در شکل ۶ نیز دیده می‌شود، مراجع از حالت بی تفاوتی، بی میلی و ناآگاهی نسبت به تغییر، به اندیشیدن در مورد تغییر رسیده و تصمیم به آماده شدن برای تغییر می‌گیرد. سپس قدم‌های عملی، برداشته شده و تلاش‌هایی برای تثبیت رفتار جدید صورت می‌گیرد. عود تقریباً اجتناب ناپذیر بوده، و به عنوان بخشی از حرکت به سوی تغییر در نظر گرفته می‌شود.

¹ Behavior Change Counseling (BCC)

² Ambivalence



شکل ۶- چرخه‌ی تغییر رفتار

مصاحبه‌ی انگیزشی، یک رویکرد غیرتقابلی^۱ در مشاوره می‌باشد. نتایج مطالعات حاکی از اثر بخشی آن در بیماران در مرحله‌ی پیش‌تأمل و تأمل در رفتارهای مرتبط با سوء مصرف مواد و الکل و روش‌های ایمن مقاربت جنسی بوده است. هدف از این نوع مشاوره، کشف احساسات دوگانه‌ی بیمار نسبت به تغییر و تشویق وی برای ابراز نگرانی‌ها و دلایل ایشان برای تغییر می‌باشد. مفهوم کلیدی در مشاوره‌ی انگیزشی، برطرف نمودن احساسات دوگانه‌ی بیمار در مورد نیاز به تغییر است. در جدول ۴ استراتژی‌های مختلف تغییر رفتار در مورد یک فرد مصرف‌کننده‌ی مواد تشریح شده است.

جدول ۴ - استراتژی‌های مختلف تغییر رفتار در مصرف‌کنندگان مواد بر حسب مراحل تغییر

مرحله‌ی تغییر	استراتژی‌های مشاوره‌ی تغییر رفتار در مصرف‌کنندگان مواد
«مرحله‌ی پیش تأمل» ^۲ : مراجع متوجه مشکل خود نبوده و یا معتقد است مشکلش نیاز به اقدام فوری ندارد.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مشکلات زندگی بیمار از جمله مشکلات مالی یا مشکلات در رابطه با نزدیکان را شناسایی کنید. ❖ تأثیر رفتارهای مراجع بر سلامتی را از دید خود مراجع ارزیابی کنید. ❖ از مراجع بپرسید، به نظرش مصرف مواد تا چه حد در مشکلاتش نقش دارد. ❖ به مراجع متناسب با شرایط خاص خودش، اطلاعاتی در مورد عواقب ادامه‌ی مصرف مواد ارائه نمایید. ❖ اطلاعات مرتبط با شرایط خاص مراجع در مورد وضعیت HIV و خطر ناشی از ادامه‌ی مصرف را به وی ارائه نمایید. به عنوان مثال «شما تاکنون چند بار به دلیل استفاده از سرنگ مشترک و یا عدم استفاده از کاندوم آزمایش HIV داده‌اید، و هر بار تا آماده شدن نتایج به شدت نگران بوده‌اید. آیا می‌خواهید به همین روند ادامه دهید؟»

¹ Non-confrontational

² Pre-contemplation phase

<ul style="list-style-type: none"> ❖ احساسات دوگانه‌ی مراجع را به رسمیت بشناسید. ❖ از مراجع بپرسید که آیا خودش نیز مزایا و مشکلات ترک مواد را درک کرده و متوجه موانع موجود بر سر راه شده است. ❖ به مراجع برای شناسایی راه حل‌های بالقوه برای رفع این موانع (تنهایی و جدایی از دوستان، علایم محرومیت و غیره) کمک نمایید. ❖ منابع حمایتی (مانند مراکز سم زدایی، گروه‌های خودیاری چون NA) را به مراجع معرفی نمایید. 	<p>«مرحله‌ی تأمل»^۱: مراجع قصد جدی برای ترک مواد، ظرف شش ماه آینده دارد.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تاریخ شروع تغییر رفتار را مشخص کنید. ❖ به مراجع توصیه کنید برای این که از رفتارهای خود آگاهی بیشتری پیدا کند، رفتارهای مرتبط با مصرف مواد خود را، به صورت روزانه یادداشت نماید. در این یادداشت‌ها به مواردی همچون زمان‌های مصرف، اشخاص همراه، مقدار مصرف توجه نمایید. اگر مراجع بی‌سواد است، می‌تواند از ابزارهای ضبط صدا استفاده نماید. ❖ با مراجع در مورد تلاش‌های قبلی ترک صحبت کنید. روش‌های به کار گرفته شده را مشخص کنید. ❖ با بیمار در مورد عوامل منجر به مصرف مواد وی (برای معاشرت، رفع افسردگی، مقابله با مشکلات کاری، رفع علایم محرومیت، تجربه‌ی نشنگی و غیره) صحبت نمایید. ❖ ارجاع به مراکز درمانی را تسهیل کنید. 	<p>«مرحله‌ی آمادگی»^۲: مراجع قصد ترک در آینده‌ی نزدیک را داشته و یا تلاش‌هایی برای تغییر رفتار (مثلاً استفاده از سرنگ تمیز و یا تلاش برای کاهش مصرف) انجام داده است.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ مراجع را در برنامه ریزی یاری نمایید. ❖ از تصمیمات مثبت وی حمایت کنید، مثلاً مراجع بخواهد همسرش را از تصمیم خود برای ورود به برنامه‌ی درمانی مطلع نماید. ❖ با مشکلاتی که در این مرحله دارد همدلی کرده و وی را برای پایبندی به درمان تشویق نمایید. 	<p>«مرحله‌ی عمل»^۳: اقدام عملی برای درمان</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ به مراجع توضیح دهید که در دوره‌ی ترک، لغزش اجتناب ناپذیر بوده و به معنای شکست درمان نیست. ❖ انتظار عود را داشته باشید و عودهای قبلی مراجع را عادی عنوان کنید. ❖ محرک‌های عود و استراتژی‌های مقابله با آنها را مرور نمایید. ❖ پیشرفت مراجع را تشویق نموده و نتایج مثبت تغییر (بهبود ظاهر، بهبود رابطه با اطرافیان، موقعیت مالی بهتر) را پررنگ کنید. 	<p>«مرحله‌ی تداوم»^۴: مراجع به مدت شش ماه از مواد پاک بوده و یا در برنامه‌ی درمانی مانده است.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ به مراجع تبریک گفته و به وی یاد آوری کنید که برای پیگیری درمان، همیشه در دسترس خواهید بود. 	<p>«مرحله‌ی اختتامیه»^۵: مراجع در عدم مصرف در تمامی موقعیت‌هایی که تحریک کننده‌ی مصرف بوده، موفق عمل کرده است.</p>

1 Contemplation phase
 2 Preparation phase
 3 Action phase
 4 Maintenance phase
 5 Termination phase

استراتژی‌های مورد استفاده در مرحله‌ی پیش‌تأمل و تأمل

مشاوران می‌بایست بر حسب آمادگی فرد، استراتژی هر جلسه را انتخاب نمایند. در هر جلسه ممکن است از بیش از یک استراتژی استفاده شود.

- ❖ استراتژی آغازین: الگوی زندگی، استرس‌ها، رفتارهای پرخطر، سوء مصرف مواد؛
- ❖ جلسه‌ی مروی «یک روز معمولی»؛
- ❖ فواید تغییر؛
- ❖ فراهم نمودن اطلاعات؛
- ❖ گذشته و آینده؛
- ❖ نگرانی‌ها در مورد تغییر؛
- ❖ کمک به تصمیم‌گیری.

در ادامه، هر یک از استراتژی‌های فوق برای مراجعی با مشخصات زیر تشریح گردیده است:

«مراجع شما مصرف مواد داشته، از وسایل مشترک تزریق استفاده کرده و برای نزدیکی از کاندوم استفاده نمی‌کند».

- ❖ مهارت مورد نیاز در این مثال، گوش دادن توأم با تعمق و استفاده از سئوالات باز می‌باشد. وظیفه‌ی شما درک احساسات بیمار بدون انتقاد، قضاوت و سرزنش است. برای شروع مصاحبه، از زندگی مراجع و استرس‌های فعلی وی بپرسید: «اوضاع زندگی چطوریه؟»، «چه خبر؟»، حتی اگر مراجع به دلیل یک مشکل خاص مانند عفونت آمیزشی یا آزمایش HIV مراجعه نموده، باز هم با این قبیل سئوالات می‌توان شروع نمود.
- ❖ ممکن است بیمار حتی بر جنبه‌های مثبت مصرف مواد تأکید داشته و اصرار ورزد که مصرف وی تحت کنترل می‌باشد.
- ❖ مشاور سپس می‌تواند بپرسد «به نظرت، مواد چه تأثیری بر سلامت شما گذاشته‌اند؟» یا در مورد مشکلی که بیمار مطرح نموده صحبت نماید. هدف اصلی برقراری وفاق با مراجع و ارزیابی آمادگی وی برای تغییر می‌باشد.
- ❖ از واژه‌هایی همچون «مشکل» یا «نگرانی» استفاده نکنید؛ و به صورت پیش‌فرض گمان نکنید هر موردی که مراجع مطرح می‌کند به معنای یک مشکل برای وی می‌باشد. در این مرحله با مقاومت یا انکارهای بیمار رویارویی نکنید و تنها بگویید که «گویا در حال حاضر مشکلی احساس نمی‌کنید».
- ❖ مشاور سپس شروع به تمرکز بر وقایع روزمره کرده و از احساس مراجع در مورد آنها می‌پرسد: «در مورد یک روز معمولی برام حرف بزن، شنبه‌ی قبل چطور بود؟»، «چند ساعت بعد از این که از خواب بیدار شدی، اولین وعده‌ی مواد را مصرف کردی؟»، «بعدش چه احساسی داشتی؟». مشاور تنها از سئوالات باز، استفاده می‌کند. هدف اینجا افزایش آگاهی مراجع از ارتباط بین مصرف مواد و وقایع زندگی‌اش می‌باشد. این استراتژی به خصوص در مرحله‌ی پیش‌تأمل مفید می‌باشد.
- ❖ قدم بعدی (در همان جلسه و یا جلسه‌ی بعدی) پرس و جو در مورد اثرات «خوب» و «نه چندان خوب» مصرف مواد بوده و سپس ارتباط دادن این دو پاسخ با یک جمله‌ی انعکاسی می‌باشد. به عنوان مثال، مشاور به فردی که کارش تن‌فروشی^۱ است عنوان می‌کند: «پس هروئین به شما کمک می‌کند تا هنگام نزدیکی با مشتریان خود، احساس آرامش داشته باشید»، «و از طرف دیگر هنگامی که شما در اثر مصرف هروئین حالت آرمیدگی پیدا

¹ Sex work

می‌کنید، مشتریان شما ممکن است از کاندوم استفاده نکنند، یا به شما پول نپردازند و یا حتی به شما آسیب برسانند.»

- ❖ ارائه‌ی اطلاعات در مورد مواد، در تمام خدمات درمانی و به خصوص آنهایی که با افراد در معرض خطر HIV سر و کار دارند، معمول می‌باشد؛ نکته‌ی مهم این است که چگونه این اطلاعات ارائه شوند. اطلاعات باید خنثی و به صورت سوم شخص ارائه شود، در عین حال با زندگی و سلامت فرد ارتباط داشته باشد. به عنوان مثال «استفاده از مواد، می‌تواند موجب آسیب کبدی و ابتلا به عفونت‌های آمیزشی شود، نظر شما در مورد این امر چیست؟»
- ❖ استراتژی «آینده سپس حال» برای مراجعینی که در مورد سلامتی خود احساس نگرانی می‌کنند، به کار گرفته می‌شود. مشاور می‌تواند بر رفتار فعلی تمرکز نموده و در مورد رفتار دلخواه مراجع در آینده سؤال نماید و به این ترتیب عدم همخوانی این دو را نمایان سازد. این کار خود می‌تواند انگیزه‌ی تغییر ایجاد نماید. از مراجع بپرسید: «دوست دارید در آینده، اوضاع چطور باشد؟». هنگامی که اهداف آینده مشخص شد، مشاور می‌تواند به زمان حال بازگشته و بپرسد: «چه چیزی مانع رسیدن شما به آن اهداف می‌گردد؟». اول گوش دهید و سپس بپرسید: «مواد چگونه زندگی شما را تحت تأثیر قرار می‌دهند؟» این سؤال می‌تواند مستقیماً به شناسایی مشکلات ناشی از مواد انجامیده و زمینه‌ی بحث برای تغییر رفتار را فراهم نماید.
- ❖ مراجع ممکن است عوامل و شرایط بیرونی را در رفتاری فعلی خود، مقصر بدانند. در چنین مواردی مشاور می‌باید تمرکز فرد را از عوامل بیرونی به عوامل درونی سوق داده و نقش مراجع برای رسیدن به آینده‌ی دلخواه را جستجو کرده و برجسته نماید: «با وجود تمام مشکلاتی که گفتی در خانواده‌ی شما وجود دارد، خود شما برای رسیدن به اهداف چه کار می‌توانی بکنی؟»

استراتژی‌های مرحله‌ی عمل و مرحله‌ی تدابیر

هیچ استراتژی تغییر رفتاری، به تنهایی نمی‌تواند تمامی رفتارهای پرخطر را خطاب قرار دهد. استراتژی‌های مطرح شده در این بخش شامل پرهیز (حذف کامل خطر)^۱ و کاهش خطر یا آسیب^۲ می‌باشد.

استفاده از رویکرد ساختار یافته و آسان حل مسئله

هنگامی که مراجع تصمیم به تغییر رفتار گرفت، نقش مشاور تسهیل این امر از طریق جلب همکاری مراجع در روند حل مسئله می‌باشد. این رویکرد را می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد:

- ❖ توصیف مشکلی که به انتقال HIV انجامیده؛
- ❖ استفاده از تکنیک بارش افکار^۳ برای گزینه‌های موجود برای تغییر رفتار: انتخاب بین رویکرد پرهیز یا کاهش خطر؛
- ❖ ارزیابی منتقدانه‌ی انتخاب‌ها: از مراجع بخواهیم تا مزایا و معایب همراه با هر استراتژی را در نظر داشته باشد؛
- ❖ ایجاد یک برنامه‌ی کاری همراه با فرصت «امتحان آزمایشی».

¹ Risk Elimination/Abstinence

² Risk/Harm Reduction

³ Brainstorming

به عنوان مشاور، شما باید از گسترش مهارت‌های مورد نیاز برای به انجام رساندن یک برنامه‌ی کاری، حمایت نمایید. مراجع معایب و مزایای روش‌های مختلف تغییر رفتار را مورد بازبینی قرار می‌دهد. مشاور، مراجع را تشویق به بارش افکار در مورد معایب و مزایای انتخاب‌های مختلف می‌کند.

حذف خطر یا پرهیز: «پرهیز از نزدیکی و تزریق مواد، بهترین راه حل می‌باشد»

این استراتژی بر پرهیز و حذف ریسک عفونت HIV مبتنی است. طبق این استراتژی، مراجع باید از نزدیکی و مصرف مواد اجتناب نماید. ریسک عفونت با حذف رفتارهای منجر به آن، حذف می‌گردد. مثال‌های این امر، جنبش‌های «تقوی جنسی» و «به مواد نه بگویید» می‌باشند. این استراتژی در کاهش HIV و یا رفتارهای منتهی به آن، ممکن است برای همه‌ی افراد قابل اجرا نباشد.

با وجودی که تعهد به پرهیز، با ایمنی ۱۰۰ درصد همراه است، اما اغلب، این استراتژی کمترین تأثیر را در تغییر رفتار داشته، چرا که بسیاری از افراد در اجتناب از فعالیت‌های لذت‌بخش از جمله نزدیکی جنسی، ناتوان می‌باشند. این استراتژی، لذت‌بخشی این رفتارها را به رسمیت نشناخته و جایگزینی را معرفی نمی‌کند.

کاهش آسیب: «از کاندوم استفاده نموده و از وسایل مشترک تزریق استفاده نکنید، روند قدم به قدم تغییر را دنبال کنید»

با در نظر گرفتن این واقعیت که اغلب افراد قادر به حفظ استراتژی «پرهیز» نمی‌باشند، برخی از مشاوران به جای آن از استراتژی «کاهش آسیب» بهره می‌جویند. این استراتژی اذعان دارد که برخی افراد، همچنان به رفتارهای پرخطر خود ادامه می‌دهند.

با این پیش‌فرض که برای بسیاری از افراد پرهیز یک انتخاب واقع‌گرایانه نیست، استراتژی کاهش آسیب به افراد توصیه می‌کند رفتارهای ایمن‌تری در پیش بگیرند (به عنوان مثال، هنگام نزدیکی از کاندوم استفاده نمایند، از روش‌های کم‌خطر نزدیکی استفاده کنند، یا هنگام تزریق مواد از سرنگ مشترک استفاده نکنند).

استراتژی کاهش خطر ضمانت ۱۰۰ درصد در مورد عدم ابتلای فرد فراهم نمی‌کند. به عنوان مثال در صورتی که کاندوم در حین نزدیکی پاره شود، مراجع در معرض خطر خواهد بود.

این استراتژی بر این باور است که رفتارهای پرخطر نه تنها تداوم می‌یابند، بلکه دارای بار معنایی نیز می‌باشند. پیش‌فرض این استراتژی آن است که ریسک، جزئی از زندگی فرد بوده و خطر ابتلای فرد به HIV را میان مشکلات دیگر زندگی از جمله بیماری، بیکاری و مصرف مواد قرار می‌دهد. استراتژی کاهش آسیب، باور همه یا هیچ در تغییر رفتار را رد کرده و در عوض تغییر را امری تدریجی و در طی زمان می‌داند. هر تغییر مثبتی، فرد را یک قدم به سلامتی نزدیک می‌کند. مشاور با مراجع جهت شناسایی رفتارهای پرخطر همکاری نموده، دلایل ورود مراجع به چنین رفتارهایی را درک کرده، و به همراه مراجع روش‌های حرکت به سمت رفتارهای توأم با سلامتی را تعیین می‌نماید. برنامه‌های تعویض سرنگ، به عنوان مثال، می‌پذیرند که برخی مراجعین ممکن است رفتارهای پرخطر (تزریق مواد) داشته باشند. حذف رفتار پرخطر ممکن است هدف آنی این استراتژی نبوده، و هدف درازمدت باشد.

این دو استراتژی و بسیاری دیگر، در دسترس مشاوران HIV می‌باشند. عناصر مختلف از استراتژی‌های متفاوت، ممکن است در طی زمان برای یک مراجع مناسب باشند. مشاوران HIV باید با این استراتژی‌ها آشنا بوده و در بهترین زمان آنها را به کار بگیرند. از سوی دیگر مشاوران باید این استراتژی‌ها را با الگو و فرهنگ خود سازگار نمایند.

برنامه‌ریزی و زمانبندی

برنامه‌ی کاری باید شامل فهرست واضحی از تمامی اقدامات و تکالیف مورد نیاز برای تغییر رفتار باشد؛ و تاریخ انجام هر اقدامی (مثلاً تاریخ ورود به برنامه‌ی سم‌زدایی) مشخص شده باشد. استراتژی باید به صورت قدم به قدم بوده، و هر تغییر کوچک نیز شناسایی شده و پاداش گیرد.

انجام یک تجربه‌ی آزمایشی (تلاش آغازین تغییر رفتار)

تجربه‌ی آزمایشی ممکن است در زمان اتمام جلسه‌ی مشاوره به قصد تغییر رفتار، آغاز گردد. با وجود این که این تلاش‌های آزمایشی ممکن است همیشه موفقیت آمیز نباشند، صرف تلاش برای تغییر رفتار باید یک موفقیت تلقی شده و از حمایت و پشتیبانی مشاور برخوردار گردد. استراتژی‌های مورد استفاده طی این دوره‌ی آزمایشی عبارتند از:

- ❖ تفسیر مجدد مفهوم شکست: «این فقط به طور آزمایشی بود و ما می‌خواستیم ببینیم چه مشکلاتی ممکن است رخ دهد»؛
- ❖ «چرایی» را به صورت مثبت بپرسیم: «بگذار ببینیم چه اتفاقی افتاد تا با دقت برنامه‌ریزی کنیم»؛
- ❖ پیشنهاد روش‌های دیگر در صورت نیاز: «استراتژی‌های متفاوت در افراد مختلف، نتیجه‌های مختلفی دارند؛ می‌توانیم از یک روش دیگر استفاده کنیم».

پیشگیری از عود

استراتژی‌های پیشگیری از عود، جزء مهمی از مداخلات تغییر رفتار می‌باشند. مراجعین نباید احساس شکست کنند. برنامه‌ریزی برای عود، این آگاهی را فراهم می‌کند که عود جزء طبیعی روند تغییر رفتار بوده و به معنای شکست نمی‌باشد.

این استراتژی‌ها شامل موارد زیر می‌باشد:

- ❖ شناسایی موقعیت‌های پرخطر یا تحریک کننده^۱؛
- ❖ بسط مهارت‌های مدیریت موقعیت‌های تحریک کننده؛
- ❖ تمرین مهارت‌های مدیریت موقعیت‌های تحریک کننده؛
- ❖ ورود به حل مسئله به صورت ساختار یافته؛
- ❖ از سرگیری درمان در صورت عود.

اکثر برنامه‌های پیشگیری از عود بر تحریک کننده‌های احتمالی که ممکن است موجب برانگیختن رفتار قبلی گردند، تمرکز دارند. مراجع تشویق می‌گردد فهرستی از موقعیت‌های تحریک کننده‌ی بالقوه را که نیاز به توجه دارند، تهیه نماید. از مراجع خواسته می‌شود که بر موقعیت‌ها و شرایط بروز رفتار پرخطر (مثلاً مصرف مواد و یا موقعیت‌هایی که در آن مصرف کاندوم دشوار است) توجه داشته و آنها را ثبت نماید. قواعد و استراتژی‌های تغییر رفتار، فقط برای رفتارهای نامطلوب نبوده، و آنها را می‌توان در ایجاد هر گونه رفتار مطلوب جدید نیز به کار گرفت.

¹ Trigger

فصل پنجم:

مشاوره در زمینه‌ی آزمایش HIV

شواهد مربوط به اثربخشی HCT

مشاوره و آزمایش HIV (HCT) به عنوان یکی از اصلی‌ترین روش‌های پیشگیری از HIV شناخته می‌شود. نتایج مطالعات، حاکی از آن است که جلسات مشاوره و آزمایش HIV، رفتارهای پرخطر را به صورت کارآمد و هزینه-اثربخش به خصوص در افراد HIV⁺ کاهش داده و در نتیجه از انتقال عفونت می‌کاهند.

نتایج مؤثر HCT بر روی افزایش استفاده از کاندوم در روابط جنسی در مطالعه‌ی مروری سیستماتیکی که توسط Denison و همکاران در سال ۲۰۰۸ منتشر شده، نشان داده شده است. اگر چه این مطالعه اثرات HCT بر کاهش تعداد شرکای جنسی را محدود عنوان کرده است.

همچنین، در مطالعه‌ی مروری سیستماتیک Kennedy و همکاران که در سال ۲۰۱۰ منتشر شده و به بررسی اثر HCT و سایر مداخلات پیشگیری از رفتارهای پرخطر در بیماران HIV⁺ پرداخته، اثرات مثبت این مداخلات را بر افزایش استفاده از کاندوم در افراد (بیش از سه برابر) نشان داده است. این امر به ویژه در زوج‌هایی که از لحاظ ابتلا به HIV ناهمخوان می‌باشند، مؤثر بوده و نتایج مطالعه نشان می‌دهد که آموزش استفاده از کاندوم و مداخلات رفتاری در این زمینه، شانس استفاده از کاندوم در روابط جنسی را در این افراد، به طور متوسط ۶۷ برابر بیشتر کرده است. همچنین کاهش تعداد شرکای جنسی به عنوان یک پیامد در برنامه‌های HCT، در این مرور مورد ارزیابی قرار گرفته و مطالعاتی که این پیامد را هدف قرار داده بودند، برنامه‌های HCT را در پیگیری درازمدت مؤثر دانسته‌اند.

با توجه به محدودیت منابع مالی به خصوص در کشورهای در حال توسعه، علاوه بر کارآیی، مبحث هزینه-اثربخشی نیز حائز اهمیت بوده و می‌تواند اولویت بندی‌های درمانی را مشخص نماید. مطالعه در مورد هزینه-اثربخشی مداخلات پیشگیری، با توجه به شیوع بالا در منطقه، عمدتاً در کشورهای آفریقایی انجام شده است. در یک مطالعه‌ی مروری که بر روی اقدامات پیشگیرانه در کشورهای آفریقایی صورت گرفته، با صرف ۱۱ دلار در راستای انتقال خون ایمن، توزیع کاندوم در جمعیت هدف همراه با درمان عفونت‌های آمیزشی، موارد جدید عفونت قابل پیشگیری بوده و به ازای هر یک دلار

¹ HIV Counseling and Testing (HCT)

صرف شده، یک «دالی»^۱ (شاخص سال‌های تعدیل شده بر اساس ناتوانی) حاصل شده است. مصرف تک دوز نوبراپین^۲ و کوتاه‌مدت زیدوودین^۳ برای پیشگیری از انتقال مادر به فرزند، VCT و درمان سل، کمتر از ۷۵ دلار به ازای هر DALY هزینه در بر داشته‌اند. این هزینه‌ها در خصوص مداخلات دارویی و ART به چند صد تا چند هزار دلار به ازای هر DALY می‌رسند. هزینه-اثر بخشی VCT در کشورهای آفریقایی نیز در کشورهای آمریکای جنوبی در کاهش انتقال جنسی HIV، پیشگیری از انتقال مادر به فرزند، کاهش انتقال به همسر، نشان داده شده است. با این وجود دسترسی به خدمات VCT در کشورهای در حال توسعه محدود بوده و تخمین زده می‌شود تنها یک نفر از هر ده فرد نیازمند، به این خدمات دسترسی دارند. به همین دلیل افزایش بهره‌مندی از این خدمات، می‌باید در اولویت برنامه‌های پیشگیرانه‌ی HIV قرار گیرند.

رویکردهای مشاوره و آزمایش HIV

مشاوره و آزمایش HIV (HCT)، دارای پیش‌فرض‌های ذیل است:

- ❖ تمامی افراد حق دارند از وضعیت ابتلای خود آگاه شده و برای مراقبت از خود و سایرین برنامه‌ریزی نمایند؛
- ❖ HCT افراد را برای مقابله با استرس ناشی از ابتلا، توانمند ساخته و دسترسی ایشان را به مراقبت‌های بهداشتی تسهیل می‌نماید؛
- ❖ در خلال HCT، فرد به تغییر رفتار تشویق گشته و شواهد موجود حاکی از اثر بخشی آن در خصوص تغییر رفتار به ویژه در افراد HIV⁺ بوده است.

شیوه‌های گوناگونی برای انجام مشاوره و آزمایش HIV وجود دارد. UNAIDS این روش‌ها را براساس این که چه کسی ابتدا پیشنهاد آزمایش را ارائه کند، از یکدیگر متمایز می‌داند. برخی افراد خود داوطلبانه برای آزمایش مراجعه نموده که به این روش مشاوره و آزمایش HIV به درخواست مراجع^۴ گفته می‌شود. روش دیگر مشاوره و آزمایش HIV به پیشنهاد درمانگر^۵ نام دارد. به طور کلی توصیه می‌شود انجام آزمایش و مشاوره، داوطلبانه، آگاهانه، همراه با رضایت و به صورت محرمانه صورت پذیرد.

مشاوره و آزمایش HIV به درخواست مراجع

در این شیوه که معمولاً مشاوره و آزمایش داوطلبانه^۶ نامیده می‌شود، فرد به خواست خویش، در مرکزی دارای صلاحیت و با امکانات کافی با مراجعه به یک درمانگر مبادرت به انجام آزمایش HIV و مشاوره می‌کند. در این روش، مشاوران معمولاً به ارزیابی آسیب پذیری و بررسی عوامل خطر پرداخته و به مسائلی چون سودمندی و منافع انجام آزمایش HIV و توسعه‌ی راهکارهای کاهش خطرات فردی اشاره می‌کنند. VCT در طیف گسترده‌ای مانند مراکز بهداشتی و مراکز مستقل خارج از سازمان‌های بهداشتی، کمپ‌ها و حتی در منازل افراد قابل اجرا می‌باشد.

¹ Disability Adjusted Life Years (DALY)

² Nevirapine

³ Zidovudine

⁴ Client-Initiated Counseling & Testing (CICT)

⁵ Provider-Initiated Counseling & Testing (PICT)

⁶ Voluntary Counseling & Testing (VCT)

مشاوره و آزمایش HIV به پیشنهاد درمانگر

این اصطلاح به الگویی از مشاوره و آزمایش HIV اشاره کرده که در آن درمانگر به افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، پیشنهاد انجام آزمایش را می‌دهد. اگر فردی با علائم و نشانه‌های دال بر عفونت HIV مراجعه نماید، و یا دارای رفتارهای پرخطر باشد، درمانگر برحسب وظیفه و بر اساس شرایط همه‌گیری در جامعه (که در بخش‌های بعدی این فصل توضیح داده می‌شود)، آزمایش HIV را به فرد پیشنهاد می‌کند.

در ادامه به جزئیات و نحوه انجام مشاوره و آزمایش HIV به درخواست مراجع پرداخته شده و پس از آن مسائل اختصاصی که در رویکرد PICT می‌باید مورد توجه قرار گیرد، تشریح می‌گردد.

مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT)

مشاوره‌ی پیش از آزمایش HIV^۱

انجام مشاوره‌های فردی و یا برای زوجین پیش از انجام آزمایش، عملی منطقی به نظر می‌رسد. چنین مشاوره‌هایی برای موارد زیر صورت می‌گیرد:

- ❖ بررسی خطر ابتلا به عفونت در بیماران؛
- ❖ کمک به درک بیماران برای نیاز به انجام آزمایش؛
- ❖ تشریح آزمایش و روشن ساختن معنای آن؛
- ❖ ایجاد آمادگی روانی در بیمارانی که احتمال زیادی دارد نتیجه‌ی آزمایش آنها مثبت گردد؛
- ❖ توضیح در مورد محدودیت‌های آزمایش و نتایج مختلفی که ممکن است به دست بیاید؛
- ❖ اخذ رضایت آگاهانه.

برای دست یابی به اهداف ذکر شده، مشاوران بایست تعادلی بین جمع آوری و ارائه‌ی اطلاعات ایجاد کنند، که این امر با مصاحبه با شخص مراجعه کننده و توجه به نیازهای وی تحقق می‌یابد.

قدم اول: معرفی خدمات و کسب اطلاعات اولیه

نخستین گام در مشاوره‌ی پیش از آزمایش، برقراری ارتباط با مراجع می‌باشد. در این مرحله باید مشاور نقش خود را به طور مشخص توضیح دهد. مراجع باید از مدت زمان مشاوره آگاهی داشته باشد. دلایل یادداشت برداری برای او تشریح شود. همراه با این توضیحات، باید شرح مختصری از این که مشاور و مرکز از اطلاعات محرمانه‌ی آنها محافظت می‌کند، ارائه گردد. به مشاوران توصیه می‌گردد که برای تسهیل کار مشاوره و جلوگیری از فراموش شدن موارد ضروری، یک نسخه از چک لیست مشاوره‌ی پیش و پس از آزمایش (پیوست ۱ و ۲) را در دسترس داشته باشند.

در واقع پس از آشنایی با مراجع، جلسه‌ی مشاوره آغاز می‌شود. در ابتدا، مشاور اطلاعات اولیه‌ی مورد نیاز را در مورد زندگی شخصی و خصوصی مراجع می‌پرسد. این می‌تواند شامل اسم و کد اسم، سن، جنس، شماره‌ی تلفن، شغل،

¹ Pretest counseling

تحصیلات، وضعیت تأهل و موقعیت اقتصادی فرد باشد. اطلاعات جمع آوری شده در مکان‌های مختلف مشاوره ممکن است متفاوت باشند. جمع آوری داده‌هایی از قبیل جهت‌گیری جنسی و یا اطلاعات مربوط به رفتارهای پرخطر (برای مثال تزریق مواد مخدر و یا رابطه‌ی جنسی پرخطر)، ضروری می‌باشد. از آنجا که طرح این گونه سئوالات ممکن است مراجع را معذب نماید، بهتر است این امر به زمان پایانی جلسات و هنگامی که حس اعتماد بیشتر شده است، موکول شود. همچنین ممکن است قبل از انتهای جلسه‌ی مشاوره، اطلاعات مورد نظر به دست آمده باشد.

برای مراجعین معتاد به مواد و الکل، پیش از شروع HCT باید اطمینان حاصل شود که توان درک و تحلیل مراجع از مراحل مشاوره، تحت تأثیر مواد و الکل تحلیل نرفته باشد. توانایی مراجع برای درک اطلاعات را می‌توان با استفاده از موارد زیر، ارزیابی کرد:

- ❖ اطمینان از این که مراجع نسبت به مختصات زمان و مکان آگاه است؛
- ❖ پرسیدن سئوالاتی از مراجع و اطمینان از این که جواب‌های نامربوط نمی‌دهد.

در صورت وجود تردید در توانایی مراجع برای مشارکت کامل در روند مشاوره و رضایت آگاهانه از آزمایش، می‌توان توصیه‌های زیر را به کار بست:

- ❖ مطرح کردن موضوع با مراجع به نحو حمایت گرانه؛
- ❖ عنوان این امر که شرایط استرس‌زای وی درک می‌شود؛
- ❖ تأکید بر این که نمی‌توان مشاوره را در حالی که مراجع تحت تأثیر شدید مواد و الکل است، به پیش برد.

در همان جلسه‌ی مشاوره، می‌توان از مراجع خواست که در اتاق انتظار منتظر مانده و یا در روز دیگری مراجعه نماید.

قدم دوم: شفاف سازی اطلاعات در مورد عفونت‌های آمیزشی و انتقال HIV

ارزیابی سطح اطلاعات مراجع در مورد HIV و ایدز، فرآیند آزمایش و نیز میزان آگاهی و تصورات غلط و اصلاح سوء برداشت‌های ایشان، بسیار ضروری است. در مورد راه‌های انتقال ویروس و این که چگونه عفونت‌های آمیزشی می‌توانند انتقال ویروس را تسهیل نمایند به صورت خلاصه باید صحبت گردد. علاوه بر این توضیحاتی در مورد پیشگیری از انتقال آن ارائه شود.

به طور خلاصه و ساده بیان شود که چگونه انجام آزمایش HIV می‌تواند به فرد HIV⁺ در درمان کمک نموده و چگونه اطلاع از وضعیت ابتلا به وی این اجازه را می‌دهد که وضعیت جسمانی خود را بهبود بخشیده و از همسر و فرزندانش محافظت کند. در این مرحله، مراجع باید با دوره‌ی نهفتگی^۱ و مفهوم نتیجه‌ی آزمایش HIV کاملاً آشنا شود.

به عنوان مثال می‌توان از توضیح زیر در مورد دوره‌ی نهفتگی استفاده کرد:

«زمانی که ویروس HIV وارد بدن فرد می‌شود، سیستم ایمنی متوجه می‌شود که HIV یک ویروس خارجی است. سیستم دفاعی بدن با تولید آنتی‌بادی سعی می‌کند با آن مبارزه کرده و از فرد محافظت نماید. آزمایش HIV این پادزهرها را در بدن شناسایی می‌کند. اغلب دو تا دوازده هفته بعد از آلودگی به HIV این پادزهرها پدیدار می‌شوند. این دوره، دوره‌ی نهفتگی نامیده می‌شود. نکته‌ی قابل توجه این است که اگر شما آزمایش HIV را بلافاصله پس از رفتار پرخطر انجام دهید، آزمایش

¹ Window period

به طور قطع نمی‌تواند آلوده بودن شما را تشخیص دهد. به عبارت دیگر، اگر شما اخیراً در معرض HIV بوده‌اید، حتی اگر آزمایش شما منفی باشد، ممکن است آلوده شده باشید.»

قدم سوم: بررسی خطر HIV و عفونت‌های آمیزشی

ارزیابی خطر می‌تواند از لحاظ فرهنگی، مسئله‌ای حساس و مشکل‌زا برای مشاور و مراجع باشد. پرس و جو در این زمینه ممکن است باعث شود مراجع احساس شرمندگی کرده و یا نگران احساس مشاور نسبت به خودش باشد. بعد از توضیح در مورد راه‌های انتقال HIV، روند آزمایش و تفهیم دوره‌ی نهفتگی، مراجع باید مطلع گردد که لازم است مشاور در مورد مسائل حساسی با او صحبت کند. به مشاوران پیشنهاد می‌شود که هنگام ارزیابی این مسائل، نکات زیر را مد نظر داشته باشند:

- ❖ ایجاد یک محیط خصوصی؛
- ❖ صحبت کردن با هر فرد به طور جداگانه و بدون حضور اشخاص دیگر، مگر با اجازه‌ی خود مراجع (زوجین باید به طور جداگانه مشاوره شوند)؛
- ❖ به دست آوردن شرح حال جزئیات؛
- ❖ استفاده از زبانی ساده و قابل فهم؛
- ❖ استفاده از نمودار و شکل در صورت نیاز؛
- ❖ توضیح در مورد همه‌ی نکات، با تک تک افراد؛
- ❖ استفاده از مهارت‌های اختصاصی در مشاوره مانند انعکاس احساسات مراجع، مطرح کردن کلام او به بیانی دیگر^۱ و استفاده از سئوالات باز.

بر حسب مورد، مشاور می‌تواند از دلایل زیر برای باز کردن بیشتر صحبت در مورد مسائل حساس استفاده کند. به مثال زیر توجه کنید:

«امروز نیاز است راجع به مسائلی با شما حرف بزنم که به طور معمول با دیگران در مورد آن صحبت نمی‌کنید. هدف از صحبت در این زمینه (در ادامه‌ی صحبت، از یک یا چند مورد از دلایل زیر می‌توانید استفاده کنید) این است که:

- ❖ مشخص گردد شما به چه میزان در معرض خطر ابتلا به بیماری هستید، چرا که ممکن است بی‌مورد نگران آن باشید؛
- ❖ اطمینان حاصل کنم که از نحوه‌ی مراقبت از خود و همسرتان آگاهی دارید؛ رفتارها و عادات مختلف، خطرات متفاوتی در بر دارند؛
- ❖ اطمینان پیدا کنیم از این که به صورت بالقوه مشکل جسمانی دیگری نداشته باشید که با این آزمایش نشان داده نشده باشد؛ ممکن است نیاز باشد آزمایش‌های دیگری هم انجام گردد؛
- ❖ چنانچه مبتلا بودید، زمان احتمالی ابتلا را بیابیم؛ این امر ممکن است نوع درمان شما را تغییر دهد. دانستن این امر تنها زمانی میسر می‌شود که ما بدانیم شما در زمان‌های مختلف چه رفتارهایی داشته‌اید.»

رفتارهای پرخطر باید به طور دقیق در مراجعانی که برای اولین بار مورد بررسی قرار می‌گیرند، ارزیابی گردد. بررسی دقیق به این منظور است که مراجع بیاموزد چگونه هر تماس پرخطر به طور بالقوه می‌تواند منجر به ابتلای HIV گردد،

¹ Paraphrasing

چگونه می‌توان خطر را در هر تماس کاهش داد و این که مطمئن شد زمان و نحوه‌ی رفتار پرخطر به خصوص، چه بوده است. اگر چه این روش وقت گیرتر از پرسیدن سئوالات به صورت صریح و ساده است، لیکن توضیح در مورد دلایل طرح چنین سئوالاتی، موجب می‌شود مراجعان تمایل بیشتری پیدا کنند تا اطلاعات دقیق و مشخصی از رفتارهای خود را مطرح کنند. مثال زیر نحوه‌ی ارزیابی دقیق یک رفتار پرخطر را نشان می‌دهد.

مراحل دقیق ارزیابی یک رفتار پرخطر		
اطلاعات	کاهش خطر	سؤال
«HIV می‌تواند با ارتباط جنسی از طریق واژن منتقل شود. HIV می‌تواند در ترشحات واژنی زنان یافت شود.»	«شما می‌توانید با استفاده از کاندوم خطر انتقال از طریق واژن را کاهش دهید. ضروری است که کاندوم قبل از ورود به بدن زن، روی آلت تناسلی مرد قرار داده شود.»	«آیا شما تا حالا ارتباط جنسی از طریق واژن بدون استفاده از کاندوم داشته‌اید؟» اگر جواب مثبت است، در مرحله‌ی بعد سؤال کنید: «می‌توانید به من بگویید آخرین باری که این اتفاق افتاد کی بود؟»

قدم چهارم: آموزش طریقه‌ی استفاده از کاندوم و توضیح در مورد تزریق ایمن

مراجعین باید قادر باشند تا طریقه‌ی صحیح استفاده از کاندوم بر روی مدل آلت را نمایش دهند. مشاور می‌تواند یک بار این کار را انجام داده و در مرحله‌ی بعد از مراجع بخواهد همان کار را تکرار کند. اطلاعات کافی در مورد استفاده از انواع لوبریکانت^۱ و تأثیرات مثبت و منفی آن ارائه شود. برخی از لوبریکانت‌ها به مخاط آسیب می‌رسانند و احتمال ابتلا به HIV را افزایش می‌دهند؛ بنابراین توصیه می‌شود پزشکان در این خصوص از اطلاعات به روز برخوردار باشند. مهارت انجام یک تزریق ایمن، همراه با توضیح در مورد چگونگی دسترسی به تجهیزات ایمن برای تزریق و پرهیز از استفاده از ابزار مشترک برای تزریق نیز باید مرور گردند.

قدم پنجم: ارزیابی منابع سازگاری روانشناختی

می‌بایست وجود اختلالات روانپزشکی در حال حاضر و یا در گذشته بررسی شوند. از جمله این اختلالات می‌توان افسردگی، اضطراب، پسیکوز و همچنین الگوهای استفاده از مواد مخدر و الکل را نام برد. این اختلالات ممکن است اثرات منفی بر توان مراجع در کاهش انتقال HIV و کنار آمدن با نتیجه‌ی مثبت آزمایش داشته باشد. متناسب با نتیجه‌ی ارزیابی، باید اقدامات لازم جهت ارجاع و درمان مراجعین صورت گرفته و پیش‌بینی‌های لازم برای تأثیر احتمالی نتیجه‌ی آزمایش بر وضعیت سلامت روان فرد به عمل آید.

گاهی اوقات، رفتارها و بحران‌های به خصوصی ممکن است بر اهداف درمانی HIV/AIDS پیشی گرفته و اولویت یابند. در ذیل فهرستی از این موارد، به ترتیب اهمیت آنها آورده می‌شود:

❖ تهدید به خودکشی، اقدام به خودکشی و یا دیگر اقدامات تهدید کننده‌ی حیات؛

¹ Lubricant

- ❖ رفتارهایی که با روند درمان تداخل دارند (مانند غیبت از جلسات، توقعات بیش از حد، فوران خشم، بستری‌های مکرر)؛
- ❖ رفتارهایی که با کیفیت زندگی فرد تداخل دارند (مانند سوء مصرف مواد یا الکل، رفتارهای ضد اجتماعی).

قدم هشتم: ارزیابی حمایت احتمالی از طرف همسر و خانواده

باید یک ارزیابی قبلی از حمایت احتمالی توسط خانواده مراجع انجام شود تا در صورت مشخص شدن نتیجه‌ی آزمایش، مورد استفاده قرار گیرد. مراجعین پرخطر، ممکن است تمایل داشته باشند با خانواده‌ی خود در خصوص انجام آزمایش صحبت نموده و آنها را در جریان مشاوره‌های پیش و پس از آزمایش بگذارند. پیش از هر گونه صحبت در رابطه با نتیجه‌ی آزمایش، باید با مراجع صحبت شده و رضایت او اخذ گردد.

قدم هفتم: صحبت درباره‌ی مراحل آزمایش و جلب رضایت

مراجع باید در جریان چگونگی جمع آوری خون و نحوه‌ی ارائه‌ی نتیجه‌ی آزمایش قرار گیرد. همچنین وی باید از محدودیت روش آزمایش در دوره‌ی نهفتگی مطلع شود. اعلام رضایت می‌تواند به صورت مکتوب و یا شفاهی باشد. چنانچه رضایت کتبی لازم نیست، شما باید بر روی فرم‌های مشاوره، اخذ رضایت شفاهی وی را ثبت نمایید.

قدم هشتم: افزایش اطلاعات فرد در مورد زندگی با HIV

مشاور باید با ارائه‌ی یک دورنمای کلی از وضعیت کنونی افرادی که با عفونت HIV زندگی می‌کنند، به طور واقع‌گرایانه و متناسب با شرایط مراجع، وی را برای نتیجه‌ی مثبت احتمالی آزمایش آماده کند. در این زمینه، می‌توان به نکات زیر اشاره کرد:

- ❖ از زمان به کارگیری درمان‌های ترکیبی با داروهای ضد ویروسی، بر طول عمر افراد مبتلا افزوده شده است.
- ❖ به تازگی حتی عنوان می‌شود که امید به زندگی در افراد مبتلا که سن بالاتری دارند و تحت درمان ART قرار می‌گیرند و نسبت به آن پایبندی مطلوب دارند، مشابه جمعیت عمومی می‌باشد.
- ❖ همچنین درمان موجب ارتقای کیفیت زندگی فرد مبتلا می‌گردد. به این ترتیب افراد مبتلا می‌توانند همانند سایر افراد جامعه زندگی کنند، خانواده تشکیل دهند، بچه دار شوند، شغلی داشته باشند و از روابط بین فردی معنادار برخوردار گردند.
- ❖ مراقبت و درمان مبتلایان به طور رایگان در دسترس ایشان می‌باشد.
- ❖ گروه‌ها و سازمان‌های دولتی و غیردولتی در سال‌های اخیر گسترش پیدا کرده‌اند. این سازمان‌ها از جنبه‌های مختلفی به حمایت اجتماعی، اقتصادی و عاطفی بیماران می‌پردازند.

ارائه‌ی اطلاعات پیش از انجام آزمایش HIV به صورت گروهی

مشاوره‌ی فردی پیش از آزمایش، به درمانگر این اجازه را می‌دهد که با مراجع خود رابطه برقرار کرده و در جریان جزئیات رفتارهای پرخطر او قرار گیرد؛ اما این امکان همیشه فراهم نیست. در بیشتر مناطق تقاضا برای HCT بالا بوده، در حالی که دسترسی به آن محدود است. چنانچه قرار باشد تعداد زیادی از افراد مورد آزمایش قرار گیرند، ارائه‌ی اطلاعات به صورت گروهی نسبت به مشاوره‌ی فردی پیش از آزمایش در اولویت قرار می‌گیرد. بخشی از اطلاعات در مشاوره‌ی پیش از آزمایش می‌تواند به صورت گروهی ارائه گشته و صحبت در خصوص مسائلی که جنبه‌ی فردی بیشتری دارند، می‌تواند

به صورت فرد به فرد، در جلسات کوتاه‌تری صورت پذیرد. جلب رضایت برای انجام آزمایش باید به صورت فردی باشد. در زیر عناصر مشاوره‌ی پیش از آزمایش HIV که باید به صورت گروهی و فردی مورد استفاده قرار گیرد، تشریح شده است:

جلسه‌ی فردی

- ❖ ارزیابی رفتارهای پرخطر و بازخورد آن
- ❖ ارزیابی سازگاری با نتیجه مثبت احتمالی
- ❖ رضایت آگاهانه

جلسه‌ی گروهی

- ❖ توضیح رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات
- ❖ اطلاعات اولیه درباره‌ی HIV
- ❖ اطلاعات در مورد دوره‌ی نهفتگی
- ❖ اطلاعات اولیه درباره‌ی انتقال HIV و کاهش خطر آن
- ❖ توضیح روش استفاده از کاندوم
- ❖ مزایای آزمایش و مسائل احتمالی
- ❖ تفسیر نتایج احتمالی آزمایش

مشاوره‌ی پیش از آزمایش HIV برای زوجین

چنین جلساتی باید نه تنها برای کسانی که قصد ازدواج دارند، بلکه برای کسانی که قبلاً ازدواج کرده‌اند و یا قصد بچه‌دار شدن دارند و به طور کلی برای افرادی که می‌خواهند برای آینده‌ی خود برنامه‌ریزی کنند، فراهم گردد. زوجین نباید مجبور به مشاوره‌ی هم زمان گردند. عاقلانه این است که همیشه جلسات جداگانه‌ای برای هر فرد، به منظور بررسی خطرات و کاهش رفتارهای توأم با خطر انتقال (که ممکن است نتوان آنها را در جلسه‌ی گروهی مطرح نمود) برگزار کرد. رازداری ضروری بوده و زوجین باید از آن مطلع باشند.

باید به دقت به صحبت‌های زوجین گوش داد و به توضیحی که برای انجام آزمایش می‌دهند توجه کرد. هر کدام از آنها باید وقت کافی برای صحبت کردن و سؤال پرسیدن داشته باشند و مشاور نباید برخوردی قضاوت گرانه داشته باشد و باید به صحبت‌های آنها احترام بگذارد. اطلاعات دقیق و مرتبط با HIV و آیدز باید در اختیار زوجین قرار داده شده و به آنها در اخذ تصمیمی آگاهانه کمک شود.

زوجین باید در مورد پیامدهای احتمالی نتیجه‌ی آزمایش و تأثیر آن بر رابطه، روابط جنسی، تنظیم خانواده و بچه‌دار شدن مورد حمایت قرار گیرند. هر یک از زوجین باید فرصت یک مشاوره‌ی فردی را داشته باشد، چرا که برخی افراد ممکن است بررسی رابطه‌ی جنسی را در حضور شریک زندگی خود تهدید آمیز ببینند. زوجین باید با یکدیگر در مورد تغییرهای عملی در روابط جنسی خود مانند روش‌های جلوگیری، استفاده از کاندوم و رابطه‌ی جنسی بدون دخول صحبت نمایند. نتایج اغلب مطالعات در خصوص مشاوره‌ی زوجین در زوج‌های ناهمخوان (هنگامی که تنها یکی از آنها مبتلا می‌باشد) حاکی از نتایج موفقیت آمیز در زمینه‌ی تغییر رفتارها به منظور پیشگیری از ابتلای شریک سالم بوده‌اند.

مشاوره‌ی پس از آزمایش HIV^۱

مبنای یک مشاوره‌ی پس از آزمایش موفق، برگزاری جلسات مشاوره‌ی پیش از آزمایش است. منظور از جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش موفق، برقراری یک رابطه‌ی مطلوب بین مشاور و مراجع می‌باشد. مشاور، ممکن است با مراجعی مواجه گردد که آزمایش وی به درخواست پزشک صورت پذیرفته است؛ و یا ممکن است مراجع تنها اطلاعات مربوط به مشاوره‌ی گروهی را دریافت کرده باشد.

تمام نتایج باید به خود فرد در جلسه‌ی مشاوره‌ی پس از آزمایش ارائه گردد. همچنین، در جایی که امکان برگزاری جلسه‌ی مشاوره‌ی فردی پیش از آزمایش فراهم نشده (و در نتیجه استراتژی‌های سازگاری ارزیابی نشده‌اند)، این اطلاعات باید در جلسات مشاوره‌ی پس از آزمایش HIV، زمانی که نتیجه‌ی آزمایش مثبت شده است، ارائه گردند.

مشاور در برخی مواقع ممکن است با مراجعانی رو به رو شود که از انجام آزمایش اطلاع نداشته باشند. در این صورت مشاور لازم است در ابتدا خود را معرفی کرده، نقش خود را تشریح نموده و سعی کند یک رابطه‌ی مطلوب، پیش از اعلام نتیجه برقرار کند. زمانی که مشاور دیگری مراحل انجام آزمایش را شروع نموده، مهم است که مشاور بعدی در جریان اطلاعاتی که مراجع از وی دریافت کرده قرار بگیرد. حالت ایده‌آل این است که مستقیماً با مشاور اولیه تماس گرفته و از وی در مورد اطلاعات ارائه شده به خصوص این که آیا مراجع در جریان انجام آزمایش بوده است یا نه، سؤال شود. متأسفانه، از مشاوران گاهی خواسته می‌شود که جواب مثبت آزمایش را به کسانی اعلام کنند که در جریان گرفتن آزمایش نبوده‌اند و رضایت از آنها گرفته نشده است. اعلام نتیجه‌ی آزمایش در چنین شرایطی در ادامه، در بخش اعلام نتیجه‌ی مثبت به مراجع، بحث شده است.

ملاحظات کلیدی در مشاوره‌ی پس از آزمایش HIV

- ❖ تمام نتایج، طبق پرونده‌ی مراجع چک شود. این اقدام باید پیش از ملاقات مشاور با مراجع صورت گرفته، و اطمینان حاصل شود که نتیجه‌ی آزمایش درست بوده است.
- ❖ نتیجه‌ی آزمایش باید به صورت حضور و فردی و صرفاً توسط مشاور ارائه شود؛ به این ترتیب مشاور مطمئن می‌شود که محرمانه بودن نتیجه حفظ شده، مراجع درک درستی از آزمایش داشته و از حمایت کافی برخوردار بوده است.
- ❖ به نحوی فراخواندن مراجع از اتاق انتظار دقت شود. سرنخ‌های کلامی و غیرکلامی مشاور ممکن است به صورت ناخودآگاه موجب آشکار شدن نتیجه‌ی آزمایش در اتاق انتظار شود.
- ❖ نتیجه‌ی آزمایش به صورت مکتوب ارائه نشود؛ متأسفانه در بعضی مراکز ممکن است نتیجه‌ی آزمایش، به صورت عمدی یا غیرعمدی، مورد سوء استفاده واقع شود. افراد با نتیجه‌ی آزمایش مثبت، ممکن است از مزایایی برخوردار شوند که در دسترس دیگر افراد جامعه نمی‌باشد. از سوی دیگر ممکن است فرد نتیجه‌ی منفی آزمایش خود را نزد شریک جنسی ارائه داده و وی را در مورد وجود رفتارهای پرخطرش گمراه نماید. به همین منظور ارائه‌ی نتیجه‌ی آزمایش به صورت مکتوب، به طور کلی توصیه نمی‌شود.

اگر نتیجه‌ی آزمایش برای استخدام و مهاجرت لازم است و یا خدمات مشاوره و آزمایش HIV به صورت بی‌نام ارائه نمی‌شوند، پیشنهاد می‌گردد مراجعین در هنگام انجام آزمایش و دریافت نتیجه‌ی آن مدرکی مبنی بر اثبات هویت خود ارائه دهند. تحت این شرایط، باید مراجع از مفهوم دوره‌ی نهفتگی مطلع بوده و بدانند نتیجه‌ی منفی به معنای عدم ابتلا نمی‌باشد.

¹ Post-test counseling

به مراجعی که قصد نشان دادن جواب آزمایش به همسر یا شریک جنسی خود را دارد، توصیه می‌شود که جلسه‌ای با حضور مشاور برای زوجین تعیین شده و نتیجه در آن زمان ارائه گردد.

ارائه‌ی نتیجه‌ی آزمایش HIV

- ❖ در صورت منفی بودن، مشاور می‌تواند بگوید: «نتیجه‌ی آزمایش شما منفی بود. این بدین معناست که ما هیچ آنتی‌بادی‌ای برای HIV شناسایی نکردیم».
- ❖ در صورت مثبت بودن، مشاور می‌تواند بگوید: «نتیجه‌ی آزمایش شما مثبت بود. این بدین معناست که شما به HIV مبتلا هستید».
- ❖ قبل از ادامه‌ی صحبت مشاور لازم است مطمئن شود که مراجع نتیجه‌ی آزمایش را به خوبی درک کرده و از لحاظ ذهنی و احساسی موضوع را فهمیده است.

قدم‌های بعدی پس از منفی شدن نتیجه‌ی آزمایش HIV

- ❖ نوشته‌های جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش مرور شود و تمام نتایج آزمایشگاهی و کد مراجع به منظور کاهش احتمال خطا در نتیجه‌ی آزمایش کنترل گردد.
- ❖ جلسه‌ی پس از آزمایش با پرسش در مورد آنچه که در مدت زمان آماده شدن نتیجه‌ی آزمایش، بر فرد گذشته است شروع گردد. مراجع برای پیگیری و انتظارش برای نتیجه‌ی آزمایش تشویق شود.
- ❖ هنگامی که مراجع آماده شد، نتیجه‌ی آزمایش با لحنی خنثی بیان شود و قبل از ادامه‌ی روند مشاوره، برای بروز واکنش به وی فرصت داده شود. می‌توان از این جمله استفاده نمود: «نتیجه‌ی آزمایش منفی بود. این بدین معناست که ما آنتی‌بادی برای HIV شناسایی نکردیم». پیش از ادامه، باید مطمئن شد که مراجع منظور مشاور را از منفی بودن جواب آزمایش کاملاً متوجه شده است. گاهی مراجعین، به اشتباه «منفی بودن» را حمل بر خبر بد می‌دانند.
- ❖ مواجهه‌ی احتمالی در دوره‌ی نهفتگی چک شود؛ مواردی از مواجهه‌ی اتفاقی با HIV که در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش از قلم افتاده و یا فرد بعد از آن جلسه مبادرت به انجام آن کرده است، با وی مرور گردد. اگر چه بر اساس آزمایش آنتی‌بادی، نتیجه‌ی آزمایش منفی شده است، همچنان احتمال ابتلای فرد وجود دارد و احتمال انتقال عفونت در دوره‌ی نهفتگی در سطح بالایی می‌باشد. آزمایش مجدد برای مراجعی که دارای رفتارهای پرخطر می‌باشد، الزامی است. نیاز به آزمایش مجدد به صراحت با مراجع در میان گذاشته شود.
- ❖ مراجعانی که در معرض رفتارهای پرخطر بوده‌اند و هنوز آلوده نشده‌اند، ممکن است گمان کنند که بدن آنها ایمن است و نیازی به تغییر رفتارهای خود ندارند؛ بنابراین می‌باید اطلاعات در خصوص راه‌های انتقال، راهکارهای پیشگیری و برنامه‌ریزی برای کاهش خطرات فردی مورد تأکید قرار گیرد.

مراجعه‌ی که منفی بودن نتیجه‌ی آزمایش را باور نمی‌کنند

برخی از مراجعین، به خصوص افرادی که رفتارهای پرخطر داشته‌اند، به سختی می‌پذیرند که نتیجه‌ی آزمایش آنها واقعاً منفی شده است. جواب منفی آزمایش نمی‌تواند از نگرانی عمیق آنها بکاهد و آنها همچنان خود را آلوده به ویروس HIV می‌دانند. در این صورت ممکن است به طور مکرر در مراکز بهداشتی به منظور انجام آزمایش، حضور پیدا کرده و در مورد علایمی که مربوط به HIV می‌دانند، بحث کنند.

مهم است مشخص شود آیا مراجع رفتار پرخطری دارد که آن را در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش عنوان نکرده است و آیا همچنان به رفتارهای پرخطر خود ادامه می‌دهد. این عوامل گاهی منجر به این امر می‌شوند که مراجع نتیجه‌ی منفی

آزمایش را به سختی قبول کند. اگر اطمینان بخشی‌های مکرر، نتوانست نگرانی او را کاهش داده و همچنان برای انجام آزمایش مجدد درخواست داشت، وی باید برای پیگیری درمان به متخصصین مراکز روان‌درمانی ارجاع داده شده، و در جلسات مشاوره بر علایم نگران کننده در زندگی مراجع تمرکز شود.

قدم‌های بعدی پس از مثبت بودن نتیجه‌ی آزمایش

- ❖ جلسه‌ی پس از انجام آزمایش با سئوالی در مورد احساس مراجع در هنگام خون‌دهی آغاز گردد. مراجع برای پیگیری و انتظارش برای نتیجه‌ی آزمایش تشویق شود.
- ❖ اگر مشخص شد که مراجع سابقه‌ی استفاده از الکل و مواد را دارد، باید ظرفیت مراجع برای آگاهی و درک نتیجه بررسی شود. معمولاً مراجعین در طول مدت انتظارشان برای آماده شدن جواب، به منظور کاهش نگرانی، از خود درمانی استفاده کنند.
- ❖ پس از آمادگی مراجع جواب آزمایش با لحنی خنثی به وی اعلام شود و پیش از ادامه، به وی برای بروز واکنش فرصت داده شود. می‌توان از این جمله استفاده نمود: «نتیجه‌ی آزمایش شما مثبت است. یعنی شما به HIV مبتلا هستید».
- ❖ قبل از پیش بردن جلسه، به مراجع اجازه داده شود که اطلاعات را به خوبی هضم کند. باید مطمئن شد که وی منظور مشاور از مثبت بودن نتیجه را به خوبی از لحاظ ذهنی و احساسی درک کرده است. سکوت طولانی و یا پاسخ ندادن ممکن است به علت شوک، انکار و یا درماندگی باشد. توجه شود که آیا مراجع متوجه نتیجه شده است: «می‌توانید به من بگویید این برای شما به چه معنا است؟»، «مایلم بدانم که در حال حاضر به چه چیزی فکر می‌کنید و چه احساسی دارید؟»، اغلب مراجعین قادر به بازگو کردن فکر و احساساتشان نیستند و معمولاً به روش‌های زیر واکنش نشان می‌دهند:
 - گریه کردن: چنانچه مراجع شروع به گریه کرد، لازم است به او اجازه داده شود به گریه‌ی خود ادامه دهد و احساساتش را بیرون بریزد. تعارف دستمال نشانه‌ی این است که او می‌تواند گریه کند. در ادامه اظهار گردد: «این قطعاً برای شما سخت خواهد بود. مایل هستید در مورد آن صحبت کنیم؟»
 - خشم: مراجع ممکن است شروع به فحاشی کرده و یا به روش‌های دیگر آن را ابراز کند. نباید هراسان شد، مشاور باید بتواند آرامش خود را حفظ کند، و به مراجع فرصت دهد تا احساسات خود را بیان کند، تأیید کند که این احساسات منطقی هستند و اجازه دهد تا مراجع در مورد عواملی که سبب خشم او شده، صحبت کند: «من متوجه هستم که شما خشمگین، شوکه و ناراحت هستید...»
 - انکار: مشاور باید دشواری پذیرش اطلاعات توسط مراجع را به رسمیت بشناسد. به مراجع اجازه داده شود تا در مورد احساساتش صحبت کند. سپس با آرامش رفتارهای پرخطر مراجع، مواردی که در جلسات مشاوره‌ی قبل از آزمایش بیان کرده، بررسی شود. همچنین می‌توان نزد مراجع تدابیری را که برای پیشگیری از جا به جا شدن نمونه‌های خون صورت گرفته را بازگو نمود.
- ❖ قرار ملاقات مجدد طی ۲۴ ساعت آینده و ارزیابی توانایی مراجع در سازگاری با تشخیص: این ارزیابی باید درمورد حمایت‌های در دسترس مراجع و کاهش خطر خودکشی باشد. صحبت در خصوص افشا نزد خانواده و یا همسر در این مرحله باید با احتیاط صورت پذیرد. بیشتر مراجعین در صورت بحث در مورد جزئیات افشا مضطرب می‌شوند. به طور خلاصه بر اهمیت افشا تأکید کرده، و اگر احساسات مراجع اجازه می‌دهد می‌توان وارد جزئیات شد و مراحل افشا را آغاز کرد. این موضوع ممکن است نیازمند قرارهای بعدی باشد.
- ❖ ارائه‌ی اطلاعات مختصر درباره‌ی درمان و مراقبت‌های HIV و توصیه برای یک زندگی سالم: بیشتر مراجعه کنندگان ممکن است در آن لحظه توانایی درک اطلاعاتی را که توسط مشاور ارائه می‌شود نداشته باشند. می‌توان

جزوه‌ای حاوی اطلاعات لازم در اختیار آنها قرار داد، تا مراجعین علاقمند آنها را مطالعه نموده و برای ارائه‌ی اطلاعات بیشتر قرار جلسه‌ی بعدی را برای آنها مشخص نمود.

❖ مشخص کردن جلسات پیگیری و ارجاع: تمامی مراجعین تازه تشخیص داده شده، باید در اسرع وقت برای مشاوره‌ی پزشکی ارجاع شوند. حتی در مکان‌هایی که ART در دسترس نمی‌باشد، افراد HIV⁺ می‌توانند به مراکزی ارجاع شوند که خدمات درمان پزشکی و پیگیری از عفونت‌های فرصت طلب از جمله سل و PCP را ارائه می‌نمایند. مشاوران باید افراد HIV⁺ را برای شناسایی و درمان زودرس عفونت‌های آمیزشی ترغیب نمایند. در مراجع تازه تشخیص داده شده، باید در اسرع وقت زمان جلسه‌ی پیگیری را تعیین نمود. در صورت امکان، تلفنی برای خدمات اورژانسی در اختیار مراجع قرار داده شود. برای این منظور مشاور نباید از شماره‌ی شخصی خود استفاده نماید، بلکه باید از شماره‌های تخصیص یافته برای چنین خدمات اورژانسی استفاده گردد. افراد HIV⁺ به برقراری ارتباط با دیگر افراد HIV⁺ (به صورت شبکه‌ی حمایت گروهی) ترغیب گردند.

❖ از امنیت مراجع، در مورد چگونگی بازگشت به خانه، اطمینان حاصل شود. اغلب مراجعان در وضعیت شوک قرار داشته و بنابراین، هنگام بازگشت به خانه، ممکن است خود یا دیگران را دچار مشکل کنند. برای مراجعینی که جهت‌گیری و توجه ایشان نسبت به زمان و مکان مختل گشته، می‌توان چای، قهوه و در صورت امکان جایی برای خواب در نظر گرفت. می‌توان در محیط اطراف با مراجع به منظور آرام کردن وی، قدم زد تا مطمئن شد که توانایی راه رفتن و یا استفاده از وسیله‌ی نقلیه را دارد؛ و یا به جای آن می‌توان از مراجع خواست با فردی تماس بگیرد تا او را به خانه ببرد. این منوط به این است که فرد مورد نظر در جریان امور قرار داده شود و در این خصوص باید احتیاطات و ملاحظات لازم را مد نظر داشت.

آزمایش و مشاوره به توصیه‌ی درمانگر^۱ (PICT)

مشاوره و آزمایش HIV به درخواست مراجع^۲ یا VCT، مدل پایه‌ای ارائه‌ی مشاوره و آزمایش بوده؛ WHO و UNAIDS همچنان از آن به عنوان روش اصلی ارائه‌ی چنین خدماتی طرفداری می‌کنند. با این وجود، بهره‌مندی از خدمات در مدل CICT یا VCT ممکن است تحت تأثیر موانعی همچون انگ و تبعیض، مسائل جنسیتی، دسترسی به این گونه خدمات و یا به طور کلی دسترسی به خدمات بهداشتی قرار گیرد.

مشاوره و آزمایش به توصیه‌ی درمانگر (PICT) فرصتی فراهم می‌کند تا HIV به طور جامع‌تری تشخیص داده شده و دسترسی بیماران به خدمات پیگیری، درمان و پشتیبانی تسهیل شود. در مطالعات صورت گرفته با استفاده از مدل PICT، در بسیاری از کشورها تعداد افراد در معرض خطر که تحت آزمایش قرار گرفته‌اند، رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. بهره‌گیری از این روش، موجب می‌شود افراد در مرحله‌ی زودتری، ابتلای خود را تشخیص داده و در زمان مناسب‌تری برای دریافت درمان ارجاع گردند. با وجود این که در رویکرد PICT اجبار جایگاهی ندارد، ولی همچنان نگرانی در مورد اجبار بیماران به انجام آزمایش و نتایج نامطلوب افشا در این روش وجود دارد.

در افرادی که با علائم و نشانه‌هایی مراجعه می‌کنند که مطرح کننده‌ی ابتلای به HIV می‌باشد (به عنوان مثال سل)، پیشنهاد آزمایش و مشاوره‌ی HIV بخشی از مسئولیت درمان‌گر در درمان به شمار می‌رود. PICT همچنین به منظور شناسایی

¹ Provider-Initiated Counseling and Testing (PICT)

² Client-Initiated Counseling and Testing (CICT)

افرادی که دارای علائم مشکوک نمی‌باشند به کار می‌رود. باید تأکید گردد که همانند مدل CICT، رضایت آگاهانه و رازداری می‌بایست رعایت گردند.

PICT در اپیدمی‌های مختلف

انواع همه‌گیری HIV در جوامع مختلف، در فصل اول توضیح داده شده است. صرف نظر از سطح همه‌گیری، بهره‌گیری از PICT در تمام بیمارانی که علائم مطرح‌کننده‌ی ابتلا به HIV (مانند سل) را دارا می‌باشند، کودکان علامت دار و یا متولد شده از مادر HIV⁺، و مردانی که به منظور پیشگیری از HIV عمل ختنه را انجام می‌دهند، توصیه می‌شود.

در اپیدمی‌های ژنرالیزه، PICT برای تمام بالغین و نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی توصیه می‌گردد. بسط PICT در میان مراکز مربوط به خدمات بستری و سرپایی، مراقبت‌های پیش و پس از زایمان، کلینیک‌های مربوط به افراد دارای رفتارهای پرخطر، درمانگاه‌های تنظیم خانواده، کلینیک‌های سل و عفونت‌های آمیزشی، دارای اولویت می‌باشد.

در اپیدمی‌های متمرکز و سطح پایین، PICT تنها برای افراد دارای علائم مطرح‌کننده‌ی ابتلای HIV و کودکان متولد شده از مادران HIV⁺ توصیه می‌گردد. با این وجود می‌توان از PICT در درمانگاه‌های عفونت‌های آمیزشی و یا سل، خدمات مربوط به افراد پرخطر و مراقبت‌های پیش و پس از تولد استفاده نمود.

افراد دارای رفتارهای پرخطر به شرح زیر می‌باشند:

- ❖ مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی آنها؛
- ❖ افرادی که در ازای پول و یا مواد، تن‌فروشی می‌کنند و شرکای جنسی آنها؛
- ❖ MSMها و شرکای جنسی آنها؛
- ❖ افرادی که بیش از یک شریک جنسی دارند و شرکای جنسی آنها.

بنابراین با توجه به این که کشور ما در همه‌گیری متمرکز HIV قرار دارد، طبق دستورالعمل کشوری، انجام مشاوره و آزمایش HIV برای مراجعین مراکز زیر توصیه می‌شود:

- ❖ مراکز درمان بیماری‌های آمیزشی برای بیماران مبتلا به این بیماری‌ها؛
- ❖ مراکز درمان سل برای بیماران مبتلا به TB؛
- ❖ مراکز درمان اعتیاد برای مصرف‌کنندگان مواد؛
- ❖ مراکز گذری^۱ (DIC)، گرم‌خانه‌ها و نواخانه‌ها؛
- ❖ مراکز مراقبت بهداشتی و درمانی زندان‌ها برای زندانیان.

علاوه بر این، انجام آزمایش تشخیصی در موارد زیر نیز توصیه می‌گردد:

- ❖ تمام بیمارانی که علائم و نشانه‌های منطبق بر عفونت HIV داشته باشند (از جمله علائم بالینی مطابق با سندرم عفونت حاد HIV یا یک بیماری فرصت طلب مطابق AIDS)؛

¹ Drop-In Centers (DICs)

- ❖ افرادی که در جریان امور شغلی به طور اتفاقی با HIV مواجه گشته‌اند (مانند کارکنان درمانی که سوزن استفاده شده، به طور تصادفی در دست آنها فرو رفته است)؛
- ❖ افرادی که به طور اتفاقی و به طور احتمالی با HIV مواجه گشته‌اند (مانند کسانی که به آنها تجاوز شده است)؛
- ❖ همچنین آزمایش HIV باید برای هر فردی که در خواست آن را دارد انجام شود، حتی اگر در شرح حال آن فرد، عامل خطر واضحی برای ابتلا به HIV وجود نداشته باشد.

پرداختن به دلایل امتناع از آزمایش

مشاور باید با فردی که با وجود توصیه به انجام آزمایش، از آن امتناع می‌کند درباره‌ی علل احتمالی امتناع صحبت کند. فقدان درک صحیح از خطر ابتلا، ترس از بیماری، نگرانی از مشکلات احتمالی با همسر و یا شریک جنسی، انگ و تبعیض بالقوه می‌تواند از جمله‌ی این دلایل بوده و مشاور می‌تواند به فرد برای مرتفع ساختن این دلایل، راهنمایی‌های لازم را ارائه نماید.

همچنین ممکن است فرد به دلیل این که در گذشته آزمایش HIV داده و نتیجه‌ی آن منفی شده است، از انجام آزمایش خودداری کند. در چنین مواردی نیز مشاور باید بر اهمیت آزمایش مجدد در صورت تداوم رفتارهای پرخطر تأکید نماید. در حال حاضر، انجام دوره‌ی آزمایش HIV در افراد دارای رفتارهای پرخطر، با فواصل سه تا شش ماه توصیه می‌شود.

دلایل تدارکاتی برای عدم انجام آزمایش (مانند فقدان منابع مالی) نیز باید مورد بحث قرار گیرند. در حال حاضر این آزمایش در مراکز و پایگاه‌های مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری در سراسر کشور به طور رایگان انجام می‌شود.

مجدداً یادآوری می‌شود که آزمایش HIV می‌باید با رضایت مراجع انجام شده و مشاور باید به خاطر داشته باشد که هر فردی حق امتناع از انجام آن را دارد.

مشاوره‌ی پیش از آزمایش و رضایت آگاهانه

مشاوره و آزمایش HIV عمدتاً ماهیتی آموزشی همراه با ارزیابی خطر داشته، و اغلب بر مشاوره‌ی پیشگیرانه (پیش از آماده شدن نتیجه‌ی آزمایش) تأکید دارد. در بسیاری از مراکز، ارزیابی خطر به صورت کامل در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش انجام نشده؛ و به جای آن در جلسه‌ی پس از آزمایش بسته به وضعیت ابتلای فرد، برای وی صورت می‌گیرد.

هنگام پیشنهاد انجام مشاوره و آزمایش HIV توسط درمان‌گر، می‌بایست حداقل، اطلاعات زیر را در اختیار فرد گذاشت:

- ❖ دلایل پیشنهاد آزمایش و مشاوره‌ی HIV؛
- ❖ مزایای بالینی انجام آزمایش، و نیز پیامدهای احتمالی آن (مانند تبعیض، طرد و یا خشونت)؛
- ❖ خدمات در دسترس (چه فرد HIV⁺ باشد و چه HIV⁻)، از جمله این که آیا ART در دسترس می‌باشد یا خیر؛
- ❖ اطمینان خاطر در مورد محرمانه ماندن نتیجه‌ی آزمایش؛
- ❖ یادآوری حق فرد برای امتناع از انجام آزمایش؛
- ❖ تشویق به افشا نزد همسر در صورت مثبت شدن نتیجه؛
- ❖ فراهم نمودن فرصت برای مطرح کردن سئوالات؛
- ❖ یادآوری این نکته که امتناع فرد، مانع دسترسی وی به خدماتی که برای انجام نیازی به دانستن وضعیت ابتلای به HIV ندارند، نمی‌شود.

PICT با دو رویکرد قابل اجرا می‌باشد:

- ❖ موافقت برای ورود^۱؛
- ❖ موافقت برای خروج^۲.

در رویکرد Opt-In، برای انجام آزمایش، فرد باید موافقت خود را پس از دریافت اطلاعات در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش اعلام دارد و در غیر این صورت از وی آزمایش به عمل نخواهد آمد. در رویکرد Opt-Out، فرد باید امتناع خود را از انجام آزمایش پس از دریافت اطلاعات در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش اعلام دارد و در غیر این صورت از وی آزمایش به عمل خواهد آمد. رویکرد Opt-Out به دلیل پوشش بیشتر افراد، در اغلب دستورالعمل‌ها توصیه شده است.

مشاوره‌ی پس از آزمایش

مشاوره‌ی پس از آزمایش با استفاده از الگوی PICT، مشابه VCT می‌باشد.

همه‌ی افرادی که تحت آزمایش قرار می‌گیرند، صرف نظر از نتیجه‌ی آن، باید مشاوره‌ی پس از آزمایش را دریافت نمایند. بهتر است جلسه‌ی پس از آزمایش توسط همان درمان‌گر جلسه‌ی پیش از آزمایش برگزار گردد. هیچگاه نتایج نباید به صورت گروهی ارائه شوند.

مشاوره‌ی افراد HIV⁺ باید مباحث زیر را در بر گیرد:

- ❖ تشریح نتیجه‌ی آزمایش، صحبت در مورد دوره‌ی نهفتگی، تکنیک آزمایش (شناسایی آنتی‌بادی) و توصیه به آزمایش مجدد در موارد مواجهه‌ی اخیر؛
- ❖ توصیه‌های پایه‌ای برای کاهش انتقال HIV؛
- ❖ ارتقای استفاده از کاندوم.

مشاوره‌ی افراد HIV⁺ بر پشتیبانی و حمایت روانشناختی، تسهیل دسترسی به درمان، پیشگیری از انتقال، افشا نزد همسر یا خانواده تمرکز دارد. مشاور باید موارد زیر را به کار بندد:

- ❖ نتیجه را به صورت شفاف و واضح بیان نموده و به مراجع برای درک آن زمان بدهد؛
- ❖ از درک مراجع، اطمینان حاصل کند؛
- ❖ به مراجع اجازه‌ی مطرح نمودن سئوالات خود را دهد؛
- ❖ برای مقابله با احساسات ناشی از نتیجه‌ی آزمایش، مراجع را یاری دهد؛
- ❖ در مورد نگرانی‌های فوری مراجع صحبت نموده، و شبکه‌ی حمایتی برای وی را شناسایی نماید؛
- ❖ در مورد خدمات پیگیری و درمان‌های موجود توضیح دهد؛
- ❖ در مورد پیشگیری از انتقال، آموزش دهد؛
- ❖ دیگر توصیه‌های بهداشتی (از جمله تغذیه‌ی مناسب) را ارائه نماید؛
- ❖ در مورد افشا نزد همسر و خانواده صحبت نماید؛
- ❖ همسر و فرزندان مراجع را تشویق به انجام آزمایش نماید؛

¹ Opt-In

² Opt-Out

- ❖ خطر خشونت و خودکشی را ارزیابی نموده، و از ایمنی مراجع (به خصوص مراجعین زن) اطمینان حاصل کند؛
- ❖ تاریخ جلسه‌ی بعدی را معین کرده، ارجاعات لازم را تسهیل نماید.

خدمات توصیه شده

نتایج مطلوب هنگامی حاصل می‌گردد که رازداری حفظ گشته و مشاوره و آزمایش با رضایت فرد صورت پذیرد. PICT می‌باید با دیگر خدمات پیشگیری، درمان و پشتیبانی همراه گردد. در مواردی که چنین خدماتی در محل آزمایش ارائه نمی‌شود، ارجاع به مرکز دیگر برای دریافت این خدمات، توصیه می‌گردد. دسترسی به ART جزء پیش‌شرط‌های مورد نیاز برای PICT نمی‌باشد.

خدمات توصیه شده برای بهره‌گیری از PICT

- ❖ جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش فردی یا گروهی؛
- ❖ خدمات پیشگیرانه‌ی پایه‌ای برای افراد HIV⁺:
 - مشاوره‌ی پس از آزمایش؛
 - ارتقای استفاده از کاندوم؛
 - دسترسی به سوزن و سرنگ و دیگر مداخلات کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی؛
 - درمان پروفیلاکسی پس از مواجهه در صورت نیاز.
- ❖ خدمات پیشگیرانه‌ی پایه‌ای برای افراد HIV⁺:
 - مشاوره‌ی پس از آزمایش؛
 - حمایت جهت افشا نزد همسر و مشاوره‌ی زوج؛
 - آزمایش و مشاوره‌ی HIV برای همسر و فرزندان؛
 - مشاوره‌ی نزدیکی ایمن و ارتقای استفاده از کاندوم؛
 - دسترسی به سوزن و سرنگ و دیگر مداخلات کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی؛
 - مداخله جهت کاهش انتقال مادر به فرزند؛
 - خدمات تنظیم خانواده و دسترسی به روش‌های جلوگیری از بارداری.
- ❖ مراقبت و پشتیبانی پایه‌ای برای افراد HIV⁺:
 - آموزش، حمایت روانشناختی و حمایت از طریق همتایان؛
 - ارزیابی بالینی دوره‌ای و مرحله‌بندی بیماری؛
 - پیشگیری و درمان عفونت‌های فرصت طلب؛
 - پیشگیری، غربالگری و درمان از جهت سل، مالاریا و عفونت‌های آمیزشی؛
 - درمان علامتی و تسکینی؛
 - دیگر توصیه‌های بهداشتی از جمله آب آشامیدنی سالم و مشاوره‌ی تغذیه؛
 - آموزش نحوه‌ی شیردهی؛
 - درمان ضد ویروسی در صورت نیاز.

فصل ششم:

سلامت روان و عفونت HIV

مقدمه

اختلالات روانی، اعتیاد و عفونت HIV ارتباط نزدیکی با یکدیگر داشته و عوامل خطر مشترکی مانند بی‌خانمانی، فقر، بی‌مبالاتی جنسی، خشونت، و پیامدهای مشترکی چون انگ و تبعیض دارند. در مقایسه با جمعیت عمومی، اختلالات روانی در افراد مبتلا به عفونت با ویروس HIV به طور شایع‌تری دیده می‌شود. بر اساس مرور منابع غیر ایرانی، بیش از ۵۰ درصد بیماران HIV/AIDS حداقل یک اختلال روانی همراه نیز دارند. مطالعه‌ای در ایران که به بررسی وضعیت روانی بیماران HIV⁺ مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری پرداخته، اختلالات وابسته به مواد را در ۹۳ درصد، اختلالات خلقی را در ۴۳ درصد و اختلالات اضطرابی را در ۱۹ درصد مبتلایان به HIV گزارش کرده است. نتایج تحقیقی که بر مراجعین مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی در سال ۸۶-۱۳۸۵ صورت گرفت، نشان داد که ۴۲ درصد از بیماران مبتلا به HIV، براساس پرسشنامه بک^۱ افسردگی شدید داشته‌اند.

برخی از این اختلالات پیش از ابتلا به این عفونت وجود دارند و فرد را در معرض خطر ابتلا به آن قرار می‌دهند، در حالی که برخی از مشکلات روانی بطور مستقیم و یا غیرمستقیم پیامد HIV/AIDS می‌باشند. بنابراین می‌توان ارتباط متقابل اختلالات روانی با HIV/AIDS را در سه دسته‌ی زیر تشریح کرد:

دسته‌ی اول: برخی از بیماری‌های روانی افراد را در معرض خطر بیشتری برای ابتلا یا انتقال HIV/AIDS قرار می‌دهند. سه گروه از این بیماری‌ها شامل اختلالات مصرف مواد، اختلالات خلقی شامل افسردگی و اختلال دوقطبی و اختلالات روانی مزمن می‌باشد. به عنوان مثال مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، که تزریق مشترک دارند یا از وسایل مشترکی برای تزریق استفاده می‌کنند، در معرض خطر بالاتری برای ابتلا یا انتقال این عفونت هستند، ولی حتی افرادی که از روش تزریق برای مصرف استفاده نمی‌کنند نیز، بدلیل تماس جنسی غیرایمن، زمانی که تحت تاثیر موادی همچون محرک‌ها و الکل هستند و یا وقتی از رابطه‌ی جنسی برای بدست آوردن پول یا مواد استفاده می‌کنند، در معرض خطر خواهند بود. به عنوان مثالی دیگر، افراد مبتلا به اختلال مانیا مهار لازم برای کنترل رفتارهای پرخطر لذت‌بخش را ندارند و یا افراد مبتلا به اختلالات مزمن

¹ Beck

روانی و عقب‌ماندگی ذهنی به دلیل شرایط زندگی و بی‌خانمانی ممکن است در معرض سوء استفاده‌ی جسمی و جنسی قرار بگیرند.

دسته‌ی دوم: عفونت با HIV بدلیل دیسترس شدیدی که بر فرد وارد می‌کند، می‌تواند فرد را در معرض ابتلا به اختلالات روانی قرار دهد. استرس‌های مختلفی همچون مشکلات جاری همراه با مصرف مواد، اطلاع یافتن از وضعیت آزمایش HIV، استرس مطلع کردن افراد خانواده و دوستان از وضعیت عفونت، آغاز درمان ضدرتروویروس، زمان‌هایی که قصد ترک مواد را دارد و باید علایم ترک را تحمل کند، بروز هرگونه بیماری طبی همراه، مطلع شدن از هرگونه پیشرفت سیر بیماری به عنوان مثال افت میزان CD4 و یا افزایش بار ویروس در بدن، نیاز به بستری به‌ویژه در اولین بستری، مرگ یکی از افراد مهم در زندگی، تشخیص استقرار بیماری ایدز، تغییرات مهم در زندگی مانند از دست دادن شغل، شکست در یک رابطه‌ی عاطفی و یا نقل مکان کردن به محل جدید و زمانی که مشخص می‌شود فرد مدت زیادی زنده نمی‌ماند و باید تصمیمات مهمی در پایان عمرش بگیرد، از جمله استرس‌هایی هستند که فرد ناگزیر، در سیر بیماری با آن رو به رو می‌شود.

دسته‌ی سوم: عفونت با HIV/AIDS و یا درمان‌های ضدویروسی ممکن است سیستم عصبی را تحت تأثیر قرار دهند و تظاهرات روانپزشکی ایجاد نمایند و یا بیماری‌های زمینه‌ای روانپزشکی فرد را تشدید کنند.

اگرچه اختلالات روانپزشکی به طور شایع‌تری در افراد مبتلا به عفونت HIV دیده می‌شود و به دلایل مختلفی تعامل دوطرفه‌ای بین این دو موضوع وجود دارد، ولی متأسفانه ارتباط HIV/AIDS و بیماری‌ها و مشکلات روانپزشکی فراتر از تسهیل دوسویه‌ی بروز آنهاست. شاید مهم‌ترین وجه عملی این ارتباط، تداخل در روند پذیرش درمان ضدرتروویروسی باشد. عدم پذیرش درمان مشکل شایعی در بیماران HIV⁺ است و بیش از ۷۰ درصد بیماران تحت درمان ART دوزهای درمانی خود را از قلم می‌اندازند و مصرف نمی‌کنند.

شکست در پذیرش و استمرار درمان سه پیامد مهم به همراه دارد:

- ❖ فواید قابل انتظار درمان اتفاق نمی‌افتد، بنابراین وضعیت بالینی بدتر می‌شود و احتمال مرگ افزایش می‌یابد؛
- ❖ مصرف نامنظم دارو منجر به پیدایش سوش‌های جدید و مقاوم به درمانی از ویروس می‌شود و کنترل بیماری را در آینده مشکل‌تر می‌کند؛
- ❖ درمان ناکامل و منقطع، باعث هدر رفتن منابع مالی و سایر منابعی خواهد شد که می‌توانست هزینه اثربخشی بیشتری برای بیماران که پذیرای درمان هستند، داشته باشد.

نگهداری از یک بیمار مبتلا به HIV/AIDS، مراقبین و افراد خانواده‌ی وی را متحمل استرس طاقت فرسایی می‌کند که می‌تواند به زنجیره‌ای از مشکلات روانشناختی و رنج قابل توجه و یا افت عملکرد آنان منجر شود و از این طریق نیز بر پذیرش درمان و حمایت از بیمار برای ادامه‌ی مراقبت تأثیر بگذارد.

بر این اساس می‌توان گفت، حمایت‌های روانی اجتماعی، مداخلات روانشناختی و روانپزشکی می‌بایست به عنوان جزء لاینفک برنامه‌های درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به عفونت HIV محسوب گردند. در هر صورت، ابتلای به اختلالات روانپزشکی که در بیش از نیمی از مبتلایان به HIV وجود دارد، نباید موجب گردد که این افراد، از دریافت درمان و مراقبت لازم برای عفونت HIV، از جمله ART، محروم گردند.

در این فصل به اختلالات شایع روانپزشکی در بیماران مبتلا به HIV می‌پردازیم. این اختلالات شامل اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات مصرف مواد هستند. مدیریت و درمان این اختلالات به طور معمول نیز در نظام مراقبت‌های اولیه، به عهده‌ی پزشک عمومی آموزش دیده است. بدیهی است در هر یک از اختلالات ذکر شده، در مواردی که ضرورتی وجود داشته باشد و یا زمانی که پزشک با اختلالات پیچیده‌تر و شدیدتری چون اختلالات شخصیت، اختلالات پسیکوتیک،

اختلال دوقطبی و دمانس مواجه شود، این امکان در نظر گرفته شده که بیمار به سطوح بالاتر تخصصی ارجاع گردد. مصادیق ارجاع در هر یک از اختلالات فوق نیز در این فصل آمده است.

افسردگی

افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در بیماران مبتلا به HIV محسوب می‌شود و شیوع افسردگی در این بیماران دست کم دو برابر جمعیت عمومی گزارش شده است. در صورت هم‌بودی این اختلال با اختلالات مصرف مواد، شیوع آن بیش از این مقدار افزایش می‌یابد. مطالعات نشان داده است که از هر ۳ فرد مبتلا به HIV، یک نفر به اختلال افسردگی اساسی مبتلا است. علائم افسردگی با بروز رفتارهای پرخطر، عدم تبعیت از درمان و کوتاه شدن مدت بقاء یا زنده ماندن فرد مبتلا همراه است. البته اندوه و سوگ، پاسخ‌های معمول و طبیعی به بسیاری از پیامدهای عفونت با HIV بوده و افسردگی بالینی محسوب نمی‌شود، اگرچه ممکن است نیاز به مراقبت و مداخله داشته باشد.

تشخیص بیماری

برخی از پزشکان تمایلی برای پرسش مستقیم در مورد علائم روانپزشکی مراجعین خود ندارند و ممکن است از این بترسند که پرسیدن سئوالاتی در مورد روان افراد، توهین به آنها تلقی شود. به هر حال، واقعیت این است که در یک مرکز درمانی، بیمار برای این گونه سئوالات آماده است و احساس نمی‌کند که به او توهین شده است. برای بیماری که از علائم روانپزشکی رنج می‌برد پذیرفته شده است که از او در مورد آنها سؤال شود. برای شروع، پزشک می‌تواند از بیمار این گونه سؤال کند که "من به همان اندازه که نگران سلامت جسمی شما هستم به مشکلات اعصاب و روان شما هم اهمیت می‌دهم" و سپس این گونه ادامه دهد که "می‌خواهم چند سؤال در مورد مشکلات اعصاب و روان از شما بپرسم". تشخیص اختلال افسردگی با جستجو در مورد علائم کلیدی افسردگی آغاز می‌شود و بر اساس مجموعه‌ای از موارد زیر، تشخیص افسردگی برای فرد مطرح می‌شود.

❖ بر اساس معیارهای DSM-IV، فرد ۵ مورد از علائم زیر را هر روز و به مدت حداقل دو هفته باید داشته باشد:

- خلق افسرده
- عدم احساس لذت/بی‌علاقگی به امور
- اختلالات خواب
- کندی حرکتی و یا بی‌قراری
- کاهش اشتها
- کاهش انرژی
- کاهش تمرکز
- افکار مرگ و خودکشی
- احساس گناه یا بی‌ارزشی

❖ یکی از دو علامت اول یعنی «خلق افسرده» و «عدم احساس لذت یا بی‌علاقگی به امور» باید حتماً وجود داشته باشد.

❖ علائم باید اختلال قابل توجهی در عملکرد فرد در زمینه‌های شغلی یا تحصیلی، روابط بین فردی و فعالیت‌های اجتماعی ایجاد کند.

❖ علایم نباید ناشی از یکی بیماری طبی یا مصرف مواد باشد.

❖ پیش از شروع داروی ضد افسردگی، باید وجود سابقه‌ی مانیا در فرد چک شود تا از احتمال بروز اپیزود مانیا پس از شروع درمان ضد افسردگی پیشگیری شود. خلق بالا یا تحریک پذیر، کاهش نیاز به خواب، افزایش انرژی، پرش افکار و فشار تکلم، پر فعالیتی و انجام رفتارهای پرخطر از علایم برجسته‌ی دوره‌های مانیا است. در این صورت بهتر است برای ارزیابی بیشتر، بیمار به روانپزشک ارجاع گردد.

باید توجه داشت که بسیاری از بیماران ممکن است نشانه‌های خود را به عنوان افسردگی قبول نداشته باشند و آنها را به پزشک خود گزارش نکنند؛ ولی تغییراتی در رفتار ایشان مشاهده می‌شود که می‌تواند پزشک را به وجود افسردگی مشکوک کند. رفتارهای زیر ممکن است نشانگر افسردگی در فرد مبتلا به HIV باشد:

- ❖ تغییر در وضعیت پایبندی به درمان ART؛
- ❖ ناتوانی در اتخاذ تصمیم‌های مهم زندگی از جمله تصمیماتی که فرد باید برای مراقبت‌های پزشکی و سازگار شدن با بیماری خود بگیرد؛
- ❖ مشغولیت فکری بیش از حد با موضوعات خاص که معمولاً موضوعات پیش پا افتاده‌ی زندگی فرد هستند؛
- ❖ تغییر در عملکرد فرد شامل ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره، عود مصرف مواد و دوری گزینی تعمدی از دیگران و منزوی شدن؛
- ❖ شکایات جسمی غیرقابل توصیف که علت جسمی برای آن نمی‌توان یافت به ویژه درد، سستی و بی‌حالی بدون علت مشخص؛
- ❖ مشکلات بین فردی؛
- ❖ بروز رفتارهای مشکل آفرین در مرکز درمانی.

در چنین مواردی که بیمار تمایلی به ابراز نشانه‌های افسردگی خویش ندارد یا قادر به تشخیص مشکل خود نیست، پزشک ارائه‌کننده‌ی خدمات به این بیماران موظف است افسردگی را در فرد ارزیابی کرده و در صورت تشخیص افسردگی، این موضوع را به بیمار بازخورد دهد. به طور معمول بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی، درجاتی از اندوه، سوگ، دل‌سردی یا روحیه‌ی پایین را تجربه می‌کنند؛ ولی وجود علایمی چون ناامیدی، لذت نبردن از فعالیت‌های معمول زندگی، نشخوار ذهنی با احساس گناه و افکار مرگ و خودکشی قطعاً نیازمند مداخله‌ی روانپزشکی است.

در دوره‌های بحرانی از زندگی بیماران، خطر بروز افسردگی افزایش می‌یابد. پزشک باید این نقاط بحرانی را بشناسد و گوش به زنگ برای شناسایی و مداخله‌ی به موقع افسردگی باشد. این بحران‌ها شامل موارد زیر است:

- ❖ تشخیص عفونت با HIV؛
- ❖ افشای وضعیت بیماری به بستگان؛
- ❖ توصیه برای شروع درمان ART؛
- ❖ بروز بیماری جسمی جدید؛
- ❖ بروز نشانه‌های پیشرفت بیماری (کاهش شدید CD4 یا افزایش بار ویروس)؛
- ❖ بستری شدن در بیمارستان (به ویژه اولین بستری)؛
- ❖ تشخیص سندرم AIDS؛
- ❖ برگشت به سطوح بالاتر عملکرد (بازگشت به بازار کار یا شروع مجدد مدرسه)؛
- ❖ تغییرات بزرگ در زندگی (به دنیا آمدن فرزند، حاملگی، از دست دادن شغل، از دست دادن یک رابطه‌ی عاطفی، تغییر محل سکونت)؛
- ❖ مرگ عزیزان مبتلا به HIV؛

❖ روزهای پایانی زندگی و زمان تصمیم‌گیری‌های مهم برای بازماندگان.

در بسیاری از مراکز ارائه‌کننده‌ی خدمات بهداشت روان، مراجعه‌کنندگان HIV⁺، از جهت وجود نشانه‌های روانپزشکی از جمله علائم افسردگی، غربالگری می‌شوند. این کار توسط ابزارهای غربالگری کوتاه و ساده که برای عموم مردم قابل فهم باشد و اعتبار مناسبی داشته باشد، صورت می‌گیرد. از بین ابزارهایی که در جهان برای این بیماران در مراکز مراقبت‌های اولیه مورد استفاده قرار می‌گیرد، مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی^۱ (HADS)، پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ و یا ۱۲ گزینه‌ای^۲ (GHQ-28/GHQ-12)، پرسشنامه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی ۹ گزینه‌ای^۳ (PHQ-9) و ابزار غربالگری علائم سوء مصرف مواد و اختلالات روانی^۴ (SAMISS)، بیشتر استفاده شده‌اند. بدیهی است ابزارهای غربالگری باید حساسیت بالایی داشته باشند و تا بتوانند درصد بالاتری از افرادی که احتمال افسردگی برای ایشان مطرح است را شناسایی کنند. بنابراین در افرادی که بر اساس ابزار غربالگری، احتمال افسردگی برای ایشان مطرح می‌شود، باید ارزیابی بالینی تکمیلی به عمل آید.

توصیه می‌شود مسئول پذیرش، در مورد نحوه‌ی انجام و نمره‌گذاری ابزار آموزش مختصری ببیند، ابزار خودایفا را به مراجع دهد و پس از تکمیل توسط بیمار، پرسشنامه را نمره‌گذاری کرده و افراد دارای ظن به اختلال روانی را مشخص نماید. در صورتی که بیمار بی‌سواد باشد، مسئول پذیرش با خواندن پرسشنامه به وی در تکمیل آن کمک کند. افراد دارای اختلال روانی بر اساس نقطه‌ی برش^۵ ابزار، به پزشک ارجاع می‌شوند تا تشخیص قطعی، تعیین شده و درمان بیمار و برنامه‌ی پیگیری وی آغاز شود.

پزشک باید توجه داشته باشد که برخی از وضعیت‌های طبی یا مصرف برخی داروها ممکن است نشانه‌های مشابه افسردگی ایجاد کند و درمان بیماری زمینه‌ای و مدیریت عوارض داروها، به ویژه در بیماران با عفونت پیشرفته با HIV باید مدنظر قرار گیرد. این وضعیت‌ها شامل موارد زیر است:

- ❖ اختلالات اندوکراین، مانند هیپوگنادیسم، هیپوتیروئیدیسم و دیابت؛
- ❖ مصرف داروهای افاویرنز^۶، اینترفرون^۷ و کورتیکواستروئید؛
- ❖ کمبود ویتامین B12؛
- ❖ عفونت‌های فرصت طلب، مانند توکسوپلاسموز و سایر عفونت‌ها مانند سیفلیس؛
- ❖ دمانس ناشی از HIV^۸؛
- ❖ بدخیمی‌های سیستم اعصاب مرکزی.

¹ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

² General Health Questionnaire-28 or 12 (GHQ-28, GHQ-12)

³ Primary Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

⁴ Substance Abuse and Mental Illness Symptom Screener (SAMISS)

⁵ Cut-off Point

⁶ Efavirenz

⁷ Interferon

⁸ HIV-associated Dementia

ارجاع به روانپزشک

اندیکاسیون‌های ارجاع بیماران شامل موارد زیر است:

- ❖ وجود افسردگی همزمان با هر یک از علائم دمانس، علائم پسیکوتیک، علائم یا سابقه‌ی قبلی مانیا؛
- ❖ عدم پاسخ به درمان ضدافسردگی (با دو دوره درمان ضدافسردگی متفاوت با دوز مناسب)؛
- ❖ بدتر شدن علائم با وجود درمان مناسب؛
- ❖ نیاز به استفاده از دوزهای بالاتر از آنچه برای کنترل علائم توصیه شده؛
- ❖ عدم تحمل عوارض جانبی توسط بیمار یا نگرانی پزشک در مورد عوارض جانبی احتمالی؛
- ❖ نیاز به درمان‌های تخصصی مانند روان‌درمانی و ECT؛
- ❖ افکار جدی خودکشی؛
- ❖ افسردگی در زنان حامله یا شیرده؛
- ❖ بروز افسردگی در زمان درمان با اینترفرون در بیمار مبتلا به عفونت همزمان¹ HIV/HCV؛
- ❖ بروز علائم افسردگی در فردی که سابقه‌ی اختلال دوقطبی دارد.

در وضعیت‌های زیر خطر خودکشی افزایش می‌یابد:

- ❖ دسترسی به وسیله‌ای برای خودکشی (مانند، اسلحه، دارو و مواد مهلک) در افرادی که در حال حاضر فکر، قصد یا نقشه‌ای برای خودکشی دارند؛
- ❖ وجود سابقه‌ی قبلی خودکشی؛
- ❖ سوء مصرف مواد و الکل؛
- ❖ تکانشگری یا ضعف در کنترل رفتار؛
- ❖ ناامیدی شدید و طولانی؛
- ❖ تجربه‌ی اخیر فقدان (از دست دادن قوای جسمی، شکست مالی یا از دست دادن عزیزان)؛
- ❖ دوره‌ی پس از ترخیص از بیمارستان؛
- ❖ وجود سابقه‌ی خانوادگی خودکشی؛
- ❖ سابقه‌ی قربانی شدن به علت سوء استفاده جسمی، جنسی یا عاطفی؛
- ❖ همبودی با بیماری‌های جسمی،
- ❖ عوامل جمعیت‌شناختی (افراد مسن یا بالغین جوان، افراد مجرد یا افرادی که به تنهایی زندگی می‌کنند)،
- ❖ داشتن تمایلات همجنسگرایانه؛
- ❖ اختلال هویت جنسی.

لازم به ذکر است، نحوه‌ی برخورد با بیماری که خطر خودکشی وی بالاست، در فصل هفتم با عنوان «کار با مراجعین دارای افکار خودکشی» آمده است.

¹ HIV/Hepatitis C Co-Infection

عفونت همزمان HIV و HCV

عفونت همزمان با HCV در بیماران مبتلا به HIV پدیده‌ی شایعی است و در مطالعه‌ای که بر روی معتادان تزریقی در ایران انجام شده، عفونت همزمان با HCV در ۸۰ درصد مبتلایان به HIV گزارش شده است. شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به عفونت همزمان با این دو ویروس بالاست و در صورتی که برای بیمار اینترفرون آلفا تجویز شود، بروز افسردگی به ۲۰ تا ۴۰ درصد می‌رسد و حتی در مطالعات مختلف این خطر تا ۸۰ درصد نیز ذکر شده است. پزشکی که برای بیمار مبتلا به عفونت همزمان HIV/HCV اینترفرون آلفا تجویز می‌کند، باید بداند که بیمار در زمان دریافت درمان با اینترفرون باید به صورت ماهانه از نظر وجود افسردگی ارزیابی شود. بروز افسردگی در ۸ هفته‌ی اول درمان با اینترفرون بالاتر است و در صورت افسردگی، به ویژه در صورت همراهی افسردگی با اختلالات مصرف مواد، پزشک باید بیمار را به روانپزشک ارجاع دهد. وجود سابقه‌ی افسردگی، منعی برای تجویز اینترفرون نیست و در صورت وجود یک سیستم پیگیری و کار تیمی که درمان و مراقبت از افسردگی بیمار را نیز پوشش دهد، احتمال بروز مشکل به حداقل می‌رسد.

درمان افسردگی

افسردگی خفیف که پس از استرس‌های زندگی رخ می‌دهد، به طور معمول طی ۲ تا ۴ هفته صرفاً با حمایت و آموزش بیمار برطرف می‌شود. در صورتی که افسردگی به مداخلات حمایتی و آموزشی معمول پاسخ ندهد و یا علائم افسردگی شدیدتر باشند به گونه‌ای که افت واضح در عملکرد شغلی و اجتماعی فرد ایجاد شود، افکار جدی خودکشی وجود داشته باشد و یا مراقبت فرد از خود دچار مشکل شود، درمان دارویی ضرورت پیدا می‌کند. برای برخی از بیماران درمان دارویی به تنهایی برای درمان افسردگی کافی است؛ ولی برای برخی دیگر ممکن است نیاز به ترکیبی از درمان دارویی و روان‌درمانی وجود داشته باشد تا درمان، مؤثرتر و سریع‌تر صورت گیرد.

درمان دارویی:

داروهای شایعی که پزشک مراقبت‌های اولیه، به طور معمول برای درمان افسردگی تجویز می‌کند، از دو دسته‌ی اصلی مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین^۱ (مانند فلوکستین و سرتالین) و ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای (مانند آمی‌تریپتیلین و ایمی‌پرامین) تشکیل می‌شود. نکات زیر هنگام درمان دارویی بیمار مبتلا به اختلال افسردگی، باید مد نظر قرار گیرد:

- ❖ انتخاب ضدافسردگی بر اساس، سابقه‌ی قبلی مصرف ضدافسردگی در خود بیمار یا اعضاء خانواده‌ی وی، علائم بیمار، عوارض جانبی و تداخلات دارویی صورت می‌گیرد. اگر بیمار در گذشته به داروی ضدافسردگی خاصی پاسخ مناسب داده است، یا خانواده‌ی وی این دارو را استفاده می‌کنند و در آنها درمان مؤثر بوده است، استفاده از همان دارو، انتخاب مناسبی خواهد بود. همچنین عوارض دارو ممکن است برای درمان علائم بیمار مفید باشد؛ به عنوان مثال در فردی که به دلیل افسردگی دچار بی‌خوابی شده، دارویی که خواب‌آلودگی بیشتری ایجاد می‌کند مفیدتر است.
- ❖ به عنوان یک اصل، این مفهوم را به عنوان سنگ بنای درمان با داروهای روانپزشکی در بیماران مبتلا به HIV باید به خاطر داشت: «شروع با دوز پایین و افزایش آهسته‌ی دوز دارو».

¹ Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

- ❖ داروهای مهارکننده‌ی انتخابی بازجذب سروتونین اگر چه الزاماً مؤثرتر از داروهای سه‌حلقه‌ای نیستند، ولی به خوبی توسط بیماران تحمل می‌شوند و به دلیل تداخل دارویی و عوارض جانبی کمتر، به عنوان خط اول درمان محسوب می‌شوند.
- ❖ ممکن است برای برخی از بیماران، درمان با ضدافسردگی های سه‌حلقه‌ای ترجیح داده شود. عوارض آنتی‌کلینرژیک این داروها گاهی می‌تواند برای رفع برخی از علائم جسمی بیماران مفید باشد. به عنوان مثال، برای بیمارانی که از اسهال، کاهش وزن و بی‌خوابی رنج می‌برند، ممکن است این داروها انتخاب مناسبی باشد. ولی عوارض جانبی آنها مانند خشکی دهان، تاری دید، افت فشار خون وضعیتی، مشکلات حافظه و عوارض شناختی دارو ممکن است توسط بیماران تحمل نشود و در پایبندی به درمان مشکل ایجاد کند.
- ❖ عوارض جانبی جنسی با داروهای SSRI شایع است و باید مورد رسیدگی قرار گیرد؛ چون ممکن است ادامه‌ی این عارضه، پایبندی به درمان را کاهش دهد. در بسیاری از موارد این عارضه به کاهش دوز، دادن تعطیلات دارویی یا استفاده از داروی دیگری از همان دسته پاسخ می‌دهد و در غیر این صورت باید از دسته‌ی دارویی دیگری استفاده شود.
- ❖ هر جا انتخاب داروی مناسب برای بیمار مشکل بود و یا نیاز به انتخاب دارویی خارج از دو دسته‌ی فوق‌الذکر بود، بهتر است بیمار به روانپزشک ارجاع شود.
- ❖ اکثر داروهای ضدافسردگی اثرات مثبت خود را به تدریج نشان می‌دهند و آموزش بیمار در این مورد که باید بین ۴ تا ۶ هفته برای شروع اثرات مثبت درمانی دارو صبر کند، اهمیت دارد.
- ❖ شایع‌ترین دلیل عدم پاسخ به درمان، مصرف با دوز پایین یا به مدت ناکافی می‌باشد. بنابراین پایبندی بیمار به درمان باید کنترل شود.
- ❖ پزشک باید به بیمار توضیح دهد که مشکلات خواب، انرژی و توانایی فرد برای انجام کارهای روزمره، زودتر از بهبود خلق افسرده، خوب می‌شوند.
- ❖ پس از شروع درمان، اولین ویزیت ۲ هفته بعد صورت می‌گیرد. در این ویزیت هدف، ارزیابی عوارض جانبی و اطمینان از مصرف دوز دارویی تجویز شده است و به بیمار باید اطمینان داده شود که بهتر شدن علائم کمی طول می‌کشد ولی اتفاق خواهد افتاد و باید برای بهتر شدن علائم، حداقل ۴ هفته صبر کند.
- ❖ عوارض جانبی در اکثر مواقع قابل تحمل و خفیف هستند، بروز عوارض جدی و شدید، بسته به مورد، نیاز به توجه و درمان دارد و رژیم درمانی باید تغییر کند.
- ❖ دومین ویزیت، یک ماه پس از شروع درمان صورت می‌گیرد و هدف آن ارزیابی میزان بهبودی علائم است.
- ❖ در صورت پاسخ مناسب درمانی، ویزیت‌های بعدی با فاصله هر دو ماه صورت می‌گیرد تا پایبندی به درمان، میزان پاسخ درمانی و عوارض داروها هر بار ارزیابی شود.
- ❖ پاسخ ناکافی یا عدم پاسخ به درمان پس از ۴ هفته از مصرف دوز کافی از دارو، باید مورد توجه قرار گیرد. اولین اقدام افزایش دوز دارو تا میزان قابل قبول است. اگر پس از یک دوره از درمان با حداکثر دوز قابل قبول، دارو مؤثر نباشد، تغییر دارو یا اضافه کردن داروی جدید و در صورت نیاز ارجاع به روانپزشک باید صورت گیرد. عدم پاسخ به دارویی از یک دسته الزاماً به این معنا نیست که بیمار به داروهای دیگر از همان دسته نیز جواب نخواهد داد.
- ❖ مدت درمان اختلال افسردگی شش ماه تا یک سال می‌باشد. اگر بیمار به دو دوره‌ی درمان ضدافسردگی با دوز مناسب و زمان کافی پاسخ ندهد، باید وی را به روانپزشک ارجاع داد. افسردگی یک بیماری مزمن و عودکننده است و در صورتی که فرد دوره‌های مکرر افسردگی داشته باشد، ممکن است تا آخر عمر نیاز به داروی ضدافسردگی داشته باشد.
- ❖ در صورتی که تصمیم به قطع دارو گرفته شد، قطع تدریجی و در عرض چند هفته باید صورت گیرد.

- ❖ از آنجایی که احتمال عوارض جانبی و تداخل دارویی بصورت بالقوه وجود دارد، پزشک باید با پروفایل عوارض جانبی دارو و تداخل داروهای ضدافسردگی با درمان‌های مرتبط با عفونت HIV آشنا باشد. در جدول ۵ فهرست داروهای شایع مورد استفاده برای افسردگی به همراه دوز مصرفی و تداخلات دارویی احتمالی نشان داده شده است.
- ❖ در مورد داروهای SSRI، تداخل دارویی با داروهای ضد رتروویروس از لحاظ بالینی اهمیتی ندارد ولی در مورد داروهای سه حلقه‌ای، مصرف همزمان با ریتوناویر، سطح خونی داروی ضدافسردگی را افزایش می‌دهد و توصیه می‌شود دوز داروی ضدافسردگی به نصف کاهش داده شود.

روان درمانی:

علاوه بر گروه‌های آموزش روانشناختی، گروه درمانی شناختی-رفتاری و آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس که برای بهبود افسردگی به کار می‌روند، انواع روان‌درمانی بین فردی، روان‌درمانی تحلیلی و روان‌درمانی شناختی برای درمان افسردگی به تنهایی یا همراه با درمان دارویی استفاده می‌شوند.

اندیکاسیون‌های ارجاع بیمار به روانپزشک و یا روانشناس دوره دیده، برای روان‌درمانی شامل موارد زیر است:

- ❖ وقتی که مداخلات آموزش روانشناختی اولیه و درمان دارویی برای کاهش علائم خلقی کافی نیستند؛
- ❖ وقتی بیمار از درمان دارویی امتناع می‌کند؛
- ❖ بیمار روان‌درمانی را به دارو درمانی ترجیح دهد.

یک پزشک عمومی دوره دیده، می‌تواند اختلال افسردگی را در ۸۰ درصد موارد، تحت درمان و کنترل قرار دهد.

اضطراب

علائم و نشانه‌های اضطراب در بیش از ۸۰ درصد بیماران مبتلا به HIV دیده می‌شود. واکنش‌های اضطرابی به دلایل متنوعی ممکن است ایجاد شده و توسعه یابند. این دلایل از نگرانی‌های بیمار در مورد عفونت HIV، درمان و مراقبت از آن و مرگ به علت این بیماری، تا دلایلی غیر مرتبط با HIV از جمله استرس‌های روزمره زندگی، مشکلات خانوادگی و مسائلی نظیر این را شامل می‌شود. در مواردی، فرد در گذشته سابقه‌ی یک اختلال اضطرابی را داشته و در جریان ابتلا به عفونت با HIV، اختلال اضطرابی مجدداً خود را نشان می‌دهد. اختلال اضطرابی انواع مختلفی دارد و اختلال هراس^۱، اختلال اضطراب منتشر^۲، اختلال وسواسی-جبری^۳، اختلال استرس پس از سانحه^۴ با شیوع قابل توجهی در بیماران مبتلا به عفونت با HIV دیده می‌شود. در مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به HIV که از خدمات پزشکی استفاده می‌کردند، نشان داده شده که از هر ۵ نفر، یک نفر از نوعی اختلال اضطرابی رنج می‌برد. ۱۲/۳ درصد از این افراد اختلال هراس، ۱۰/۴ درصد اختلال PTSD و ۲/۸ درصد اختلال اضطراب منتشر داشتند. باید توجه داشت که علائم بارز اضطراب در افرادی که برای ایشان تشخیص اختلال افسردگی و یا سوءمصرف و وابستگی به مواد داده شده، نیز تجربه می‌شود.

¹ Panic disorder

² Generalized Anxiety Disorder (GAD)

³ Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

⁴ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

انواع شایع اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به HIV

اختلال اضطراب منتشر

این اختلال مشتمل بر اضطراب و نگرانی مفرط در مورد یک یا چند واقعه یا فعالیت است که در اکثر روزها و در یک دوره‌ی حداقل شش ماهه وجود دارد. علائم جسمی و ذهنی اضطراب موجب رنج و ناراحتی بیمار شده و عملکرد شغلی، تحصیلی، اجتماعی یا روابط بین فردی بیمار را متأثر می‌سازد.

اختلال وسواسی-جبری

وسواس یک اختلال مزمن به صورت عقاید، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر مزاحم و بی‌مورد است که باعث اضطراب مشخص و یا دیسترس روانی می‌شود. اجبار، رفتارهای تکراری (مانند شستن دست، انجام کارها با ترتیب خاص یا چک کردن) یا اعمال ذهنی (ورد و دعا خواندن، شمارش یا تکرار کلمات در ذهن) است، که با هدف پیشگیری یا کاهش اضطراب یا دیسترس انجام می‌شود. فرد زمان زیادی را به انجام این کارها اختصاص می‌دهد و این افکار یا اعمال موجب رنج و عذاب وی شده و یا عملکرد وی را مختل می‌کند.

اختلال هراس یا پانیک

اختلال هراس یک اختلال عودکننده با حملات غیرمنتظره‌ی پانیک است که پس از آن حملات، فرد حداقل به مدت یک ماه نگرانی دایم در مورد وقوع حمله‌ی دیگر یا نگرانی در مورد پیامدهای حملات پانیک را دارد یا به دلیل این حملات، رفتار وی تغییر قابل توجهی کرده است. حمله‌ی پانیک که در این اختلال ذکر شد به اپیزودهای ناگهانی، غیرقابل پیش‌بینی و شدید اضطراب گفته می‌شود که با نشانه‌های جسمی مانند، تپش قلب، تنگی نفس و احساس خفگی، حالت تهوع، و نشانه‌های روانی، مانند احساس مسخ واقعیت^۱، ترس از دست دادن عقل و دیوانه شدن، ترس از دست دادن کنترل بر رفتار، حس گرفتاری در یک عذاب قریب‌الوقوع، حس ناتوانی و به دام افتادن، خود را نشان می‌دهد.

اختلال استرس پس از سانحه

این اختلال به دنبال مواجهه با یک حادثه‌ی تروماتیک و شدید (حوادثی مانند بلایای طبیعی، تجاوز، شکنجه یا حادثه‌ی ترافیکی) که تهدید کننده‌ی حیات بوده و موجب وحشت شدید و درماندگی در فرد می‌شود، بروز می‌کند. در این اختلال، حادثه به طور دایم در ذهن فرد مجسم می‌شود، فرد دچار علائم اضطرابی و برانگیختگی شدید شده و از به یادآوردن حادثه یا هر چیزی که تداعی کننده‌ی حادثه است، اجتناب می‌کند.

علائم و نشانه‌های اختلال و تشخیص بیماری

اضطراب ممکن خود را با طیف وسیعی از علائم فیزیکی مانند تنگی نفس، درد قفسه‌ی سینه، افزایش ضربان قلب، گیجی، تعریق، بی‌حسی و سوزن سوزن شدن، تهوع و احساس خفگی خود را نشان دهد. وقتی بیمار با این علائم مراجعه می‌کند و هیچ اتیولوژی طبی برای آنها وجود ندارد، پزشک باید به اختلال اضطرابی مشکوک شود. علاوه بر شکایات جسمی ذکر شده، فرد علائمی مانند ترس، نگرانی، بی‌خوابی، اختلال تمرکز و حافظه، کاهش اشتها، نشخوار ذهنی، انجام رفتارهایی

¹ Derealization

آیین‌مانند و از روی اجبار و اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌آور را تجربه می‌کند ولی ممکن است به عنوان شکایت آن را مطرح نکند. پزشک با استفاده از سئوالات زیر می‌تواند به بیمار در بیان مشکلاتش کمک کند:

- ❖ "آیا اضطراب یا دلهره دارید؟"
- ❖ "آیا از چیزی می‌ترسید یا وحشت دارید؟"
- ❖ "آیا بیش از حد احساس نگرانی می‌کنید؟"
- ❖ "آیا احساس می‌کنید تحت فشار هستید و تحریک‌پذیر شده‌اید؟"
- ❖ "آیا احساس بی‌قراری می‌کنید؟"
- ❖ "آیا به خواب رفتن برای شما مشکل شده است؟"

به هر حال بیماران مبتلا به HIV در طول دوره‌ی بیماری خود، علائم اضطرابی، نگرانی، ترس و فشار روانی را بطور شایعی، تجربه می‌کنند و این علائم ممکن است پاسخی به وقایع استرس‌زای زندگی آنها باشد ولی زمانی تشخیص اختلال اضطرابی مطرح می‌شود که:

- ❖ علائم و نشانه‌های اضطراب در عملکرد روزمره‌ی فرد (توانایی کار کردن، بیرون رفتن از منزل یا مراجعه به مرکز درمانی) اختلال ایجاد کند؛
- ❖ این نشانه‌ها در روابط بین فردی بیمار مشکل ایجاد کرده باشد؛
- ❖ باعث رنج و دیسترس قابل توجهی در فرد شود.

حتی دوره‌های کوتاه اضطراب، مانند آنچه در حمله‌ی هراس اتفاق می‌افتد، ممکن است در زندگی روزمره‌ی فرد اختلال ایجاد کند و تشخیص اختلال اضطرابی را مطرح نماید.

برخی از اختلالات روانی و بیماری‌های جسمی شایع در بیماران مبتلا به HIV نیز، ممکن است علائم و نشانه‌های اضطرابی داشته باشند. بنابراین پزشک باید به سایر تشخیص‌های افتراقی نیز توجه کند. این موارد عبارتند از:

- ❖ اختلال افسردگی اساسی؛
- ❖ اختلال انطباقی با علائم اضطرابی (وجود علائم اضطرابی خودمحدودشونده به دنبال واقعه‌ی استرس‌زا)؛
- ❖ اختلال سوء مصرف و وابستگی به مواد (علائم مسمومیت یا ترک در موادی چون الکل، نیکوتین، کافئین، مواد محرک و اپیوئیدها)؛
- ❖ آسیب‌های سیستم اعصاب مرکزی شامل درگیری سیستم عصبی با ویروس HIV، نئوپلاسم، دمانس و دلیریوم؛
- ❖ بیماری‌های سیستمیک یا متابولیک شامل: هیپوکسیا، سپسیس و اختلالات الکترولیتی؛
- ❖ اختلالات غدد درون ریز شامل: اختلال تیروئید، کاهش قند خون، فنوکروموسیتوما و سندرم کوشینگ؛
- ❖ بیماری‌های دستگاه تنفسی مانند پنومونی؛
- ❖ مصرف برخی داروها مانند، داروهای کاهنده‌ی فشار خون (رزیپین، هیدرالازین)، داروهای ضد سل (ایزونیازید، سیکلوسرین)، داروهای مقلد سیستم سمپاتیک (افدرین، اپی نفرین، دوپامین، فنیل افرین، پسودوافدرین)، داروهای آنتی‌رتروویرال (ریتوناویر، دیدانوزین^۱، سکویناویر^۲) و نیز داروهایی مانند، ریتالین، دیژیتال، لیدوکائین، نیکوتینیک اسید، پروکاربازین^۳، استروئیدها، تئوفیلین و آمینوفیلین.

¹ Didanosine

² Saquinavir

³ Procarbazine

ارجاع به روانپزشک

در صورت مواجهه با شرایط زیر، بیمار باید به روانپزشک ارجاع شود:

- ❖ عدم پاسخ علائم اضطرابی به درمان‌های استاندارد دارویی؛
- ❖ وجود تردید در مورد تشخیص اختلال اضطرابی؛
- ❖ وجود اضطراب شدید و مداوم؛
- ❖ افکار مزاحم و آزارنده یا رفتارهای آیینی اجباری در فرد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بدون پاسخ مناسب به درمان و همراه با آشفتگی و دیسترس شدید در فرد؛
- ❖ اضطراب در بیمار با سابقه‌ی سوءمصرف مواد یا مصرف‌کننده‌ی فعلی مواد (در این افراد احتمال سوءمصرف و وابستگی به برخی از داروهای ضد اضطرابی وجود دارد)؛
- ❖ هنگامی که بیمار به روان‌درمانی نیاز داشته باشد.

درمان

برخی از علائم اضطرابی به طور مؤثری، با انجام مداخلات حمایتی و بدون مصرف دارو بهتر می‌شوند. این امر به ویژه در مورد بیمارانی که تمایلی به مصرف داروهای روانپزشکی ندارند، می‌تواند مفید باشد؛ ولی باید برای بیمار توضیح داد که با درمان دارویی، بهبود با سرعت بیشتری رخ می‌دهد. به هر حال، بیماران با علائم خفیف اضطرابی که در عملکرد روزمره‌ی آنها اختلالی ایجاد نشده است، ممکن است به مداخلات حمایتی و رفتاری به تنهایی، پاسخ دهند. استراتژی‌هایی که در این بیماران می‌تواند کمک‌کننده باشد، شامل موارد زیر است:

- ❖ ابراز همدلی با بیمار؛
- ❖ آموزش بیمار در مورد اضطراب و اطمینان‌بخشی به وی در مورد این که نشانه‌های وی منشاء جسمی ندارد و علائمی که در زمان حمله‌ی پانیک تجربه می‌کند، به علت مشکل قلبی یا ریوی نیست، بلکه ناشی از اضطراب است؛
- ❖ جستجوی عوامل روانشناختی که بتوان آنها را به اضطراب بیمار نسبت داد؛
- ❖ مشخص کردن نگرانی‌های اغراق‌آمیز و آموزش راه‌هایی برای فائق آمدن بر این نگرانی‌ها (استفاده از گفتگوی درونی مثبت و مبارزه با افکار منفی؛ به عنوان مثال، وقتی بیمار در اتاق انتظار برای ملاقات با پزشک نشسته و نگرانی از نیامدن یا دیر آمدن پزشک دارد، می‌تواند بگوید: «دوباره اضطراب دارد به سراغم می‌آید، دکتر فقط چند دقیقه دیر کرده، به زودی می‌رسد و مرا ویزیت خواهد کرد»؛
- ❖ توصیه به بیمار برای تغییر برخی از عادات زندگی، مانند عدم مصرف کافئین، سیگار و الکل، و انجام ورزش بطور منظم؛
- ❖ توصیه به درمان اختلالات مصرف مواد که می‌توانند باعث بروز یا تشدید علائم اضطرابی بیمار شوند و آماده ساختن آنان برای مراجعه به مراکز درمان اعتیاد؛
- ❖ آماده سازی بیمار برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا و کمک به وی برای یادگیری مکانیسم‌های مدارا؛

❖ آموزش تمرین‌های ساده‌ی آرمیدگی^۱ (می‌توان از بیمار خواست به آهستگی و عمیق نفس بکشد و بر دم و بازدم خود تمرکز کند و این کار را روزی ۳ بار به مدت ۱ دقیقه انجام دهد و در صورت امکان به تدریج مدت آن را به ۵ دقیقه افزایش دهد).

در بیمارانی که علائم شدید اضطرابی دارند، روان‌درمانی‌های تخصصی مانند روان‌درمانی شناختی-رفتاری و یا درمان دارویی ضرورت پیدا می‌کند.

درمان دارویی:

بسیاری از داروهای ضدافسردگی از جمله داروهای مهارکننده‌ی انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) و داروهای سه‌حلقه‌ای، اثرات ضد اضطراب نیز دارند. علاوه بر این، داروهای دسته‌ی بنزودیازپین، داروهای مهارکننده‌ی گیرنده‌ی بتا^۲ و بوسپیرون^۳، نیز برای کنترل برخی از علائم بیمار به کار می‌رود. پزشک باید به پروفایل عوارض جانبی و تداخلات دارویی داروهای ضداضطراب با داروهای مرتبط با عفونت HIV آشنا باشد. در جدول ۵ برخی از داروهای شایعی که در نظام مراقبت‌های اولیه به کار می‌رود، اشاره شده است. برای درمان دارویی اضطراب در بیماران مبتلا به HIV نکات زیر باید مد نظر قرار گیرد:

❖ بیماران با عفونت HIV به خصوص در افرادی که علامت‌دار شده‌اند، به دوزهای پایین‌تر داروهای ضداضطراب پاسخ می‌دهند. بنابراین همانطور که در قسمت افسردگی اشاره شد، مجدداً تأکید می‌شود که درمان با دوز پایین شروع شود و به آهستگی افزایش یابد.

❖ باید به بیمار توضیح داده شود که علائم وی با مصرف دارو، به تدریج طی ۴ تا ۶ هفته بهبود می‌یابد و حتی ممکن است اوایل، پیش از آنکه اثرات مثبت دارو ظاهر شود، عوارض جانبی شایع دارو (مانند عوارض گوارشی) را تجربه کند. بنابراین، باید برای بهتر شدن، کمی صبر کند.

❖ در درمان اختلال پانیک، برای بهبود سریع علائم ناشی از حملات پانیک، تا شروع اثرات درمانی داروهای SSRI می‌توان استفاده‌ی کوتاه‌مدت (کمتر از یک ماه) از داروهای دسته‌ی بنزودیازپین، مانند کلردیازپوکساید را مدنظر قرار داد.

❖ یکی از عوارض شایع داروهای دسته‌ی SSRI در درمان اضطراب، احتمال افزایش گذرای اضطراب در ابتدای درمان است که بر پذیرش درمان توسط بیمار اثر منفی می‌گذارد. بنابراین، می‌توان برای پیشگیری از این امر، برای مدت کوتاهی از بنزودیازپین‌ها استفاده نمود.

❖ در افرادی که سابقه‌ی اختلالات مصرف مواد و الکل را دارند، با توجه به احتمال سوء مصرف بنزودیازپین‌ها، استفاده از این گروه از داروها، توصیه نمی‌شود.

❖ از بین داروهای دسته‌ی SSRIs، فلوکستین^۴ و از بین داروهای سه‌حلقه‌ای، کلومی‌پرامین^۵ بر روی علائم و سواسی مؤثرند. باید توجه داشت که پاسخ درمانی در اختلال OCD، با دوزهای بالاتری از آنچه در اختلال افسردگی استفاده می‌شود، اتفاق می‌افتد.

¹ Relaxation

² Beta-blockers

³ Buspirone

⁴ Fluoxetine

⁵ Clomipramine

- ❖ ویزیت اولیه برای ارزیابی عوارض جانبی و پاسخ به درمان، پس از یک ماه از شروع درمان انجام می‌شود. در صورت پاسخ مناسب، ویزیت‌های بعدی هر دو ماه یک بار به عمل آید.
- ❖ در مورد اختلال وسواسی-جبری، اثرات درمانی حداقل ۶ هفته پس از درمان آغاز می‌شود و برای مشاهده‌ی حداکثر اثرات درمانی، معمولاً به ۸ تا ۱۶ هفته زمان نیاز است.
- ❖ در صورت بهبود علایم، درمان نگهدارنده برای یک سال ادامه یابد و قطع درمان باید بسیار کند و تدریجی باشد.

جدول ۵ - داروهای روانپزشکی، عوارض جانبی و تداخلات دارویی در بیماران مبتلا به HIV

تداخلات دارویی اساسی با داروهای ضدرتروویرال	احتیاط	عوارض جانبی جدی و شایع	دوز دارو در سالمندان، افراد با بیماری طی همراه یا مراحل بالینی HIV ۳ و ۴ بالینی عفونت HIV	دوز دارو در فرد بالغ	نام دارو
داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین (SSRIs)					
<p>در استفاده از آن با داروهای دیگری که سطح سروتونین را افزایش می‌دهند (مانند MAOIs و Ritonavir ممکن است سطح خونی فلوکستین را افزایش دهد، ولی این افزایش از نظر بالینی قابل توجه نیست.</p>	<p>در استفاده از آن با داروهای دیگری که سطح سروتونین را افزایش می‌دهند (مانند MAOIs و Ritonavir) سایر داروهای دسته‌ی SSRI و همزمان با ECT احتیاط شود.</p>	<p>عوارض جدی: - سندرم سروتونین - مانیای - راش‌های پوستی شدید - عوارض شایع: - تهوع - سردرد - بی‌خوابی - ضعف - اسهال - لرزش دست - راش‌های پوستی</p>	<p>دوز شروع: ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم روزانه افزایش: ۱۰ میلی‌گرم هر ۲ هفته تا دستیابی به پاسخ بالینی مناسب حداکثر دوز: ۴۰ میلی‌گرم</p>	<p>دوز شروع: ۱۰ تا ۲۰ میلی‌گرم روزانه افزایش: ۱۰ میلی‌گرم هر ۲ هفته تا دستیابی به پاسخ بالینی مناسب حداکثر دوز: ۶۰ میلی‌گرم در مورد اختلال وسواسی-جبری از دوزهای بالاتر از آنچه در درمان افسردگی استفاده می‌شود استفاده کنید (۸۰ میلی‌گرم در روز)</p>	<p>کپسول فلوکستین ۱۰ و ۲۰ میلی‌گرمی و شربت ۲۰ میلی‌گرمی در هر ۵ سی‌سی</p>
<p>شبهه تداخلات فلوکستین</p>	<p>شبهه احتیاطات فلوکستین</p>	<p>شبهه عوارض فلوکستین</p>	<p>دوز شروع: ۲۵ میلی‌گرم روزانه افزایش: ۲۵ میلی‌گرم هر ۲ هفته تا دستیابی به پاسخ بالینی مناسب حداکثر دوز: ۱۵۰ میلی‌گرم</p>	<p>دوز شروع: ۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم روزانه افزایش: ۵۰ میلی‌گرم هر ۲ هفته تا دستیابی به پاسخ بالینی مناسب حداکثر دوز: ۲۰۰ میلی‌گرم</p>	<p>قرص سرتالین^۱ ۲۵ و ۵۰ میلی‌گرمی</p>

تداخلات دارویی اساسی با داروهای ضد رتروویرال	عوارض جانبی جدی و شایع	دوز دارو در افراد بالغ	نام دارو
<p>تداخلات دارویی اساسی با داروهای ضد رتروویرال</p> <p>مشاربه تناخل دارویی با آمی‌تریپتیلین</p> <p>Ritonavir سطح خونی ایمی‌پرامین را افزایش می‌دهد. استراتژی توصیه شده برای آمی‌تریپتیلین برای تنظیم دوز استفاده شود.</p> <p>مشاربه تناخل دارویی با آمی‌تریپتیلین</p> <p>Ritonavir سطح خونی کلومی‌پرامین را افزایش می‌دهد. استراتژی توصیه شده برای آمی‌تریپتیلین برای تنظیم دوز استفاده شود.</p>	<p>عوارض جانبی جدی و شایع</p> <p>عوارض جدی:</p> <p>- افت فشار خون</p> <p>- آرتریتی</p> <p>- تشنج</p> <p>- مانیا</p> <p>عوارض شایع:</p> <p>- عوارض اتونوم مانند خشکی دهان و بی‌خوابی</p> <p>- خواب‌آلودگی</p> <p>- افزایش وزن</p>	<p>دوز شروع: ۵۰ میلی‌گرم</p> <p>پس از یک هفته: افزایش تا ۷۵ میلی‌گرم (۲۵ صبح و ۵۰ میلی‌گرم شب)</p> <p>پس از ۶ هفته: در صورت پاسخ ناکافی افزایش تا ۱۵۰ میلی‌گرم (۵۰ میلی‌صبح و ۱۰۰ میلی‌شب)</p> <p>حداکثر دوز: ۲۵۰ میلی‌گرم</p> <p>برای درمان بی‌خوابی ۱۰ تا ۵۰ میلی‌گرم</p>	<p>ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای (TCA)</p> <p>قرص آمی‌تریپتیلین ۱۰، ۲۵، ۵۰ و ۱۰۰ میلی‌گرمی</p>
<p>مشاربه تناخل دارویی با آمی‌تریپتیلین</p> <p>Ritonavir سطح خونی ایمی‌پرامین را افزایش می‌دهد. استراتژی توصیه شده برای آمی‌تریپتیلین برای تنظیم دوز استفاده شود.</p>	<p>عوارض جدی و شایع</p> <p>عوارض جدی:</p> <p>- تشنج</p> <p>- مانیا</p> <p>عوارض شایع:</p> <p>- عوارض اتونوم مانند خشکی دهان و بی‌خوابی</p> <p>- خواب‌آلودگی</p> <p>- افزایش وزن</p>	<p>دوز شروع: ۱۰ میلی‌گرم قبل از خواب</p> <p>افزایش دوز: ۴ تا ۷ میلی‌گرم هر ۴ تا ۷ روز تا ۵۰-۷۵ میلی‌گرم حداکثر دوز: ۱۰۰ میلی‌گرم</p>	<p>قرص ایمی‌پرامین ۱۰ و ۲۵ میلی‌گرمی</p>
<p>مشاربه تناخل دارویی با آمی‌تریپتیلین</p> <p>Ritonavir سطح خونی کلومی‌پرامین را افزایش می‌دهد. استراتژی توصیه شده برای آمی‌تریپتیلین برای تنظیم دوز استفاده شود.</p>	<p>عوارض جانبی جدی و شایع</p> <p>عوارض جدی:</p> <p>- تشنج</p> <p>- مانیا</p> <p>عوارض شایع:</p> <p>- عوارض اتونوم مانند خشکی دهان و بی‌خوابی</p> <p>- خواب‌آلودگی</p> <p>- افزایش وزن</p>	<p>دوز شروع: ۲۵ میلی‌گرم قبل از خواب</p> <p>افزایش دوز: ۴ تا ۷ میلی‌گرم هر ۴ تا ۷ روز تا ۱۵۰-۲۵۰ میلی‌گرم حداکثر دوز: ۲۵۰ میلی‌گرم</p>	<p>قرص کلومی‌پرامین ۱۰، ۲۵، ۵۰ و ۷۵ میلی‌گرمی</p>

¹ Amitriptyline

² Imipramine

تداخلات دارویی اساسی یا داروهای ضدترتروویرال	احتیاط	عوارض جانبی جدی و شایع	نام دارو
<p>دوز دارو در سالمندان افراد با بیماری طی همراه یا مراحل بالینی ۳ و ۴ بالینی عفونت HIV</p> <p>دوز دارو در فرد بالغ</p> <p>نام دارو</p> <p>ضد اضطراب: بنزدین‌پین‌ها و بوستیرون</p>	<p>اگر بیمار تحت درمان با NNRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>مهارکننده‌های پروتاز است، با NNRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>احتیاط مصرف شود و در صورت امکان با لورازپام یا پروپیرون تعویض شود.</p> <p>در زنان حامله، بخصوص در سه ماهه اول بارداری، ممکن است موجب آئوسالی‌های مادرزادی شود. از مصرف آن در بیماران با اختلالات شناختی اجتناب شود.</p>	<p>عوارض جدی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - دیپرسیون تنفسی - سندرم قطع مصرف - وابستگی و سوءمصرف - افت فشار خون - برادری‌کاری - عوارض شایع: - خواب آلودگی و سستی - آتاکسی - کونفیوژن - دیپلویا و تازی دید - دیس آرتری - کاهش فشار خون - سرگیجه 	<p>دوز شروع: ۱ تا ۲ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز</p> <p>افزایش: هر یک تا ۲ هفته روز به صورت دوزهای منقسم تا دوز تا ۴ تا ۶ میلی‌گرم</p> <p>مصرف بنزدین‌پین‌های کوتاه اثر که متابولیت حواسط ندارند، مانند لورازپام ترجیح داده می‌شود.</p> <p>دوز شروع: ۲ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز</p> <p>افزایش: هر یک تا ۲ هفته، به صورت دوزهای منقسم تا دوز تا ۱۰ تا ۲۰ میلی‌گرم</p>
	<p>NNRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>NNRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>Protease Inhibitors</p> <p>اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>مصرف لورازپام بدلیل خطر کم تداخل دارویی با مهارکننده‌های پروتاز، به دینازپام ترجیح داده می‌شود.</p>	<p>مشابه دینازپام به جز این که در مصرف همزمان با ریتوناویر منع مصرفی ندارد.</p>	<p>دوز شروع: ۰.۵ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز</p> <p>افزایش: هر یک تا ۲ هفته به صورت دوزهای منقسم تا ۲ تا ۳ میلی‌گرم</p> <p>حاکثر دوز: ۳ میلی‌گرم روزانه</p> <p>دوز شروع: ۱ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز</p> <p>افزایش: هر یک تا ۲ هفته به صورت دوزهای منقسم تا ۴ تا ۸ میلی‌گرم</p> <p>حاکثر دوز: ۸ میلی‌گرم روزانه</p>

¹ Diazepam

² Lorazepam

تداخلات دارویی اساسی با داروهای ضد رتروویرال	احتیاط	عوارض جانبی جدی و شایع	دوز دارو در سالمندان، افراد با بیماری طی همراه یا مراحل بالینی HIV ۳ و ۴ بالینی عفونت	دوز دارو در فرد بالغ	نام دارو
<p>INRTIs:</p> <p>مصرف همزمان با efavirenz منجر به تغییرات سطح خونی (افزایش یا کاهش) کلونازپام می‌شود. از مصرف همزمان این دو دارو خودداری شود و از داروی لورازپام به جای آن استفاده شود.</p> <p>INRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>Protease Inhibitors:</p> <p>در صورت مصرف همزمان با ریتوناویر، به صورت معناداری سطح خونی کلونازپام افزایش می‌یابد و مسمومیت با این دارو ظاهر می‌گردد که با علائم دیررسین تنفسی و کاهش سطح هوشیاری خود را نشان می‌دهد. در این بیماران از مصرف کلونازپام اجتناب شود. مصرف لورازپام در این موارد، ترجیح داده می‌شود.</p>	<p>مشابه دیازپام</p>	<p>مشابه عوارض دیازپام</p>	<p>دوز شروع: ۰/۵ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز</p> <p>افزایش: هر یک تا ۲ هفته روز به صورت دوزهای منقسم تا ۴ تا ۶ میلی‌گرم</p> <p>۳ تا ۴ میلی‌گرم</p> <p>مصرف بنزودیازپین‌های کوتاه اثر که متابولیت حدواسط ندارند، مانند لورازپام ترجیح داده می‌شود.</p>	<p>دوز شروع: ۰/۵ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز</p> <p>افزایش: هر یک تا ۲ هفته به صورت دوزهای منقسم تا ۴ تا ۶ میلی‌گرم</p> <p>حداکثر دوز: ۶ میلی‌گرم روزانه</p>	<p>قرص کلونازپام ۱ و ۲ میلی‌گرمی</p>

تداخلات دارویی اساسی یا داروهای ضدترتروویرال	احتیاط	عوارض جانبی جدی و شایع	دوز دارو در سالمندان، افراد با بیماری طی همراه یا مراحل بالینی HIV و ۳ و ۴ بالینی عفونت HIV	دوز دارو در فرد بالغ	نام دارو
<p> NNRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده NRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده Protease Inhibitors: تداخل دارویی آن از نظر بالینی اهمیتی ندارد. </p>	<p> مشابه عوارض دیازپام </p>	<p> مشابه عوارض دیازپام </p>	<p> دوز شروع: ۱ تا ۲ میلی گرم یک تا دو بار در روز افزایش: هر یک تا ۲ هفته روز به صورت دوزهای منقسم تا دوز تا ۴ تا ۶ میلی گرم مصرف بنزودیازپین‌های کوتاه اثر که متابولیت حواسط ندارد، مانند لورازپام ترجیح داده می‌شود. </p>	<p> دوز شروع: ۵ میلی گرم یک تا دو بار در روز افزایش: هر یک تا ۲ هفته، به صورت دوزهای منقسم تا دوز ۲۰ میلی گرم در روز حداکثر دوز: ۶۰ میلی گرم </p>	<p> قرص کلردیازپوکساید^۱ و ۵ میلی گرمی </p>
<p> Protease Inhibitors: ممکن است سطح بوسپیرون را افزایش دهند. در صورت مصرف همزمان، دوز بوسپیرون کاهش داده شود. </p>	<p> با داروهای دیگری که سطح سسروتونین را بسیار می‌برد (سه‌حلقه‌ای‌ها، تی‌تی‌م، SSRIs, MAOIs) با احتیاط استفاده شود. </p>	<p> عوارض جدی: گزارش نشده عوارض شایع: - گیجی - خواب آلودگی - تهوع و استفراغ - سردرد - عصبی شدن </p>	<p> دوز شروع: ۱۰ میلی گرم نو تا ۲ بار در روز افزایش: در صورت نیاز ۵ میلی گرم هر ۲ روز حداکثر دوز: ۴۵ میلی گرم </p>	<p> دوز شروع: ۱۰ میلی گرم نو تا ۲ بار در روز افزایش: در صورت نیاز ۵ میلی گرم هر ۲ روز حداکثر دوز: ۶۰ میلی گرم ممکن است کمتر از بنزودیازپین‌ها برای درمان اضطراب مؤثر باشد، ولی خطر وابستگی به آن وجود ندارد. </p>	<p> قرص بوسپیرون^۱ و ۵ میلی گرمی </p>

اختلالات مصرف مواد و HIV

اختلالات مصرف مواد چیست؟

بر اساس دستورالعمل DSM-IV-TR، اختلالات ناشی از مصرف مواد را می‌توان به سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد (اعتیاد) تقسیم نمود. معیارهای تشخیصی این اختلالات در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶ - اختلالات مصرف مواد

سوء مصرف مواد	وابستگی به مواد (اعتیاد)
<p>الگوی ناسازگارانه از مصرف مواد که منجر به اختلال عملکرد و یا ناراحتی فرد شده و خود را به شکل یکی از علائم زیر نشان می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ناتوانی در برآورده نمودن انتظارات شغلی، تحصیلی و یا روابط خانوادگی؛ ❖ مصرف در موقعیت‌های خطرناک؛ ❖ تداوم مصرف با وجود پیامدهای قانونی؛ ❖ تداوم مصرف با وجود اختلال عملکرد بین فردی و یا اجتماعی. 	<p>الگوی ناسازگارانه از مصرف مواد که منجر به اختلال عملکرد و یا ناراحتی فرد شده و خود را با وجود حداقل سه مورد از علائم زیر نشان می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ پیدایش پدیده‌ی تحمل به مواد؛ ❖ علائم ترک و محرومیت با قطع یا کاهش مصرف مواد؛ ❖ مصرف مواد اغلب به مقدار بیشتر و یا زمان طولانی‌تری از مقدار یا زمان پیش‌بینی شده؛ ❖ تلاش‌های ناموفق در کاهش یا قطع مصرف؛ ❖ صرف زمان زیاد برای تهیه، مصرف و یا برطرف شدن اثرات ماده؛ ❖ رها شدن فعالیت‌های مهم شغلی، اجتماعی و تفریحی؛ ❖ ادامه‌ی مصرف با وجود بروز مشکلات طبی و یا روانشناختی.

تحمل^۱ بدان معناست که به دنبال مصرف مکرر دوز معینی از یک ماده، اثرات آن کم شده و فرد برای دستیابی به اثرات قبلی به افزایش دوز ماده نیاز پیدا می‌کند. علائم محرومیت^۲ به گروهی از علائم که در هنگام کاهش و یا قطع مصرف یک ماده ایجاد می‌شوند، گفته می‌شود. این علائم ناراحتی قابل ملاحظه‌ای ایجاد می‌کنند و یا موجب افت عملکرد شغلی یا اجتماعی می‌شوند.

ارتباط اختلالات مصرف مواد و HIV

اختلالات مصرف مواد از چند طریق با HIV/AIDS مرتبطند و ابتلای به هر یک بر درمان و مراقبت دیگری نیز تأثیر می‌گذارد. پزشکیانی که با درمان هر یک از این دو دسته اختلال سر و کار دارند، باید درباره دیگری و تعامل این دو اختلال اطلاعات کافی داشته باشند.

¹ Tolerance

² Withdrawal

- ۱- **تزریق مواد به عنوان یکی از راه‌های انتقال ویروس:** چنانکه در فصول قبل تشریح شد، خطر انتقال ویروس از طریق استفاده از سوزن مشترک، خیلی زیاد است. به همین دلیل، در جهان حدود ۱۰ درصد از موارد ابتلا به HIV از طریق استفاده از سرنگ مشترک در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد رخ می‌دهد. این رقم در ایران بالاتر از ۶۰ درصد است. بنابراین شاید بتوان گفت که در کشور ما مهم‌ترین راه پیشگیری از آیدز، جلوگیری از استفاده از سرنگ مشترک در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. علاوه بر این، به دلیل همین عامل خطر است که در کشور ما اکثر افراد مبتلا به HIV/AIDS مصرف‌کننده‌ی مواد نیز هستند. این امر مراقبت و درمان HIV را پیچیده‌تر کرده و عملاً بدون توجه به مسائل مرتبط با مصرف مواد، مراقبت مؤثر از بیماران HIV ممکن نیست.
- ۲- **رفتارهای پرخطر جنسی در مصرف‌کنندگان مواد به عنوان یکی دیگر از راه‌های انتقال ویروس:** رفتار پرخطر جنسی به دلایل مختلف در مصرف‌کنندگان مواد نادر نیست. اول آنکه مصرف الکل و مواد محرک، با کاهش مهارها و خواص تحریک کننده، احتمال ارتباط جنسی را تحت شرایط پیش بینی نشده و محافظت نشده بالا می‌برد. دوم آنکه، در بسیاری از جوامع، رفتارهای پرخطر مانند خشونت، مصرف مواد و روسپیگری در گروه‌های واحدی با هم همراه است و به دلایل مختلف، وجود یکی احتمال دیگری را بالا می‌برد. سوم آنکه، افرادی که به دلیل اعتیاد انگیزه‌ی خود را برای مراقبت از سلامتی خود از دست می‌دهند، اهمیتی به استفاده از وسایل پیشگیری در ارتباط جنسی نمی‌دهند. بنابراین، برای پیشگیری از بروز HIV در مصرف‌کنندگان مواد، و هم‌چنین پیشگیری از ابتلای شریک جنسی افراد مبتلا به HIV توجه به کاهش این رفتار، اهمیت کلیدی دارد.
- ۳- **تأثیر مصرف مواد و اعتیاد بر پایبندی به مراقبت و درمان HIV:** پایبندی به درمان HIV در مصرف‌کنندگان مواد به دلایل مختلف، کم است. اول به این دلیل که اعتیاد موجب می‌شود که توجه فرد به سلامتی خود کاهش یابد و به جای آن اولویت بیشتری به مصرف مواد قائل باشد. دوم آنکه، بسیاری از افراد معتاد مبتلا به HIV، حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی خود را از دست می‌دهند و این امر موجب می‌شود تا از کمک‌های لازم که بیمار برای مراقبت و درمان HIV خود لازم دارد، برخوردار نباشند. سوم آنکه، حتی در مواقعی که درمان HIV رایگان ارائه می‌شود، پایبندی به درمان مستلزم هزینه‌هایی مانند رفت و آمد، بهبود تغذیه، انجام آزمایش‌ها، دریافت سایر درمان‌ها برای اعتیاد، سل و هپاتیت و سایر هزینه‌هاست که در بسیاری از موارد تأمین آنها برای معتادان دشوار است. هم‌چنین، استیگمای همراه با مصرف مواد، در کاهش پذیرش کادر درمان بی‌تأثیر نیست. بسیاری از درمانگران معتقدند شروع درمان با داروهای ضد‌رتروویروس برای فردی که مواد مصرف می‌کند موجب می‌شود تا به دلیل پایبندی کم به درمان، احتمال بروز مقاومت دارویی افزایش یابد. هم‌چنین، بودجه‌ای که برای ارائه‌ی داروهای گران قیمت ART به معتادان صرف می‌شود، به هدر می‌رود.
- ۴- **تأثیر مواد بر پیشرفت بیماری در HIV:** مواد افیونی به عنوان یک عامل جانبی در پیشرفت ایمونوپاتوژنز HIV شناخته شده‌اند. مورفین موجب افزایش آسیب پذیری سلول‌های ایمنی به HIV می‌شود و افزایش تکثیر ویروس HIV در ماکروفاژها، لنفوسیت‌های T و انواع سلول‌های مغزی می‌شود. مت‌آمفتامین نیز تأثیرات مشابهی دارد.
- ۵- **تداخل داروهای به کار رفته در دو بیماری با یکدیگر:** برخی از داروهای ضد‌رتروویروسی موجب افزایش سطح متادون و برخی موجب کاهش سطح آن می‌شوند. متادون خود موجب کاهش جذب داروهای ضد‌ویروسی از دستگاه گوارش می‌شود.
- ۶- **وجود عفونت هم‌زمان به خصوص با هپاتیت C در مصرف‌کنندگان مواد:** عفونت با هپاتیت C در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بسیار شایع است و مهم‌ترین راه انتقال آن، وسایل تزریق مشترک می‌باشد. این امر موجب شده است تا وقوع عفونت هم‌زمان HIV و HCV نیز در مصرف‌کنندگان تزریقی شایع باشد. مطالعه‌ای در ایران نشان داد که بیش از ۸۰ درصد از معتادان تزریقی آلوده به HIV، مبتلا به عفونت HCV نیز می‌باشند. این

امر موجب پیچیده‌تر شدن درمان هر دو بیماری می‌شود. عفونت همزمان با HCV موجب اختلال بیشتر عملکرد ایمنی و تولید سیتوکین شده، تکثیر هر دو ویروس را تشدید کرده و موجب کاهش بیشتر تعداد سلول‌های T می‌شود. داروهای ART نیز می‌توانند با افزایش تجمعی مسمومیت کبدی موجب تشدید فیبروز کبد شوند.

عوامل فوق‌گرفته موجب می‌شود که نیاز معتادان به مراقبت‌های جدی‌تر افزایش یابد، لیکن هم‌چنین موجب شده است تا در بسیاری از جوامع، مصرف‌کنندگان مواد حداقل مراقبت‌های لازم را دریافت نکرده و در صورت نیاز از دریافت داروهای ضد رتروویروس منع شوند. سه دسته شواهد زیر از جمله شواهدی هستند که نشان داده‌اند اعمال چنین ممنوعیت‌هایی خطاست:

- ❖ مطالعات جدید نشان داده‌اند که با استراتژی‌های مؤثر می‌توان پایبندی مصرف‌کنندگان مواد به درمان را افزایش داد و مصرف مواد به تنهایی نباید به عنوان محدود کننده برای دریافت داروهای ضد رتروویروس قلمداد شود.
- ❖ بررسی هزینه اثربخشی مداخلات نشان داده‌اند که در مناطقی که اپیدمی HIV در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد وجود دارد، هزینه‌ی تحت پوشش قرار دادن آنها در درمان ART، موجب کاهش هفت برابری سایر هزینه‌های اجتماعی و پزشکی می‌گردد.
- ❖ مطالعات بزرگی نشان داده‌اند که بروز مقاومت دارویی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به هیچ وجه بیشتر از بروز آن در سایر گروه‌های مبتلا به HIV نیست.
- ❖ از آنجا که بسیاری از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، تزریق پرخطر و رفتارهای پرخطر جنسی دارند، شناسایی به موقع ابتلا به HIV در آنان و شروع ART موجب مهار RNA ویروس شده و می‌تواند خطر ابتلای دیگران را ۹۵ درصد کاهش دهد.
- ❖ پس از شروع مراقبت و درمان HIV، در موارد بسیاری، مصرف تزریقی مواد، مصرف الکل و مواد، و روابط محافظت نشده‌ی جنسی کاهش می‌یابد.

این مطالعات موجب شد تا سازمان بهداشت جهانی پروتکلی را به چاپ برساند و در آن به صراحت اعلام نماید که حتی تزریق فعالانه مواد نیز نباید ملاکی برای خروج فرد از درمان باشد و هم‌چنین نباید شروع درمان ART را مشروط به شروع درمان اعتیاد کرد.

درمان اعتیاد

اعتیاد (وابستگی به مواد) یک بیماری مزمن و عودکننده است؛ از این رو درمان آن یک فرآیند طولانی است. درمان اعتیاد به مواد افیونی (اپیوئیدها) به چند دسته درمان‌های دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شود. رایج‌ترین درمان‌ها عبارتند از:

- ۱- سم‌زدایی و به دنبال آن، مراقبت‌های پیشگیری از عود؛
- ۲- استفاده از داروهای جایگزین^۱؛
- ۳- شرکت در گروه‌های خودیاری.

¹ Opioid Substitution Treatment (OST)

انتخاب نوع درمان به عوامل مختلفی بستگی دارد. لیکن، در مورد مصرف‌کنندگان مواد اپیوئیدی که مبتلا به HIV هستند و سم‌زدایی برای ایشان استرس و دشواری بیشتری داشته و عود مصرف موجب کاهش امکان ادامه‌ی مراقبت و درمان HIV می‌شود، استفاده از داروهای جایگزین مانند متادون و بوپرنورفین توصیه می‌شود. در صورتی که بیمار بتواند از عهده‌ی مخارج درمان جایگزین طولانی با بوپرنورفین برآید، به نظر می‌رسد این دارو به دلیل تداخل دارویی محدودتر با داروهای ART در درازمدت مطلوب‌تر باشد؛ در غیر این صورت درمان نگهدارنده با متادون اولویت دارد. کادر درمان به طور مداوم باید بیمار را به شروع درمان اعتیاد و یا باقی ماندن در درمان اعتیاد تشویق و ترغیب نمایند. پزشک مسئول درمان اعتیاد باید به طور مداوم با پزشک مسئول مراقبت از HIV بیمار در تماس باشد، و هر نوع تغییر در پایبندی بیمار به هر دو نوع درمان و تغییر در داروهای تجویز شده و بروز هر نوع بیماری یا مشکل دیگر را به یکدیگر اطلاع دهند.

تداخلات با داروهای ART

متادون و بوپرنورفین نیز مانند بسیاری از داروهای ART (شامل NNTRIs و PIs) توسط آنزیم‌های سیتوکروم P450 متابولیزه می‌شوند. افایرنز و نویراپین القاءکننده‌ی آنزیم‌های سیتوکروم P450 هستند و نلفیناویر مهارکننده‌ی این آنزیم‌هاست. برخی از تداخلات دارویی مهم در زیر تشریح شده‌اند:

- ❖ مهم‌ترین تداخل دارویی مربوط به اثر ARTs بر تشدید متابولیسم متادون است که موجب کاهش سطح سرمی متادون شده، علائم محرومیت از متادون را ایجاد می‌کند. به ویژه، بیمارانی که برای ایشان افایرنز شروع می‌شود باید به دقت از نظر بروز علائم محرومیت پایش شوند. به طور متوسط لازم می‌شود دوز متادون در ایشان ۵۰ درصد افزایش یابد. نویراپین نیز به میزان کمتری موجب افزایش متابولیسم متادون می‌شود. باید دقت شود که بروز علائم محرومیت متادون می‌تواند با خطر افزایش وسوسه و اشتیاق به مصرف مواد اپیوئیدی و عود اعتیاد همراه شود. همچنین، وقتی افایرنز و نویراپین قطع شوند، احتمال بروز مسمومیت با متادون افزایش می‌یابد و با کنترل علائم بالینی در صورت نیاز دوز آنها را باید کاهش یابد.
- ❖ متادون، موجب کاهش تحرک دستگاه گوارش شده، جذب برخی داروها به ویژه استاوودین را کاهش می‌دهد.
- ❖ متادون می‌تواند سطح پلاسمایی زیدوودین را بالا برده و عوارض دارویی آن را افزایش دهد.
- ❖ در مورد بوپرنورفین، تداخلات دارویی مهم آن با داروهای ART نادر است.

در مورد تداخل دارویی مواد غیرقانونی باید دانست که تداخل دارویی هروئین، مورفین و کدئین با داروهای ART گزارش نشده است. نلفیناویر متابولیسم حشیش را کاهش داده و موجب مسمومیت ناشی از حشیش می‌شود. ریتوناویر موجب مهار متابولیسم اکستازی و آمفتامین‌ها می‌شود و مواردی از مرگ ناشی از مسمومیت آنها گزارش شده است.

همچنین، مصرف مزمن الکل، کارکرد سیستم ایمنی را مختل می‌کند. مصرف مزمن الکل همراه با نویراپین خطر آسیب کبدی و مصرف آن همراه با دیدانوزین خطر آسیب پانکراس را افزایش می‌دهد.

فصل هفتم:

کار با مراجعین دارای افکار خودکشی

خطر خودکشی در HIV

زندگی با عفونت HIV و ایدز کاری دشوار و در برخی مواقع طاقت فرسا می‌باشد. تعیین همه‌گیرشناسی دقیق خودکشی در افراد مبتلا، امری پیچیده است. در بسیاری از مطالعات، میزان خودکشی کمتر از حد واقعی گزارش شده و موارد عمدی آسیب به خود، به صورت آسیب دیدگی و بیش مصرف‌های^۱ اتفاقی ثبت می‌شوند. این امر از آنجا حائز اهمیت است که مصرف بیش از حد مواد، شایع‌ترین روش خودکشی در افراد HIV⁺ می‌باشد. شیوع خودکشی در افراد دچار عفونت HIV در مطالعات مختلف، از ۷/۴ تا ۹۹ برابر جمعیت عمومی عنوان شده و تخمین زده می‌شود که حدود دو سوم افراد مبتلا، به خودکشی فکر نموده‌اند. در یک مطالعه‌ی مروری در سال ۲۰۱۱، حدود ده درصد از افراد HIV⁺، با خودکشی فوت نموده‌اند و ۲۹ درصد دارای چنین افکاری در هفته‌ی گذشته بوده‌اند.

احتمال خودکشی در افراد دچار عفونت HIV، در دو دوره افزایش می‌یابد. اولی هنگامی است که عفونت فرد برای اولین بار تشخیص داده شده و خودکشی می‌تواند به صورت یک واکنش تکانشی^۲ نسبت به برهم ریختگی احساسی متعاقب آن رخ دهد. دوره‌ی دوم در اواخر سیر بیماری بوده، هنگامی که عوارض سیستم اعصاب مرکزی ناشی از AIDS پدیدار شده، توانایی کسب درآمد افت نموده، و فرد احساس می‌کند که باری بر دوش خانواده و مراقبین خود شده است.

ارزیابی خطر خودکشی

چگونه مراجعین دارای افکار خودکشی را شناسایی نماییم؟

بسیاری از ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی، از پرسش صریح درباره‌ی افکار خودکشی در مراجعین هراس داشته و نگرانند که پرس و جو در این زمینه، موجب القاء این افکار شود. در حالی که، پرسش ظریف در مورد افکار خودکشی نمایانگر

¹ Overdose

² Impulsive

توجه مشاور به سلامتی مراجع بوده، و بیانگر این امر است که گاهی بحران‌های زندگی می‌توانند موجب استیصال و درماندگی فرد شوند. خودکشی با شناسایی افراد در معرض خطر، قابل پیشگیری است.

چگونه موضوع خودکشی را با مراجع مطرح نماییم؟

با توجه به مراحل مختلف مشاوره، بحث در مورد افکار خودکشی را می‌توان به صورت ظریف آغاز نمود.

در مشاوره‌ی پیش از آزمایش، مهم است که هر چه زودتر افراد در معرض خطر شناسایی گردند. بسیاری از مراجعین، حتی پیش از تشخیص HIV با عوامل خطر و بحران‌های واضح مراجعه می‌کنند. شرح حال کامل به قصد مشخص کردن عوامل خطر مشترک از جمله مصرف مواد یا الکل، سابقه‌ی اختلالات روانپزشکی و دیگر بیماری‌های تهدید کننده‌ی زندگی مانند هپاتیت مزمن باید اخذ گردد. همچنین، باید از مراجع پرسیده شود که آیا مایل است نتایج مثبت را با افراد مهم زندگی خود در میان گذارد یا خیر. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که افرادی که در زمان تشخیص از حمایت کافی اطرافیان برخوردار نبوده و یا توسط آنها طرد می‌شوند، در معرض خطر بیشتر خودکشی می‌باشند.

علاوه بر این، باید از مراجع پرسیده شود در صورت مثبت شدن نتیجه‌ی آزمایش، چه واکنشی خواهد داشت. با وجود این که بسیاری از مراجعین قادر به پیش‌گویی دقیق واکنش خود نیستند، نحوه‌ی پاسخ‌دهی آنها می‌تواند اطلاعات با ارزشی در مورد خطر خودکشی آنها در اختیار بگذارد. مراجع ممکن است عنوان کند که به زندگی خود پایان می‌دهد؛ در این صورت مشاور باید در مورد سابقه‌ی قبلی اقدام به خودکشی در فرد پرس و جو کند. در پاسخ به مراجعینی که چنین واکنشی را عنوان می‌کنند، باید یادآوری کرد که ممکن است آنها مبتلا نشده باشند و در صورت ابتلا نیز منابع حمایت در دسترس ایشان خواهد بود، که در قدم هشتم در فصل مشاوره‌ی پیش از آزمایش توضیح داده شده است.

در مواردی که نتایج غیرقطعی می‌شود، آزمایش مجدد می‌تواند وضعیت ابتلای آنها را مشخص نماید. به این مراجعین باید یادآوری کرد که HIV در آنها تشخیص داده نشده است. مشاور باید استراتژی‌های مقابله‌ای مراجع را ارزیابی نموده و مستقیماً در مورد نیت آسیب به خود و اقدام به خودکشی، در زمان انتظار برای آزمایش بعدی، سؤال نماید. باید به صراحت از مراجعینی که در مشاوره‌ی پیش از آزمایش در معرض خطر خودکشی هستند و یا عوامل زمینه‌ساز این امر را در شرح حال دارند، پرسیده شود که آیا زندگی ارزش زندگی کردن را دارد و آیا آنها قصد اقدام به خودکشی دارند.

هنگام ارائه‌ی نتایج مثبت قطعی، ارزیابی خطر خودکشی باید برای تمامی افراد (صرف نظر از این که شواهد خطر خودکشی را در مشاوره‌ی پیش از آزمایش داشته‌اند یا خیر) انجام شود.

مراجعینی که در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش، قصد آسیب به خود را عنوان کرده بودند، اکنون باید با ایشان به ظرافت در مورد این موضوع صحبت شود. مشاور می‌تواند عنوان کند: «در جلسه‌ی پیش از آزمایش گفتی در صورتی که نتیجه‌ی آزمایشات مثبت بشه، خودت را می‌کشی؛ آیا هنوز هم به این موضوع فکر می‌کنی؟». با وجودی که بسیاری از مراجعین در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش ممکن است چنین قصدی را بیان نمایند، بسیاری از آنها قصد دنبال نمودن و انجام آن را ندارند. با این وجود، ارزیابی مجدد خطر خودکشی، حائز اهمیت می‌باشد. اگر مراجع داشتن افکار خودکشی را انکار می‌کند، در حالیکه در جلسه‌ی پیش از مشاوره آن را ابراز داشته، باید در مورد عوامل بازدارنده‌ی اقدام به خودکشی صحبت شود. مراجعینی که قادر نیستند دلایل خود را برای منصرف شدن از این اقدام بیان کنند، ممکن است همچنان در خطر باشند.

از مراجعینی که در مشاوره‌ی پیش از آزمایش افکار خودکشی را عنوان نکرده‌اند، باید به صراحت در مورد وجود این قبیل افکار، بعد از تشخیص عفونت سؤال شود. مشاور به عنوان مثال می‌تواند بگوید: «هنگامی که نتایج آزمایش مثبت را به

افراد اعلام می‌کنم، برخی از آنها می‌گویند احساس می‌کنند زندگی به پایان رسیده، یا قصد آسیب به خود یا خاتمه دادن به زندگی خود را دارند؛ شما در این زمینه چه احساسی دارید؟»

پیگیری درازمدت مراجعین HIV⁺

علاوه بر جلسه‌ی مشاوره‌ی پس از آزمایش و جلسه‌ای که با فاصله‌ی ۲۴ ساعت از تشخیص برای ارزیابی سازگاری و منابع حمایتی در دسترس مراجع صورت می‌گیرد، جلسات بعدی بر حسب شرایط بیمار برنامه‌ریزی می‌گردد. بسیاری از مشاوران پس از گذراندن این فاز اولیه، هر سه تا شش ماه یکبار طبق روال کاری خود، خلق، روابط و حمایت اجتماعی، مشکلات مالی و زندگی ایشان را ارزیابی می‌کنند. این کار مشاور را قادر می‌سازد تا به مشکلات روانی-اجتماعی مراجع، پیش از آن که به افکار خودکشی منتج شود، رسیدگی کند.

برای انجام این ارزیابی، باید از عوامل زمینه‌ساز خودکشی آگاهی داشت. برخی از این عوامل عبارتند از:

- ❖ سابقه‌ی اختلالات عاطفی (افسردگی، اضطراب، مانیا)؛
- ❖ اختلال روانپزشکی فعلی مانند اسکیزوفرنیا یا اختلال دو قطبی؛
- ❖ وجود عوامل استرس‌زای دیگر از قبیل مشکلات روانی-اجتماعی؛
- ❖ سوء مصرف یا ترک الکل و یا مواد؛
- ❖ حمایت اجتماعی ناکافی؛
- ❖ مشکلات در هویت جنسی.

مراجعین با انگ، تبعیض، مشکلات خانوادگی، از دست دادن درآمد، و دیگر مشکلات اجتماعی مواجه هستند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم با بیماری آنها مرتبط می‌باشد. ارزیابی خطر خودکشی را می‌توان با مطرح کردن چنین سؤالی آغاز نمود: «برخی از افرادی که با عفونت HIV زندگی می‌کنند، احساس می‌کنند که مشکلاتشان غیر قابل حل بوده و دیگر توان مقابله با آنها را ندارند. برخی حتی عنوان می‌کنند که زندگی ارزش زندگی کردن را نداشته و می‌خواهند به آن پایان دهند، شما چه احساسی دارید؟»

یکی از شایع‌ترین دلایل خودکشی در این افراد، افسردگی است و مشاور باید همواره ارزیابی افسردگی را مد نظر داشته باشد. افسردگی یک حالت درونی بوده، و علائم قابل مشاهده‌ی آن برای سایر افراد می‌تواند از بی‌قراری تا انزوا باشد. علائم نه تنها در افراد مختلف، متفاوت بوده، بلکه در یک فرد نیز در طول زمان تغییر می‌کند. برخی افراد ممکن است تعداد محدودی از علائم را تجربه کنند و برخی ممکن است به تمامی علائم دچار شوند. علائم و نشانه‌های آن شامل موارد زیر است:

- ❖ خلق غمگین، مضطرب یا احساس پوچی به صورت مداوم؛
- ❖ احساس ناامیدی و یا منفی‌نگری؛
- ❖ احساس گناه، بی‌ارزشی و یا درماندگی؛
- ❖ از بین رفتن علاقه به امور لذتبخش (مانند فعالیت جنسی)؛
- ❖ کاهش انرژی و یا خستگی؛
- ❖ دشواری در تمرکز، به خاطر سپردن و یا تصمیم‌گیری؛
- ❖ بی‌خوابی، سحرخیزی و یا پرخوابی؛
- ❖ از دست دادن اشتها یا کاهش وزن، پرخوری یا افزایش وزن؛
- ❖ بی‌قراری یا تحریک‌پذیری؛

❖ افکار مرگ و خودکشی، اقدام به خودکشی.

مصاحبه‌ی تشخیصی - درمانی

ارزیابی خوب، جزئی از درمان می‌باشد. در مراجعین تکانشی و افرادی که به صورت احساسی، نسبت به بحران‌های پیش‌آمده (مانند تشخیص اخیر HIV یا شکست در رابطه) پاسخ می‌دهند، می‌توان توجه فرد از افکار خودکشی را به مسائل دیگر معطوف نمود. هنگامی که وجود افکار خودکشی و عوامل زمینه‌ساز آن مشخص شد، حال باید یک ارزیابی دقیق، برای برنامه‌ریزی درمان به عمل آید. این ارزیابی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- ❖ وجود افکار خودکشی و دفعات آن مشخص شود؛
- ❖ وجود برنامه ریزی برای خودکشی (مانند بخشیدن اموال، روش خودکشی مشخص) و دسترسی به ابزار آن (مانند قرص، اسلحه) بررسی گردد؛
- ❖ جزئیات اقدامات قبلی پرس و جو شود:
 - آیا به صورت تکانشی بوده، با برنامه‌ریزی بوده، و یا هنگام مصرف مواد یا الکل رخ داده است؛
 - این اقدام بر زندگی فرد چه تأثیری گذارده است؛
 - دیگران نسبت به این اقدام، چه واکنشی داشتند.
- ❖ علایم بالینی و شرح حال افسردگی چک شود؛
- ❖ دیگر مشکلات مراجع ارزیابی گردد؛ HIV به ندرت تنها مشکل مراجع است؛
- ❖ چه چیزی می‌تواند نظر بیمار را در مورد زندگی تغییر دهد؛
- ❖ از بیمار خواسته شود عواقب خودکشی را بر اطرافیان مد نظر داشته باشد. اغلب مراجعین گمان می‌برند که مرگ آنها اطرافیان را خلاص می‌کند، مشاوران باید چنین گمانی را به چالش بکشند؛
- ❖ برای مراجع یک برنامه درمانی ایجاد شده و اهداف آن تعیین گردد؛
- ❖ مصاحبه مستند شده، و خطر خودکشی و اقدامات انجام شده برای جلوگیری از آن ثبت شود.

ملاحظات کلیدی در کار با مراجعین دچار افکار خودکشی

- ❖ هنگامی که مشاور با مراجع دارای افکار خودکشی مواجه است، باید مد نظر داشته باشد که ممکن است مراجع پیش از شروع جلسه، ماده‌ی سمی یا خطرناکی را به قصد خودکشی مصرف کرده باشد. بنابراین ارزیابی وی از لحاظ جسمانی اهمیت دارد.
- ❖ در برخی موارد، مراجع در بحران بوده و نیاز به توجه فوری دارد؛ ممکن است که تنها بوده یا یکی از اقوام، وی را همراهی کند. مشاور باید مراجع را از ابتدا، به تنهایی ببیند. بسیاری از مراجعین ممکن است در حضور نزدیکان که ممکن است خود جزئی از «سیستم مشکل»^۱ باشند، در مورد افکار خودکشی خود راحت صحبت نکنند.
- ❖ از لحاظ قانونی، مستند سازی مصاحبه حائز اهمیت می‌باشد. مشاور ممکن است در مراحل بعدی نیاز به توجیه اقدامات خود پیدا کند.
- ❖ مراجع دارای افکار خودکشی را هیچگاه نباید در جلسه‌ی مشاوره در اتاق تنها گذاشت. اگر نیاز به دسترسی به پرونده‌ی بیمار شد، از یکی از همکاران درخواست شود تا به کمک بیاید.

¹ Problem System

مستند سازی روند ارزیابی: به دلایل حقوقی مشاوران می‌بایست سوابق ارزیابی بیمار را نگه دارند. این کار می‌تواند با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد صورت گیرد.

جدول ۷- ماتریس خودکشی

جزئیات	خطر کم	خطر متوسط	خطر زیاد
طرح و نقشه‌ی خودکشی (مانند جزئیات طرح و نقشه، دسترسی به ابزار خطرناک، کشندگی روش و فرصت مداخله)	طرح و نقشه مبهم بوده، ابزار در دسترس نمی‌باشد، زمان مشخصی تعیین نشده، کشندگی روش کم است، دیگران در اغلب اوقات حضور دارند.	برخی از جزئیات طرح و نقشه مشخص شده، ابزار در دسترس است، روش نسبتاً خطرناک است، دیگران در صورت تماس حضور می‌یابند.	جزئیات طرح و نقشه به دقت مورد بررسی قرار گرفته، زمان مشخصی تعیین شده، روش به شدت خطرناک است، کسی دور و بر فرد نیست.
سابقه‌ی قبلی اقدام به خودکشی	ندارد و یا تنها یک بار با روش کم خطر صورت گرفته است.	چندین بار اقدام کرده ولی همیشه با روش‌های نسبتاً کم خطر بوده، چندین بار نسبت به این امر تهدید کرده است.	اخیراً اقدام داشته، سابقه‌ی اقدام با روش‌های خطرناک وجود دارد.
استرس	استرس بارزی وجود ندارد.	نسبت به تغییر محیط یا فقدان، واکنش متوسط وجود دارد.	اخیراً در زندگی بحرانی پیش آمده، واکنش شدید به فقدان یا تغییر محیط دارد.
علایم	به ندرت به خودکشی فکر می‌کند، علایم افسردگی خفیف است، فعالیت‌های روزمره ادامه دارند.	گاهی اوقات به خودکشی فکر می‌کند، علایم افسردگی متوسط می‌باشد، برخی فعالیت‌های روزمره متوقف شده‌اند.	در مقابل دریافت کمک مقاومت می‌کند، دایم به این امر فکر می‌کند، علایم شدید افسردگی و یا نوسانات شدید در خلق رخ می‌دهد.
منابع	کمک در دسترس می‌باشد، نزدیکان در این مورد نگران بوده و مایلند کمک کنند.	نزدیکان حضور دارند اما تمایل چندانی نسبت به کمک ندارند.	نزدیکان سرزنش‌گرند و خشونت به خرج می‌دهند. فرد نسبت به سلامت خود کاملاً غفلت می‌کند.
توانایی برقراری ارتباط	فرد قادر است احساسات و افکارش را بیان کند.	خودکشی را با هدف تحت تأثیر قرار دادن سایرین انجام می‌دهد.	خودکشی به نیات درونی (مانند عذاب وجدان، احساس بیهودگی و بی‌ارزشی) می‌باشد.
سبک زندگی و جنبه‌های بین فردی	فرد شخصیت، روابط و عملکرد باثبات دارد.	فرد دچار سوء مصرف مواد است، خودکشی به صورت یک رفتار حاد در یک شخصیت باثبات می‌باشد.	فرد شخصیت بی‌ثبات دارد، در روابط خود دارای مشکلات متعدد می‌باشد.
وضعیت جسمانی	فرد به بیماری جسمانی مبتلا نیست.	سلامتی فرد رو به افول است.	فرد به یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده مبتلا است.

تعیین خطر خودکشی: تمام ارزیابی‌های خطر خودکشی باید میزان خطر را تعیین نمایند؛ این امر تعیین کننده‌ی مبنای مداخله‌ی شما می‌باشد. به دلایل قانونی بهتر است این کار با استفاده از شاخص‌ها یا پروتکل‌های استاندارد صورت گیرد. مصاحبه‌ی ارزیابی خطر خودکشی^۱ از چنین ابزارهایی می‌باشند که در پیوست آورده شده است. مستند سازی میزان خطر

¹ Suicide risk assessment interview

خودکشی ضروری بوده چرا که می‌تواند توجیه‌کننده اقدامات صورت گرفته‌ی بعدی باشد؛ به عنوان مثال، بستری نمودن اجباری و یا نقض رازداری هنگامی که جان بیمار در خطر است، قابل توجیه است. جدول ۷ ماتریس خودکشی^۱ نام دارد و به مشاوران کمک می‌کند تا با استفاده از علائم و نشانه‌های مختلف میزان خطر خودکشی را برآورد نمایند.

مداخلات درمانی برای خودکشی

پس از تکمیل ارزیابی و تعیین میزان خطر خودکشی، ضروری است که به مراجع بازخورد^۲ داده و وی را در ایجاد برنامه‌ی درمانی دخیل نمود. برنامه‌ی درمانی بسته به عوامل مؤثر بر خطر خودکشی متفاوت است. به عنوان مثال برای فردی که دچار اختلال افسردگی است، درمان کامل و جدی افسردگی ضرورت دارد. در مورد فردی که دچار یک بحران خانوادگی است، انجام مداخلات مؤثر برای حل این بحران، کلیدی است. در چنین مواقعی لازم است که مشاور با مراحل مختلف مداخله در بحران آشنا باشد.

مداخلات کلیدی در مراجعین با خطر کم^۳

- ❖ به مراجع بازخورد داده شود و در مورد امکان ظهور مجدد تکانه‌های خودکشی هشدار داده شود.
- ❖ از مراجع خواسته شود تا یک نفر (از افراد خانواده، همسر، یا دوستان) را که مایل است افکار خودکشی با وی در میان گذاشته شود، انتخاب نماید. در صورتی که فردی که مراجع انتخاب می‌کند، از وضعیت ابتلای وی به HIV خبر ندارد، دلیلی برای افشای وضعیت HIV وی وجود ندارد؛ به شخص دیگر تنها گفته می‌شود که مراجع تحت فشار زیاد بوده و به خاتمه دادن زندگی خود فکر کرده است.
- ❖ از دسترسی ۲۴ ساعته‌ی فرد به مراکز مراقبت مناسب، اطمینان حاصل گردد. به مراجع فهرستی از شماره‌های تماس این مراکز ارائه شده و روش‌های جایگزین در صورت عدم امکان تماس مشخص شود.
- ❖ ابزار و امکانات خودکشی (مانند اسلحه، قرص، مواد شیمیایی، سویچ ماشین، چاقو و طناب) از دسترس فرد خارج شود. اگر بیمار دارویی مصرف می‌نماید، دسترسی وی به مقادیر زیاد دارو محدود شده و از خانواده یا دوستان خواسته شود بر آن نظارت داشته باشند.
- ❖ علائم هشدار برای بروز مجدد افکار خودکشی به مراجع آموزش داده شود.
- ❖ با بیمار قرارداد عدم خودکشی منعقد گردد. مشاور باید تکانه‌های خودکشی مراجع را به تعویق بیندازد. به عنوان مثال، با مراجع قراردادی بسته شود که تا زمان مراجعه‌ی بعدی، اقدام به خودکشی نخواهد کرد. همچنین برای مراجع، برای موقعیت‌هایی که در شرف اقدام به خودکشی قرار گرفته است، گزینه‌هایی مطرح گردد مثلاً اینکه با فرد مورد اطمینان یا خطوط تلفنی مشاوره‌ی بحران^۴ می‌تواند تماس بگیرد.
- ❖ مشاور باید امید را به مراجع بازگرداند. عنوان شود مشکلات حتی اگر لاینحل باشند، قابل اداره شدن می‌باشند. توانایی مراجع در مقابله با بحران‌های قبلی شناسایی شده و مورد تأیید قرار گیرند. از روش‌های حل مسئله به صورت ساختار یافته می‌توان استفاده کرد.

¹ Suicide matrix

² Feedback

³ Low risk

⁴ Crisis hotline

خدمات اورژانس بعد از ساعات کاری

مشاور نباید گمان کند که تنها کسی است که قادر به کمک به مراجع است. این گمان گرچه لذت‌بخش بوده، غیرواقعی و آسیب‌رسان می‌باشد.

- ❖ به هیچ عنوان به مراجع قول داده نشود که مشاور همیشه در دسترس است. باید وی را تشویق نمود تا افراد خانواده، دوستان، افراد مذهبی و دیگر نهادهای اجتماعی را در مراقبت خود دخیل نماید؛
- ❖ تشکیل یک شبکه‌ی حمایت (مانند دوستان، خانواده و یا نهادها) تشویق گردد؛
- ❖ استفاده از خدمات اجتماعی، مانند خطوط تماس بحران، کلپ‌های اجتماعی و مراکز بهداشتی، به خصوص برای مواقعی که مراجع به مشاور دسترسی ندارد، تشویق گردد؛
- ❖ ممکن است مراجع نیاز به ارجاع به مراکز، مانند مراکز بهزیستی یا نهادهای قانونی برای دریافت کمک داشته باشد.

به مشاوران توصیه می‌شود که تنها شماره‌های تماس شغلی (و نه شماره‌ی منزل) خود را در اختیار مراجعین قرار دهند. به مراجع یادآوری شود که در ساعات غیرکاری، ممکن است مشاور در دسترس نباشد، و در عوض مشاور آموزش دیده‌ی دیگری پاسخگوی وی خواهد بود.

مداخلات کلیدی برای مراجعینی که احساسات ناچیزی از خود پس از تشخیص نشان می‌دهند

مراجعینی که از خود احساسات ناچیزی نشان داده، یا عباراتی همچون «از هم اکنون احساس می‌کنم مرده‌ام» را به کار می‌برند، در معرض خطر جدی خودکشی می‌باشند. این مراجعین به قصد خلاصی از مرکز مشاوره، نیت خود را افشا نمی‌کنند. برخی مراجعین (که اغلب سابقه‌ی سوء استفاده‌ی جنسی در کودکی دارند) خشم خود را به صورت کامل انکار می‌کنند. مراجعینی که به نظر می‌رسد در معرض خطر جدی خودکشی هستند ولی آن را ابراز نمی‌کنند، را باید ترجیحاً به روانپزشک ارجاع نمود.

مداخلات کلیدی برای مراجعین با خطر متوسط تا شدید^۱

میزان مداخلات انجام شده برای این بیماران، به زمینه‌ی کاری، دسترسی به مراکز خدمات بهداشت روان و قوانین موجود در این زمینه بستگی دارد. قدم‌های زیر می‌تواند به کار گرفته شود:

- ❖ مشاور باید به مراجع بازخورد داده و عنوان کند که وی در معرض خطر جدی خودکشی می‌باشد و دلایل خود را برای این نگرانی ابراز نماید؛
- ❖ اگر لازم است مراجع به یک روانپزشک ارجاع داده شود، لازم است مراجع از این امر مطلع گردد. بهتر است رضایت مراجع جلب شود. بهتر است بیمار به صورت داوطلبانه در بخش‌های اعصاب و روان بستری گردد؛
- ❖ اگر مراجع در معرض خطر جدی خودکشی می‌باشد و به طور داوطلبانه حاضر به بستری شدن نیست، به طور فوری با یک روانپزشک برای بستری اجباری هماهنگ گردد؛

¹ Moderate to High Risk

❖ اگر امکان بستری مراجع وجود ندارد، مشاور باید با اعضای خانواده‌ی مراجع تماس گرفته و از حمایت و نظارت ایشان کمک بگیرد. در مواردی که مراجع به صورت جدی در معرض خودکشی می‌باشد، نقض رازداری در مورد خودکشی جایز است؛ لیکن حفظ رازداری در مورد HIV ضروری است.

موقعیت‌های چالش برانگیز

همیشه افرادی وجود دارند که کمک به ایشان دشوارتر از دیگران می‌باشد. در زیر به برخی از موقعیت‌های خاص که ممکن است مشاور با آن مواجه شود، می‌پردازیم.

مراجعه‌ی که از حرف زدن امتناع می‌کند

ممکن است یک فرد در مورد سابقه‌ی اقدام به خودکشی یا افکار فعلی آن، به دلیل موارد زیر صحبت ننماید:

- ❖ ترس از ممانعت دیگران از اقدام به خودکشی؛
- ❖ احساس شرمندگی از افکار یا اقدام به خودکشی؛
- ❖ ترس از بستری شدن؛
- ❖ نگرانی از افشای جزئیات مصاحبه نزد دیگران؛
- ❖ یا صرفاً به دلیل لجبازی و یا به بازی گرفتن مشاور.

در این گونه موارد، مشاور اشتیاق خود برای کمک را ابراز داشته و به مراجع در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان می‌دهد. منش غیرقضاوت گرانه بسیار حائز اهمیت می‌باشد. اگر همچنان مراجع مایل به صحبت کردن نبود، به وی عنوان می‌شود که هر زمان که درخواست کمک داشته باشد، می‌تواند با یک مشاور تماس بگیرد.

مراجعه‌ی که اقدام‌های مکرر خودکشی داشته‌اند

این افراد اغلب احساس تنهایی و انزوا نموده و ممکن است این کار را به قصد جلب توجه انجام دهند. ممکن است از اقدام به خودکشی برای کنترل دیگران به نفع خود استفاده کنند. بعضی از این افراد، صرفاً مهارت مقابله^۱ با مشکلات را ندارند. صرف نظر از علت این امر، هر اقدام به خودکشی می‌بایست جدی گرفته شود. باید به خاطر داشت که این افراد تحت فشار بوده و توان اداره‌ی احساسات خود به نحو کارآمد را ندارند.

به طور مجدد یادآوری می‌شود که اقدام به خودکشی، هر قدر هم که در ظاهر به قصد بازی گرفتن مشاور و یا جلب توجه باشد، باید جدی قلمداد گردد. اقدام قبلی خودکشی، از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده‌ی اقدام مجدد می‌باشد. با تهدید یا افکار خودکشی باید به صورت عاجل و فعالانه برخورد نمود. هنگامی که از ایمنی بیمار اطمینان حاصل شد، هدف مداخلات، جایگزینی افکار خودکشی با روش‌های کارآمد حل مسئله است. آموزش روش‌های حل مسئله به مراجع، بسیار سازنده است.

¹ Coping

پیگیری مراجعین دارای افکار خودکشی

مراجعین با خطر کم تا متوسط

جلسات پیگیری برای مراجع باید برنامه‌ریزی گشته و خطر خودکشی به صورت منظم ارزیابی گردد. خدمات باید به طور مستمر ارائه شده و در صورت نبودن چنین امکانی در مرکز، مراجع باید به سایر مراکز دارای این گونه خدمات ارجاع گردد.

مراجعه‌ینی که به توصیه‌ی پزشک داروهای ضد افسردگی مصرف می‌کنند

اثر داروهای ضد افسردگی معمولاً پس از گذشت دو هفته یا بیشتر ظاهر می‌شود. نکته‌ی حائز اهمیت این است که اغلب کندی روانی - حرکتی^۱ پیش از بهبود خلق افسرده، بر طرف می‌گردد. در نتیجه، مراجع دوره‌ای را تجربه می‌کند که در آن همچنان احساس افسردگی نموده، اما فعال‌تر از سابق می‌باشد و ممکن است اقدام به خودکشی نماید.

باید به خانواده و نزدیکان در مورد این دوره‌ی بحرانی هشدار داد و از آنها در مدیریت این دوره کمک گرفت. به مراجع نیز در مورد شروع دیررس اثر ضد افسردگی‌ها آموزش داده شود، وی ممکن است در ابتدا تنها متوجه عوارض گردد، می‌توان عنوان کرد که این امر نشان‌دهنده‌ی شروع عملکرد دارو می‌باشد.

مراجعه‌ینی که به اقدام به خودکشی اخیر اذعان دارند

برخی از روش‌های خودکشی ممکن است کم خطر به نظر برسد، اما عواقب جدی در برداشته باشد. به عنوان مثال، مصرف بیش از حد استامینوفن، می‌تواند به نارسایی کبدی و مرگ بینجامد. ممکن است فردی به قصد دریافت کمک و توجه (و نه به قصد خودکشی) مقادیر زیاد این دارو را مصرف نماید که به مرگ وی بینجامد.

باید به خاطر داشت:

- ❖ همیشه عوامل زمینه‌ساز و سابقه‌ی اقدامات قبلی مرور گردد؛
- ❖ علایم هشدار و زودرس افسردگی پرس و جو شده و از بیمار خواسته شود تا یک فرد مورد اطمینان را در جریان روند جلسات قرار دهد.

¹ Psychomotor Retardation

فصل هشتم:

آشنایی با مشاوره‌ی مراقبت

مقدمه

مشاوره‌ی مراقبت^۱ به افراد دچار HIV، به قصد بهبود کیفیت زندگی و کارآیی درمان و نیز اجتناب از انتقال عفونت به دیگران، ارائه می‌شود. این مشاوره، به حق افراد HIV⁺ در لذت بردن از رابطه‌ی جنسی، تصمیم به بچه‌دار شدن، و زندگی مثمر ثمر احترام می‌گذارد.

مبتلایان به HIV و نزدیکان آنها (همسر، خانواده و دوستان) ممکن است دچار عواقب جدی احساسی، اجتماعی، رفتاری و جسمانی شوند. رابطه با همسر، زندگی خانوادگی، وضعیت اجتماعی، عملکرد جنسی، شغل و تحصیل، باورهای مذهبی و حقوق قانونی و مدنی همگی ممکن است تغییر یابند. مشکلات پویا بوده و در طیف بیماری تغییر می‌کنند. بیماری HIV بار زیادی به فرد مبتلا و نزدیکان وی تحمیل می‌کند.

از نکات مهم در مراقبت از بیماران مبتلا به HIV، انگ و استیگمای^۲ ناشی از این بیماری است. از زمان گسترش عفونت HIV در سراسر دنیا، این پاندمی^۳ با واکنش‌های مختلف و متفاوتی از سوی افراد و جوامع رو به رو بوده است. از جمله‌ی این واکنش‌ها می‌توان سکوت، انکار، ترس، خصم و حتی خشونت را برشمرد. استیگما را شاید بتوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده‌ی نوع و شدت این واکنش‌ها دانست.

استیگما در لغت، به نگرشی در مورد ویژگی و یا خصوصیت فرد اشاره دارد که موجب می‌شود مقبولیت فرد در جامعه کاهش یابد. زندگی افراد HIV⁺ به طور قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرد. ترس از نگرش منفی و پیش‌داوری جامعه موجب می‌شود که افراد در معرض خطر از بهره‌مندی از خدمات دوری گزینند، کارآیی مداخلات پیشگیرانه کاهش یابد و دریافت خدمات و مراقبت در افراد مبتلا محدود شود.

¹ Care counseling

² Stigma

³ Pandemic

افراد HIV⁺ به دلیل روش‌های اصلی انتقال ویروس که دربرگیرنده‌ی رفتارهای پرخطر می‌باشد، با انگ و تبعیض مواجه هستند؛ چرا که عموماً تصور می‌شود که تمامی این افراد در اثر چنین رفتارهایی به این بیماری مبتلا شده‌اند. باید به خاطر داشت که اغلب شرایط اقتصادی-اجتماعی فرد را نسبت به عفونت HIV مستعد می‌سازد و نه صرفاً تعلق داشتن به گروه‌های دارای رفتار پرخطر. بنابراین ضروری است به جای اندیشیدن به روش ابتلای فرد، یاری‌رسانی و مراقبت از فرد در اولویت قرار گیرد.

استیگما ممکن است هم در سطح فرد و هم در سطح اجتماع (و مراکز مشاوره به عنوان نقطه‌ی تلاقی این دو) رخ دهد. انگ و تبعیض از حوزه‌های متفاوتی، از جمله عدم آگاهی افراد در خصوص طرق انتقال عفونت و پیش‌داوری در مورد زندگی جنسی مبتلایان، ممکن است نشأت بگیرد. موقعیت‌های زیر، مثال‌هایی از نگرش‌ها و رفتارهای دارای استیگما را در کارکنان مراکز بهداشتی نشان می‌دهد:

- ❖ سرزنش افراد مبتلا؛
- ❖ درمان ناکافی افراد مبتلا؛
- ❖ عدم حفظ رازداری بیمار؛
- ❖ اجبار به انجام آزمایش؛
- ❖ عدم همدلی و پرهیز از رعایت احترام بیمار؛
- ❖ جداسازی تخت‌های بستری افراد مبتلا؛
- ❖ تمایل به ترخیص زودرس افراد HIV⁺.

رعایت حقوق افراد مبتلا و ایجاد فضای امن توسط مراقبین بهداشتی، فرصت آموزش و آگاهی‌بخشی در مورد روش‌های پیشگیری را فراهم نموده و به این ترتیب به ارتقای بهداشت عمومی نیز کمک می‌کند.

اختلالات روانپزشکی به پایبندی ضعیف درمانی، افزایش رفتارهای پرخطر، مصرف بیشتر الکل و مواد و کیفیت زندگی پایین می‌انجامد. مشاوران این زمینه، باید از مشکلات پیچیده و گاه مخفی روانپزشکی و روانی-اجتماعی این بیماران آگاه باشند. ارزیابی روانی-اجتماعی از جهت سلامت مراجع و خطر مشکلات روانپزشکی آینده‌ی وی باید هر سه تا شش ماه صورت گیرد. اغلب این مشکلات، با درمان‌های دارویی و مشاوره‌ی روانشناختی قابل درمان می‌باشند.

علائم و نشانه‌های روانپزشکی در مبتلایان به HIV شایع‌تر از جمعیت عمومی است. موارد زیر دلایل این امر را تشریح می‌نماید:

- ❖ سابقه‌ی قبلی یک اختلال روانپزشکی: نتایج تحقیقات حاکی از آن است که این افراد، به دلیل الگوی زندگی و ظرفیت محدود شان در تغییر رفتارهای پرخطر، بیشتر در معرض ابتلا به HIV می‌باشند.
- ❖ واکنش روانشناختی به زندگی با HIV: این واکنش ناشی از تغییرات زندگی فرد در اثر ابتلا به HIV می‌باشد. شکست در رابطه، انگ و تبعیض، بیکاری، ترس از مردن و سوگ از جمله‌ی این تغییرات می‌باشد.
- ❖ اختلالات روانپزشکی و نورولوژیک ناشی از HIV: این نوع اختلالات ناشی از اثر ویروس بر مغز و سیستم اعصاب مرکزی^۱ (CNS) می‌باشند. شایع‌ترین این قبیل اختلالات، افسردگی، اضطراب، پسیکوز، و دمانس ناشی از HIV می‌باشند.

¹ Central Nervous System

- ❖ تغییرات خلقی و رفتاری ناشی از تغذیه‌ی نادرست: هنگامی که مراجعین تغذیه‌ی نادرست داشته و یا در جذب مواد مغذی (به دلیل اسهال یا استفراغ) مشکل دارند، ممکن است دچار علائم افسردگی مانند بی‌تفاوتی، دشواری در تمرکز و نقایص حافظه گردند. برخی از اختلالات نورولوژیک ناشی از HIV نیز چنین تظاهراتی دارند.
- ❖ عوارض درمان HIV و دیگر درمان‌ها: برخی درمان‌های ضد ویروسی ممکن است موجب اختلال در خواب، افسردگی، بی‌قراری و حتی در موارد نادر مانیا گردند. مصرف خودسرانه دارو نیز می‌تواند موجب تداخل گشته و تظاهراتی ایجاد نماید که با اختلال روانپزشکی اشتباه گرفته شود.

نقش مشاور

وظایف کلیدی مشاور عبارتند از:

- ❖ تعهد مراجع و توانایی وی در کاهش روش‌های انتقال را به صورت دوره‌ای ارزیابی نماید. دشواری‌های حفظ رفتارهای جدید را به رسمیت بشناسد؛
- ❖ افشای وضعیت HIV به همسر و اعضای خانواده را تشویق و تسهیل کند؛
- ❖ جهت پایبندی به درمان، مشاوره‌های لازم را ارائه نماید؛
- ❖ مراجع را از جهت مسائل روانی-اجتماعی به صورت دوره‌ای ارزیابی نموده و وی را جهت درمان و یا دریافت حمایت مالی و اجتماعی، به مراکز مربوطه ارجاع دهد.

تأثیر HIV بر وضعیت روانشناختی فرد

عفونت HIV ممکن است در هر زمان از سیر بیماری، تشخیص داده شود.

پس از تشخیص اولیه: تشخیص HIV اغلب با احساس شوک، خشم، ناباوری و انکار همراه است. پس از تشخیص، مراجعین دچار یک واکنش انطباقی، با شدت و مدت محدود می‌گردند؛ اما در برخی افراد، این واکنش به حد یک اختلال می‌رسد. مراجع ممکن است دچار خلق افسرده و اضطراب گشته، و حتی در مصرف الکل و مواد زیاده‌روی نماید. افکار خودکشی در زمان تشخیص شایع بوده و این علائم ممکن است تا شش ماه (یا بیشتر) طول بکشند. اختلال شایع دیگر در این زمان، اختلال استرس پس از سانحه¹ (PTSD) بوده که به خصوص در میان افرادی که به دلیل تجاوز جنسی مبتلا شده‌اند، دیده می‌شود.

بسیاری از مشکلات این زمان، به مداخلات ساده‌ی روانشناختی پاسخ می‌دهند؛ این مداخلات عبارتند از:

- ❖ ارزیابی و مدیریت افکار خودکشی؛
- ❖ حمایت از مراجع در افشای وضعیت HIV به همسر و خانواده؛
- ❖ حمایت از تغییر رفتار جهت کاهش خطر انتقال و حفظ سلامتی؛
- ❖ پاسخ به مشکلات خاص ناشی از زندگی با عفونت HIV.

¹ Post Traumatic Stress Disorder

در این مرحله، چالش‌های واقعی زندگی با HIV باید به رسمیت شناخته شود. نوسان در احساسات طبیعی بوده و عباراتی که حاکی از درک مراجع می‌باشند، کمک کننده‌اند؛ به عنوان مثال: «متوجه‌ام که شرایط سختی را می‌گذرانید. بسیاری از مراجعین، احساسات مختلفی در زمان تشخیص تجربه می‌کنند. بسیاری از مراجعین می‌گویند که از حس اندوه، به تدریج به خشم و ناامیدی و سرانجام امیدواری رسیده‌اند. تجربه‌ی این احساسات آسان نمی‌باشد، اما همیشه این گونه نخواهید ماند».

فاز بدون علامت: این فاز می‌تواند حتی بدون درمان تا ۱۰ سال (و با مداخلات درمانی بسیار بیشتر) به طول انجامد. در این مرحله افراد بدون علامت بوده و یا تنها علائم خفیف را تجربه می‌کنند، با این حال با دشواری‌های مرتبط با مدارا با یک بیماری واگیردار و تغییر الگوی زندگی ناشی از آن مواجهند. برخی ممکن است دچار اضطراب در مورد سلامتی خود شده و حتی علائم غیرمرتبط را به اشتباه به عنوان پیشرفت بیماری تفسیر کنند. افراد در این مرحله همچنین ممکن است با مشکلاتی همچون افشای وضعیت ابتلا، طرد و تبعیض مواجه گردند. در مناطقی که شیوع بالای HIV دارند، فرد ممکن است دچار فقدان نزدیکان مبتلا گشته و در مورد مرگ احتمالی خود، دچار واکنش زودرس سوگ شود. تشخیص‌های شایع در این مرحله شامل اختلال انطباقی، افسردگی، اختلالات مصرف الکل و مواد، مشکلات شخصیتی، اختلال عملکرد جنسی روانزاد^۱ و یا ناشی از HIV می‌باشند.

فاز علامت دار: سومین فاز معمولاً ظرف پنج تا ۱۰ سال از عفونت اولیه رخ می‌دهد. در این مرحله، اگر چه سیستم ایمنی تضعیف شده ولی میزان CD4 به حد بحرانی کاهش نیافته و عفونت‌ها و بیماری‌های جدی فرصت طلب ایجاد نشده است. با پیشرفت بیماری، عموماً بر مشکلات روانشناختی بیماران نیز افزوده می‌شود. با شروع علائم مرتبط با HIV، سطوح بالای اضطراب و افسردگی دیده می‌شوند. تشخیص‌های شایع دیگر عبارتند از:

- ❖ سوء مصرف و وابستگی به الکل و مواد؛
- ❖ اختلالات خلقی ناشی از اختلالات متابولیک؛
- ❖ درد مزمن؛
- ❖ اختلال عملکرد جنسی ناشی از HIV.

اقدامات خاص مشاوره در این مرحله دربرگیرنده‌ی موارد زیر است:

- ❖ ارزیابی و مدیریت افکار خودکشی؛
- ❖ حمایت از مراجع برای افشا به همسر یا خانواده؛
- ❖ تشویق تغییر رفتار جهت کاهش انتقال HIV و حفظ سلامتی؛
- ❖ پاسخ‌دهی به مشکلات مستقیم و غیرمستقیم ناشی از زندگی با HIV؛
- ❖ غربالگری اختلالات روانپزشکی و نورولوژیک ناشی از HIV و ارجاع به متخصصین ذیربط؛
- ❖ مشاوره برای پایبندی به درمان؛
- ❖ مشاوره‌ی سوگ و داغ‌دیدی.

سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS): ایدز مرحله‌ی نهایی بیماری HIV می‌باشد. بدون درمان، میزان بقا پس از تشخیص ایدز، دو سال است. در این مرحله‌ی بیماری، سندرم‌های ارگانیک مغزی مانند کمپلکس دمانس ایدز، مانیای ناشی از HIV و اختلالات ارگانیک خلقی، علل شایع مشاوره‌ی روانپزشکی می‌باشند. در این مرحله، مراجع ممکن است دچار اختلال انطباقی

¹ Psychogenic Sexual Dysfunction

ناشی از شروع بیماری ایدز، از بین رفتن توانایی فرد برای اداره‌ی زندگی به صورت مستقل، سوگ و فقدان و افکار خودکشی گردد. ارزیابی تشخیصی، علاوه بر بررسی بروز اختلالات خلقی و رفتاری اولیه، باید اختلالات متابولیک، سندرم‌های ناشی از ایدز و عوارض روانشناختی ناشی از درمان^۱ را نیز شامل شود.

بسیاری از اقدامات مشاور، مشابه مراحل قبل بوده، هر چند تأکید بر وظایف ذیل وجود دارد:

- ❖ یافتن امکانات حمایت مالی، مسکن و اجتماعی برای مراجعین؛
- ❖ مشاوره‌ی سوگ و داغیدگی؛
- ❖ مشاوره و حمایت از افراد خانواده، دوستان و مراقبین بهداشتی در مدیریت مشکلات روانپزشکی و نورولوژیک بیمار؛
- ❖ آماده‌سازی افراد برای مواقع بستری؛
- ❖ هماهنگی جهت ارجاع کودکان به مراکز نگهداری درازمدت؛
- ❖ هماهنگی جهت خدمات در منزل.

مداخلات روانشناختی در مرحله‌ی درمان و مراقبت HIV

نحوه‌ی ارزیابی سلامت روان

مرور پرونده‌ی بیمار: پیش از هر کاری، سوابق جلسات مشاوره‌ی پیش و پس از آزمایش مراجع مرور شود. اگر مراجع از یک مرکز دیگر ارجاع شده و امکان بررسی سوابق موجود نیست، می‌بایست یک ارزیابی تشخیصی به عمل آید. استفاده از ابزارهای مناسب این کار توصیه می‌گردد.

ابزارهای استاندارد غربالگری: برای غربالگری مشکلات روانپزشکی، ابزارهای زیادی وجود دارد. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی^۲ (GHQ-28) یکی از پرستفاده‌ترین این ابزارها است. از دیگر این ابزارها می‌توان به ابزار «غربالگری علایم سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانی»^۳ (SAMISS)، «مقیاس بیمارستانی افسردگی و اضطراب»^۴ (HADS) و «آزمون غربالگری درگیری با الکل، سیگار و مواد سازمان جهانی بهداشت»^۵ (ASSIST-WHO) اشاره کرد. ابزارهای غربالگری برای تشخیص نبوده، بلکه برای شناسایی مراجعینی که نیاز به پیگیری و ارزیابی تشخیصی دارند می‌باشند. علائم اختلالات روانپزشکی در فصل ششم تشریح شده‌اند.

تشخیص و ارجاع مراجعین برای ارزیابی و درمان اختلالات روانپزشکی: تشخیص اختلالات روانپزشکی ناشی از HIV، می‌تواند توسط افراد آموزش دیده همچون روانشناس بالینی و روانپزشک صورت پذیرد. این تشخیص‌ها اغلب بر اساس معیارهای تشخیصی^۶ ICD-10 و یا^۱ DSM-IV می‌باشند. همان طور که پیش‌تر نیز عنوان شد، برخی از مشکلات بیمار به مشاوره به تنهایی پاسخ نداده و نیازمند درمان دارویی و حتی بستری می‌باشد.

¹ Iatrogenic

² General Health Questionnaire-28

³ Substance Abuse and Mental Illness Symptom Screener

⁴ Hospital Anxiety and Depression Scale

⁵ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

⁶ International Classification of Diseases-10

ارجاع و درمان روانپزشکی، مراکز بهزیستی و گروه‌های حمایتی متشکل از هم‌تایان، همگی نقش به‌سزایی در مراقبت پس از تشخیص و برنامه‌های درمانی دارند. مداخلات ارائه شده برای مراجع، باید در محیطی مملو از همدلی، احترام و تشویق صورت گیرد. بسیاری از مراجعین نسبت به مشاور احساس دوگانه داشته و ممکن است حتی تدافعی به نظر برسند.

ایجاد برنامه‌ی حمایتی پس از تشخیص

هر مراجع، نیازهای احساسی، معنوی و اقتصادی متعددی دارد. برای مرتفع ساختن این نیازها، باید یک برنامه‌ی کاری ایجاد نمود و در صورت امکان یک نفر به عنوان «مراقب بیمار»^۱ برای تداوم خدمات تعیین گردد که این فرد می‌تواند پرستار، مددکار اجتماعی و یا یک مشاور باشد. «مراقبت از بیمار»^۲ دربرگیرنده‌ی ارزیابی نیازها، ایجاد برنامه‌ی کاری فردی و فراهم نمودن خدمات پیگیری می‌باشد.

باید به خاطر داشت که:

- ❖ رابطه‌ی مطلوب کاری بین «مراقب بیمار» با فرد مبتلا به HIV/AIDS، جزئی ضروری در ارائه‌ی خدمات پیگیری می‌باشد.
- ❖ «مراقب بیمار» باید هنگام کمک رسانی و ایجاد برنامه‌ی کاری، نسبت به نیازهای فردی مراجع حساس باشد.
- ❖ «مراقب بیمار» باید در مورد خدمات درمانی، مددکاری و اجتماعی از اطلاعات کافی برخوردار باشد.

ایجاد برنامه‌ی پیگیری و ارجاع

در مشاوره‌ی HIV، «ارجاع» بخشی از روند ارزیابی و اولویت‌دهی به نیازهای مراجع برای پیشگیری و دسترسی به مراقبت و خدمات حمایتی می‌باشد. ارجاع باید دربرگیرنده‌ی پیگیری لازم برای ارتباط مراجع با ارائه‌دهندگان چنین خدماتی باشد.

نیازهای مراقبتی و حمایتی مراجع، با پیشرفت بیماری تغییر می‌کند. با وجودی که ممکن است نتوان پاسخگوی تمام نیازهای مراجع بود، می‌توان منابع اضافه را جهت بهبود مراقبت، بسیج نمود. مشاور باید مراجع را بر اساس اولویت، به چنین خدماتی ارجاع دهد.

مشاور باید اطلاعات کافی در مورد مراکزی که بیمار را به آن ارجاع می‌کند داشته باشد تا مراجع با مانعی رو به رو نشود. علاوه بر این، مشاور باید به خاطر داشته باشد که خدمات ارائه شده، دارای محدودیت می‌باشد. این محدودیت‌ها باید برای مراجع توضیح داده شود تا هنگام ارجاع، احساس طرد شدن ننماید.

مراجع ممکن است شرایط پیچیده‌ای داشته باشد که لازم شود برای دریافت خدمات لازم مراکز مجهزتر و افراد متبحرتری ارجاع شود. این موارد عبارتند از:

- ❖ ارزیابی، مراقبت و درمان پزشکی؛
- ❖ اتخاذ و حفظ رفتارهای کم‌خطر؛
- ❖ درمان اعتیاد به الکل و مواد؛

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

² Case manager

³ Case management

- ❖ درمان اختلالات روانپزشکی و مشکلات مدارا با بیماری‌های ناشی از HIV؛
- ❖ درمان اختلالات روانپزشکی خاص کودکان مانند اختلالات تکاملی؛
- ❖ خدمات قانونی برای جلوگیری از تبعیض در اشتغال و مسکن؛
- ❖ مشاوره‌ی فردی؛
- ❖ مشاوره برای روابط بین فردی؛
- ❖ مشاوره‌ی خانواده؛
- ❖ مشاوره‌ی معنوی؛
- ❖ استفاده از خدمات اجتماعی؛
- ❖ مراقبت‌های در منزل؛
- ❖ خدمات تنظیم خانواده؛
- ❖ خدمات ویژه‌ی زنان باردار؛
- ❖ خدمات ویژه‌ی کودکان بی‌سرپرست و در معرض خطر.

ارجاع موفق

برای ارجاع موفق، مشاور می‌تواند به فواید ارجاع که در ذیل آمده است، اشاره کند:

- ❖ خطر انتقال HIV و ابتلا به عفونت‌های آمیزشی را کاهش می‌دهند؛
- ❖ باعث ارتقاء سلامت می‌شوند؛
- ❖ از پیشرفت بیماری جلوگیری می‌کنند.

مشاور باید اراده و انگیزه‌ی مراجع برای پذیرش و تکمیل فرآیند ارجاع را تشویق کند. فرآیند ارجاع که بر اساس نیازهای اولویت‌دار مراجع بوده و خود مراجع نیز در انتخاب آن مشارکت داشته باشد، با بیشترین میزان موفقیت همراه است. برای یک ارجاع موفق، مشاور باید به نکات کلیدی زیر توجه کند:

- ❖ در تعیین نیازهای ارجاع، با مراجع همکاری نماید.
- ❖ خدمات بهداشتی و اجتماعی موجود را مشخص نموده و مراجع را در انتخاب مناسب‌ترین (از لحاظ مسافت، هزینه، ملاحظات فرهنگی، زبان، جهت‌گیری جنسی، سن و توانایی شناختی) یاری نماید.
- ❖ موانع بهره‌مندی از این خدمات، مانند هزینه، برنامه‌ی کاری و مسئولیت مراقبت از فرزند مشخص گردد.
- ❖ ارجاع در پرونده مراجع ثبت شود؛ بر روند ارجاع نظارت شود.
- ❖ آدرس، شماره‌های تماس و ساعات کاری مراکز در اختیار مراجع قرار داده شود.
- ❖ از مراجع در مورد کیفیت خدمات، بازخورد گرفته شود.

در برخی از موارد، برای این که اطلاعات مراجع در اختیار مرکز دیگر قرار گیرد، باید از بیمار رضایت اخذ شود. کپی این فرم‌ها باید در پرونده‌ی مراجع ذخیره گردد.

در زیر نقشه‌ی یک مداخله‌ی جامع در قالب یک مثال، آورده شده است:

مراجع خانمی است که با همکارش به کلینیکی که شما در آن کار می‌کنید، آمده است. این خانم، از زمان فوت همسر اولش در دو سال قبل، متوجه HIV⁺ بودن خود شده، پس از آن به شهر دیگری آمده و در اینجا با مرد دیگری ازدواج نموده است. وی در مورد ابتلای به HIV خود، چیزی به همسرش نگفته و نمی‌داند که در این مرکز، خدمات مراقبت HIV نیز ارائه می‌شود. همسر و بستگان وی، خواهان بچه‌دار شدن بوده، همچنین عنوان می‌کند که در حال حاضر از هیچ روش جلوگیری

استفاده ننموده و با همسرش مقاربت واژینال محافظت نشده دارد. اخیراً از اسهال‌های راجعه و کاهش وزن، بی‌اشتهایی و کاهش میل جنسی نیز شکایت دارد. همچنین ترشحات واژینال بدبو و خارش دار نیز پیدا کرده است. علاوه بر این سرفه‌های خون آلود و بی‌خوابی نیز پدیدار گشته‌اند. از محل کار اخیراً غیبت‌های مکرر داشته و مایل نیست با همکاران خود در محل کار، صحبت نماید. وی اطلاعاتی از پیگیری و درمان HIV ندارد.

مشکل	استراتژی
به دلیل به گریه افتادن در محل کار، به این مرکز آورده شده است. ابتدا نمی‌دانست که این مرکز خدمات مربوط به HIV نیز دارد و حال می‌ترسد افراد گمان برند که وی HIV دارد.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آموزش استراتژی‌های پاسخ به پرس و جوهای همکاران مبنی بر این که «کجا بردنت؟ چطور شد؟»؛ ❖ پیشنهاد صحبت با همکار و توصیه به حفظ رازداری توسط وی.
علائم عفونت آمیزشی، HIV و سل	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارجاع جهت درمان سل؛ ❖ ارجاع جهت درمان HIV و STI؛ ❖ آشنا کردن وی با تیم مراقبت و «مراقب درمان».
بی‌اطلاعی همسر از عفونت وی	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مشاوره جهت افشا به همسر و خانواده.
عدم استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری، نزدیکی محافظت نشده با همسر	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آموزش خطر انتقال مادر به کودک؛ ❖ پیشنهاد آزمایش حاملگی؛ ❖ ارجاع به خدمات تنظیم خانواده؛ ❖ آموزش روش‌های ایمن‌تر نزدیکی.
اصرار همسر برای بچه‌دار شدن	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آموزش روش‌های پیشگیری از انتقال مادر به کودک.
بی‌اشتهایی، کاهش میل جنسی، مشکلات خواب، گوشه‌گیری در محل کار	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارزیابی و درمان افسردگی و مشکل مصرف الکل و مواد؛ ❖ آموزش تکنیک‌های آرمیدگی^۱.
بی‌اشتهایی و کاهش وزن	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارجاع به مشاور تغذیه.
غیبت از کار به دلیل بیماری	<ul style="list-style-type: none"> ❖ استراتژی‌های مطرح کردن دلایل غیبت از کار؛ ❖ ارجاع به نهادهای غیردولتی برای کمک مالی.
انزوای اجتماعی	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارجاع به گروه‌های حمایتی هم‌تایان.

¹ Relaxation

فصل نهم:

مشاوره برای افشای وضعیت HIV

مقدمه

یکی از دشوارترین چالش‌های مشاور در زمینه‌ی پیشگیری از HIV، تسهیل افشا نزد همسر یا شریک جنسی می‌باشد. موضوع افشا نزد همسر، در عفونت‌های آمیزشی دیگر نظیر سیفلیس و سوزاک نیز مطرح است. در خصوص پیشگیری از انتقال، تاکنون شاهدهی مبنی بر برتری افشای اجباری بر افشای داوطلبانه، یافت نشده است. هنگامی که افراد تصور می‌کنند مشاور آنها را مجبور به افشای وضعیت ابتلا به همسرشان خواهد کرد، ترجیح می‌دهند به مراکز مشاوره مراجعه نمایند. این امر حتی در مورد سایر عفونت‌های آمیزشی همچون سیفلیس و سوزاک نیز صادق است. به همین دلیل سیاست‌های اجباری مشاوره و آزمایش همسر نیز ممکن است به کاهش استفاده از این مراکز بینجامد.

بهترین زمان آغاز بحث در مورد افشا نزد همسر، جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش می‌باشد. هنگامی که رفتارهای پرخطر مراجع مرور می‌گردد، به فرد توصیه می‌شود که در صورت مثبت شدن نتیجه‌ی آزمایش لازم است این مسئله را با همسرش در میان گذارد. باید عنوان کرد که در این زمینه، مشاور به مراجع کمک و راهنمایی‌های لازم را خواهد کرد. صحبت در این مورد با ملایمت، در جلسه‌ی مشاوره‌ی پس از آزمایش و در روند جلسات پیگیری نیز ضرورت دارد. برای پرهیز از بزرگ‌نمایی طرح موضوع نزد همسر، به مشاوران توصیه می‌شود از کلماتی مانند «صحبت کردن»، «گفتگو کردن» و یا «مطرح نمودن» به جای «فاش کردن» و یا «افشا» در محاوره‌ی با مراجع استفاده کنند. استفاده از واژه‌ی «پیامد» به جای «عواقب» و یا «مضرات» نیز از مصادیق همین توصیه است.

ارزیابی پیامدهای افشا

برای آغاز بحث، مشاور می‌تواند عنوان کند که متوجه دشواری افشا نزد همسر است. افشای HIV اغلب با پیامدهای عمده‌ای که بر زندگی فرد تأثیر می‌گذارند، همراه است. پس از به رسمیت شناختن این سختی‌ها، باید مزایای این کار را مطرح نمود. برخی از مزایا و پیامدهای افشای وضعیت HIV/STI در زیر آمده است:

<u>مزایا</u>	<u>پیامدها</u>
❖ بار مخفی کاری از دوش برداشته می شود؛	❖ فرد ممکن است بی درنگ طرد شود؛
❖ حمایت احساسی در دسترس قرار می گیرد؛	❖ ممکن است همسر این موضوع را نزد دیگران مطرح کرده و مشکلات جدیدی ایجاد شود؛
❖ استفاده از مراقبت های بهداشتی و دارو آسان تر می شود (دیگر نیازی به مخفی کردن نمی باشد)؛	❖ به فرد برچسب هرزگی می خورد؛
❖ راجع به علایم و نگرانی ها می توان آزادانه صحبت نمود؛	❖ فرد به دلیل داشتن یک بیماری خطرناک، تحقیر می شود؛
❖ در مورد نزدیکی ایمن و تنظیم خانواده، آزادانه صحبت می شود؛	❖ همه ی مشکلات و بیماری های فرد به HIV ربط داده می شود؛
❖ دلایل برخی اقدامات (مثلاً عدم شیردهی) آزادانه به اشتراک گذاشته می شود؛	❖ دیگران از مراوده با وی دچار ترس می شوند؛
❖ همسر نیز می تواند آزمایش داده و در صورت نیاز، درمان شود.	❖ فرد در معرض آسیب روانی و فیزیکی قرار می گیرد.

عدم افشای وضعیت HIV/STI نیز با مزایا و پیامدهایی همراه است که در زیر به برخی از موارد آن اشاره شده است:

<u>مزایا</u>	<u>پیامدها</u>
❖ ابتلای فرد مخفی می ماند؛	❖ این راز مانند یک بار بر دوش فرد است؛
❖ وضعیت موجود حفظ می شود؛	❖ در مورد افشا شدن راز خود، همواره در اضطراب به سر می برد؛
❖ فرد از انگ، طرد، انزوا، بیکار شدن و سرزنش دیگران در امان می ماند؛	❖ حمایت اجتماعی موجود نیست؛
❖ با بچه دار شدن فرد مخالفت نمی شود؛	❖ فرد احساس انزوا می کند؛
❖ مجبور به استفاده از مراقبت های پزشکی بیش از حد نمی شود.	❖ همسر و فرزندان در خطر قرار می گیرند؛
	❖ دسترسی به مراقبت های پزشکی به تأخیر می افتد؛
	❖ اعتماد فرزندان و خانواده سلب می شود.

در فرآیند مشاوره نباید به افراد گفته شود چه کنند، بلکه باید افراد به در نظر گرفتن مزایا و پیامدهای انتخاب و رسیدن به یک تصمیم آگاهانه تشویق شوند. در این روند، به مراجع برای رفع موانع یاری رسانده می شود. هنگامی که راه حل به افراد تحمیل می شود، معمولاً فرد به آن عمل نمی کند. به مراجع یادآوری می شود که برای رفع دشواری های احتمالی جهت نیل به اهداف زیر، همکاری خود فرد ضرورت دارد:

- ❖ امکان دسترسی همسر به درمان و مراقبت؛
- ❖ کاهش انتقال HIV به دیگران؛
- ❖ پیشگیری از ابتلای مجدد به HIV و STI؛
- ❖ کاهش خطر مقاومت به درمان.

مشاور باید مراجع را تشویق کند که تمامی جوانب افشا را در نظر بگیرد. از آن جایی که این اقدام کاملاً شخصی است، فرد باید تمامی مسائل و شرایط زندگی خود را در نظر بگیرد. اگر مراجع توانایی خواندن و نوشتن دارد، می تواند یک جدول

ترسیم کرده و مزایا و معایب این کار را با استفاده از تکنیک بارش افکار یادداشت نماید. نحوه‌ی ارزیابی مزایا و پیامدها، به شخصیت فرد و تجارب قبلی زندگی وی بستگی خواهد داشت.

روش‌های افشا

اغلب مراجعین احساس می‌کنند قادر نیستند که خودشان ابتلایشان به HIV را نزد همسر افشا نمایند؛ برخی نیز احساس می‌کنند که همسرشان اگر از فرد دیگری بشنود، آسیب بیشتری خواهد دید. مشاور باید فهرستی از طرق مختلف افشا را برای فرد تشریح کند. برخی از این روش‌ها عبارتند از:

- ❖ مراجع خودش نزد همسر افشا نماید؛
- ❖ مراجع می‌تواند همسر یا خانواده خود را به کلینیک آورده و با حضور مشاور افشا نماید؛
- ❖ مراجع همسر یا خانواده خود را به کلینیک آورده و مشاور در حضور آنها افشا می‌نماید؛
- ❖ مراجع اجازه‌ی افشا را در عدم حضور خود می‌دهد؛
- ❖ مراجع با یک فرد مورد اعتماد در میان گذاشته و وی همسر را مطلع می‌سازد؛
- ❖ مراجع به شریک جنسی خود، کارت ارجاع می‌دهد.

هنگامی که مراجع تصمیم خود را در مورد نحوه‌ی افشا گرفت، مشاور می‌تواند از طرق مختلف از وی پشتیبانی کند.

آماده‌سازی مراجع برای خود-افشاگری

در آماده‌سازی فرد برای افشا باید به وی کمک کرد تا دلایل، زمان، مکان، چگونگی و محتوای افشا را تعیین کند.

- ❖ دلایل: باید از این امر که مراجع دلایل افشا و واکنش‌های احتمالی را درک نموده، اطمینان حاصل نمود.
- ❖ زمان: انتخاب زمان مناسب برای این اقدام، بسیار مهم می‌باشد. بهتر است به جزء همسر فرد دیگری حضور نداشته باشد. هیچگاه نباید در حین مشاجره این کار را انجام داد.
- ❖ مکان: باید در محیطی خلوت و در شرایط محرمانه، این محاوره صورت گیرد.
- ❖ روش: مراجع باید مزایا و پیامدهای روش‌های مختلف گفتگوی رو در رو، تلفنی یا از طریق ایمیل را بررسی کند.
- ❖ محتوا: مراجع باید چگونگی شروع مکالمه را برنامه‌ریزی نموده و واکنش‌های احتمالی همسر را پیش‌بینی کند. می‌توان از پیش نسبت به واکنش‌های همسر، پاسخ‌های سازنده را مرور نمود. ایفای نقش، تکنیک بسیار کمک‌کننده‌ای می‌باشد.
- ❖ برنامه‌ریزی قدم‌های بعدی: با مراجع نحوه‌ی دریافت خدمات، حمایت و مدیریت مشکلات رابطه پس از افشا برنامه‌ریزی شود.

افشا نزد همسر توسط مراجع در حضور مشاور

مجدداً تأکید می‌شود که ایفای نقش، بسیار کمک‌کننده است. تمام برنامه‌ریزی جهت خود-افشاگری در حضور مشاور، باید

از قبل با مراجع مرور گردد. از آن جایی که همسر ممکن است از مشاور سئوالاتی بپرسد، ضروری است در مورد آن چه که می‌توان و نمی‌توان افشا نمود با مراجع صحبت کرد و در پرونده مستند نمود.

انتخاب‌های زیر را در افشا در نظر داشته باشید:

- ❖ افشای کامل: هیچ چیزی مخفی نمی‌ماند، مراجع در این خصوص رضایت کامل دارد؛
- ❖ افشای نسبی: ابتلای فرد به HIV را می‌توان افشا نمود، اما در مورد افشای مسائل دیگر، مانند جهت‌گیری جنسی، نحوه‌ی ابتلا و یا رفتارهای پرخطر مانند تزریق، مراجع رضایت ندارد.

افشا توسط مشاور در حضور مراجع

اگر تصمیم بر این شد که مشاور در حضور مراجع اقدام به افشا نماید، باید پیش از آن در حضور مراجع ایفای نقش گردد. با کمک مراجع، آن چه که قرار است و آن چه که نباید افشا گردد فهرست شود. با مراجع در مورد موارد زیر برنامه‌ریزی صورت گیرد:

- ❖ چگونگی افشا نزد همسر؛
- ❖ واکنش‌های احتمالی همسر؛
- ❖ مدیریت مواردی که قرار نیست بر ملا گردند؛
- ❖ نقش مراجع در جلسه (آیا او به سئوالات پاسخ می‌دهد)؛
- ❖ در آینده، وی چگونه با همسر در این مورد شروع به صحبت می‌کند.

افشا توسط مشاور بدون حضور مراجع

به این روش، «افشای داوطلبانه‌ی سوم شخص» نیز اطلاق می‌شود. پیش از آن می‌بایست از مراجع رضایت کتبی اخذ شود. بهتر است پیش از جلسه، فهرستی از مواردی که مشاور مجاز به افشای آنها می‌باشد، تهیه گردد. بهتر است برای حفظ رازداری، این روش توسط مشاور انجام گردد که اطلاع کمتری از سوابق مراجع دارد. مباحث مهمی که باید مد نظر داشت عبارتند از:

- ❖ اگر قرار است افشا در منزل مراجع صورت پذیرد، حداقل باید دو مشاور حضور داشته و رضایت اخذ گردد. اگر افشا در کلینیک صورت می‌گیرد، باید بهانه‌ها و دلایلی که برای آوردن همسر به درمانگاه به کار گرفته می‌شوند، نیز از پیش مرور گردد؛
- ❖ احتمال خشونت نسبت به مراجع و یا توسط مراجع نسبت به همسر ارزیابی گردد؛
- ❖ پس از افشا، نحوه‌ی ارتباط مراجع با همسر ارزیابی گردد.

افشا توسط یک فرد مورد اعتماد از طرف مراجع

این روش نیز شکل دیگری از افشای داوطلبانه‌ی سوم شخص می‌باشد. معمولاً این فرد، مورد احترام همسر یا هر شخص دیگری است که مراجع قصد دارد موضوع ابتلای خود را به وی افشا کند. این فرد در مورد آن چه که قرار است افشا کند، باید از پیش مورد مشاوره قرار گیرد. در مورد تمایل و توانایی این فرد، مراجع باید دقت به خرج داده و مشاور وی را در روند این انتخاب یاری نماید.

امتناع از افشا

در برخی از موارد ممکن است در جلسات اولیه‌ی مشاوره که فرد به تازگی از ابتلای خود مطلع شده و هنوز خودش سازگاری کافی با این موضوع پیدا نکرده است، با وجود تلاش‌های مشاور ممکن است از افشای موضوع نزد همسر امتناع کند. با گذشت زمان، عوامل متعددی ممکن است بر تصمیم مراجع تأثیر گذاشته و این امر را تسهیل نماید. مثال‌هایی از این عوامل عبارتند از:

- ❖ کنار آمدن مراجع با ابتلای خودش؛
- ❖ آگاهی مراجع از امکان درمان و کنترل بیماری؛
- ❖ آشنایی مراجع با زوج‌های دیگری که با مشکل مشابه رو به رو بوده و توانسته‌اند آن را حل کنند؛
- ❖ تغییرات در روند بیماری فرد و نیاز به مراقبت و درمان بیشتر.

بنابراین، مشاور باید به طور دوره‌ای امکان افشای ابتلای به HIV نزد همسر را با مراجع مورد بررسی مجدد قرار داده و به بحث گذارد. در برخی موارد مشاور می‌تواند برای تسهیل این روند، از زوج‌های هم‌تا که با این وضعیت کنار آمده‌اند استفاده نماید.

هنگامی که با وجود تمام این تلاش‌ها، مراجع HIV⁺ از افشا نزد همسر امتناع کرده و وی را آگاهانه در معرض خطر قرار می‌دهد، یک مرجع قانونی، باید اجازه‌ی افشا را صادر نماید. بر اساس ماده‌ی ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی مورخ ۱۳۷۵: «اطبا، جراحان، ماماها، داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود محرم اسرار می‌شوند، هر گاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند، به سه ماه و یک روز، تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند».

در این گونه موارد، تصمیم‌گیری برای افشا باید بر اساس شرایط فردی، ملاحظات اخلاقی و تنها در مواردی که فرد HIV⁺ شرایط زیر را داشته باشد، اتخاذ گردد:

- ❖ علیرغم مشاوره، قادر به تغییر رفتار نباشد؛
- ❖ از افشای وضعیت ابتلا خود، امتناع نماید؛
- ❖ خطر واقعی انتقال به همسر (یا شرکای جنسی آینده) وجود داشته باشد.

مشاور نباید از حمایت مستمر و جلسات پیگیری، حتی برای آنها که از افشا امتناع می‌کنند، دست بردارد.

تماس با همسر یا شرکای جنسی برای درمان سایر عفونت‌های آمیزشی (STI)

هنگامی که مشاور با فرد مبتلا به عفونت آمیزشی مواجه می‌شود، همیشه این احتمال وجود دارد که شرکای جنسی وی آلوده بوده و یا از طریق مراجع به این عفونت‌ها مبتلا شوند. این قبیل عفونت‌ها به شدت مسری هستند و با یک دروهی درمانی کوتاه و ساده قابل معالجه‌اند. لازم است که مشاور با مراجع در مورد روش‌های کارآمد و اخلاقی تماس با دیگر شرکای جنسی، صحبت نماید. اگر هدف، درمان حداکثر تعداد شرکای جنسی مراجع باشد، می‌توان از سه روش زیر بهره جست (جدول ۸):

- ❖ از طریق خود مراجع^۱؛
- ❖ از طریق مشاور یا درمانگر^۲؛
- ❖ از طریق سوم شخص بدون افشای هویت مراجع^۳.

از طریق خود مراجع

در این روش، مراجع مسئولیت تماس با شرکای جنسی خود را بر عهده گرفته و از آنها می‌خواهد برای درمان مراجعه نمایند. بسیاری از مراجعین تمایلی به این کار نداشته، و بهتر است مشاور، در تصمیم‌گیری به وی کمک نماید. مراجع می‌تواند به یکی از طرق زیر، با شرکای خود تماس بگیرد:

- ❖ در مورد عفونت آمیزشی و نیاز به درمان، به طور مستقیم صحبت کند؛
- ❖ بدون این که دلیل را عنوان کند، از شریک جنسی خود بخواهد که وی را تا یک مرکز درمانی همراهی کند؛
- ❖ به شریک خود کارت مرکز را داده و از وی بخواهد که مراجعه نماید.

از آن جایی که بسیاری از شرکا ممکن است هیچ گونه علامت و نشانه‌ای از STI نداشته باشند و سندرم اولیه‌ی مراجع نیز معلوم نباشد، درمان شریک جنسی در عمل غیرممکن می‌گردد. کارت‌های ارجاع در این موارد کمک کننده‌اند. در این روش، اطلاعات مراجع نزد مرکز درمانی باقی مانده، و به این ترتیب سندرم اولیه‌ی مراجع مشخص می‌گردد.

از طریق مشاور یا درمانگر

در این روش با شرکای جنسی مراجع مبتلا به STI، توسط فردی از تیم درمان، تماس گرفته شده و از آنها درخواست می‌شود برای درمان مراجعه نمایند. اگر چه بهتر است ابتدا به مراجع زمان داده شود که خودش با آنها جهت مراجعه به کلینیک، تماس بگیرد.

از طریق سوم شخص بدون افشای هویت مراجع

این یک روش ارجاع سوم شخص بوده، مشاور یا درمانگر با شرکای جنسی مراجع بدون این که نامی از مراجع برده شود، تماس می‌گیرد.

¹ Client Referral

² Provider Referral

³ Conditional Referral

جدول ۸- روش‌های تماس با شرکای جنسی مراجع و مزایا و پیامدهای هر روش

پیامدها	مزایا	رویکرد
<ul style="list-style-type: none"> ❖ به تمایل بیمار برای ارجاع شرکا بستگی دارد. ❖ مراجع ممکن است به پشتیبانی مشاور یا درمانگر نیاز داشته باشد. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مراجع کنترل تصمیماتش را در دست داشته، در نتیجه داوطلبانه و محرمانه خواهد بود. ❖ هزینه‌ای برای مرکز ندارد. 	از طریق خود مراجع
<ul style="list-style-type: none"> ❖ به تمایل مراجع برای افشای اسامی بستگی دارد. ❖ ردیابی شرکا نیاز به هزینه و زمان دارد. ❖ به کارکنان مجرب در این زمینه نیاز می‌شود. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شرکای بیشتری درمان می‌شوند. 	از طریق مشاور یا درمانگر
<ul style="list-style-type: none"> ❖ اعتماد به کارکنان بهداشت از بین می‌رود. ❖ ممکن است رابطه‌ی زوج آسیب ببیند. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شرکایی که مراجعه نموده را می‌توان درمان نمود. ❖ می‌توان از انتقال به سایرین، پیشگیری نمود. 	از طریق سوم شخص بدون افشای هویت مراجع

با در نظرگیری هزینه و مسائل مربوط به رازداری، بهترین روش همان ارجاع از طریق خود مراجع می‌باشد. توصیه‌ی سازمان جهانی بهداشت نیز به کارگیری همین روش می‌باشد.

فصل دهم:

مشاوره‌ی پایبندی به درمان

مقدمه

درمان ضد رتروویروسی^۱ (ART)، درمانی پیچیده و چند دارویی بوده و اغلب برای مدتی طولانی ادامه می‌یابد. نتایج مطالعات حاکی از آن است که برای کنترل تکثیر ویروس، نیاز به پایبندی بیش از ۹۵ درصد به درمان می‌باشد. برای انجام ART مؤثر، فرد باید تمام داروهای خود را به طور منظم و در ساعت به خصوص، مصرف نماید. برخی از داروها، باید قبل یا پس از وعده‌ی غذا، مصرف شده یا همراه مایعات خاصی استفاده شوند. پایبندی به درمان به میزانی کمتر از حد بهینه، موجب شکست درمان، ادامه‌ی روند تخریب سلول‌های CD4، و مقاومت به ART می‌گردد. مقاومت به ART موجب می‌شود نتوان از همه‌ی داروهای موجود استفاده کرد و در نتیجه مرگ و میر افزایش می‌یابد.

برای ART، از داروهای متعددی که هر یک بر مراحل مختلف چرخه‌ی حیات ویروس مؤثرند، استفاده می‌شود. این داروها را می‌توان به گروه‌های زیر تقسیم نمود:

❖ مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس نوکلئوزیدی^۲ (NRTIs) که مانع ایجاد رونوشت DNA از RNA ویروس گشته و این ترتیب تکثیر ویروس را مهار می‌کنند. زیدوودین^۳، استاودین^۴، لامیوودین^۵ و تنوفاویر^۶ از جمله‌ی این داروها می‌باشند. این دسته‌ی دارویی، نسبتاً عوارض و تداخلات محدودی دارند. با این وجود ممکن است آسیب‌های مهمی را موجب شوند. از جمله عوارض جدی این گروه، می‌توان سمیت میتوکندری (با علایمی نظیر نوروپاتی، میوپاتی، اسیدوز لاکتیک و آسیب کبد و یا پانکراس)، آسیب شنوایی، عوارض خونی (مانند آنمی، نوتروپنی و ترومبوسیتوپنی) و واکنش افزایش حساسیت بدخیم را برشمرد.

¹ Antiretroviral therapy

² Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors

³ Zidovudine

⁴ Stavudine

⁵ Lamivudine

⁶ Tenofovir

❖ مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس غیرنوکلوئوزیدی^۱ (NNRTIs) که داروهای نویراپین^۲، افایرنز^۳ و دلاویردین^۴ در این گروه قرار می‌گیرند. از جمله عوارض این داروها می‌توان راش، افزایش آنزیم‌های کبدی (که اغلب به جز پایش نیاز به اقدام دیگری ندارد) و اختلال در متابولیسم چربی را نام برد. این دسته از داروها، عمدتاً از طریق ایزوآنزیم 3A4 سیتوکروم P450 متابولیزه می‌شوند. برخی از این داروها القاءکننده‌ی این ایزوآنزیم بوده و برخی دیگر مهارکننده‌ی آن هستند.

❖ مهارکننده‌های پروتئاز^۵ (PIs) که داروهای نلفیناویر^۶، ریتوناویر^۷ و ایندیناویر^۸ از جمله‌ی این داروها می‌باشند. عوارض گوارشی شایع‌ترین عارضه‌ی این گروه از داروها بوده، در حدود ۷۵ درصد از بیماران گزارش شده و مهم‌ترین دلیل قطع مصرف می‌شود. اختلال در متابولیسم چربی، اختلال در عملکرد جنسی و سمیت کبدی از دیگر عوارض این دسته‌ی دارویی است. مهارکننده‌های پروتئاز عمدتاً از طریق ایزوآنزیم 3A4 سیتوکروم P450 متابولیزه شده و اغلب اثر مهارتی بر عملکرد این ایزوآنزیم دارند. در این میان ریتوناویر بیشترین اثر مهارکنندگی را داشته و در نتیجه نیازمند بیشترین توجه به تداخل با دیگر داروها را دارد.

به تازگی سعی در ایجاد نسل‌های جدیدی از دارو به منظور مهار ورود و اتصال ویروس به سلول و تقویت سیستم ایمنی نیز شده است. رژیم آغازین ART معمولاً متشکل از دو داروی NRTI و یک داروی NNRTI می‌باشد. بار ویروس (میزان ویروس در خون) با استفاده از حداقل سه دارو، به نحو چشمگیری کاهش می‌یابد.

پیدایش مقاومت دارویی، یک روند پیچیده می‌باشد. ممکن است به دلیل فراموشی مصرف یک وعده، سوء جذب، اسهال یا استفراغ، میزان دارو در بدن کافی نباشد. ماهیت پیچیده‌ی ویروس نیز در روند شکل‌گیری مقاومت، دخیل است.

نقش مشاور در تشویق پایبندی به درمان

نقش مشاور، ارائه‌ی اطلاعات کلیدی در مورد نحوه‌ی کارکرد ART، چگونگی شکست درمان و غلبه بر دشواری‌های پایبندی به درمان می‌باشد.

مراجعه‌ی باید آگاه شوند که عدم استفاده‌ی منظم از دارو، به دلیل مقاومت ویروس منجر به عدم کارآیی درمان هم برای مراجع و هم در سطح کل جامعه می‌گردد. استفاده از درمان‌های خط اول راحت‌تر بوده و عوارض کمتری نسبت به داروهای خط دوم دارند. درمان‌های خط اول، در صورت پایبندی ۱۰۰ درصد، بر طول عمر بیمار می‌افزایند. مصرف داروهای خط دوم، دشوارتر و پرهزینه‌تر می‌باشد.

¹ Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors

² Nevirapine

³ Efavirenz

⁴ Delavirdine

⁵ Protease Inhibitors

⁶ Nelfinavir

⁷ Ritonavir

⁸ Indinavir

همچنین مشاهده شده که افراد مبتلا، داروهای خود را در اختیار دیگر افراد خانواده می‌گذارند که مبادا آنها نیز مبتلا گردند. مراجعین را باید از این کار بر حذر داشت، چرا که ممکن است به سطوح ناکافی دارو در خون و در نتیجه، مقاومت دارویی منجر گردد.

سیستم‌های خدمات درمانی می‌بایست فرد را برای درمان طولانی مدت آماده سازند. قاعده‌ی کلی بر آنست که فرد تا زمان برآورده شدن شرایط زیر، درمان را آغاز ننماید:

- ❖ از سیستم حمایتی احساسی برخوردار باشد (مانند اعضای خانواده، داوطلبین جامعه، اعضای باشگاه یاران مثبت):
- ❖ بتواند رژیم دارویی را در برنامه‌ی روزانه‌ی خود بگنجانند؛
- ❖ عواقب عدم پایبندی به درمان (از جمله مقاومت دارویی) را درک نموده، از روش‌های پرخطر انتقال آگاه باشد؛
- ❖ بداند که **تمام** دارو را باید طبق تجویز مصرف نماید (مقدار مناسب و زمان مناسب)؛
- ❖ بداند که دیگر داروها و حتی مکمل‌های مصرفی، ممکن است بر ART تأثیر نامطلوب داشته باشند و باید پیش از مصرف آنها، با پزشک مشورت نماید؛
- ❖ بتواند راحت داروهای خود را در حضور دیگران مصرف نماید؛
- ❖ سر وقت در جلسات پیگیری حاضر شود؛
- ❖ از علائم هشدار آگاه بوده و در صورت بروز، با پزشک تماس بگیرد؛
- ❖ از تداخلات و عوارض داروهای ضد ویروس با مواد اعتیادآور آگاه باشد؛
- ❖ بتواند عوارض شایع دارو (همچون تهوع، استفراغ و اسهال) را اداره نماید.

در خلال مشاوره برای پایبندی به درمان، مشاور باید با پزشک، کادر پرستاری و تیم مراقبت در منزل، همکاری مطلوب داشته باشد.

مشاوره‌ی آماده سازی برای پایبندی به ART

به دلیل نیاز به مصرف مکرر دارو طبق زمان تجویز شده و بروز عوارض احتمالی، بدون افشا کردن وضعیت ابتلا به HIV نزد خانواده، پایبندی به درمان ART بسیار دشوار خواهد بود. افشا نزد همسر یا خانواده باید تشویق شده و از آنها نیز در صورت لزوم آزمایش به عمل آید.

پیش از شروع درمان ART، حداقل سه جلسه مشاوره نیاز است تا مباحث مطرح شده، با مراجع مرور گردد. پس از آغاز ART نیز نیاز به جلسات مستمر مشاوره می‌باشد. جلسات مشاوره‌ی پیش از شروع درمان، بهتر است با فواصل یک هفته برگزار گردند تا مطالب مهم در مورد پایبندی به درمان در ذهن مراجع تثبیت گردد. آماده سازی فرد برای پایبندی به درمان به قدری اهمیت دارد که در برخی مراکز جهان، حتی تمرین با قرص‌های نمایشی را نیز در برنامه‌ی خود گنجانده‌اند. بهتر است فردی را به عنوان «یار درمان»^۱ معرفی نماید که بتواند در مراحل مختلف درمان، وی را همراهی کرده و مورد حمایت قرار دهد. این فرد می‌تواند یکی از اعضای خانواده یا دوستان وی باشد. پس از آخرین جلسه‌ی مشاوره‌ی آماده سازی، پزشک درمان‌گر به همراه مشاور در مورد آمادگی مراجع برای شروع درمان تصمیم‌گیری می‌نمایند. خلاصه‌ای از

¹ Treatment Buddy

موضوعاتی که در جلسات آماده سازی مطرح می‌گردد، در زیر آمده است. در خلال هر ویزیت می‌توان برخی موضوعات جلسه‌ی قبل را مرور نموده و درک مراجع را ارزیابی کرد.

خلاصه‌ی ویزیت اول:

- ❖ ارزیابی بالینی توسط پزشک به عمل آید؛
- ❖ دانش و درک مراجع در مورد HIV و وضعیت سلامتی وی بررسی شود؛
- ❖ درمان ART به صورت مختصر به مراجع معرفی شود؛
- ❖ عواقب عدم پایبندی به درمان تشریح شود؛
- ❖ موانع بالقوه‌ی پایبندی به درمان توضیح داده شود؛
- ❖ راه‌های انتقال عفونت و پیدایش مقاومت تشریح شده و برنامه‌ی فردی مراجع برای کاهش انتقال مرور گردد؛
- ❖ مفهوم «یار درمان» برای مراجع توضیح داده شده و فردی برای این کار انتخاب شود.

خلاصه‌ی ویزیت دوم:

- ❖ در خصوص ارزیابی پزشکی جلسه‌ی قبل توضیحاتی به بیمار ارائه شود؛
- ❖ درک مراجع از اطلاعات جلسه‌ی قبل مرور گردد؛
- ❖ موانع بالقوه‌ی پایبندی به درمان در مورد مراجع به بحث گذاشته شده و استراتژی‌های مراجع برای مرتفع ساختن آنها بررسی گردد؛
- ❖ برنامه‌ی درمانی (مقدار، روش و زمان صحیح مصرف) با مراجع مطرح شود؛
- ❖ اگر مراجع برای خود «یار درمان» انتخاب نموده، از او خواسته شود تا این فرد را در جلسه‌ی بعد به همراه بیاورد.

خلاصه‌ی ویزیت سوم:

- ❖ درک و آگاهی مراجع از اطلاعات دو جلسه‌ی قبل ارزیابی شود. تأکید شود که نکات زیادی مطرح شده و دشوار است که مراجع همه‌ی آنها را به خاطر داشته باشد؛
- ❖ استراتژی‌های رفع موانع پایبندی به درمان مرور شود؛
- ❖ مراجع به استفاده از وسایل کمکی برای یادآوری، مانند جدول و چارت زمانبندی، ساعت موبایل و محفظه‌های مخصوص وعده‌های مختلف قرص تشویق گردد؛
- ❖ برنامه‌ی درمانی که در جلسه‌ی دوم مطرح شد، مجدداً مرور شود؛
- ❖ آمادگی مراجع ارزیابی شود. برای این کار می‌توان در مورد رژیم درمانی از وی سئوالاتی نموده و پیشنهادها‌ی وی برای حل مشکلات احتمالی را مرور کرد؛
- ❖ مشاور باید بازخورد خود از آمادگی مراجع برای درمان را به اطلاع کادر پزشکی برساند؛
- ❖ با «یار درمان» مراجع صحبت شده و نقش وی در پیگیری درمان مراجع تعیین گردد.

موانع پایبندی به درمان

مراجع ممکن است به یکی از دلایل زیر از پایبندی به درمان باز بماند:

- ❖ عدم درک درمان و اهداف آن؛
- ❖ موانع ناشی از نقص در انگیزه و حافظه؛
- ❖ موانع حمایتی و تدارکاتی^۱؛
- ❖ عوارض جانبی درمان.

موانع در درک از ارتباط ضعیف، مشکلات زبان، سواد کم، دانش کم و باورهای نادرست در مورد HIV، و آگاهی اندک از تأثیر ART نشأت می‌گیرد. موانع در انگیزش و حافظه، ممکن است ناشی از فراموش کاری، افسردگی یا دیگر اختلالات روانپزشکی، سوء مصرف مواد و الکل، و یا ناتوانی در حفظ اهداف درازمدت باشد. مشکلات حمایتی و تدارکاتی شامل ترس از افشای وضعیت HIV، شرایط بی‌ثبات زندگی و عدم دسترسی به خدمات و درمان ART می‌باشند. در نهایت، باید به مراجع خاطر نشان کرد که پیدایش عوارض، دلیلی برای قطع مصرف محسوب نمی‌شود. می‌توان برای غلبه بر مشکلات ناشی از فراموشکاری، از روش‌های مصرف یک بار در روز و یا ترکیبات با دوز ثابت^۲ در اوایل درمان استفاده کرد.

تأثیر اختلالات روانپزشکی و نورولوژیک

همان طور که پیش‌تر نیز عنوان شد، اختلالات روانپزشکی و نورولوژیک در HIV شایع بوده؛ و چالش عمده‌ای بر پایبندی به درمان به شمار می‌روند. اشکال در برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزمره، نقایص توجه و حافظه و انگیزه‌ی ضعیف که در بسیاری از این اختلالات دیده می‌شود، می‌توانند در پایبندی به درمان تداخل ایجاد کنند. دمانس ناشی از HIV، پسیکوز، یا مانیا ممکن است فرد را دچار بدبینی کرده، به نحوی که در مقابل مصرف دارو مقاومت نماید. مشاوران باید مراجعین را از جهت وجود چنین اختلالاتی غربالگری نمایند و یافته‌های خود را با کادر درمان در میان گذارند.

تأثیر اختلالات مصرف مواد و الکل

ART یک درمان اورژانس نبوده، بنابراین مصرف‌کنندگان مواد و الکل باید ابتدا به دقت ارزیابی شده، از فرآیند درمان مطلع گشته و موانع بالقوه‌ی پایبندی به درمان در آنها پیش از شروع ART مرتفع گردد.

وابستگی به مواد و الکل باید ارزیابی و درمان شوند. بیمارانی که به اپیوئیدها وابستگی داشته و تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌باشند، با نظم بیشتری درمان ART را دنبال می‌کنند. علاوه بر این، موارد زیر نیز باید تسهیل شوند:

- ❖ تثبیت شرایط زندگی؛
- ❖ درمان اختلالات روانپزشکی اولیه و یا ناشی از HIV؛
- ❖ درمان بیماری‌های جدی پزشکی؛
- ❖ توجه به تداخلات دارویی.

مجدداً تأکید می‌گردد که مصرف مواد و الکل (به دلیل تداخلات متعدد دارویی) روند درمان را پیچیده‌تر نموده؛ تغذیه‌ی نادرست و مشکلات ناشی از مصرف مواد نیز بر این پیچیدگی می‌افزایند.

¹ Logistic

² Fixed Dose Combination (FDC)

رژیم‌های درمانی برای بیماری‌های همراه

رژیم‌های درمانی پیچیده، مانند داروهای سل، عفونت‌های فرصت طلب و عفونت‌های آمیزشی، و نیز داروهای ART باید به دقت در جدولی ترسیم و به مراجع ارائه شود. مراجع باید بدانند که چه دارویی را و در چه زمانی باید مصرف کند و اگر یک وعده را فراموش نمود، باید چه کند. همچنین باید برای رفع عوارض جانبی این داروها به مراجع توضیحاتی داده شود.

پشتیبانی در روند ART

مراجع باید در روند ART، جلسات مشاوره‌ی پایبندی متعدد داشته باشد. موانع پایبندی به درمان در طی زمان تغییر نموده و مراجع به سطوح متفاوتی از پشتیبانی نیاز پیدا می‌کند. مشاوره‌ی مستمر پایبندی و تدوام تعامل، از عوامل کلیدی حمایت از پایبندی بیمار به ART می‌باشند.

علاوه بر حمایت از پایبندی، مشاور یا پزشک می‌تواند نظارت و ارزیابی پایبندی را در هر جلسه‌ی مشاوره به عمل آورد.

جلسه‌ی پیگیری معمول، مشتمل بر موارد زیر می‌باشد:

- ❖ مرور تجربه‌ی درمان مراجع؛
- ❖ ارزیابی نیاز به ارجاع نزد پزشک متخصص (معمولاً به دلیل عوارض جانبی درمان)؛
- ❖ نظارت بر پایبندی به درمان؛
- ❖ مرور موانع در این زمینه و یافتن راه حل مناسب برای مرتفع ساختن آنها؛
- ❖ مرور پایبندی به روش‌های کاهش انتقال؛
- ❖ ارزیابی روانی-اجتماعی.

ارزیابی و نظارت بر پایبندی به درمان

عدم پایبندی به درمان در همه جای دنیا دیده شده و منحصر به بیماری خاصی نیست. در کشورهای پیشرفته، میزان پایبندی به درمان در بیماری‌های مزمن به طور میانگین، حدود ۵۰ درصد برآورد شده است؛ این میزان در کشورهای در حال توسعه حتی پایین‌تر است. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، با توجه به نیاز به پایبندی بسیار بالا به درمان ART، ارزیابی و نظارت بر آن حائز اهمیت بسیار می‌باشد. سنجش پایبندی، کاری دشوار بوده و با یک ابزار به تنهایی صورت نمی‌گیرد.

روش‌های ارزیابی پایبندی را می‌توان به دو دسته‌ی کلی تقسیم‌بندی کرد:

- ❖ روش‌های ارزیابی مستقیم و عینی^۱ مانند درمان تحت نظارت مستقیم^۲ (DOT)، اندازه‌گیری سطح دارو در خون و سیستم نظارت بر رخداد درمانی^۳ (MEMS)؛

^۱ Objective

^۲ Directly Observed Treatment (DOT)

^۳ Medication Event Monitoring System (MEMS)

❖ روش های غیرمستقیم مانند گزارش خود فرد^۱، شمارش دارو^۲ و دفعات تجدید نسخه^۳

هر روش نقاط قوت و ضعفی داشته و هیچ یک به تنهایی، قادر به ارزیابی پایبندی فرد به صورت کامل نمی باشد. به همین دلیل در برخی کشورها از رویکرد ترکیبی^۴ برای نظارت بر پایبندی به درمان استفاده می شود.

¹ Self-report

² Pill count

³ Pharmacy records

⁴ Multi-method

فصل یازدهم:

توجه به گروه‌های خاص

این فصل به بررسی مشکلات خاصی که ممکن است مشاور در روند مشاوره‌ی پیش و پس از آزمایش، مشاوره‌ی پایبندی به درمان و حمایت مستمر از افراد مبتلا، با آنها رو به رو شود، می‌پردازد.

زنان باردار، زنان تازه فارغ شده^۱ و همسران آنها

HIV ممکن است در طول بارداری، هنگام زایمان و یا شیردهی، از مادر به کودک منتقل گردد. بدون مداخلات تخصصی، خطر انتقال ویروس به کودک ۳۰ تا ۴۵ درصد می‌باشد (۱۵ تا ۲۵ درصد موارد در طول بارداری و حین زایمان، و ۵ تا ۲۰ درصد موارد در هنگام شیردهی). این به آن معناست که حدود یک سوم از کودکان متولد شده از زنان HIV⁺، به این ویروس آلوده می‌گردند.

کاهش خطر انتقال HIV از زن حامله به کودک، نیازمند مداخلات گسترده شامل آزمایش و مشاوره‌ی HIV، ART برای زنان حامله و داروهای ضد ویروسی برای نوزاد، روش‌های ایمن مامایی، و مشاوره برای شیردهی ایمن می‌باشد. ایده‌آل آن است که تمام زنان و همسرانشان، پیش از تصمیم به فرزند دار شدن، مورد آزمایش و مشاوره‌ی HIV قرار گیرند.

آزمایش HIV در زن باردار

آزمایش روتین از زنان در مراقبت‌های پیش از بارداری، روش مهمی در آگاهی بخشی، شناسایی زنان مبتلا، آغاز زودرس خدمات و به کارگیری روش‌های پیشگیری انتقال مادر به کودک می‌باشد. نکته‌ی حائز اهمیت، انجام هر چه بیشتر آزمایش به صورت روتین در زنان باردار است. مزایای انجام آزمایش باید تشریح شده و جلسات پیش از آزمایش به جهت آموزش انتقال HIV، انتقال مادر به کودک در بارداری، زایمان و شیردهی صورت پذیرد. اگر زن بارداری خطر بالای ابتلا به HIV

¹ New mothers

دارد، باید در سه ماهه‌ی سوم بارداری مجدداً مورد آزمایش قرار گیرد. به زوج‌های ناهمخوان^۱ (یعنی هنگامی که تنها یک نفر از زوجین مبتلا می‌باشند) در مورد خطر انتقال در مقاربت محافظت نشده آموزش داده شود.

شانس انتقال HIV از مادر HIV⁺ به کودک به عوامل خاصی، از جمله بار ویروس در بدن مادر و میزان CD4 وی ارتباط دارد. به عنوان مثال در مواردی که CD4 مادر کمتر از ۳۵۰ عدد در میلی‌لیتر و یا بار ویروس وی بالاتر از صد هزار نسخه‌ی RNA در میلی‌لیتر خون باشد، احتمال انتقال به کودک بسیار بالا بوده و در نتیجه به هیچ وجه توصیه به بارداری نمی‌شود. مشاور برای اطلاعات بیشتر در این زمینه می‌تواند به دستورالعمل‌های کشوری پیشگیری از انتقال مادر به کودک مراجعه کند.

در زیر مثالی در این زمینه آمده است:

«زن HIV⁺ و شوهر HIV⁺ جوانی که به تازگی ازدواج کرده‌اند، به دلیل تصمیم به داشتن فرزند، به کلینیک مراجعه نموده‌اند. شوهر در مورد به حداقل رساندن خطر انتقال HIV به همسر و پیشگیری از ابتلا فرزند، از شما راهنمایی می‌خواهد.»

در چنین شرایطی مشاور باید در باره‌ی موارد زیر با زوج صحبت نماید:

- ❖ انتقال HIV از شوهر به همسر؛
- ❖ پیشنهاد آزمایش HIV به همسر اگر تا به حال آزمایش نداده و یا چنانچه مقاربت محافظت نشده داشته‌اند؛
- ❖ انتقال HIV در بارداری، حین زایمان و یا هنگام شیردهی؛
- ❖ بار ویروس بالاتر در هنگام عفونت اخیر (Seroconversion) که خطر انتقال مادر به کودک را افزایش می‌دهد؛
- ❖ ارجاع به مراقبت‌های پیش از تولد برای دریافت مراقبت‌های خاص.

باید در مورد پیشگیری از انتقال HIV به همسر به خصوص در دوران بارداری و شیردهی، به شوهران آموزش داده شود. مشاوران باید در مورد روش‌های پرخطر انتقال (مانند استفاده از سرنگ مشترک، داشتن شرکای جنسی متعدد، مقاربت محافظت نشده) به صراحت صحبت نمایند. نکته‌ی حایز اهمیت دیگر، دخیل نمودن همسر در مراقبت‌های پیش از تولد فرزند می‌باشد.

برخورد با زن باردار که از انجام آزمایش امتناع می‌کند

اگر زن بارداری از انجام آزمایش امتناع نمود، برای وی زمان بیشتری گذاشته شده و در مورد علل امتناع وی پرس و جو شود. برخی از این افراد نمی‌خواهند وضعیت ابتلای خود را بدانند چرا که از در میان گذاشتن آن با همسر هراس دارند. انگ و تبعیض علیه زنان مبتلا، در بسیاری از جوامع یک مشکل جدی محسوب می‌شود. مشاوره با هدف آموزش مزایای دانستن وضعیت ابتلای خود و فرزند، معمولاً موجب مرتفع شدن این موانع می‌گردد.

مهم است که فرصت بیان احساسات داده شود. ترس از عواقب منفی، معمولاً شدیدتر از خود عواقب می‌باشد؛ و اغلب افرادی که ابتلای خود را با فردی در میان می‌گذارند، نتایج مثبتی را گزارش می‌کنند. هنگام مشاوره، باید به فرد کمک شود تا وی احتمال واقعی چنین عواقب نامطلوبی را ارزیابی نموده و برای به حداقل رساندن آنها برنامه‌ریزی کند.

¹ Discordant

اگر زن بارداری از آزمایش HIV در اولین جلسه امتناع نمود، در جلسات آتی نیز آمادگی وی ارزیابی شده و به طور مختصر، مزایای دانستن وضعیت ابتلا برای وی تشریح شود.

مشاوره‌ی زن بارداری که نتیجه‌ی آزمایش HIV وی مثبت گشته است

اگر نتیجه‌ی آزمایش زن بارداری مثبت گشت، مشاور باید در مورد مسائل زیر صحبت نماید:

- ❖ خطر انتقال مادر به کودک؛
- ❖ روش‌های پیشگیری از انتقال مادر به کودک؛
- ❖ نیاز به مرحله‌بندی^۱ عفونت HIV برای تعیین نیاز به شروع ART.

به زنان بارداری که الکل و مواد نیز مصرف می‌کنند، باید توضیح داده شود که این مواد می‌توانند بر سلامت فرزند تأثیر نامطلوب گذاشته و موجب نقایص جنینی و وابستگی جنین به این مواد گردند. باید به آنها عنوان شود که وضعیت HIV و مصرف مواد و الکل را به اطلاع پزشک مراقبت پیش از بارداری خود برسانند تا در صورت لزوم، درمان مناسب برای فرزند صورت پذیرد. ترک ناگهانی مواد نیز توصیه نمی‌شود چرا که می‌تواند عواقب جدی بر سلامت مادر و کودک داشته باشد. در چنین مواردی بهتر است مادر به مراکز مجهز ارجاع شده و با اخذ رضایت از مادر، وضعیت مادر با پزشک مرکز در میان گذارده شود.

مشاوره برای پیشگیری از انتقال مادر به کودک

مشاوره باید موضوعات زیر را جهت کاهش خطر انتقال مادر به کودک پوشش دهد:

- ❖ استفاده از داروهای ضد ویروسی؛
- ❖ روش‌های مامایی ایمن؛
- ❖ روش‌های شیردهی به فرزند.

پیشگیری با داروهای ضد ویروسی (ART)

با استفاده از ART، تعداد کودکان مبتلا شده کاهش چشمگیری یافته است. زنانی که داروهای ART دریافت می‌کنند، باید تحت نظارت و پیگیری مستمر باشند. پایبندی مورد نیاز به برنامه‌های پیشگیری با ART، از طریق آموزش مزایای آن تسهیل می‌گردد. در اغلب موارد، زنان باردار قادر به حفظ پایبندی مطلوب به رژیم درمانی نبوده؛ بنابراین مشاور باید از ارائه‌ی صرف اطلاعات فراتر رفته، موانع موجود را ارزیابی کرده و برای رفع آن موانع، چاره‌ای بیاندیشد. باید به خاطر داشت که تجویز ART برای پیشگیری از ابتلای فرزند همیشه موفق نیست. کودکی که مبتلا می‌شود نیاز به مراقبت پیوسته‌ی پزشکی داشته و همچنین مادر و خانواده‌ی وی نیز به حمایت احساسی و اجتماعی نیاز دارند.

مشاوره در مورد روش‌های زایمان

¹ Staging

زایمان در خانه، همچنان در برخی مناطق رخ می‌دهد. در چنین شرایطی، ضروری است که به زن باردار HIV⁺ درباره‌ی مزایای زایمان در مراکز مجهز که موجب به حداقل رساندن خطر انتقال HIV می‌شود، آموزش داده شود. اکثر نوزادان از طریق مواجهه با خون مادر و یا ترشحات دهانه‌ی رحم که حاوی ویروس بوده، مبتلا می‌شوند. پارگی غشاءها به مدت طولانی و روش‌های تهاجمی زایمان موجب افزایش خطر انتقال مادر به کودک در حین زایمان می‌گردد. استراتژی‌های کاهش خطر انتقال در هنگام زایمان شامل:

- ❖ به حداقل رساندن روش‌های تهاجمی، اجتناب از ایجاد برش در غشاءها و اپیزیوتومی‌های^۱ روتین؛
- ❖ حداقل استفاده از فورسپس^۲ و یا زایمان با کمک واکيوم^۳؛
- ❖ درمان کوچک‌ترین علائم عفونت؛
- ❖ به حداقل رساندن ساکشن تهاجمی دهان نوزاد؛
- ❖ بستن و بریدن بند ناف پس از توقف ضربان آن (برای اجتناب از فواره زدن خون آلوده)؛
- ❖ استفاده‌ی کوتاه مدت از داروهای ART (طبق دستورالعمل‌های کشوری).

مشاوره‌ی شیردهی

تمام زنانی که قصد باردار شدن داشته، در حال حاضر باردار بوده و یا به فرزندشان شیر می‌دهند، باید بدانند که شیردهی از پستان، با خطر انتقال HIV به کودک همراه است. ویروس HIV در خون و شیر زن مبتلا یافت می‌شود.

برای کاهش انتقال، شیردهی باید در زودترین زمان ممکن قطع گردد. می‌باید همیشه رسوم فرهنگی، شرایط فردی و عوارض تغذیه‌ی جایگزین مد نظر قرار گیرد. باید به خاطر داشت که عدم شیردهی به فرزند، در برخی جوامع با انگ همراه است. اگر زن HIV⁺ به روش جایگزین ایمن و مقرون به صرفه برای شیردهی دسترسی دارد، توصیه می‌شود از آن استفاده کند. اگر چنین روش جایگزینی در دسترس نمی‌باشد، شیردهی توسط مادر، تنها انتخاب است. در صورتی که بنا بر آن شد که مادر به نوزادش شیر دهد، در شش ماه اول تغذیه‌ی انحصاری از شیر مادر بر استفاده‌ی هم زمان از شیر مادر و شیر خشک، ارجحیت دارد؛ چرا که شیر خشک منجر به التهاب مخاط معده‌ی نوزاد شده و ورود ویروس HIV از شیر مادر به نوزاد را تسهیل می‌کند. علاوه بر این تکنیک‌های غلط شیردهی منجر به عوارضی مانند ماستیت یا شقاق نوک پستان شده و به این ترتیب خطر انتقال مادر به کودک افزایش می‌یابد. در مواردی که روش‌های تغذیه‌ی جایگزین در دسترس نمی‌باشد، مادر باید کوچک‌ترین علائم مشکل در پستان و یا برفک در کودک را به سرعت درمان نماید. مدت شیردهی نیز با میزان انتقال همبستگی دارد.

در صورتی که برای استفاده از شیر مادر اجبار وجود دارد، یکی از روش‌های تغذیه‌ی جایگزین، استفاده از شیر تعدیل شده‌ی مادر است. در این روش مادر شیر خود را دوشیده و به مدت ۲۰ دقیقه با حرارت ۵۶ تا ۶۳ درجه‌ی سانتی‌گراد می‌جوشاند. به این ترتیب مواد مغذی شیر و آنتی‌بادی‌های موجود در شیر از بین نرفته و باعث از بین رفتن ویروس می‌گردد.

¹ Episiotomy

² Forceps

³ Vacuum

حمایت احساسی از زنان باردار و تازه فارغ شده

زنان بارداری که به تازگی تشخیص داده شده‌اند و یا در اثر پیشرفت بیماری سلامتی آنها رو به افول می‌باشد، در معرض خطر افسردگی می‌باشند. زنان HIV⁺ همچنین در معرض خطر افزایش یافته‌ی افسردگی پس از زایمان می‌باشند. افسردگی نه تنها بر کیفیت زندگی فرد، بلکه بر پایداری به درمان و نیز توانایی مراقبت از کودک تأثیر می‌گذارد. مشاوران باید از علایم افسردگی آگاه بوده و نسبت به رفع آن، اقدام مناسب را به عمل آورند.

افسردگی پس از زایمان

افسردگی پس از زایمان، در ۱۰ تا ۱۵ درصد از زنان، پس از تولد فرزند رخ می‌دهد. توصیف آن شبیه به حالت شایع غم پس از زایمان^۱ بوده که در مقایسه با آن شدت بیشتری یافته و مدت بیشتری طول می‌کشد. زنان دچار افسردگی پس از زایمان، احساس غم شدیدی داشته و دچار افکار وسواسی می‌شوند و ممکن است نتوانند از نگرانی‌های روزمره خلاصی یابند. تغییرات هورمونی و استرسورهای روانی-اجتماعی به عنوان علل دخیل مطرح شده‌اند.

تابلوی بالینی افسردگی پس از زایمان از فردی به فرد دیگر متفاوت بوده؛ ممکن است شبیه افسردگی، وسواس، اضطراب و یا ترکیبی از آنها باشد. تشخیص افسردگی پس از زایمان بر اساس احساس افسردگی، احساس بی‌علاقگی نسبت به فعالیت‌های لذت‌بخش به همراه چهار مورد از علایم زیر به مدت دو هفته می‌باشد:

- ❖ احساس خستگی مفرط؛
- ❖ احساس ناامیدی و درماندگی؛
- ❖ بی‌خوابی؛
- ❖ تغییر در اشتها؛
- ❖ اضطراب، ترس، احساس گناه و عذاب وجدان؛
- ❖ دشواری در تمرکز و تصمیم‌گیری؛
- ❖ تپش قلب، گزگز یا کرختی در اندام‌ها و دیگر علایم هراس^۲؛
- ❖ افکار آسیب به خود یا فرزند؛
- ❖ عدم رسیدگی به ظاهر و بهداشت فردی؛
- ❖ وسواس در مورد سلامت فرزند؛
- ❖ ناتوانی از مدارا با شرایط روزمره.

پسیکوز (جنون) پس از زایمان^۳

پسیکوز پس از زایمان، یک اختلال نادر ولی شدید بوده، که در یک مورد از هر هزار زایمان رخ می‌دهد. زن مبتلا به پسیکوز پس از زایمان ممکن است هذیان (مثلاً این که کودک شیطانی بوده) و یا توهم (دیدن یا شنیدن چیزهایی که واقعاً وجود ندارند) را تجربه نماید. پسیکوز پس از زایمان معمولاً با فاصله‌ی نزدیک از زایمان (ظرف سه تا ده روز) رخ داده، عموماً گذرا بوده و ممکن است از یک روز تا یک ماه طول بکشد. همچنین ممکن است فرد دوره‌هایی از رفتار طبیعی نیز داشته

¹ Post-partum Blue

² Panic

³ Post-partum Psychosis

باشد. اگر طول این دوره بیش از یک ماه باشد، دیگر تشخیص پسیکوز پس از زایمان مطرح نبوده و احتمالاً عوامل دیگری دخیل می‌باشند.

علاوه بر هذیان و توهم، فرد ممکن است علایم زیر را نیز در پسیکوز پس از زایمان تجربه نماید:

- ❖ بی‌قراری (آژیتاسیون) بیش از حد؛
- ❖ کاهش وزن؛
- ❖ بی‌خوابی مفرط.

زنان مشکوک به افسردگی و یا پسیکوز پس از زایمان، نیازمند درمان‌های دارویی بوده و مشاوره به تنهایی کافی نمی‌باشد. اگر فرد ارجاع به روانپزشک را نپذیرد و سلامت مادر یا کودک در خطر باشد، ارجاع بدون رضایت وی ضروری می‌شود. در چنین مواردی، به مراجع و خانواده‌ی وی دلایل خود را برای این کار عنوان کنید.

کودکان و نوجوانان

مقدمه

این بخش به مشاوره برای کودکان و نوجوانان HIV⁺ و والدین آنها اختصاص دارد. دسترسی کودکان به خدمات مشاوره و آزمایش HIV برای بهره‌مندی از درمان‌های ضد ویروسی، مراقبت، حمایت و در نتیجه کیفیت زندگی مطلوب، بسیار محدود می‌باشد. اکثر کودکان و نوجوانان در معرض خطر، در جستجوی خدمات مشاوره و آزمایش HIV نبوده، در نتیجه بیشتر به توصیه‌ی ارائه‌کننده‌ی خدمات بهداشتی تحت آزمایش قرار می‌گیرند. در این بافتار، مسائلی از قبیل رضایت آگاهانه و رویکرد مبتنی بر حقوق مراجع، از اهمیت زیادی برخوردار می‌شود. معمولاً آزمایش HIV در کودکان، در شرایط زیر صورت می‌گیرد:

- ❖ کودکانی که با علایم، نشانه‌ها یا بیماری‌هایی مانند سل مراجعه نموده که ممکن است پزشک را مشکوک به عفونت HIV کند؛
- ❖ برای تشخیص افتراقی در کودک بدحال؛
- ❖ کودکان متولد شده از مادران HIV⁺ برای تشخیص زودرس؛
- ❖ در هنگام پذیرش در مراکز نگهداری و یا اماکن مشابه.

در موقعیت‌های زیر، احتمال مواجهه‌ی کودک با HIV وجود دارد:

- ❖ انتقال مادر به کودک؛
- ❖ فعالیت جنسی؛
- ❖ مصرف تزریقی مواد؛
- ❖ مورد سوء استفاده‌ی جنسی یا تجاوز قرار گرفتن؛
- ❖ مواجهه در محیط‌های درمانی (مثلاً فرورفتن تصادفی سرنگ و یا دریافت محصولات خونی آلوده)؛
- ❖ زندگی یا کار در خیابان.

تشخیص زودرس در کودکان و نوزادان، دارای مزایای بالقوه‌ی زیر می‌باشد:

- ❖ شناسایی و ارجاع به موقع کودکان مبتلا برای دریافت خدمات درمانی، مراقبت و پشتیبانی؛

- ❖ دریافت خدمات برای افزایش طول عمر مانند بهبود تغذیه و انجام ورزش و فعالیت بدنی؛
- ❖ تصمیم گیری آسان‌تر برای تغذیه با شیر مادر؛
- ❖ حذف اضطراب از کودکان HIV⁻ (در موارد HIV⁺ نیز دانستن حقیقت بهتر از نگرانی در مورد وضعیت مجهول است)؛
- ❖ کاهش انگ، تبعیض، و رنج روانی-اجتماعی در افراد HIV⁻؛
- ❖ تسهیل در برنامه‌ریزی تنظیم خانواده؛
- ❖ آموزش پیشگیری از انتقال به دیگران در سنین بالاتر.

چنانچه مشاور در زمینه‌ی نحوه‌ی برقراری ارتباط با کودک و والدین وی، آموزش ندیده باشد، ارائه‌ی صرف اطلاعات ممکن است به نتایج نامطلوب زیر در کودک بینجامد:

- ❖ موقعیت را به درستی درک ننموده و یا با عواقب منفی بیماری اشتغال ذهنی بیش از حدی پیدا کند؛
- ❖ ابتلای خود را نزد دیگران، بدون در نظر گرفتن اثرات منفی این امر، افشا نماید؛
- ❖ دچار احساس خشم، بی‌زاری، اضطراب، ناامیدی و افسردگی شود.

ملاحظات اخلاقی و قانونی در آزمایش کودکان

طبق پیمان‌نامه‌ی حقوق کودک سازمان ملل^۱، تمامی نهادها و سازمان‌ها باید از «محافظت از کودک در مقابل هر گونه تبعیض و مجازات به دلیل وضعیت، فعالیت، عقاید و یا باورهای والدین» اطمینان حاصل نمایند. علاوه بر این، نمی‌توان «خلوت و اسرار، شرافت و یا شهرت هیچ کودکی را به صورت غیرقانونی زیر پا گذاشت». در بافتار آزمایش HIV، هر کودکی حق دارد که وضعیت HIV خود را محرمانه نگه دارد. ملاحظات اخلاقی و قانونی در مورد بیماری HIV/AIDS در کودکان، توسط کمیته‌ی حقوق کودک سازمان ملل در نظر تفسیری شماره‌ی سه در مورد ایدز و حقوق کودک^۲ به طور مفصل و در ۴۲ ماده بیان شده است.

مشاوران باید با قوانین و سیاست‌های کشوری آشنا بوده و در صورتی که انجام آزمایش در جهت منافع کودک می‌باشد، در جهت انجام آن تلاش نمایند. مزایا و پیامدهای انجام آزمایش باید وزندهی شده و دلایل درخواست یا پیشنهاد آزمایش روشن باشند. در انجام آزمایش از کودکان، ملاحظات زیر باید مد نظر قرار گیرد:

- ❖ در چه شرایطی انجام آزمایش از کودک مساعد بوده و بهترین نحو انجام آن کدام است؟
- ❖ از دانستن این امر که کودک به HIV مبتلا شده، چگونه می‌توان استفاده نمود تا وی از خدمات و مراقبت‌های مطلوب، بهره‌مند شود؟
- ❖ نقش مشاور در حمایت از والدین (یا قیم) کودک چه می‌باشد؟

در کل، آزمایش HIV باید زمانی انجام شود که فرد از مزایا و پیامدهای انجام آزمایش آگاه باشد. در کودکان، به خصوص زیر ده سال، درخواست رضایت کودک به سیاست‌های کشوری، قضاوت مشاور، بلوغ و پختگی کودک بستگی دارد. با وجودی که والدین در اغلب موارد برای انجام مداخلات پزشکی (از جمله آزمایش HIV) به جای کودک رضایت می‌دهند،

¹ United Nations Convention on the Rights of the Child

² UN Committee on the Rights of the Child, CRC General Comment No.3: HIV/AIDS and the Rights of the Child

کودک همچنان حق دارد در تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی خود مشارکت داشته باشد. آزمایش اجباری مجاز نبوده، و وضعیت ابتلای کودک نباید مانعی برای دسترسی کودک به تحصیل، مراقبت‌های بهداشتی، مسکن و یا دیگر خدمات گردد.

حداقل سنی که کودک یا نوجوان می‌تواند بدون رضایت والدین یا قیم، به انجام آزمایش HIV رضایت دهد، در هر کشوری متفاوت است. در مورد این قوانین گاهی نکات مبهم و حتی متضاد وجود دارد.

مشاوره‌ی HIV در کودکان

مشاوره‌ی پیش و پس از آزمایش، باید برای کودکی که تحت آزمایش HIV قرار می‌گیرد و نیز برای والدینش، فراهم گردد. مشاوره در این زمینه نیازمند مهارت‌های ذیل می‌باشد:

- ❖ ارزیابی بلوغ و پختگی کودک برای درک مزایا و عواقب آزمایش و اخذ رضایت؛
- ❖ برقراری ارتباط متناسب با سن؛
- ❖ افشا نزد والدین؛
- ❖ فرآیند مطلع ساختن کودک از وضعیت ابتلا؛
- ❖ مشاوره برای پایبندی به درمان؛
- ❖ توانایی صحبت با کودک در مورد مرگ؛
- ❖ ارزیابی سوء استفاده‌ی جنسی و تجاوز؛
- ❖ مشاوره‌ی والدین؛
- ❖ مشاوره‌ی روانی-اجتماعی مستمر.

مشاوره‌ی کودک دربرگیرنده‌ی موارد زیر است:

- ❖ ایجاد یک محیط خلوت و دوستانه؛
- ❖ برقراری ارتباط با کودک و کسب اعتماد وی؛
- ❖ کمک به کودک برای بازگو کردن شرح حال خود؛
- ❖ گوش دادن فعالانه به کودک؛
- ❖ ارائه‌ی اطلاعات به کودک متناسب با سطح رشدی وی؛
- ❖ دانستن این امر که نتیجه‌ی آزمایش HIV در سنین مختلف، اثرات متفاوتی بر کودک می‌گذارد؛
- ❖ دادن جواب‌های صادقانه به کودک بدون مخفی‌کاری؛
- ❖ کمک به تصمیم‌گیری کودک؛
- ❖ آماده‌سازی نوجوانان بزرگتر برای روش‌های ایمن نزدیکی، اجتناب از رفتارهای پرخطر برای پیشگیری از عفونت مجدد با گونه‌ی دیگری از HIV؛
- ❖ کمک به کودک برای اتخاذ دیدگاهی مثبت نسبت به زندگی.

مهارت برقراری ارتباط مؤثر، سنگ بنای رابطه‌ی درمانی با کودک است. کودک را نباید مجبور به بازگویی «سرگذشت» خود نمود، چرا که ممکن است دلایل خوبی برای عدم بیان برخی مسائل وجود داشته باشد. برای کمک به ارتباط با کودک، مشاور می‌تواند از روش‌های خلاقانه کمک زیر بگیری:

- ❖ نقاشی کردن؛
- ❖ قصه گفتن؛
- ❖ ایفای نقش؛

❖ بازی.

برای ایجاد یک محیط دوستانه، مشاور می‌تواند اصول زیر را به کار بندد:

- ❖ مدت زمان تقریبی جلسه عنوان شود؛
- ❖ اگر والدین کودک در اتاق حضور ندارند، باید کودک را از محل انتظار آنها مطلع نمود. گاهی ممکن است لازم باشد که محل انتظار والدین به کودک نشان داده شود؛
- ❖ ممکن است نیاز باشد که مشاور هم سطح کودک نشسته و با وی بازی کند، یا حتی با وی قدم بزند؛
- ❖ رازداری و محدودیت‌های آن باید بازگو شود؛
- ❖ به کودک عنوان شود که این جا یک «مکان امن» بوده، و وی می‌تواند این جا استراحت کرده، صحبت نموده، یا بازی کند. تنها قانون این است که مشاور حق ندارد به کودک آسیبی رسانده، و متقابلاً کودک نیز حق ندارد به مشاور آسیب برساند؛
- ❖ مشاور باید بر مشکل کودک تمرکز نموده و نسبت به زندگی و فعالیت‌های وی ابراز علاقه نماید. باید کودک را به خاطر آن چه هست تحسین نماید. مشاور باید در کودک خصوصیات بی‌نظیر را شناسایی کند چرا که هر کودک، جذابیت مختص خودش را دارد؛
- ❖ اسباب بازی و اشیاء متناسب با سن کودک در اتاق وجود داشته باشد. از اشیائی استفاده شود که در آموزش HIV و آزمایش آن مفید است؛
- ❖ از زبان متناسب با سن استفاده شود؛
- ❖ مشاور باید آرام و صبور باشد. همگام با سرعت کودک پیش رفته و به حرف‌هایش گوش دهد و وی را به صحبت کردن تشویق کند؛ سپس به مرور موضوع صحبت را به موضوع اصلی برگرداند.

HIV و تأثیرات روانی-اجتماعی آن بر کودک و نوجوان

داشتن یک بیماری مزمن، بر حوزه‌های متفاوتی از زندگی کودک یا نوجوان (مانند مدرسه، خانواده و جامعه) تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌ها در این زمینه، حاکی از آنند که کودکان دچار بیماری مزمن، در معرض خطر بیشتر ابتلا به مشکلات انطباقی می‌باشند. این مشکلات انطباقی، شامل علایم افسردگی، مشکلات رفتاری، مشکلات تحصیلی، و احساس انزوا می‌باشند. با این وجود، بسیاری از این کودکان قادرند با بیماری خود تطابق مطلوبی پیدا کنند. در خانواده‌هایی که در آنها سطح استرس پایین است، بین اعضای آن همبستگی وجود دارد و اعضای آن قادرند احساسات و مشکلات خود را بیان کنند، سازگاری بهتری با بیماری مزمن ایجاد می‌شود. علاوه بر این، سطح اقتصادی-اجتماعی، روش‌های مدارا، الگوهای اسنادی^۱ و توانمندی‌های اجتماعی پیشگویی‌کننده‌ی توانایی انطباق می‌باشند.

تظاهرات عفونت HIV در سیستم اعصاب مرکزی (CNS) در کودکان و نوجوانان در طی زمان تغییر می‌کند. علایم درگیری CNS شامل نقایص توجه و تمرکز، مشکلات زبان (به خصوص زبان بیانی^۲)، نقایص حرکتی، تأخیر در کسب مهارت‌های اجتماعی، و ناتوانی در پشت سر گذاشتن مراحل عمده‌ی تکاملی می‌باشد. از علایم رفتاری و روانی-اجتماعی عفونت HIV و ایدز در کودکان و نوجوانان، می‌توان بیش فعالی، نقایص توجه، انزوای اجتماعی و افسردگی را نیز برشمرد.

¹ Attributional

² Expressive language

نقایص شناختی، اختلالات یادگیری، و تأخیر نموی ناشی از درگیری CNS به دلیل عفونت HIV، می‌توانند مستقیماً بر عملکرد تحصیلی تأثیر گذارند. این که شرایط اجتماعی از قبیل محیط توأم با محرومیت، عفونت مادر و یک بیماری مزمن، تا چه حد در مشکلات رفتاری و روانشناختی کودک دخیل می‌باشند، مشخص نیست. با این حال بخش عمده‌ی توصیه‌های مشاور به مداخلات رفتاری والدین، به کنترل این مشکلات اختصاص دارد.

مشکلات خانواده

باید به خاطر داشت که بسیاری از خانواده‌ها نه تنها با مشکلات ناشی از ابتلای خود و کودک به HIV، بلکه با استرس‌های مضاعف زندگی از قبیل فقر، خشونت و سوء مصرف مواد نیز مواجهند. خانواده باید مشکلات مالی و مرتبط با بیمه را مدیریت نموده، و بتواند به نحو مطلوب با کارکنان درمان، ارتباط برقرار نماید. پایبندی به رژیم دشوار درمانی، در اغلب موارد بر عهده‌ی مراقبین کودک می‌باشد؛ مزه‌ی داروها و بزرگی قرص‌ها نیز بر دشواری‌های این امر می‌افزایند.

انزوای اجتماعی

جنبه‌ی منحصر به فرد دیگری از HIV و ایدز، انگ، مخفی کاری و انزوای ناشی از آن می‌باشد. با وجود پیشرفت‌های موجود در درک HIV و ایدز، افراد مبتلا همچنان با ترس، طرد و تعصبات ناشی از این بیماری مواجهند. این امر در مورد کودکان خیابانی، حتی برجسته‌تر است. کودکانی که وضعیت ابتلای خود را افشا نمی‌کنند با احساس انزوای درونی، و آنها که افشا می‌کنند با انگ و طرد مواجهند. گروه‌های حمایتی همتا، در این زمینه کمک کننده می‌باشند.

تغییر رفتار در نوجوانان

تغییر رفتار در نوجوانان برای کاهش خطر انتقال HIV، به شدت تحت تأثیر همسالان است. وجود فشار از سوی گروه همسالان را باید با نوجوان مطرح نموده، و از استراتژی‌های مصاحبه‌ی انگیزشی برای تغییر رفتار کمک گرفت. در ارزیابی آمادگی مراجع برای تغییر، استراتژی‌های نوجوان برای مقابله با فشار گروه همسالان ارزیابی گردد.

تسهیل افشا نزد کودکان

مسائل فرهنگی بر الگوهای ارتباط، نگرش به عفونت و تمایل به بهره‌مندی از شبکه‌های حمایت اجتماعی تأثیر می‌گذارند. اغلب به کودک یا نوجوان در مورد وضعیت ابتلای وی، والدینش، یا دیگر فرزندان چیزی عنوان نمی‌شود. والدین اغلب به دلایل مختلفی در خصوص صحبت با فرزند در مورد HIV راحت نیستند. یکی از این دلایل آن است که کودک ممکن است در مخفی نگه داشتن تشخیص بیماری چندان موفق نبوده، و در نتیجه خانواده را در معرض طرد قرار دهد. والدین همچنین مایلند از کودک در مقابل دانستن وضعیت ابتلا، محافظت نمایند. علاوه بر این، نگرانی قابل توجهی در مورد کنجکاوای کودک در مورد نحوه‌ی ابتلا وجود دارد، والدین ممکن است در این زمینه احساس گناه و عذاب وجدان داشته باشند. این قبیل احساسات، در مورد مادران و انتقال ویروس به فرزند پیچیده‌تر است.

در تحقیقات وسیعی که در مورد عواقب روانشناختی بدخیمی‌های کودکان صورت گرفته، مشاهده شده که در میان گذاشتن تشخیص با کودک، به سازگاری احساسی بهتر منتج می‌شود. این امر حتی در مراحل انتهایی بیماری‌های وخیم نیز صادق است. متأسفانه، در مورد افشای تشخیص HIV و ایدز نزد کودکان، تحقیقات ناچیزی وجود دارد. شواهد ابتدایی حاکی از آن است که کودکانی که از تشخیص عفونت خود آگاهند، احساس انزوای کم‌تری می‌نمایند.

مشاوران باید تلاش نموده تا مزایا و پیامدهای افشای ابتلا به HIV کودک را برای خانواده شفاف نمایند. ایده آل آن است که در مورد سلامتی کودک، با وی آزادانه صحبت شود، اما این امر باید با در نظر گرفتن ترس خانواده از طرد صورت گیرد. علاوه بر این خانواده ممکن است تقاضا کند که اطلاعات متناسب با سطح رشد شناختی کودک (در مورد سیر بیماری، پیش‌آگهی و نحوه‌ی ابتلا) به وی ارائه شود. در مواردی که سطح شناختی کودک در حدی نباشد که بتواند تشخیص را مخفی نگه دارد، افشا مناسب نمی‌باشد.

آیا باید به کودک گفته شود که HIV دارد؟

در این زمینه هیچ دستورالعمل واحدی وجود ندارد. آگاه ساختن کودک از وضعیت ابتلا، یک فرایند می‌باشد نه یک رخداد واحد، و با تکامل درک کودک تغییر می‌کند. والدین در این زمینه باید ابتدا به دقت ارزیابی‌های خود را انجام داده و سپس در مورد زمان، مکان و چگونگی این امر تصمیم بگیرند. مزایای افشای ابتلا به HIV به خود کودک، عبارتند از:

- ❖ کمک به سازگاری کودک با بیماری از طریق فراهم نمودن حمایت؛
- ❖ تسهیل دخیل سازی کودک در برنامه‌ریزی نیازهای تحصیلی و روانی-اجتماعی خود؛
- ❖ آموزش روش‌های ایمن نزدیکی، به نوجوانان و جلب احساس مسئولیت آنها در این زمینه.

هنگام مطلع ساختن کودک، اصول زیر می‌باید رعایت شود:

- ❖ از زبان متناسب با سن و درک کودک استفاده شود؛
- ❖ از کودک در مورد آن چه در مورد HIV و ایدز می‌داند، پرسیده شود؛
- ❖ علاوه بر توضیحات کلامی، از عکس و نقاشی نیز استفاده شود؛
- ❖ به سؤالات کودک صادقانه پاسخ داده شود.

عدم افشا می‌تواند به اضطراب، ترس و افسردگی بینجامد و کودک را از دریافت حمایت و خدمات روانی-اجتماعی محروم سازد. معایب افشا نزد کودک، انگ و تبعیض می‌باشد. تأثیرات نامطلوب افشای وضعیت ابتلا به HIV نزد کودک، اجتناب ناپذیر است. این امر در مواردی که علاوه بر کودک، یک یا هر دو والد مبتلا هستند، پیچیده‌تر می‌گردد.

آماده نمودن کودک و نوجوان برای ویژگی‌های بیمارستانی و مداخلات پزشکی

گاهی اوقات، والدین به دلیل نگرانی از واکنش کودک، به سختی در مورد رفتن به درمانگاه یا بیمارستان با وی صحبت می‌کنند. کودک باید بداند که قرار است به درمانگاه برود، همچنین مفید است که وی دلیل این امر را نیز بداند. باید از پیش به کودک اطلاعات مختصری در مورد آنچه قرار است در درمانگاه یا بیمارستان رخ دهد، ارائه کرد. این اطلاعات باید متناسب با سطح رشد شناختی کودک ارائه شود.

کودکان تا هشت ماهگی: در این موارد، اغلب والدین مضطرب‌تر از کودک می‌باشند. بچه‌های کوچک، اغلب به راحتی از والدین جدا شده و توسط کارکنان بیمارستان به سرعت آرام می‌گردند. والدین می‌توانند برای کودک پتو یا اسباب بازی نرمی که وی را آرام می‌سازد، فراهم نمایند.

نوپایان (از هشت ماهگی تا دو سالگی): در این سنین، کودک به سختی از والدین خود جدا شده و رابطه‌ی مطلوبی با کارکنان برقرار نمی‌کند. در این موارد، والدین کودک را بهتر از هر کسی می‌شناسند و در نتیجه بهتر می‌توانند تیم درمانی را راهنمایی کنند. به والدین توصیه می‌شود که از یکی دو روز قبل، رفتن به درمانگاه را به کودک مطرح نمایند. والدینی که

مصرف‌کننده‌ی مواد بوده و یا تن‌فروشی می‌کنند و در نتیجه تجربه‌ی ناخوشایندی از ارتباط با کارکنان درمان دارند، ممکن است نیاز به مشاوره‌ی جداگانه پیدا کنند.

کودکان در سنین پیش از مدرسه (سه تا شش سال): اغلب کودکان در این سنین، توضیحات ساده در مورد بیماری را درک نموده و نیاز به دادن فرصت برای بیان احساسات خود دارند. والدین می‌توانند از چند روز قبل، این موضوع را با فرزند خود در میان گذارند. ایفای نقش پرستار یا دکتر، می‌تواند کمک‌کننده باشد.

کودکان سنین مدرسه (هفت تا ۱۱ سال): اغلب کودکان در این سنین، قادر به درک علت بستری و روند آن می‌باشند. در این سنین کودکان از بیدار شدن حین عمل جراحی، درد و یا تغییر در بدن نگرانی دارند. اطمینان بخشی فراوان، بازی و یا نقاشی می‌توانند کمک‌کننده باشند. می‌توان از چند روز قبل، این موضوع را با کودک در میان گذاشت. داشتن «یار درمان» و یا مراقبین حمایت‌گر، می‌تواند در سازگاری کودک با محیط جدید کمک نماید.

نوجوانان (۱۲-۱۷ سال): اکثر نوجوانان، درک مطلوبی نسبت به وقایع درون بدن و دلایل مراجعه به درمانگاه یا بیمارستان دارند. دخیل نمودن آنها در روند تصمیم‌گیری، می‌تواند احساس تسلط آنها را ارتقاء بخشیده و از اضطراب آنها بکاهد. نوجوانان ممکن است در مورد تأثیر مداخلات درمانی بر ظاهر، واکنش دوستان، حس استقلال و یا مسائل جنسی نگرانی داشته باشند. همچنین ممکن است ترس‌هایی در مورد مرگ و ناتوانی داشته باشند. بهتر است نوجوان را از چند هفته پیش از بستری، مطلع نمود. برقراری ارتباط با گروه‌های همسالان پیش از بستری سودمند می‌باشد.

کمک به والدین برای صحبت در مورد بستری

اغلب والدین، در این زمینه احساس نگرانی می‌کنند. مشاوران می‌توانند برای تقویت اعتماد به نفس والدین، با آنها از طریق ایفای نقش تمرین کنند. اگر کودک خواهر و برادر دارد، این فرزندان نیز نیاز به توضیح، اطمینان بخشی و فرصت بیان احساسات خود دارند. نقش مشاور شفاف‌سازی و ارائه‌ی حمایت است. پدربزرگ و مادربزرگ اغلب دلبستگی شدیدی نسبت به نوه‌ی خود داشته و بخش مهمی از زندگی کودک را تشکیل می‌دهند. دخیل نمودن آنها در آماده‌سازی کودک برای بستری در بیمارستان می‌تواند سودمند باشد.

صحبت در مورد مداخلات^۱ پزشکی با کودک

نکته‌ی حائز اهمیت، این است که با کودک به زبان ساده، شفاف و قابل فهم صحبت شود. به عنوان مثال می‌توان به جای تصویربرداری با اشعه‌ی X یا اسکن از عبارت «عکس مخصوص» استفاده کرد. مشاور می‌تواند در پیدا کردن واژه‌ها و توضیحات ساده‌تر متناسب با سن کودک، به خانواده کمک کند.

ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی بیمارستان یا درمانگاه پیش از مراجعه

بهتر است از قبل در این مورد با کودک صحبت شود تا حساسیت وی کاهش یابد. می‌توان از برخی از ایده‌های زیر کمک گرفت:

❖ درمانگاه یا بیمارستان توصیف شود؛

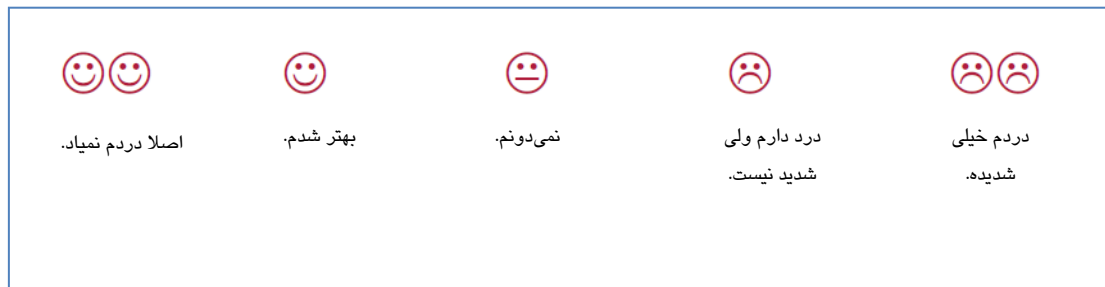
¹ Procedure

- ❖ درباره‌ی افرادی که در بیمارستان کار می‌کنند، با کودک صحبت شود. بهتر است از واژه‌های متناسب با سن کودک، برای توصیف کارکنان استفاده نمود؛
- ❖ در مورد ظاهر کارکنان درمان صحبت شود (اینکه یونیفرم‌های متفاوتی به تن داشته و یا در اتاق عمل ماسک و کلاه می‌گذارند)؛
- ❖ در مورد بخش‌های بیمارستان (که مثلاً اتاق بزرگی با تعدادی تخت می‌باشد) صحبت شود؛
- ❖ در مورد غذای بیمارستان صحبت شود.

فراهم نمودن یک دلیل فردی و شخصی برای کودک برای انجام مداخلات پزشکی، می‌تواند انگیزه‌ی وی برای پیروی از درمان‌ها را ارتقاء بخشد (مثلاً این که مسافت بیشتری می‌تواند بدود). بهتر است والدین به تمام سئوالات پاسخ دهند، و در صورت لزوم می‌توانند عنوان کنند: «نمی‌دانم، ولی برات می‌پرسم». اطمینان بخشی ضروری بوده، و باید به کودک اطمینان دهند که در اسرع وقت، به ملاقات وی خواهند آمد. به والدین توصیه می‌شود که آرام باشند چرا که کودک می‌تواند هم سطح آنها، ترس و نگرانی را تجربه نماید.

مشاوره در زمینه‌ی کنترل درد

مقابله با درد، کار بسیار دشواری برای کودک یا والدین می‌باشد. ترس از درد می‌تواند به مداخلات پزشکی نیز بسط داده شود. اگر کودک بپرسد که فلان مداخله دردناک خواهد بود، عنوان کردن این که دردی نخواهد داشت، کمکی نخواهد کرد. این قبیل اطمینان بخشی کاذب، موجب کاهش اعتماد، افزایش اضطراب و کاهش پذیرش^۱ می‌گردد. در اکثر موارد اگر کودک آماده گردد و کلمات مناسب برای ابراز احساسات خود را داشته باشد، درد بیشتری را نیز می‌تواند تحمل نماید. تکنیک‌های تنفس عمیق «درد را به بیرون بدم» را می‌توان از پیش به کودک آموزش داد. آماده نمودن کودک برای تجربه‌ی درد، می‌تواند احساس تسلط کودک برای کنترل درد را نیز بهبود بخشد. صورتک‌های لبخند زن تا غمگین (شکل ۷)، می‌تواند به کودک در بیان شدت درد، کمک نمایند. همچنین می‌توان تصویری از بدن فراهم نمود تا کودک مکان درد را نیز نمایش دهد.



شکل ۷- مقیاس تصویری اندازه‌گیری درد توسط کودک

مردانی که با همجنس خود، رابطه‌ی جنسی دارند^۱ (MSM)

MSM به چه افرادی اطلاق می‌شود؟

اصطلاح MSM به تمام مردانی که با همجنس خود رابطه‌ی جنسی دارند، صرف نظر از هویت جنسی آنها، اطلاق می‌شود. نسبت کمی از آنها، ممکن است هویت همجنسگرا^۲ یا دوجنسگرا^۳ داشته باشند. بسیاری از این مردان خود را دگرجنس خواه^۴ می‌دانند.

رفتار جنسی افراد MSM از زوایای مختلفی باید مورد ارزیابی قرار گیرند، چرا که گوناگونی‌های فراوانی دارند. این موارد عبارتند از:

- ❖ هویت‌های جنسی صرف نظر از رفتار جنسی (ترانس سکسوال^۵، دوجنس‌گرا، همجنس‌گرا، دگرجنس‌خواه)؛
- ❖ پذیرش و ابراز آشکار هویت جنسی؛
- ❖ شرکای جنسی (مذکر، مؤنث، یا ترانس سکسوال)؛
- ❖ دلایل داشتن چنین شرکایی (ترجیح ذاتی، فشار و اجبار، دلایل مالی، برای تفریح و یا به علت زندگی در محیط‌های تماماً مردانه)؛
- ❖ نقش در رفتارهای جنسی (فاعل^۶ و یا هر دو)؛
- ❖ رفتار یا نقش‌های مربوط به هویت جنسی (حالت‌های زنانه/مردانه، مبدل پوشی).

مشاوران در مورد هویت و رفتار جنسی چه باید بدانند؟

MSM اصطلاح پر کاربردی در زمینه‌ی HIV و ایدز است، چرا که رفتاری که فرد را در معرض خطر قرار داده را مورد خطاب قرار می‌دهد. این اصطلاح منحصراً رفتار جنسی را خطاب کرده و تمرکزی بر دیگر جنبه‌ها (از جمله احساسات، روابط و هویت جنسی) ندارد. برخی سازمان‌ها و افراد این اصطلاح را به دلیل پوشش وسیع آن، ترجیح می‌دهند. در حقیقت رابطه‌ی جنسی بین مردان، در اغلب و شاید تمامی جوامع رخ می‌دهد، و لزوماً به معنای هویت جنسی فرد نمی‌باشد.

چرا برخی مردان وارد رابطه با همجنس می‌شوند؟

در حالی که اکثریت افراد به جنس مخالف گرایش دارند، علت این که برخی به همجنس گرایش دارند، مشخص نمی‌باشد. مدل‌های ژنتیک، هورمونی و تفاوت در ساختار مغز، ارائه شده که هنوز قطعی نمی‌باشند. مدل‌های روانشناختی بر تجارب زندگی و نوع رابطه با دیگران (به خصوص با والدین) تأکید دارند. در مجموع، محققین بر این باورند که جهت‌گیری جنسی ترکیبی از عوامل بیولوژیک (سرشت) با عوامل اجتماعی (تربیت) می‌باشد.

¹ Men who have Sex with Men

² Homosexual

³ Bisexual

⁴ Heterosexual

⁵ Transsexual

⁶ Penetrative

⁷ Receptive

مسائل و اقدامات کلیدی در مشاوره

باورهای مربوط به مردانگی: «مرد قوی و سالم، ممکن نیست مبتلا گردد» این قبیل باورها ممکن است به عدم استفاده از کاندوم نیز بینجامد. به چالش کشیدن این باورها دشوار است؛ با این وجود باید به مراجع خاطر نشان کرد که هر قدر هم سالم و قوی باشد، در صورت عدم محافظت از خود، در مقابل ویروس HIV و دیگر عفونت‌ها آسیب پذیر است.

تشخیص و درمان عفونت‌های آمیزشی: مشاوران باید با علایم عفونت‌های آمیزشی در شرح حال آشنا بوده، و در صورت ظن بالینی، مراجع را به مراکز تشخیصی و درمانی مربوطه ارجاع دهند. عفونت‌های دهان و مقعد نیز هم زمان با عفونت‌های دستگاه تناسلی، باید درمان گردند.

ناخرسندی از هویت جنسی^۱: این اصطلاح هنگامی به کار می‌رود که فرد از هویت و رفتار جنسی خود، احساس ناخرسندی می‌کند. هنگامی که مراجع رفتارهای همجنسگرایانه داشته ولی تمایلی به ابراز آن نداشته و در نتیجه زیر بار توصیه‌های محافظتی نمی‌رود، مشاور باید دلایل این امر را مورد پرسش بیشتر قرار دهد.

فقر: فقر ممکن است فرد را در استفاده از روش‌های ایمن ناتوان سازد (به عنوان مثال به دلیل هزینه‌ی استفاده از کاندوم یا لوبریکانت مناسب). همچنین ممکن است نیاز مالی، فرد را وادار به استفاده از روش‌هایی که ایمنی کم‌تری دارند نماید.

روش‌های رابطه‌ی جنسی ایمن: مراجعین باید دانش و مهارت روش‌های ایمن نزدیکی در مواجهه با همجنس را بیاموزند.

اختلالات عملکرد جنسی: مشکلات هویت جنسی، ترس از ابتلا و یا ابتلای به HIV ممکن است مانع از تداوم نعوظ و در نتیجه عدم استفاده از کاندوم گردد. همچنین به دلیل پیشگیری از تأخیر انزال و یا کسب حداکثر تحریک، ممکن است فرد از کاندوم استفاده ننماید. پرسش به صورت سوم شخص، می‌تواند به مراجع برای بیان صادقانه و صریح مشکلاتش کمک نماید.

خشونت جنسی: مردان زیادی، بیش از آنچه ما تصور می‌کنیم، قربانی خشونت جنسی و تجاوز می‌گردند. این قبیل وقایع به دلیل ترس از آبرو، اغلب برملا نمی‌شوند. در چنین مواردی، دستورالعمل‌های مشابه تجاوز جنسی، باید به کار گرفته شود.

افکار خودکشی: مردان MSM به دلیل انگ ناشی از رابطه با همجنس و خطر ابتلا به HIV، در معرض خطر مضاعف خودکشی می‌باشند. افرادی که از خانواده طرد شده و یا دچار سوء مصرف مواد یا الکل نیز می‌باشند، با خطر افزایش یافته‌ی خودکشی مواجهند.

مشاوره‌ی کاهش خطر در MSM‌هایی که شرکای مؤنث نیز دارند

هنگامی که فرد جهت آزمایش مراجعه می‌نماید، ممکن است مایل به صحبت در مورد رفتار و هویت جنسی خود نباشد. هنگام ارزیابی رفتارهای پرخطر، یادآوری به مراجع در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، کمک کننده است. به مردانی که هنوز مبتلا به HIV نشده‌اند و علاوه بر شریک جنسی مؤنث، رابطه‌ی جنسی با همجنس را نیز تجربه می‌کنند و برایشان دشوار است که در رابطه‌ی خود با جنس مخالف از کاندوم استفاده نمایند، توصیه می‌شود که در رابطه با شرکای مذکر خود، حتماً از کاندوم استفاده نموده و به صورت دوره‌ای آزمایش HIV دهند. در مورد خطر انتقال مادر به کودک نیز، حتماً باید با این افراد صحبت گردد.

¹ Homophobia

مراجعه دچار اختلال هویت جنسی^۱ و افراد دوجنسیتی^۲

اختلال هویت جنسی

فرد دچار اختلال هویت جنسی، احساس می‌کند هویت جنسی وی با ویژگی‌های بیولوژیک و جسمانی و یا هویتی که جامعه برای وی تعیین کرده، همخوانی ندارد. این افراد هویت بیولوژیک هنگام تولد خود را نمی‌پذیرند. ترانس‌سکسوال‌ها ممکن است مذکر به مؤنث (MTF) و یا مؤنث به مذکر (FTM) باشند.

مبدل پوشی^۳ به پوشیدن لباس‌های جنس مخالف، دلالت دارد. فرد مبدل پوش ممکن است ترانس‌سکسوال باشد یا نباشد. مبدل پوشی برای سرگرمی، ایفای نقش، رهایی از تنش و یا ارضای جنسی نیز انجام می‌شود.

افراد دوجنسیتی

واژه‌ی دو جنسیتی یا اینترسکس یک اصطلاح پزشکی بوده و به ناهنجاری‌هایی اطلاق می‌شود که موجب می‌شوند بین دستگاه تناسلی خارجی و داخلی، کروموزوم‌های جنسی و هورمون‌های جنسی ناهمخوانی وجود داشته باشد. برخی از این ناهنجاری‌ها عبارتند از:

- ❖ دستگاه تناسلی خارجی را نمی‌توان به راحتی به مذکر یا مؤنث طبقه‌بندی نمود؛
- ❖ نمو ناکامل یا ناهنجار دستگاه تناسلی داخلی؛
- ❖ ناهماهنگی بین ژنیتالیای خارجی و داخلی؛
- ❖ اختلال در کروموزوم‌های جنسی؛
- ❖ نمو غیرطبیعی بیضه یا تخمدان؛
- ❖ تولید بیش از حد یا کمتر از حد هورمون‌های جنسی؛
- ❖ ناتوانی بدن در پاسخ طبیعی به هورمون‌های جنسی.

اختلالات دوجنسیتی را اغلب نمی‌توان به راحتی تشخیص داد. کودکانی که با اختلالات دوجنسیتی متولد می‌شوند، مانند سایر کودکان با جنسیت مطابق با اندام تناسلی خود پرورش می‌یابند؛ تا این که در حوالی بلوغ، اختلال آنها تشخیص داده می‌شود.

تأخیر یا فقدان نشانه‌های بلوغ، ممکن است اولین علامت وجود اختلال دوجنسیتی باشد؛ به عنوان مثال سندرم مقاومت به آندروژن هنگامی تشخیص داده می‌شود که عادات ماهیانه در دختر پدیدار نمی‌شوند. اغلب این اختلالات (به خصوص آنهایی که در سنین بالاتر تشخیص داده می‌شوند) به ناباروری (یا کاهش باروری) می‌انجامند. تشخیص اختلالات دوجنسیتی در نوجوانی بسیار ناراحت کننده بوده و به احساساتی نظیر شرم، خشم و یا افسردگی منتج می‌شود. از لحاظ جهت‌گیری جنسی، اکثر این فرد هتروسکسوال یا دگرجنس خواه^۴ می‌گردند، اما برخی اختلالات دوجنسیتی، احتمال همجنسگرایی یا دوجنسگرایی را افزایش می‌دهند. ارجاع به روانپزشک برای مقابله با مشکلات احتمالی، ممکن است ضروری گردد.

¹ Transsexual

² Intersex

³ Cross-Dressing

⁴ Heterosexual

مشاوره برای افراد ترانس‌سکسوال و دوجنسیتی و خانواده‌ی آنها

مشاوران باید در مورد این گروه از مراجعین از اطلاعات کافی برخوردار بوده و نسبت به ایشان برخوردی حمایت‌گرانه داشته باشند. برای مشاوره به این افراد، شرایط زیر لازم است:

- ❖ مشاور باید در مورد شرایط خاص این گونه مراجعین، مطالعه نماید؛
- ❖ نسبت به نگرش‌های خود در مورد مسائل جنسی، هویت جنسی و ناتوانی‌های آن، آگاه باشد؛
- ❖ صحبت در باره‌ی مسائل جنسی به صورت متناسب با سن را تمرین نماید؛
- ❖ به یاد داشته باشد که اغلب افراد دوجنسیتی، از جنسیت فعلی خود رضایت دارند؛
- ❖ اطمینان حاصل کند که این مراجعین مورد آزار و اذیت و تبعیض قرار نگیرند.

پذیرفتن خود به عنوان یک فرد ترانس‌سکسوال به صورت مرحله‌ای، در سطح درونی و بین فردی، و طی چندین سال صورت می‌پذیرد. باید به خاطر داشت که هر فرد تجارب منحصر به فردی داشته و با فرد دیگر تفاوت دارد. در هر مرحله از این شکل‌گیری هویت جنسی، فرد مشکلات متفاوتی را تجربه کرده که ممکن است وی را وارد رفتارهای پرخطر نماید. احساس عدم کفایت و فقدان اعتماد به نفس، موجب می‌شود فرد آن طور که باید، از خود مراقبت و محافظت نکند.

افراد دچار مشکلات هویت جنسی، با خطرات منحصر به فردی در زمینه‌ی ابتلا به HIV مواجهند. در ذیل، به تعدادی از این موارد می‌پردازیم:

دوش واژن یا دوش رکتال: مراجعینی که از طریق جراحی برای آنها واژن^۱ ایجاد می‌شود، یا پذیرای مقاربت مقعدی می‌باشند، ممکن است برای تمیز کردن این مجاری، از دوش گرفتن استفاده کنند. باید به آنها خاطر نشان کرد که این نوع دوش گرفتن، موجب تضعیف مخاط و از بین رفتن باکتری‌های مفید شده و در نتیجه خطر ابتلا به HIV را افزایش می‌دهد. باید به مراجع یادآوری کرد که دوش، جایگزینی برای روش‌های ایمن نزدیکی نبوده و تنها کاندوم می‌تواند از آنها در حین مقاربت محافظت نماید. اگر مراجع به دلیل بوی نامطبوع واژن دوش می‌گیرد، باید این امر را به اطلاع پزشک برساند چرا که بوی نامطبوع ممکن است نشانه‌ی عفونت باشد.

توصیه‌های پیشگیرانه پس از جراحی تغییر جنسیت: اگر مراجع به تازگی عمل تغییر جنسیت را انجام داده، توصیه می‌شود تا زمان التیام بافت‌ها، از مواجهه‌ی این نواحی با ترشحات بدن در حین نزدیکی، اجتناب نماید.

لوبریکاسیون با مواد با پایه‌ی آب^۲: نو-واژن اغلب قادر به تولید لوبریکاسیون کافی حین نزدیکی نمی‌باشد. مراجع را باید در مورد استفاده از لوبریکانت‌های با مواد با پایه‌ی آب، برای پیشگیری از پارگی در مخاطها (که به طور طبیعی در حین نزدیکی رخ می‌دهد) راهنمایی نمود.

رفع موهای زاید: به مراجع باید توصیه نمود که در حین تراشیدن یا استفاده از موم برای حذف موهای زاید، مراقب بوده تا پوست بریده یا خراشیده نشود. نواحی بریدگی یا خراشیدگی باید پوشانده شده تا با ترشحات بدنی تماس نیابند.

سرنگ: ممکن است برخی افراد برای تزریق هورمون، از سرنگ مشترک استفاده نمایند. HIV و دیگر ویروس‌های خطرناک (مانند هپاتیت) ممکن است از این طریق منتقل شوند. مراجع باید از این کار منع شده و ذخیره‌ی هورمون و سرنگ مختص خود را داشته باشد.

¹ Neo-Vagina

² Water-Based Lubrication

چسب کاری، بستن با بند یا طناب: چنین اقداماتی در نواحی تناسلی، می‌تواند به آسیب پوست و درماتیت بینجامد. تمامی این روش‌ها خطر ورود ویروس را افزایش داده و توصیه به اجتناب از آنها می‌گردد.

تن‌فروشان^۱

مقدمه

تن‌فروشان در برگیرنده‌ی گروه وسیعی از افراد هستند و ممکن است از هر جنسیتی و یا طبقه‌ی اجتماعی باشند و به صورت موقت یا دائمی به این کار مشغول باشند؛ بنابراین به راحتی نمی‌توان اصول مراقبت و پیشگیری رفتاری را به راحتی به تمامی آنها تعمیم داد.

مشاوره برای تن‌فروشان

تن‌فروشان به دلیل تعدد شرکای جنسی، در معرض خطر افزایش یافته‌ی ابتلای به STI و HIV می‌باشند. این افراد نیازهای خاصی داشته، برای ارتقای کارآیی باید خدمات مشاوره را برای هر یک از آنها مناسب‌سازی کرد. دلایل زیر از جمله عواملی هستند که تن‌فروشان را در معرض خطر نزدیکی با روش‌های محافظت نشده قرار می‌دهد:

- ❖ ممکن است به دلیل عدم آگاهی، تن‌فروشان و مشتری‌های ایشان، از رد و بدل شدن مایعات بدنی اجتناب نکنند؛
- ❖ ممکن است این افراد نیاز فوری به پول داشته، در نتیجه به ملاحظات بهداشتی بی‌توجهی نمایند؛
- ❖ ممکن است مشتری در ازای نزدیکی بدون کاندوم، پول بیشتری در اختیار ایشان گذارد؛
- ❖ گردانندگان این تجارت، ممکن است برای سود بیشتر نزدیکی بدون کاندوم را تشویق نمایند؛
- ❖ ممکن است رقابت زیاد بین این افراد، سبب شود برای جلب مشتری روش‌های ایمن مورد بی‌توجهی قرار گیرند؛
- ❖ ممکن است رابطه‌ی احساسی با مشتری خود برقرار نموده و تقاضای نزدیکی ایمن ننمایند؛
- ❖ ممکن است مست یا تحت تأثیر مواد بوده و در نتیجه چندان به سلامت خود اهمیت ندهند؛
- ❖ روش‌های بدون دخول، ممکن است با اکراه^۲ انجام شود؛
- ❖ کاندوم ممکن است در دسترس نبوده یا از کیفیت مطلوب برخوردار نباشند؛
- ❖ برخی از این افراد به تنهایی کار کرده و در نتیجه از تجارب دیگر افراد برخوردار نمی‌شوند؛
- ❖ به دلایل قانونی، ممکن است تعداد کافی کاندوم همراه نداشته باشند؛
- ❖ ممکن است چانه‌زنی در مکانی رخ دهد که امکان تأکید بر نزدیکی محافظت شده وجود نداشته باشد؛
- ❖ ممکن است مهارت برقراری ارتباط را نداشته، یا قادر به صحبت به زبان مشتری نباشند، یا به دلیل محدودیت‌های فرهنگی قادر به چانه‌زنی در مورد روش‌های ایمن نباشند.

هدف از مشاوره، فراهم نمودن اطلاعات کافی در مورد انتقال HIV و روش‌های کاهش خطر، اصلاح باورهای نادرست و مهارت چانه‌زنی برای استفاده از کاندوم^۳ می‌باشد. پیام کلیدی در این زمینه، توصیه‌ی اکید به استفاده‌ی مستمر و منظم از کاندوم است.

¹ Sex Workers

² Taboo

³ Condom Negotiation

ایجاد انگیزش در تن‌فروشان برای کاهش خطر:

تن‌فروشان باید بدانند که اگر می‌خواهند درآمد خوبی کسب کنند، باید سلامت خود را حفظ نمایند. مشاوران می‌توانند در مورد علایم عفونت‌های آمیزشی از جمله زخم‌های دردناک و ترشحات بدبو و نیاز به استراحت در منزل به ایشان یادآوری کنند. برای تن‌فروسانی که به صورت گروهی کار می‌کنند، می‌توان مداخلات گروهی برای تشویق استفاده از روش‌های ایمن نیز بهره جست.

برخی مداخلات کلیدی پیشگیرانه برای تن‌فروشان:

آموزش علایم قابل مشاهده‌ی عفونت‌های آمیزشی: استفاده از عکس و تصاویر علایم شایع، کمک کننده است. باید تأکید نمود که بسیاری از عفونت‌ها از جمله HIV و هپاتیت، علایم قابل مشاهده ندارند.

آموزش زنان تن‌فروش درباره‌ی مسائلی از قبیل عادت ماهیانه و روش‌های جلوگیری از بارداری: برخی از زنان تن‌فروش از کار در زمان عادت ماهیانه اجتناب می‌کنند اما برخی از این امر ناگزیرند. تعدادی از خانم‌ها از اسفنج‌های کوچک استفاده نموده، باید تأکید نمود که این اسفنج‌ها باید با فواصل منظم شسته شده و استفاده از کاندوم نیز ضروری می‌باشد. روش‌های خوراکی و تزریقی جلوگیری از بارداری می‌توانند از خونریزی‌های ماهیانه پیشگیری نمایند. باید توصیه نمود که نباید به مدت طولانی از خونریزی ماهیانه پیشگیری نمود.

توصیه بر عدم استفاده از دوش و نظافت بیش از حد: برخی از تن‌فروشان‌های مرد، زن و یا ترانس‌سکسوال از روش‌هایی برای نظافت شخصی استفاده می‌کنند که گاهی شامل استفاده از شوینده‌های شیمیایی قوی بوده که می‌تواند سد طبیعی محافظت بدن را از بین ببرد. باید در مورد آسیب‌های این روش‌ها صحبت شده و فرد بداند که این کار وی را در معرض خطر ابتلا به HIV و یا دیگر عفونت‌های آمیزشی قرار می‌دهد.

استفاده از میکروب‌کش و اسپرم‌کش^۱: میکروب‌کش‌ها مواد شیمیایی هستند که می‌توانند باکتری‌های مولد عفونت‌های آمیزشی را از بین ببرند. اسپرم‌کش‌ها نیز موادی هستند که برای از بین بردن اسپرم‌ها طراحی شده‌اند. نان‌اکسی‌نول-۹^۲ (N9) شایع‌ترین اسپرم‌کش مورد استفاده می‌باشد. تحقیقات صورت گرفته تاکنون نقش N9 در کاهش انتقال HIV را نشان نداده‌اند. بسیاری عنوان کرده‌اند که N9 موجب تحریک پوست شده و در نتیجه ممکن است خطر انتقال HIV را افزایش دهد. به نظر می‌رسد مضرات N9 به فواید آن برتری دارد و اکثر مشاوران استفاده‌ی روتین از آن را توصیه نمی‌کنند.

نکات کلیدی تعامل فرد تن‌فروش با مشتری:

مشاور می‌تواند در مورد استفاده از استراتژی‌های زیر با فرد تن‌فروش صحبت نماید:

- ❖ به مشتری «نه» بگوید «بدون کاندوم، هرگز»؛
- ❖ راجع به این موضوع با مشتری صحبت نماید. می‌تواند ذکر کند: «که اولویت اول من حفظ سلامتی خودم و مشتری‌هایم است». این امر باعث می‌شود که ارزش وی نزد مشتری بیشتر جلوه کند؛
- ❖ مشتری را متقاعد نماید؛
- ❖ باید به خصوص در مورد مشتری‌هایی که مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد هستند، بر استفاده از کاندوم اصرار کنند.

¹ Microbicides & Spermicides

² Nonoxonyl-9 (N9)

چانه‌زنی بر سر استفاده از کاندوم

تن‌فروشان اگرچه ممکن است تحت تأثیر افراد یا نیروهای قدرتمندی باشند که اجازه‌ی تصمیم‌گیری در خیلی از حیطه‌ها را به آنها نمی‌دهند، ولی باید بدانند که در بسیاری از تصمیم‌گیری‌های کوچکی که به زندگی و سلامت‌شان ارتباط دارد، می‌توانند اثر بگذارند و باید به این امر از منظر قدرت نگاه کنند. هدف در این زمینه، استفاده‌ی صحیح و مستمر از کاندوم در تمام تماس‌های جنسی است. اصرار فرد تن‌فروش بر استفاده از کاندوم، بیانگر اهمیت وی به سلامتی خود و مشتری بوده و به این ترتیب می‌تواند بر ارزش وی نزد مشتری بیفزاید. مشاور برای ترغیب مراجع تن‌فروش به استفاده مستمر از کاندوم، باید اطلاعات پایه‌ای در مورد خطر انتقال HIV و دیگر عفونت‌های آمیزشی و را به وی ارائه کند و موانع احتمالی و سناریوهای دشوار و راهکارهای غلبه بر چنین دشواری‌هایی را (مانند امتناع مشتری از استفاده از کاندوم، پرداخت پول بیشتری به ازای رابطه‌ی جنسی بدون کاندوم، به میان آوردن مباحثی همچون حس اعتماد، عدم نیت مشتری بر فریبکاری و کاهش لذت در صورت استفاده از کاندوم) با وی مرور نماید. یادآوری این نکته که این گروه از مراجعان به دلیل شغل خود، در معرض خطر افزایش یافته‌ی مواجهه با این عفونت‌ها می‌باشند نیز ضروری است. چانه‌زنی برای استفاده از کاندوم باید در محیطی خلوت و عاری از عوامل موجب حواسپرتی و پیش از آنکه مشتری دچار تهییج جنسی شود، صورت پذیرد. چانه‌زنی با برخی از مشتریان امری حساس بوده و نیازمند مهارت‌های بین فردی و برقراری ارتباط مؤثر است.

به عنوان مثال مشاور می‌تواند سناریوهای زیر را با مراجع تن‌فروش مرور نماید:

- ❖ مشتری: "ما قبلاً بدون کاندوم با هم رابطه داشته‌ایم، دیگر نیازی نیست این بار هم استفاده کنیم." مراجع در پاسخ عنوان می‌کند: "آن بار نیز مرتکب اشتباه شدیم، چون آن بار مبتلا نشدیم به معنای آن نیست که نسبت به عفونت مصون هستیم."
- ❖ مشتری: "یعنی می‌گویی که من بیمارم و می‌خواهم تو را نیز مبتلا کنم، تو به من اعتماد نداری؟" و مراجع در پاسخ می‌گوید: "من به تو اعتماد دارم و در عین حال به سلامتی هر دو مون اهمیت می‌دهم. به همین دلیل بر استفاده از کاندوم اصرار دارم."
- ❖ مشتری: "با کاندوم رابطه دیگر لذتبخش نیست" و مراجع می‌گوید: "وقتی از کاندوم استفاده نمی‌کنیم من دایم نگرانم؛ ولی وقتی از کاندوم استفاده کنیم من هم آرامش بیشتری دارم و می‌توانم بیشتر برای لذت تو تلاش کنم."

مشاوره در زمینه‌ی آزمایش HIV

فراهم نمودن اطلاعات در زمینه‌ی خطر بالقوه در دوره‌ی نهفتگی^۱ ضروری می‌باشد. توصیه می‌شود تن‌فروشان هر سه ماه یکبار آزمایش HIV دهند.

هنگامی که نتیجه‌ی آزمایش فرد تن‌فروش مثبت می‌گردد، به وی توصیه می‌گردد که به فعالیت خود ادامه ندهد. با این وجود این توصیه چندان قابل اجرا نمی‌باشد. می‌توان مراجع را به مراکز آموزش مهارت شغلی یا کسب درآمد ارجاع نمود. مداخلات مشاور در این مرحله بر فراهم نمودن حمایت احساسی و استراتژی‌های کاهش انتقال تمرکز دارد.

¹ Window period

حمایت روانی - اجتماعی از تن‌فروشان HIV⁺

نتایج مطالعات حاکی از آن است که تن‌فروشان درجات بالاتری از افسردگی و اضطراب دارند و اغلب در معرض سوء استفاده‌ی فیزیکی می‌باشند. بسیاری از آنها سابقه‌ی سوء استفاده را در دوران کودکی نیز دارند. به همین دلیل ایشان در معرض خطر بالاتر خودکشی به خصوص پس از تشخیص HIV می‌باشند. سوء مصرف مواد و الکل نیز بر پیچیدگی این مشکل می‌افزاید.

مشاوران می‌توانند در استفاده‌ی حداکثر از خدمات موجود، این گروه از مراجعین خود را یاری دهند. بررسی مشکلات احتمالی پایبندی به درمان و همکاری جهت رفع آنها نیز ضروری است.

مشاوره‌ی تن‌فروشان HIV⁺ می‌تواند به آنها در این زمینه‌ها کمک نماید:

- ❖ دسترسی به درمان و مراقبت؛
- ❖ بررسی موانع موجود بر کاهش رفتارهای پرخطر؛
- ❖ تسهیل بازگشت نزد خانواده؛
- ❖ ارجاع به گروه‌های حمایتی همتا؛
- ❖ صحبت در مورد عواقب قانونی احتمالی ادامه‌ی این شغل؛
- ❖ طراحی استراتژی برای افشای ابتلا به HIV نزد شرکای همیشگی؛
- ❖ درگیر شدن در پروژه‌های درآمد زا؛
- ❖ درمان اعتیاد و کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد؛
- ❖ استفاده از خدمات اسکان.

مصرف‌کنندگان مواد و الکل

سوء مصرف و وابستگی به الکل و مواد می‌تواند اثرات جدی بر سلامت مراجع داشته و درمان را پیچیده‌تر نماید. مراجعی که مشکل وابستگی به مواد دارد، در صورت درمان وابستگی، پایبندی بیشتری نسبت به دستورات درمانی خواهد داشت. مصرف‌کنندگان تزریقی در معرض خطر بیشتر انتقال ویروس HIV می‌باشند. مشاوران این زمینه ممکن است با مصرف‌کنندگان مواد به دلایل زیر مواجه شوند:

- ❖ مشاوره جهت انجام آزمایش HIV؛
- ❖ مشاوره جهت پیشگیری از ابتلا به HIV؛
- ❖ مشاوره جهت کاهش خطر انتقال HIV به دیگران؛
- ❖ حمایت از مراجع و خانواده‌ی ایشان برای سازگاری بهتر؛
- ❖ حمایت از مراجع جهت حصول پایبندی به درمان؛
- ❖ مشاوره‌ی تسکینی در مراحل انتهایی بیماری.

نحوه‌ی ارزیابی مصرف الکل و مواد

مشاور می‌بایست از مواد شایع، طریقه‌ی مصرف، علایم و نشانه‌ها و اثرات جانبی آنها آگاه باشد. هنگام ارزیابی مراجع، باید توجه خاص به آسیب‌های ناشی از مصرف مبدول داشت. مراجع ممکن است آسیب‌های ناشی از مواد را داشته اما هنوز به مواد وابسته نشده باشد.

تشخیص مصرف مواد: علایم و نشانه‌ها

مصرف مواد و الکل کم‌تر از میزان واقع گزارش شده و ممکن است در صورت عدم پرسش مستقیم، تشخیص داده نشوند. می‌بایست از مصرف مواد توسط مراجع آگاه بود تا بتوان توصیه‌های لازم را برای وی ارائه کرد. بهتر است ارزیابی مصرف مواد در جلسه‌ی پیش از آزمایش به عنوان بخشی از ارزیابی خطر، در جلسات مشاوره‌ی تغییر رفتار، و نیز در جلسات پس از آزمایش صورت پذیرد. پایبندی به استراتژی‌های تغییر رفتار نیازمند نظارت و پشتیبانی مستمر در سیر بیماری است. باید برای مراجع، ارتباط میان انتقال جنسی و انواع روش‌های سوء مصرف را توضیح داد.

افراد مختلف، مواد متفاوتی را مصرف می‌کنند. مراجع ممکن است یک ماده را نیز در طول عمر خود به طرق متفاوتی مصرف نماید. برای روشن شدن وضعیت سوء مصرف مواد، بهتر است موارد زیر مشخص گردند:

- ❖ در حال حاضر از چه ماده‌ای استفاده می‌نماید؛
- ❖ در گذشته از چه موادی استفاده نموده است؛
- ❖ نحوه و الگوی مصرف مواد مراجع چگونه است؛
- ❖ آیا مراجع به این مواد وابستگی دارد؛
- ❖ مصرف مواد چه مشکلاتی در زندگی مراجع پدید آورده است؛
- ❖ مراجع در مورد مصرف مواد خود چه احساسی داشته و آیا قصد تغییر رفتار دارد.

به دلیل انگ و بدنامی همراه با مصرف مواد، مراجع ممکن است که به دلایل زیر ممکن است تمایلی به افشای مصرف مواد خود نداشته باشد:

- ❖ از مصرف مواد احساس شرمندگی نموده و یا از نگرش قضاوت گرانه دیگران بترسد؛
- ❖ نگران باشد که در صورت اذعان به مصرف مواد با وی برخورد تحقیرآمیز گردد؛
- ❖ نگران عواقب قانونی آن باشد؛
- ❖ مصرف مواد خود را آن قدر مشکل ساز برآورد نمی‌کند.

غلبه بر عدم تمایل مراجع جهت افشای مصرف مواد و الکل: برای گردآوری اطلاعات کامل در مورد سابقه‌ی مصرف مواد، باید بتوان بر این امر غلبه نمود. مراجع باید احساس کند که مشاور قابل اعتماد و صادق می‌باشد. به این دلیل مشاور باید موارد زیر را به کار بندد:

- ❖ نگرش غیرقضاوت گرایانه خود را حفظ نماید؛
- ❖ دشواری صحبت در این زمینه را با مراجع در میان گذارد؛
- ❖ در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به مراجع اطمینان بخشد؛
- ❖ پیش از اخذ شرح حال مصرف، اطمینان حاصل شود که رابطه‌ی همدلانه‌ی مطلوبی با مراجع برقرار شده است.

آماده سازی فرد برای اخذ شرح حال مصرف مواد: باید به حق خودمختاری^۱ مراجع احترام گذاشت. این امر در هنگام فرآیند ارزیابی نیز صادق می‌باشد. باید به مراجع فرصت تصمیم‌گیری در مورد صحبت در این زمینه داده شود. به این ترتیب فرآیند ارزیابی بارورتر نیز می‌گردد. رضایت آگاهانه باید به ترتیب زیر اخذ شود:

- ❖ خدمات درمانی موجود در زمینه‌ی مصرف مواد و الکل برای مراجع توصیف شود؛
- ❖ از مراجع سؤال شود که آیا به چنین خدماتی علاقمند است؛
- ❖ توضیح داده شود که برای ارائه‌ی چنین خدماتی، باید ابتدا مصرف و یا وابستگی وی ارزیابی گردد؛
- ❖ توضیح داده شود که این ارزیابی دربرگیرنده‌ی چه مواردی است؛
- ❖ از بیمار برای ارزیابی مصرف مواد اجازه گرفته شود.

شناسایی مواد مصرف شده: افرادی که مشکل سوء مصرف مواد دارند، اغلب از بیش از یک ماده مصرف نموده‌اند. مصرف هر ماده‌ای برای اکثر افراد مشکل ساز است. ضروری است که تمام مواد مورد مصرف شناسایی گردند. بهتر است به صورت مشخص در مورد تمام مواد سؤال گردد.

می‌توان از مراجع پرسید: «آیا تا به حال [فلان ماده] را مصرف کرده‌ای؟»

- ❖ حشیش: حشیش، علف، سیگاری، ماری جوانا، بنگ، گراس؛
- ❖ مشتقات تریاک: تریاک، سوخته، شیره، کراک، هروئین، مرفین (بدون تجویز پزشک)، نورجیزک، تمجیزک، متادون، بوپرنورفین، ترامادول؛
- ❖ محرک‌ها: شیشه، آمفتامین، ریتالین، خات، کوکائین؛
- ❖ الکل: آبجو، شراب، عرق، ودکا ویسکی و غیره؛
- ❖ آرامبخش و خواب آورها: بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها و غیره؛
- ❖ روان گردان‌ها: اکستازی، ال اس دی؛
- ❖ مواد استنشاقی/حلال‌ها: چسب، بنزین، اتر، استن؛
- ❖ و هر گونه ماده‌ی دیگری که در فهرست فوق آورده نشده است.

سپس الگوی مصرف فعلی فرد مشخص شود. الگوی مصرف هر ماده باید به طور جداگانه بررسی گردد. سئوالات زیر نمونه سئوالاتی هستند که می‌توان برای بررسی مصرف پرسید، لیکن توصیه می‌شود که بر مصرف فعلی تأکید گردد.

- ❖ «اولین بار که [نام ماده] را مصرف کردید، چند ساله بودید؟»
- ❖ «[نام ماده] را چند وقت استفاده کردید؟»
- ❖ «الگوی مصرف چه زمانی تغییر کرد؟»
- ❖ «سپس چند وقت به این نحو مصرف کردید؟»
- ❖ «در سه ماه گذشته چه مقدار از [نام ماده] را مصرف کرده‌اید؟»
- ❖ «آخرین باری که [نام ماده] را مصرف کردید، کی بود؟»

¹ Autonomy

وابستگی به مواد را چگونه تشخیص دهیم؟

باید مراقب بود به اشتباه برچسب وابستگی به مراجع زده نشود. تشخیص وابستگی به مواد باید توسط پزشک یا مشاور واجد صلاحیت صورت گیرد.

دستورالعمل تشخیصی ICD-10 برای تشخیص قطعی وابستگی به مواد، نیازمند وجود حداقل سه مورد از معیارهای زیر در یک سال گذشته می‌باشد:

- ❖ شواهدی از تحمل، مانند افزایش دوز مصرفی جهت حصول اثراتی که در گذشته با مقدار کم‌تر مصرف ایجاد می‌شد؛
- ❖ بروز علائم محرومیت، در صورت قطع مصرف یا کاهش دوز مصرفی؛
- ❖ ولع شدید و یا احساس اجبار به مصرف؛
- ❖ ناتوانی در کنترل مصرف مواد (شروع، خاتمه، و میزان مصرف)؛
- ❖ غفلت از فعالیت‌های معمول لذت‌بخش زندگی فرد به دلیل مصرف مواد (به عنوان مثال زمان بیشتری صرف مصرف مواد یا رفع حالات ناشی از آن می‌گردد)؛
- ❖ تداوم در مصرف علیرغم آسیب‌های بارز آن (مانند حالات افسردگی، نقایص شناختی و یا ابتلا به هپاتیت).

مشاوره و آزمایش HIV در مصرف‌کنندگان مواد

مجدداً بر اهمیت ایجاد اعتماد بین مراجع و مشاور هر چه بیشتر تأکید می‌گردد. برخی کشورها ممکن است برای جمعیت‌های پرخطر مانند مصرف‌کنندگان تزریقی مواد^۱ غربالگری را اجباری نموده باشند. با این حال ممکن است این گونه سیاست‌گذاری‌ها نتیجه‌ی معکوس دربرداشته باشند. بسیاری ممکن است در صورت احساس اجبار، همکاری مطلوبی از خود نشان ندهند. ایجاد رابطه‌ی مطلوب، نیازمند مداخلات شفاف می‌باشد. گول زدن مراجع برای انجام آزمایش HIV به عدم اعتماد انجامیده و در نهایت موجب عدم تمایل آنها جهت استفاده از خدمات درمانی می‌شود که این به نوبه‌ی خود ممکن است به افزایش انتقال و ایجاد مقاومت‌های درمانی منتج گردد.

مشاوره‌ی پیش از آزمایش

اغلب مصرف‌کنندگان مواد و به خصوص مصرف‌کنندگان تزریقی، اهمیت دانستن وضعیت HIV خود را ناچیز می‌شمارند. این افراد ممکن است به اجبار مورد آزمایش قرار گرفته و گمان برند که در صورت مثبت شدن آزمایش، امکان دسترسی به خدمات درمانی را از دست می‌دهند. از نظر جنبه‌های بهداشتی و اخلاقی ضروری است که دسترسی این افراد به خدمات و سرویس‌های مراقبتی تسهیل شود.

پذیرش مشاوره و آزمایش HIV را می‌توان با دخیل کردن مصرف‌کنندگان تزریقی سابق در ارائه‌ی خدمات، ارتقاء بخشید. این افراد می‌توانند دیگر مصرف‌کنندگان تزریقی را جهت انجام مشاوره و آزمایش بسیج نمایند. این افراد می‌توانند در مورد مزایای مشاوره و آزمایش صحبت نموده و افراد را به صورت انتخابی جهت دریافت خدمات ارجاع دهند. تعدادی از این افراد می‌توانند به عنوان «یار آزمایش» عمل کرده و مراجع را جهت انجام آزمایش همراهی نموده و در دوران انتظار برای

¹ Injecting Drug Users (IDUs)

نتیجه‌ی آزمایش برای وی حمایت احساسی فراهم نمایند. این قبیل «یاران» در پیگیری مستمر افراد به تازگی تشخیص داده شده، نقش به سزایی می‌توانند داشته باشند.

مصرف مواد و مشاوره‌ی پس از آزمایش

مشاور باید علایم و نشانه‌های نقایص شناختی که ممکن است بر درک مراجع از نتیجه‌ی آزمایش تأثیر بگذارند را ارزیابی کند. در مواردی که اختلال جدی وجود دارد باید اعلام نتیجه‌ی آزمایش، صرف نظر از مثبت یا منفی بودن آن، به زمان دیگری موکول گردد. با توجه به این که همیشه این احتمال وجود دارد که فرد مصرف‌کننده‌ی مواد برای جلسه‌ی بعدی مراجعه نکند، بهتر است از وی خواسته شود تا در اتاق انتظار تا رفع اثرات شناختی ناشی از مصرف مواد، منتظر بماند.

ملاحظات خاص در موارد نتیجه‌ی منفی آزمایش

اهمیت مشاوره در مواردی که نتیجه‌ی آزمایش منفی می‌گردد، اغلب نادیده گرفته می‌شود. می‌بایست به مراجع اطلاعات دقیق در مورد کاهش خطر در خصوص مصرف مواد ارائه شود. بسیاری نیز ممکن است در دوره‌ی نهفتگی عفونت، به رفتارهای پرخطر ادامه دهند. نیاز به آزمایش مجدد برای رد احتمال عفونت باید به صراحت مطرح گردد. زمان دقیق جلسه‌ی پیگیری باید مشخص شود.

ملاحظات خاص در موارد نتیجه‌ی غیرقطعی

نتیجه‌ی غیرقطعی ممکن است باعث سردرگمی و نگرانی بیشتر مراجع شود، بنابراین حمایت احساسی باید فراهم گردد. باید توضیح واضح در مورد علت عدم قطعیت نتیجه‌ی آزمایش ارائه گردد. آنتی‌ژن‌های HLA و یا برخی بیماری‌ها از جمله آرتریت روماتوئید و یا هپاتیت مزمن ممکن است موجب نتیجه‌ی مثبت کاذب آزمایش شوند. اکثر موارد نتیجه‌ی غیرقطعی اغلب به این دلیل است که مراجع در دوره‌ی نهفتگی، رفتار پرخطر داشته و یا بلافاصله پس از مواجهه مورد آزمایش قرار گرفته است. درصد کوچکی نیز ناشی از خطا در روند آزمایش می‌باشد.

ملاحظات خاص در موارد نتیجه‌ی مثبت

ظرفیت مراجع برای سازگاری با تشخیص باید ارزیابی شود. افکار خودکشی و یا آسیب به دیگران نیز باید ارزیابی گردند. صحبت در این مورد می‌تواند به آرامی با بیان عبارتی نظیر این آغاز گردد: «برخی افراد هنگام شنیدن این خبر احساس می‌کنند که دیگر نمی‌توانند زندگی کنند، شما چه احساسی دارید؟». برای اطلاعات بیشتر می‌توان به فصل شش مراجعه کرد. مصرف‌کنندگان مواد به دنبال شنیدن نتیجه‌ی آزمایش، در معرض خطر مسمومیت و یا بیش‌مصرف^۱ نیز می‌باشند. آنهایی که ترک نموده‌اند، در معرض خطر عود می‌باشند. تکنیک‌های مصاحبه‌ی انگیزشی کمک کننده می‌باشند.

مسائل کلیدی در مشاوره‌ی پس از تشخیص و پیگیری

ارزیابی تأثیر تشخیص: توانایی مراجع در کنترل اثرات تشخیص باید به طور منظم مرور گردد. هدف از این امر نه تنها بهبود کیفیت زندگی مراجع، بلکه تسهیل تبعیت از توصیه‌های پیشگیری از انتقال، وابستگی به مواد و درمان‌های HIV می‌باشد.

¹ Overdose

حل مسئله: مراجعین برای حل مشکلات خود اغلب به کمکی بیش از ارائه‌ی صرف اطلاعات، نیاز دارند. در اغلب موارد آنها نیازمند برنامه‌ریزی و تمرین رفتارهای جدید می‌باشند. در مواردی که عفونت در مراحل دیرتر سیر بیماری تشخیص داده می‌شود، ممکن است درگیری سیستم عصبی مرکزی رخ داده و توانایی‌های شناختی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. این گونه عوارض ظرفیت برنامه‌ریزی، سرعت پردازش، فصاحت کلام، حافظه‌ی کوتاه مدت و هماهنگی چشم با دست را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

سلامت روان: مشکلات سلامت روان در مصرف‌کنندگان HIV⁺ شایع می‌باشد. شیوع مشکلات روانپزشکی در این گروه بین ۲۵ تا ۵۰ درصد تخمین زده می‌شود. در برخی موارد، سوء مصرف مواد ناشی از تلاش بیمار برای کنترل علائم روانپزشکی خود بوده است. علاوه بر این، مصرف مواد فرد را نسبت به دمانس ناشی از HIV مستعد می‌سازد.

عوارض نورولوژیک ناشی از HIV: نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که انسفالیت ناشی از HIV در ۵۶ درصد از مصرف‌کنندگان HIV⁺ دیده شده در حالی که این رقم در افراد HIV⁺ غیرمصرف‌کننده تنها ۱۵ درصد بوده است. همچنین این افراد در معرض خطر پیشرفت سریع‌تر بیماری و کندی روانی-حرکتی می‌باشند.

تصمیم‌گیری در مورد درمان

مراجعین ممکن است نگرانی‌ها و یا باورهای نادرستی در مورد درمان HIV و وابستگی به مواد داشته باشند. حمایت توسط خانواده و یا دوستان برای برطرف نمودن این نگرانی‌ها ضروری است.

وابستگی به مواد (به خصوص اپیوئیدها) یک مشکل مزمن و عودکننده می‌باشد. افت سلامتی به دلیل عفونت HIV یک عامل خطر شناخته شده برای عود سوء مصرف می‌باشد. استرس‌های فیزیکی و روانشناختی ناشی از HIV، از جمله درد، کاهش توانایی عملکرد، خستگی و ضعف، ترس، اضطراب و واکنش‌های سوگ، همگی خطر از سرگیری مصرف مواد را افزایش می‌دهند.

ارجاع

تمام موارد تازه تشخیص داده شده باید جهت ارزیابی‌های پزشکی ارجاع گردند. اهمیت در میان گذاشتن اطلاعات مراجع با مراقبین بهداشتی از جمله پزشک HIV، تیم درمان سوء مصرف و متخصصین سلامت روان باید با مراجع در میان گذارده شود. مشاور بر نیازهای بلافاصله پس از تشخیص و تسهیل پاسخ سازگاران به تشخیص تمرکز دارد.

مشاوره‌ی الکل و مواد: به مشاورانی که در این زمینه آموزش ندیده‌اند توصیه می‌شود این مراجعین را به مراکز تخصصی ارجاع دهند.

خدمات سم‌زدایی: این اقدام به عنوان مقدمه‌ای برای درمان وابستگی به حساب می‌آید و به عنوان یک مداخله‌ی کوتاه مدت، می‌تواند تا حدودی به مراجع احساس کنترل بر زندگی و مقداری بصیرت نسبت به مشکل وابستگی وی دهد. لیکن بهبود کامل نیازمند مداخلات درازمدت پس از سم‌زدایی است.

مداخلات پس از ترک: توانبخشی وابستگی به مواد، تنها به سم‌زدایی محدود نمی‌شود. توانبخشی جامع شامل مدل‌های متفاوت مشاوره، مراکز اقامتی و یا گروه‌های خود یاری مانند^۱ NA و خدماتی همچون آموزش مهارت‌های شغلی و اجتماعی می‌باشد.

برنامه‌های جایگزینی اپیوئیدها: هدف از این برنامه‌های درمانی درازمدت کاهش مصرف، مرگ و میر، انتقال ویروس و جرایم مرتبط با مواد و همچنین بهبود سلامت کلی و عملکرد بیمار می‌باشد. متادون یک اپیوئید صناعی بوده که در درمان جایگزینی کاربرد وسیع دارد. ترکیب این برنامه‌ها با خدمات روانی-اجتماعی می‌تواند سلامت روان مراجع را که در اثر سال‌ها مصرف مواد آسیب دیده، ترمیم نموده و بازگشت وی به اجتماع را تسهیل کند.

خانواده درمانی: برای بسیاری از مراجعین، «خانواده» باید دوباره تعریف گردد. حمایت از بهبود فرد، اغلب هدف اصلی خانواده درمانی می‌باشد.

باشگاه یاران مثبت: این مراکز می‌توانند دامنه‌ی وسیعی از نیازها را پوشش دهند: حمایت روانی-اجتماعی در درمان سوء مصرف مواد، حمایت احساسی برای اعضاء و پشتیبانی پایبندی به درمان.

مشاوره‌ی همسر: این مداخله عمدتاً بر مسائلی از قبیل انتقال جنسی، جلوگیری از بارداری، حمایت از روند درمانی مربوط به سوء مصرف مواد، پیشگیری از عفونت‌های آمیزشی و پیشگیری از انتقال مادر به کودک تمرکز دارد.

خدمات پیشگیری از انتقال مادر به کودک: مشاوران باید تمام مراجعین را نسبت به جلوگیری از بارداری ناخواسته، به خصوص در دوره‌ی عفونت حاد، یاری نمایند. مشاور باید آگاهی مراجع را در مورد خطر افزایش یافته‌ی انتقال در زمان عفونت اخیر و شیردهی ارتقاء بخشد.

ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی پس از مواجهه‌ی اتفاقی

مقدمه

این گروه می‌تواند دربرگیرنده‌ی پرستاران، پزشکان، کارکنان آزمایشگاه، نظافتچیان، کارکنان آمبولانس و افسران پلیس باشد. افرادی که دچار مواجهه‌ی جدی و خطرناک شده‌اند، باید برای پروفیلاکسی پس از مواجهه^۲ (PEP) ارزیابی شده و داروها هر چه زودتر و حداکثر ظرف ۲۴ تا ۳۶ ساعت از مواجهه آغاز گردد.

خطر ابتلای پرسنل بهداشتی به HIV پس از مواجهه‌ی پوستی یا مخاطی، کمتر از نیم درصد برآورد می‌شود. خطر انتقال در صورت مواجهه با مایعات یا بافت‌های آلوده کمتر از مواجهه با خون آلوده می‌باشد. در اکثر موارد، مواجهه هنگام رگگیری از بیمار رخ می‌دهد. انتقال ممکن است از راه پاشیدن خون یا مایعات آلوده به مخاطات (مانند ملتحمه‌ی چشم) و یا از طریق بریدگی نیز ممکن است، اما خطر ابتلا در این موارد نسبتاً ناچیز می‌باشد. علاوه بر ارزیابی HIV، کارکنان بهداشتی باید از جهت HBV، HCV و دیگر پاتوژن‌های قابل انتقال از طریق خون نیز ارزیابی گردند.

¹ Narcotics Anonymous (NA)

² Post Exposure Prophylaxis (PEP)

نقش مشاور

اولین آزمایش پس از مواجهه، یک آزمایش پایه محسوب شده و ابتلای قبلی پرسنل را نشان می‌دهد. نکته‌ی حائز اهمیت این است که فرد، مشاوره‌ی پیش از آزمایش را دریافت کند. بلافاصله پس از مواجهه باید ابتدا اقدامات کمک‌های اولیه مانند شستشوی کافی با صابون ملایم و سرم انجام شود. بیمار مرجع را نیز می‌توان با اخذ رضایت و مشاوره، آزمایش نمود. ریسک عفونت بر اساس موارد زیر ارزیابی می‌شود:

- ❖ شدت مواجهه؛
- ❖ عمق زخم؛
- ❖ مدت مواجهه؛
- ❖ نوع ابزار یا سوزن (سوزن تو خالی یا سوزن بخیه)؛
- ❖ وضعیت سرمی بیمار؛
- ❖ مرحله‌ی بیماری (علامت دار یا بدون علامت، بار ویروس و تعداد CD4)؛
- ❖ مقاوم به درمان بودن بیمار مرجع، چنانچه در درمان ART می‌باشد.

بیمار مرجع باید تنها در صورتی که به خدمات مشاوره‌ی پیش و پس از آزمایش دسترسی داشته و رضایت آگاهانه دهد، مورد آزمایش قرار گیرد. پرسنل مواجهه یافته نباید سراغ بیمار رفته و از وی آزمایش بگیرند. حتی اگر نتیجه‌ی آزمایش بیمار منفی گردد، هنوز احتمال دوره‌ی نهفتگی باقی بوده و ارزیابی خطر باید صورت پذیرد.

PEP باید پس از اخذ رضایت آگاهانه آغاز گشته، و درمان ترکیبی (دو یا سه دارویی) ترجیح داده می‌شود. مطالعات نشان داده است که در گروه‌های مختلف، در صورتی که پروفیلاکسی با مدت و میزان مناسب صورت گیرد، ۸۰ تا ۹۰ درصد ریسک ابتلا را کاهش خواهد داد. حمایت روانشناختی برای نیازهای پرسنل مواجهه یافته، باید در دسترس باشد. اضطراب، افسردگی، و بی‌خوابی شایع می‌باشند. کارکنان بهداشتی ممکن است با مشکلات خاص زیر نیز مواجه شوند:

- ❖ ترس از این که همکاران آنها داروهای آنها را دیده و در مورد وضعیت HIV آنها گمان‌هایی ببرند؛
- ❖ مشکلات ناشی از عوارض درمان در حین کار؛
- ❖ نگرانی بیش از حد از ابتلا به دلیل سر و کار داشتن با مراجعین HIV⁺ و یا ایدز پیشرفته؛
- ❖ اضطراب در پرسنل باردار در مورد تأثیر داروها بر جنین.

مشاور باید سلسله وقایعی که پیش از مواجهه رخ داده را مرور نماید تا از مواجهه‌ی اتفاقی در آینده جلوگیری نماید.

فرآیند خدمات مشاوره و آزمایش HIV در موارد مواجهه‌ی شغلی، به ترتیب و به طور خلاصه در زیر آمده است:

- ❖ ارائه‌ی کمک‌های اولیه: به عنوان مثال در موارد فرورفتن سوزن، زخم را فشار داده تا خون خارج شود و سپس زخم با صابون ملایم و آب شستشو داده شود. در مواردی که خون به چشم پاشیده می‌شود، باید فوراً با آب مقطر شستشو داده شود.
- ❖ ارزیابی خطر مواجهه: به عنوان مثال تعیین گردد که آیا سوزن تو خالی بوده، آیا خون تنها به پوست سالم پاشیده شده و غیره.
- ❖ ارائه مشاوره‌ی پروفیلاکسی: که شامل اخذ رضایت برای دریافت داروی ضد ویروسی نیز می‌شود. در طی این مشاوره، باید موارد تشریح شود:
 - شواهد اثربخشی مداخله‌ی PEP و اجتناب از امید دادن غیرواقع‌گرایانه؛
 - عوارض جانبی درمان؛

- دوره‌ی نهفتگی طولانی در صورت دریافت PEP که ممکن است تا شش ماه طول بکشد؛
- مشکلات پایبندی به درمان.
- ❖ ارائه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش: در طی آن باید نکات زیر تشریح شود:
 - کاهش خطر مواجهه‌ی شغلی در آینده؛
 - آزمایش مجدد برای رفع مشکل دوره‌ی نهفتگی؛
 - مسائلی همچون غرامت، بیمه و دیگر مسائل اداری؛
 - تعیین زمان جلسه‌ی پیگیری.
- ❖ انجام آزمایش پایه‌ای از جهت وضعیت HIV؛
- ❖ مشاوره‌ی پس از آزمایش.

فصل دوازدهم:

سوگ، داغدیدگی و فقدان

سوگ، داغدیدگی و عزاداری در بزرگسالان

سوگ یک پاسخ عاطفی به از دست دادن مواردی همچون رابطه‌ی احساسی، سلامتی و یا امکانات مالی بوده که منجر به احساس شدید غم و اندوه می‌شود. هنگامی که به سوگ فکر می‌کنیم، معمولاً به مرگ می‌اندیشیم؛ اما فقدان‌های مختلف نیز می‌توانند واکنش‌های مشابهی را ایجاد نمایند. به عنوان مثال، فردی که با HIV زندگی می‌کند ممکن است سوگوار از دست دادن سلامتی خود باشد، و یا زوجی که در حال طلاق گرفتن هستند ممکن است سوگ از دست دادن رابطه‌ی خود را داشته باشند. سوگ طبیعی، می‌تواند طیف وسیعی از احساسات درونی، احساسات جسمی، شناخت (ادراک) و رفتار را شامل شود. جدول ۹ مواردی از احساسات و واکنش‌هایی را نشان می‌دهد که در تجربه‌ی سوگ معمول هستند.

جدول ۹ - علائم شایع در واکنش سوگ

احساسات	احساسات جسمی	شناخت (ادراک)	رفتار
ناراحتی	ضعف در معده	بی‌اعتقادی	اختلال خواب و اشتها
خشم	خفگی در سینه	مشغولیت ذهنی	حواس‌پرتی
گناه/سرزنش خود	خفگی در گلو	توهم	رویای فرد از دست رفته
تنهایی	حساسیت به سر و صدا	گیجی	بازدید از مکان‌ها و نگهداری اشیایی که فرد مرده را به خاطر می‌آورند
خستگی	تنگی نفس	حس حضور (مانند احساس حضور فرد مرده در اطراف و حرف زدن با او)	بیش از حد بها دادن به اشیایی که متعلق به فرد از دست رفته است
ناتوانی	ضعف	احساس غیرواقعی بودن محیط اطراف (مثال: «هیچ چیز جز خودم به نظرم واقعی نمی‌آید»)	پرهیز از یاد آوری فرد مرده
شوک	کمبود انرژی		جستجو کردن و فریاد زدن (نه لزوماً بلند)
افسوس	خشکی دهان		آه کشیدن
رهایی			بی‌قراری
تسکین			گریه کردن
کرختی			

اغلب افراد، با آگاهی از ابتلای همسر و یا یک دوست به HIV، واکنش سوگ را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، ممکن است به دنبال از دست دادن فرد مورد علاقه به دلیل ایدن، فرد سوگوار شود؛ در چنین مواردی واکنش سوگ مدت‌ها پیش از تجربه‌ی مرگ آغاز می‌شود. به همین دلیل، مشاوران باید این واکنش سوگ را شناخته و بدانند چگونه به مراجعی که درگیر آن است کمک نمایند. سوگ دارای ابعاد مختلفی بوده، می‌تواند به صورت احساسی، ذهنی، روحی و جسمی تجربه شود. افراد سوگوار نیاز به مراقبت، محبت و شکیبایی دارند.

داغدیدگی، عبارتی است که برای واکنش به مرگ یک فرد به کار برده می‌شود (در حالی که سوگ نتیجه‌ی هر نوع فقدان، و نه لزوماً مرگ می‌باشد، مانند از دست دادن شغل، موقعیت و اعضای بدن). عزاداری در معنای لغوی، به اعمال و رفتاری اطلاق می‌شود که به منظور بیان سوگ بوده و مشتمل بر عکس‌العمل‌های آگاهانه، غیرآگاهانه و فرهنگی به فقدان می‌باشد. همان طور که اشاره شد، سوگ به تجربه‌ی شخصی فقدان اشاره کرده، درحالی که عزاداری به روند بعد از فقدان اشاره دارد. داغدیدگی و عزاداری گاهی اوقات به جای یکدیگر استفاده می‌شوند، در حالی که بین آنها تفاوت وجود دارد. داغدیدگی به واکنش‌هایی مشخص که پس از مرگ یک فرد مهم تجربه می‌شوند اشاره داشته؛ در مقابل عزاداری نشان‌دهنده‌ی روشی است که فرد با آن سوگ خود را بیان می‌کند.

مراحل سوگ

با وجودی که روش منحصر به فردی برای بیان سوگ وجود ندارد، بزرگسالان معمولاً مراحل مشترکی را تجربه می‌کنند. دانستن این مراحل بسیار سودمند است و باید به خاطر داشت که در این روند، احساسات شدید و تغییرات خلقی ناگهانی، طبیعی محسوب می‌شوند. این مراحل سیال هستند و ممکن است فرد در دوره‌های زمانی متفاوت، در مراحل مختلفی از لحاظ سوگ قرار گیرد. مراحل سوگ به شرح زیر هستند:

- ❖ **انکار (کرحتی):** انکار معمولاً اولین واکنش است (مثال: «این حقیقت ندارد!»). این مرحله ممکن است بین چند ساعت تا چند روز طول بکشد. اگرچه انکار ممکن است در ابتدا مفید باشد، اما طولانی شدن آن می‌تواند مشکلاتی ایجاد نماید.
- ❖ **خشم (دلتنگی و جستجو):** انکار معمولاً با دلتنگی و جستجوی فرد متوفی (و یا «شیء» یا سلامتی از دست رفته) جایگزین می‌شود. این امر می‌تواند منجر به خشم شود که خود را به شیوه‌های گوناگون، مانند سرزنش دیگران برای فقدان، تحریک پذیری، مشکلات تمرکز و خواب و فوران احساسات نشان می‌دهد. علاوه بر این، فرد اغلب در مورد مشاجراتی که با متوفی داشته و یا عدم بیان احساسات و آرزوهایش، احساس گناه شدید می‌کند.
- ❖ **چانه‌زنی:** مرحله‌ای است که عمدتاً هنگامی که خود فرد در حال مردن است، تجربه می‌شود. پس از این که فرد در حال احتضار یا یکی از اعضای خانواده خشم خود را سر دوستان، خانواده و یا قدرتی بالاتر تخلیه نمود، وارد مرحله‌ی چانه‌زنی می‌شود. این مرحله مشتمل بر تلاش‌های فرد برای کسب یک سری توافقات و یا طولانی کردن زندگی برای اتمام یک وظیفه‌ی مهم است. در مرحله‌ی چانه‌زنی، فرد مبتلاً عموماً با قدرتی بالاتر عهد بسته، قول می‌دهد تغییراتی در زندگی خویش ایجاد نماید و یا به منظور انجام یک کار ویژه، پیش از مرگ و ناتوانی تقاضای فرصت می‌کند.
- ❖ **افسردگی:** افسردگی به دنبال چانه‌زنی روی می‌دهد. دوره‌های افسردگی با یادآوری خاطرات فرد متوفی و یا سلامتی از دست رفته‌ی فرد محتضر، شروع می‌شوند («دیگه تمام شد»). فرد سوگوار معمولاً به شدت احساس خستگی می‌نماید، چرا که روند سوگ موجب از دست رفتن انرژی جسمی و احساسی می‌شود.
- ❖ **پذیرش:** آخرین مرحله‌ی سوگواری، پذیرش (سهل‌گیری و ادامه‌ی زندگی) است. پذیرش شاید به معنای کناره‌گیری باشد، نه الزاماً رضایت و خرسندی. این مرحله کمک می‌کند علایم افسردگی باقیمانده برطرف شده و الگوی خواب و انرژی فرد به حالت عادی برگردند.

تفاوت‌های فردی در مراحل سوگ

هر فرد تلفیقی منحصر به فرد از تجارب خاص، شخصیت، عقاید، سبک و روش‌های متفاوت سازگاری است. تمامی این ویژگی‌ها بر پذیرش محیط اطراف توسط فرد تأثیر گذارند. برای برخی افراد، سوگ یک تجربه‌ی سنگین است، درحالی که برای عده‌ای دیگر بیشتر قابل تحمل است. در برخی، سوگ زمانی شروع می‌شود که از فقدان آگاهی می‌یابند و برای گروهی دیگر، این حس دیرتر تجربه می‌گردد. در بعضی موارد، دوره‌ی سوگ نسبتاً کوتاه و مختصر است و در گروهی ممکن است برای همیشه پایدار بماند. عوامل زیر بر واکنش فرد در مواجهه با فقدان تأثیر می‌گذارند:

- ❖ **تجارب گذشته:** آگاهی از سابقه و تاریخچه‌ی پزشکی بیمار، فقدان‌های قبلی که فرد با آنها مواجه شده و چگونگی برخورد وی با آنها، اهمیت بسیاری دارد. از جمله سئوالاتی که مطرح می‌شوند: «در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی با چه فقدان‌هایی مواجه بوده است؟»، «این تجربیات چه میزان متأثر کننده بوده‌اند؟»، «آیا در آن برهه از زمان به خوبی حمایت می‌شده؟»، «آیا اجازه‌ی ابراز احساساتش در محیطی امن را داشته است؟»، «آیا فرصت التیام و جبران فقدان اولیه را داشته است؟».
- ❖ **رابطه با فرد متوفی، اشیاء یا سلامتی از دست رفته:** سوگواری با رابطه‌ی فرد با متوفی و ماهیت دلبستگی به وی ارتباط دارد. سوگواری برای از دست دادن سلامتی نیز، به سلامتی پیشین فرد بستگی دارد. سئوالات مرتبط عبارتند از: «رابطه چه قدر نزدیک بود (شدت و امنیت رابطه/ اهمیت فرد)؟»، «میزان احساسات دوگانه در رابطه در چه حد بود (نوسان بین عشق و تنفر، تعارضات با متوفی، شیء یا سلامتی از دست رفته)؟».
- ❖ **نقشی که فرد/ شیء/ سلامتی در زندگی فرد بازی می‌کرد:** هر چه نقشی که فرد مورد علاقه یا سلامتی در زندگی مراجع بازی می‌کند برجسته‌تر باشد، مراحل سوگواری نیز دشوارتر می‌گردد. از جمله سئوالات این زمینه: «این نقش چه قدر مهم بود؟»، «آیا فرد متوفی یا بیمار تنها نان آور و تأمین کننده‌ی نیازهای مالی خانواده بود؟»، «آیا فرد مهم‌ترین منبع حمایت احساسی و تنها دوست وی بود؟»، «به نقشی که متوفی برای فرد ایفا می‌کرد، چه قدر وابسته بود؟»، «سلامتی چه قدر در انجام وظایف تأثیر داشته است؟».
- ❖ **شرایط پیرامون مرگ، از دست دادن شیء یا سلامتی:** مکان، چگونگی و علت مرگ و فقدان، حایز اهمیت است. سئوالات کمک کننده عبارتند از: «آیا مرگ فرد طبیعی، در اثر حادثه، خودکشی، قتل و... بود؟»، «در زمان دور یا نزدیک، ناگهانی یا قابل پیش‌بینی بود؟»، «آیا علایم هشدار می‌بندی بر فقدان قریب الوقوع وجود داشت؟»، «آیا زمانی برای آمادگی و یا مواجهه‌ی تدریجی با این امر اجتناب ناپذیر وجود داشت؟»، «یا، در مورد بیماری: «کی و چگونه فرد بیمار شد؟»، «آیا احساس می‌کند می‌شد از مرگ یا فقدان جلوگیری شود؟»، «آیا ناتمام ماندن کارها احساس گناه ایجاد می‌کند؟».
- ❖ **تأثیرات حال حاضر:** شرایط زندگی حال حاضر فرد، شامل میزان استرس، مدیریت احساسات، تغییرات اجتماعی، خرده فرهنگ‌های قومیتی و اجتماعی و اعتقادات مذهبی بر شدت سوگواری فرد تأثیر دارند. همچنین میزان دریافت حمایت‌های احساسی و اجتماعی (داخل و خارج از خانواده) بسیار مهم است. سئوالات قابل طرح عبارتند از: «فقدان‌های ثانویه به این مرگ و فقدان چه چیزهایی هستند؟ از دست دادن درآمد، خانه و یا جدایی از خانواده؟»، «چه استرس‌ها و بحران‌هایی در حال حاضر وجود دارند؟»، «دوستان، اطرافیان و دیگران چه چیزی به وی تحمیل می‌کنند؟»، «آیا اعتقادات مذهبی/ فلسفی برای وی آرامش می‌آورند و یا احساس گناه و تأسف به دنبال دارند؟»، «چه استرس‌های دیگری هم زمان با این فقدان وارد زندگی وی شده است؟»، «آیا مجبور به جابه‌جایی یا اسباب‌کشی به محله‌ی جدیدی شده است؟»، «آیا نگرانی مالی، مشکلات و یا بیماری در خانواده و یا در خود وی وجود دارد؟».

مشاوران باید در صورت داشتن مراجعی که دچار فقدان شده است از عوامل مذکور آگاه باشند. آگاهی از این عوامل که چگونگی، شدت و مدت سوگواری را تحت تأثیر قرار می‌دهند، مشاوران را توانمند می‌سازد تا افراد سوگوار را مورد حمایت قرار داده و روند سوگ را بهتر مدیریت کنند.

مشاوره‌ی سوگ

مشاوره‌ی سوگ به فرد در گذر از مراحل سوگ یاری نموده و می‌تواند به صورت فردی یا گروهی انجام شود. اهداف مشاوره‌ی سوگ عبارتند از:

- ❖ کمک به فرد در پذیرش فقدان و صحبت درمورد آن؛
- ❖ کمک به شناسایی و بیان احساسات گفته و ناگفته (مانند خشم، گناه، اضطراب، اندوه و درماندگی)؛
- ❖ کمک به فرد در غلبه بر مشکلات زندگی پس از فقدان؛
- ❖ تشویق شخص به خداحافظی کردن از دوستان و آشنایان (گاهی حتی پیش از فقدان)؛
- ❖ فراهم نمودن فرصت برای عزاداری و سوگواری؛
- ❖ توصیف سوگواری طبیعی و تفاوت‌های سوگواری بین افراد مختلف و کمک به شخص برای درک روش‌های مقابله‌ای خود؛
- ❖ فراهم نمودن حمایت مستمر، شناسایی مشکلات مقابله‌ای و ارجاع به درمان‌های تخصصی در زمینه‌ی سوگ.

مشاوران می‌توانند با استفاده از مهارت‌ها و ابزارهای زیر، روند سوگواری مراجع را تسهیل کنند:

گوش دادن فعالانه: حضور مشاور و اشتیاق وی برای گوش دادن بدون قضاوت کردن از جمله ابزار ضروری برای یاری رساندن به مراجع می‌باشد. در شرایط سخت، اغلب افراد نیاز دارند در مورد تجربیات خود حرف زده و جزئیات آن را مرور نمایند. هنگامی که مشاور همدلی نشان داده و سعی در درک مراجع می‌نماید، مراجع احساس آرامش می‌کند.

نشان دادن شفقت: نیاز است برای مراجعین فرصتی فراهم گردد تا احساسات خود را بدون ترس از انتقاد، و نگرانی از «پذیرفته شدن»، غم، خشم، ترس، اضطراب یا درد بیان کنند.

اجتناب از کلیشه‌ها: گاهی عباراتی که به منظور تسلی مراجع استفاده می‌شوند، می‌توانند ناخواسته مضر باشند. از جمله بزرگ‌ترین متهمین این امر، کلیشه‌ها هستند: نظراتی که تلاش می‌کنند فقدان فرد را با پیشنهاد یک راه حل در ظاهر ساده، ولی در حقیقت دشوار کاهش دهند. نمونه‌هایی از کلیشه‌ها عبارتند از: «شما خودتان را خوب نگه داشته‌اید»، «زمان همه‌ی دردها را درمان می‌کند»، «شکرگزار آن چه داری باش»، «خوشحال باش که او راحت شد»، «اون الان جای بهتری است»، «او الان در آرامش است» و یا «خدا به هرکس در حد تحملش درد می‌دهد». چنین کلیشه‌هایی قادر به اذعان عمق احساسات فرد غمگین نیستند. علاوه بر این، این گونه اظهار نظرها بیشتر درمورد متوفی می‌باشد تا فرد سوگوار.

درک شرایط خاص سوگ: مشاوران باید مد نظر داشته باشند که هر مراجع سوگوار، روش خاص خود در برخورد با سوگ دارد. باوجودی که شباهت‌های بنیادین در روند سوگواری وجود دارد، معمولاً افراد هنگام مرگ یک فرد عزیز و یا از دست دادن سلامتی به روش یکسانی واکنش نشان نمی‌دهند. علاوه بر این، روش یا زمان مشخصی برای درمان سوگ وجود ندارد.

بیان قاطع: باید به مراجعین اطمینان داد که سوگواری، گریه، خنده و فریاد زدن در شرایط سوگ معمول است. علاوه بر این، مشاوران باید از کلمات مناسبی مانند «ایدن»، «مرگ» و «مردن» استفاده نموده، و هنگام صحبت از فرد متوفی از زمان

گذشته استفاده کنند؛ به عنوان مثال: «پسر شما درگذشت»، به جای «شما پسرتان را از دست داده‌اید»؛ جایگزینی‌های نابجا فرد را سردرگم کرده و ممکن است انکار را تداوم بخشند.

نشانه‌ها: نشانه‌ها (مانند موسیقی، عکس و مکان) برای یادآوری خاطرات کاربرد دارند و به منظور رهایی از سوگ مفید هستند. مراجع می‌تواند با نگاه کردن به یک عکس، گوش دادن به موسیقی، بازدید از مکانی به خصوص و یا گفتن خاطره‌ای از فرد متوفی، سوگ خود را بیان نموده و یا به یاد آن لحظات شاد بشود.

نوشتن و نقاشی کردن: گاهی مراجع می‌تواند رهاسازی سوگ خود را با نوشتن نامه‌ای به فرد متوفی تسهیل نماید. این کار به خصوص هنگامی که مراجع نیاز دارد به اصطلاح «یک کار ناتمام» را به پایان رساند، یا برای «بی‌خیال شدن» از یک تضاد دشواری دارد، یا مرگ ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی بوده و در نهایت به عنوان روشی برای تخلیه‌ی احساسات، سودمند است.

مناسک: در اغلب فرهنگ‌ها مناسکی برای عزاداری وجود دارد که می‌تواند به روند درمان سوگواری کمک کند؛ با این حال در برخی موارد، این مناسک می‌توانند به مانعی در روند سوگ تبدیل شوند. باید به مراجع کمک شود تا مناسک سوگواری را در فرهنگ خود شناسایی کرده و مناسک «معناداری» ایجاد نماید تا بتواند در روند درمان مورد استفاده قرار گیرد؛ مناسکی مانند روشن کردن شمع، خواندن دعا، ایجاد یک مقبره برای فرد متوفی می‌توانند کمک کننده باشد.

تصویرسازی: در تصویرسازی هدف ایجاد یک تصویر آرامش بخش است که هر گاه فرد، متوفی را به یاد می‌آورد با قدرت التیام همراه باشد (به عنوان مثال خورشید درخشان گرم، یک گل زیبا). مراجعین خود باید تصویر را انتخاب کنند؛ انتخاب چنین تصویری بهتر است با یک معنای خاص همراه باشد.

ایفای نقش و بازسازی شناختی: باید به مراجع کمک شود تا روشی جایگزین برای فکر کردن به فقدان بیابد. می‌توان به فرد سوگوار کمک کرد که تجسم کند اگر فرد متوفی زنده بود، چه می‌گفت؛ مخصوصاً زمانی که متوفی فرصت نکرده با وی صحبت کند. وی باید تشویق شود پیام‌هایی را که احتمالاً فرد متوفی، (چنانچه هنوز در قید حیات بود) برای وی می‌داشت، در نظر آورد. این روش می‌تواند الهام بخش و بینش دهنده باشد.

سوگ، داغ‌دیدگی و عزاداری در کودکان و نوجوانان

کودکان سوگ خود را به شیوه‌ای متفاوت از بزرگسالان نشان می‌دهند. کودکان، قادر نیستند احساسات شدید را به طور پایدار تجربه کرده و احساسات آنها بین هیجانات معمول و شدید نوسان می‌کنند. بزرگسالان هنگامی که کودک سوگواری را مشاهده می‌کنند که بازی می‌کند یا می‌خندد، ممکن است به اشتباه گمان کنند که کودک «آن دوره را پشت سر گذاشته» است. این تصور ممکن است حمایت مورد نیاز کودک در دوران سوگواری را تحت تأثیر قرار دهد.

کودکان در معرض خطر و تجربه‌ی فقدان

کودکان خیابانی ممکن است در گذشته فقدان را تجربه کرده باشند، همانند از دست دادن خانواده زمانی که مجبور می‌شوند خانه را برای یافتن کار ترک کنند. کودکانی که والدین خود را از دست داده‌اند، علاوه بر سوگ از دست دادن آنها، باید با محیط‌هایی همچون پرورشگاه و یا خانه‌ی آشنایان نیز تطابق حاصل کنند. این فقدان چنانچه همراه خشم ابراز نشده‌ای باشد که معمولاً ناشی از مرگ والدین یا الگوی غلط زندگی آنهاست (به عنوان مثال والدین معتاد و یا تن‌فروش)، مشکل سازتر می‌شود.

کودکانی که با والدین یا دوستان معتاد به مواد و الکل زندگی می‌کنند، ممکن است فقدان‌های مختلفی را تجربه کنند. این قبیل فقدان‌ها ممکن است مستقیماً ناشی از مصرف بیش از حد عمدی یا غیرعمدی مواد و یا به دلایلی مبهم باشند. فقدان مبهم، زمانی است که یکی از اعضای خانواده، به لحاظ فیزیکی یا روانشناختی، حضور ندارد (مانند داشتن یک والد وابسته به مواد). همچنین کودکانی که ربوده و یا زندانی می‌شوند سوگ و فقدان قابل توجهی را تجربه می‌کنند. نوجوانان در معرض خطر، مانند آنهایی که در خیابان زندگی می‌کنند، ممکن است دوستان خود را به دلایلی همچون ایدز، مصرف بیش از حد مواد و یا بیماری‌های دیگر از دست بدهند. تأثیر از دست دادن همراهان خیابانی، نباید دست کم گرفته شود. بیشتر کودکان خیابانی، این همراهان را جایگزین خانواده‌ی خود می‌کنند. حمایت اجتماعی و سن بالاتر در بهبود پیش‌آگهی سوگ مؤثر است. کودکان مبتلا به HIV و ایدز ممکن است از هردو مورد فوق محروم باشند.

مشاوران باید برای خانواده‌ی کودکان در معرض خطر نیز، جلساتی برگزار کنند. مشاورانی که با کودکان در معرض خطر سر و کار دارند، در زمینه‌ی مشاوره‌ی سوگ و داغ‌دیدگی باید نکاتی را مد نظر داشته باشند. اغلب اوقات بزرگسالان سرسختی و مقاومت کودکان خیابانی را مبنی بر کنار آمدن آنها با مرگ و سوگ پیش‌آمده می‌دانند. عزاداری مختل، اغلب ناشی از عدم درک روانشناختی صحیح سوگواری هنجار است. سوگ مختل، با خودکشی، افزایش رفتارهای پرخطر در زمینه‌ی انتقال HIV، افزایش استفاده از مواد و الکل و بیش‌مصرفی همراه است. سوگ پاتولوژیک همچنین سبب افزایش آسیب‌های جسمی، احساسی و سوء استفاده‌ی جنسی در میان کودکان و نوجوانان می‌شود.

خانواده‌های درگیر با HIV و ایدز معمولاً با جدایی و سوگ مواجه هستند. سوگ و عزاداری ممکن است در صورت همراهی با احساساتی همچون گناه و خشم پیچیده‌تر شود. در مواردی که والدین فوت شده‌اند، ممکن است از مادر بزرگ و یا دیگر اعضای خانواده درخواست شود تا سرپرستی کودک را به عهده بگیرند. مادر بزرگ از یک سو در سوگ از دست دادن فرزند خود به سر می‌برد، و از سوی دیگر با مسئولیت بزرگ کردن کودک مواجه است و این امر فشار زیادی را بر وی تحمیل می‌کند. HIV می‌تواند اعضای متعدد خانواده را درگیر نماید و بنیان خانواده را به شدت مختل کند. اگر در خانواده‌ی کودک اثر ابتلا به ایدز فوت کند، نه تنها والدین، بلکه خواهر و برادر خود را نیز سوگوار می‌نماید. والدین یا خواهر و برادر کودک فوت شده در اثر ایدز، ممکن است در معرض خطر انزوای اجتماعی نیز باشند.

مراحل نمو کودکان و درکشان از مرگ

کودکان طی روند رشد و نمو، آگاهی‌شان در مورد مرگ افزایش می‌یابد. در هر مرحله از رشد، با توجه به این که کودک به سطح متفاوتی از شناخت می‌رسد، تجربه‌های جدیدی می‌اندوزد، ایده‌های جدیدی نسبت به دنیا کسب می‌کند و درک و تصور از مرگ تغییر می‌کند. در زیر روند آگاهی کودکان از مرگ به تفکیک سنین مختلف تشریح شده است:

فهم نوزاد از مرگ: تا دو سالگی، هیچ درک مشخصی از مرگ وجود ندارد. نکات مهم عبارتند از:

- ❖ نوزادان درک محدودی از دنیای اطراف خود دارند. این درک به حضور فیزیکی مادر و جدایی از وی خلاصه می‌شود؛
- ❖ نوزادان به توجه و محبت، تماس فیزیکی و ثبات نیاز دارند.

نوزاد نیز ممکن است با از دست دادن فردی که به او علاقه و وابستگی داشته سوگوار شود. کودکان پیش از آن که شروع به حرف زدن نمایند، از طریق صداهایی مانند گریه، حرکات بدن، و علایم فیزیکی مانند کولیک و حرکات عصبی، سوگ خود را نشان می‌دهند. تسلی و آرام نمودن این گروه از کودکان سوگوار، می‌تواند دشوار باشد. اگر دیگر اعضای خانواده نیز سوگوار باشند، احتمال این که کودک هم ناراحتی آنها را احساس کنند زیاد است. مشکل احتمالی دیگر این است که اعضای

خانواده‌ی عزادار ممکن است نیازهای نوزاد خود را فراموش کنند. مشاوران در چنین شرایطی می‌توانند حامی خانواده باشند. دوستان، گروه‌های مذهبی و NGO ها می‌توانند کودک نوپا یا نوزاد خانواده را مورد حمایت قرار دهند.

مفهوم مرگ در سنین پیش از مدرسه (دو تا چهار سال): در این گروه سنی مسائل مهم عبارتند از:

- ❖ ترس از جدایی وجود دارد؛
- ❖ کودک با فعالیت فیزیکی و نیازهای جسمانی اشتغال ذهنی دارد (حالا که او مرده چطور بازی می‌کند، حالا که مامان نمی‌تواند به او غذا بدهد، گرسنه می‌شود)؛
- ❖ مرگ گذرا و برگشت پذیر تلقی می‌شود؛
- ❖ مرگ با خواب اشتباه گرفته می‌شود.

به تدریج که کودکان استفاده از کلمات و زبان را یاد می‌گیرند، می‌توانند احساساتشان را با کلمات با دیگران در میان گذارند. آنها مفاهیمی همچون «ناراحت»، «عصبی» و «ترس» را یاد می‌گیرند. کودکان در این سنین با دنیا به صورت عینی ارتباط برقرار می‌کنند. مفهوم زمان آینده و ایده‌ای مانند «هرگز»، خارج از درک آنهاست. در این سن کودکان انتظار دارند که فرد مورد علاقه‌شان برگردد. برای مثال آنها باور دارند که اگر «خوب» باشند والدین متوفی آنها بر خواهند گشت: «اگر پسر خوبی باشم، مامانم بر می‌گردد». کودک سراغ فرد متوفی را می‌گیرد، به طور مستمر می‌پرسد که وی کجا رفته و ممکن است حتی دنبال او بگردد.

مفهوم مرگ در دوره‌ی سنی پنج تا نه سالگی: در این سنین درک کودک از مرگ به شرح زیر است:

- ❖ برخی از کودکان در این سنین، شب‌ها به مرگ فکر می‌کنند و بر این باورند که مرگ در شب اتفاق می‌افتد؛
- ❖ مرگ توسط یک منبع خارجی رخ می‌دهد؛ مثلاً یک هیولا، روح یا فرشته جان انسان را می‌گیرد؛
- ❖ مرگ چیزی است که می‌توان شکستش داد و یا از آن فرار کرد؛
- ❖ مواجهه‌ی کودک با مرگ اغلب از طریق تلویزیون یا مشاهده‌ی یک حیوان مرده است؛
- ❖ مرگ با تصاویر وحشتناک و قطع عضو همراه است؛
- ❖ کودکان اغلب بزرگسالان را با سئوالات جزیی درباره‌ی فساد جسد و یا قطع عضو غافلگیر می‌کنند؛
- ❖ مرگ به عنوان مجازات دیده می‌شود؛
- ❖ کودکان ممکن است با مرگ معامله کنند: «اگر من فلان کار را انجام دهم، مامان یا من نمی‌میریم»؛
- ❖ ترس‌های اصلی نسبت به مرگ عبارتند از ترس از دست دادن یکی از اعضای خانواده و یا یکی از والدین، ترس از مردن در همان سنی که فرد دیگر مرده است، ترس از خوابیدن، ترس از جدایی و ترس از دست دادن حمایت.

در حدود شش سالگی، کودک کم کم متوجه می‌شود که فرد متوفی دیگر بر نخواهد گشت. این سطح از درک به همراه تغییرات اساسی دیگر در زندگی وی، مانند رفتن به مدرسه ایجاد می‌شود. کودکانی که والدین خود را از دست داده‌اند و حتی آنها را به خاطر نمی‌آورند، ممکن است با دیدن دیگر همسالان خود به همراه والدین‌شان احساس فقدان کنند. کودکان در این سنین به صورت قابل توجهی به دنبال فرآیندهای بیولوژیکی هستند که برای فرد متوفی اتفاق افتاده است. پرسش در مورد مراحل بیماری و آنچه که در بدن اتفاق می‌افتد برای آنها جالب است.

دنایای کودکان معمولاً آشفته بوده و از سطح انرژی بالایی برخوردار است. گاهی حتی سوگ آنها نیز درهم و آشفته است. واکنش سوگ آنها همیشه به گونه‌ای نیست که بزرگ‌ترها بتوانند آن را درک نمایند. والدین و مراقبین باید در نظر داشته باشند که کودک می‌تواند احساسات خود را در بازی‌های خلاقانه‌ای مانند نقاشی با انگشت یا گل بازی بیان کند. کودک ممکن است از والدین بخواهد که در این قبیل بازی‌های خلاقانه شرکت کنند.

مفهوم مرگ در گروه سنی ۹ تا ۱۲ سال: در این گروه سنی، مفهوم مرگ به شکل زیر است:

- ❖ بیشتر بچه‌ها متوجه هستند که مرگ پایان زندگی و دایمی است؛
- ❖ مرگ بیشتر به عنوان یک فرآیند بیولوژیک در نظر گرفته می‌شود؛
- ❖ نسبت به عواقب مرگ آگاهی بیشتری پیدا می‌کنند؛ برای مثال، آنها ممکن است فکر کنند: «برادر من ممکن است تنها بماند؟»، «من هم باید بمیرم وقتی پدر و مادرم مردند؟»؛
- ❖ ممکن است علاقمند باشند در مراسم خاکسپاری شرکت کنند.

مفهوم مرگ در نوجوانی: برای نوجوانان مرگ یک مفهوم انتزاعی دارد و به عنوان یک چشم انداز دور تلقی می‌شود. در این مرحله ترس از مرگ واقعی می‌شود. نوجوانان به خصوص پس از مرگ یکی از اطرافیان، ممکن است درگیر رفتارهای مخاطره‌آمیز شوند. نوجوان ممکن است گمان کند که دوستش که همیشه محتاط بود و قوانین ایمنی را رعایت می‌کرد، مُرد. حال می‌پرسد «چرا من باید مراقب باشم؟».

نوجوانان در این سنین معمولاً به دنبال استقلال خود هستند. نوجوانانی که سال‌هاست در خیابان زندگی می‌کنند، معمولاً سعی می‌کنند همچون بزرگسالان واکنش نشان دهند. آنها ممکن است احساس اندوه خود را پنهان نگه دارند تا کنترل خود بر محیط و دیگران را نشان دهند. نوجوانان سوگوار معمولاً ترجیح می‌دهند به جای بزرگسالان، با همسالان خود صحبت کنند.

مداخلات و وظایف مشاور

برای کودکانی که در سوگ به سر می‌برند، چهار قدم کلیدی وجود دارد. این قدم‌ها شامل درک، عزاداری، بزرگداشت و از سرگیری زندگی می‌باشد.

برای کودکی که دچار فقدان می‌شود، اولین مرحله اینست که متوجه شود چه اتفاقی افتاده و چرا آن اتفاق افتاده است. می‌توان به کودک برای ایجاد این درک و آگاهی کمک کرد. قدم بعدی عزاداری است و مفهوم آن اینست که به کودک یا نوجوان اجازه داده شود تا احساسات دردناک ناشی از فقدان را تجربه کند. در مرحله‌ی «بزرگداشت» یک فقدان، کودک تشویق می‌شود تا راهی را برای تثبیت و بزرگداشت خاطره‌ی فرد متوفی پیدا کند. می‌توان پیشنهاد کرد که کودک به بزرگسالان در برگزاری مراسم یادبود کمک کند. در نهایت، آخرین قدم، از سرگیری زندگی و حرکت رو به جلو است. در این قدم کودک راه جدیدی می‌یابد تا همچنان که درگیر فعالیت‌های روزمره است، مدرسه می‌رود و بازی می‌کند، با فقدان خود کنار بیاید.

برای کمک به کودکان برای طی کردن مراحل سوگواری، مداخلات متعددی وجود دارد. از جمله مداخلات کارآمد در این زمینه، استفاده از شجره نامه، بازی درمانی، روایت درمانی، نامه نگاری به فرد متوفی، هنر درمانی، نقاشی و بزرگداشت فرد یا شیء مورد علاقه با سی دی، نوار، مجله، کتاب یا عکس می‌باشد.

بررسی آگاهی کودک از مفهوم مرگ

مداخلاتی که در این زمینه انجام می‌شود باید با در نظر گرفتن «مراحل آگاهی کودک از مرگ» صورت گیرد. سطح درک از مرگ باید همیشه ارزیابی گردد. بزرگسالان اغلب تمایلی ندارند درباره‌ی مرگ با کودکان صحبت کنند. با این وجود کودکان از طریق داستان، بازی، تلویزیون، گوش دادن به حرف بزرگ‌ترها، شرکت در مراسم مذهبی و مراسم خاک سپاری با مفهوم مرگ آشنا می‌شوند. اگر به کودکان اجازه داده شود که درباره‌ی مرگ صحبت کنند، می‌توان آنها را برای بحران‌های

پیش رو آماده کرد و به آنها در مواقع ناراحتی و ترس کمک نمود. آنچه بچه‌ها به طور اتفاقی می‌شنوند یا پی‌می‌برند ممکن است از واقعیت بدتر باشد. چنانچه با آنها صادقانه صحبت شود، درک مرگ برایشان آسان‌تر خواهد شد.

پیش از شروع مداخله برای درمان سوگ و یا زمانی که لازم است مرگ قریب‌الوقوع یکی از نزدیکان به کودک اطلاع داده شود، مشاوران باید درک کودک از مرگ را بررسی کنند. سئوالات کلیدی که باید پرسیده شوند، عبارتند از:

- ❖ «مرگ چه معنایی می‌دهد؟»
- ❖ «آیا فرد مرده می‌تواند به زندگی برگردد؟»
- ❖ «برای من بگو چه چیزهایی درمورد فرد مرده و یا در حال مرگ می‌دانی؟»
- ❖ «آیا افراد مرده گرسنه می‌شوند؟»
- ❖ «آیا افراد مرده درد را احساس می‌کنند؟»

سئوالات اضافی در این زمینه عبارتند از:

- ❖ «تا حالا شنیده‌ای بزرگسالان درمورد مرگ حرف بزنند؟ چه چیزهایی می‌گویند؟»
- ❖ «تا حالا از افراد نزدیک و یا حیوان خانگی‌ات کسی مرده است؟ چه اتفاقی افتاد؟»
- ❖ «آیا همه‌ی حیوانات و انسان‌ها می‌میرند؟»
- ❖ «چرا مرگ اتفاق می‌افتد؟»

ارتباط مناسب

اصول اولیه‌ی صحبت با کودکان درباره‌ی مرگ عبارتند از:

- ❖ از بیان ساده و صریح استفاده شود، مثلاً توصیه می‌شود به جای عبارت «او خواب است»، گفته شود «او مرده است» و یا برای مثال واقعی مرگ دوست کودک به این طریق تشریح شود: «محمد، امروز یک تصادف در خیابان اتفاق افتاد. بهترین دوست تو در حالی که داشت از خیابان عبور می‌کرد ماشین به او زد و او را به زمین انداخت. ضربه خیلی سهمگین بود و سبب مرگ او شد.»
- ❖ به کودک اجازه داده شود تا به راحتی در مورد احساسات خود سؤال کند.
- ❖ به سئوالات به طور ساده و صادقانه پاسخ داده شود. نباید وارد جزئیات شد مگر این که کودک درخواست نماید. جزئیات فقط در حد نیاز بیان شود.
- ❖ اگر مرگ ناشی از یک جرم خشونت آمیز بود، به کودک توضیح داده شود که چطور می‌تواند ایمن بماند.
- ❖ اگر جسم فرد مرده شرایط مناسب داشت، در صورت درخواست کودک، به وی اجازه داده شود تا جسم فرد مورد علاقه را ببیند. کودک باید برای دیدن صحنه‌ی پیش رو آماده شود.
- ❖ به کودک حق انتخاب داده شود. بعضی از کودکان دوست دارند فردای مراسم عزاداری به مدرسه بروند و به فعالیت‌های روزمره‌شان ادامه دهند. این فعالیت‌های روزانه برای آنها آرامش‌بخش است. به مدرسه باید در خصوص شرایط سوگواری کودک اطلاع داده شود.
- ❖ به کودک اطمینان خاطر داده شود که از او حمایت خواهد شد و اقدامات لازم برای این کار تشریح شود.

ارائه‌ی حمایت از کودک سوگواری می‌تواند با جملات ساده یا سئوالات باز آغاز شود. در ذیل تعدادی از عبارات آغازین مکالمه ذکر شده‌اند:

- ❖ «متأسفم مادر/خواهر/پدر/دوست خود را از دست داده‌اید؟»
- ❖ «مادر/پدر/خواهر/دوست شما چه شکلی بود؟»

- ❖ «به من درباره‌ی ... بگو»؛
- ❖ «غذای مورد علاقه‌ی وی چی بود؟»؛
- ❖ «دلت برای چه چیزی بیشتر از همه تنگ شده است؟»؛
- ❖ «کدام قسمت برایت از همه سخت‌تر است؟»؛
- ❖ «تحمل کدام قسمت روز برایت دشوارتر است؟»؛
- ❖ «نمی‌دانم که تو چه احساسی داری، اما به خاطر می‌آورم وقتی [فلان بستگان من] فوت کرد»؛
- ❖ «برایم مهم است که تو چه احساسی داری»؛
- ❖ «دوست داری در موردش صحبت کنی؟»؛
- ❖ «من در این ساعت‌ها در دسترس هستم، اگر مایل باشی می‌توانیم با هم صحبت کنیم»؛
- ❖ «هر موقع که تمایل برای حرف زدن داشتی، من آماده هستم»؛
- ❖ «داشتم به تو فکر می‌کردم به خصوص امروز که می‌دانم سالروز تولد دوستت بود»؛
- ❖ «آماده‌ی شنیدن حرف‌هایت هستم؛ اگر مایلی می‌توانیم حداقل ساعتی را با هم بگذرانیم»؛

از عباراتی که ممکن است آسیب رسان باشند، اجتناب شود. آنچه که در زیر آمده مواردی از چنین عباراتی هستند که اغلب به کودکان و نوجوانان سوگوار گفته می‌شود، در حالی که باید از آنها اجتناب کرد:

- ❖ «می‌دانم چه احساسی داری»؛
- ❖ «از این مرحله گذر خواهی کرد»؛
- ❖ «همه چیز درست می‌شود»؛
- ❖ «در موردش فکر نکن»؛
- ❖ «اوضاع بدون او بهتر خواهد شد»؛
- ❖ «گریه نکن»؛
- ❖ «تقصیر تو بود»؛
- ❖ «تو پدرت را الکی کردی»؛
- ❖ «اگر فلان کار را انجام داده بودی، الان آرامش داشتی»؛
- ❖ «گریه چیزی رو عوض نمی‌کند»؛
- ❖ «قوی باش»؛
- ❖ «فراموشش کن»؛
- ❖ «تو حالا زن/مرد خانواده هستی»؛
- ❖ «تو نباید غمگین باشی».

وسایل یادبود: ابزاری برای صحبت و مشاوره‌ی سوگ در کودکان

خاطره، یکی از ارکان کلیدی هویت است. کودکانی که به دلیل ایدز والدین خود را از دست داده‌اند، در حقیقت یکی از ریشه‌های اساسی هویت خود را از دست داده‌اند. جعبه، کتاب، عکس و یا وسایل یادبود می‌تواند یک رابطه‌ی قوی بین کودک و تاریخچه‌ی خانوادگی وی ایجاد نماید و از غم فقدان فرد مورد علاقه بکاهد. این وسایل یادبود مانند ابزاری هستند که خاطره‌ها را زنده نگه می‌دارد.

«وقتی ناراحتم، آنچه که از مادرم باقی مانده را بیرون می‌آورم و احساس بهتری پیدا می‌کنم... می‌دانم که من را دوست دارد، و خیلی احساس تنهایی نمی‌کنم».

کتاب یادبود شرح مکتوبی از تاریخچه‌ی خانوادگی افراد است. در برخی کشورها، صفحاتی با عناوین مناسب تهیه شده و به زنان HIV⁺ کمک می‌کند تا جنبه‌های مختلف زندگی خود از جمله تاریخ، شیوه‌ی زندگی، فرهنگ و عقاید را تشریح کنند. این صفحات داخل کتاب یادبود گذاشته می‌شوند. نمونه‌ای از این عناوین عبارتند از:

- ❖ «تاریخچه‌ی خانواده‌ی ما برمی‌گردد به ...»؛
- ❖ «اسم پدر بزرگ و مادربزرگ شما ...»؛
- ❖ «این‌ها کارهایی هستند که خانواده‌ی ما انجام داده ...»؛
- ❖ «تو در فلان سن راه افتادی ...».

با توجه به دشواری نوشتن کتاب یادبود و در نظر گرفتن این نکته که برخی افراد قادر به نوشتن نیستند، ساخت جعبه‌ی یادبود آسان‌تر به نظر می‌رسد. جعبه‌ی یادبود می‌تواند ساده بوده و یا تزئین شود. محتویات آن می‌تواند شامل یادگاری، نامه‌ها، دفتر خاطرات، عکس، مستندات، گواهی‌ها، سابقه‌ی خانوادگی، جواهرات فردی، اشیای با ارزش از لحاظ احساسی و نوشته‌های معنوی مورد علاقه باشد.

طرح یادبود فرصتی برای صحبت درباره‌ی بیماری و مرگ، چگونگی کنار آمدن با فقدان فرد مورد علاقه یا اخبار مربوط به HIV را فراهم می‌کند. این یادبودها می‌توانند برای کودک حس آرامش به همراه داشته و نیازهای دلبستگی وی را تأمین کنند. ایجاد یادبود می‌تواند والدین را به صحبت در رابطه با وضعیت HIV، نوشتن وصیت نامه و برنامه‌ریزی مراسم خاکسپاری تشویق کند.

طرح یادبود به والدین HIV⁺ کمک می‌کند مهارت‌های ارتباطی خود را تقویت کنند. این طرح به یک فعالیت دوطرفه بین والدین و فرزندان تبدیل شده و این امکان را فراهم می‌کند در کنار هم، زندگی فرزندان را از تولد تا به حال تعریف کنند. همچنین، والدین می‌توانند داستان زندگی خود را نیز تعریف کنند. این فرآیند در واقع فرصتی است تا فرزندان، سئوالات خود را از والدینشان پرسیده و شرایط را برای خود شفاف نمایند. مطرح کردن و ثبت خاطرات و نگهداری آنها در جعبه‌ی یادبود به اعضای خانواده کمک می‌کند تا سکوت ناشی از HIV بین آنها شکسته شود.

درک سوگ، داغدیدگی و عزاداری خود مشاور

فقدان شخص مورد علاقه در بین تلخ‌ترین تجربیاتی است که انسان با آن مواجه است. چنین فقدانی نه تنها برای مراجع سوگوار، بلکه برخورد مکرر با آن، برای مشاور نیز دردناک است. علاوه بر این، مواجهه با فرد سوگوار ممکن است یادآور فقدان در زندگی خود مشاور باشد. در این صورت، اگر مشاور قادر به کنار آمدن با فقدان خود نباشد، نمی‌تواند به مراجع سوگوار خود نیز کمک نماید.

علاوه بر یادآوری فقدان‌های گذشته، سر و کار داشتن با مرگ و داغدیدگی، ممکن است ترس از دست دادن اشخاص مورد علاقه (به عنوان مثال فرزند، پدر و مادر و یا همسر) را برانگیزاند. مشاوران اغلب از این ترس خود آگاه نیستند. توانایی مشاور در کمک به مراجع متأثر از فقدان‌های گذشته‌ی خود بوده و با آگاهی و درک شخصی خود از مرگ نیز مرتبط است. با شنیدن فقدان‌های هرروزه از مراجعین، مشاوران باید از ناگزیر بودن مرگ خود، آگاه باشند. این موقعیت چنانچه فرد سوگوار همجنس، هم‌سن و دارای موقعیت شغلی مشابه باشد، مشکل سازتر می‌شود. بنابراین، مشاوران در مواجهه با فرد سوگوار باید ابتدا فقدان‌های گذشته خود را بررسی نمایند.

مشاوران ممکن است پس از مرگ یک مراجع نیز، سوگوار شوند. با نگاهی به تجارب پیشین فقدان و سوگ، مشاوران بهتر می‌توانند نسبت به این روند در خود آگاه شوند. در این راه می‌توانند از همکاران خود نیز کمک بگیرند. نکته‌ی حایز اهمیت

این است که مشاوران فقدان‌های اخیر خود را با تیم مشاوره مطرح کرده، بدانند از چه منابعی حمایت عاطفی دریافت کنند، چگونه احساسات خود را تخلیه نموده و از محدودیت‌های خود آگاه شوند.

فصل سیزدهم:

پایش و ارزیابی

مقدمه

بسط و گسترش مشاوره و آزمایش HIV (HCT)، قدمی کلیدی در دستیابی جامع به پیشگیری، مراقبت و درمان به شمار می‌رود. برنامه‌های مشاوره و آزمایش کارآمد، شمار افراد دریافت‌کننده‌ی این خدمات را افزایش می‌دهد. HCT اغلب نقطه‌ی ورود افراد برای دریافت اکثر مداخلات به شمار می‌رود. به همین دلیل حصول اطمینان از کیفیت این خدمات، دارای اهمیت به‌سزایی است. تمام برنامه‌ها برای رسیدن به اهداف خود، نیازمند داده‌هایی برای ارزیابی کارآیی و بهره‌مندی خود هستند.

شاخصهای پایش و ارزیابی (M&E)^۱

شاخص‌های پایش و ارزیابی را می‌توان در سه سطح طبقه‌بندی نمود:

- ❖ شاخص جهانی^۲: این شاخص، مقیاس استاندارد برای ارزیابی پیشرفت به سوی اهداف تعیین شده‌ی جهانی است. به عنوان مثال با استفاده از آن می‌توان میزان بسط و پوشش خدمات در کشورهای مختلف که از لحاظ همه‌گیری HIV/AIDS در یک سطح هستند، را با یکدیگر مقایسه نمود.
- ❖ شاخص کشوری^۳: این شاخص برای ارزیابی دستاوردهای برنامه در استراتژی کشوری به کار می‌رود. این شاخص، خود متشکل از چند شاخص هسته‌ای دیگر بوده و هنگامی که از سطح مورد انتظار پایین‌تر رود، نیاز به اقدام ضروری را نشان می‌دهد.

¹ Monitoring and Evaluation

² Global indicator

³ National-level indicator

❖ شاخص مرکز مشاوره^۱: برای اداره‌ی یک مرکز ارائه‌ی خدمات، مسئولین مرکز باید بر درون‌داده‌ها^۲ و برون‌داده‌ها^۳ برنامه‌ی خود نظارت داشته باشند. تحلیل این داده‌ها بر اتخاذ اقدامات مورد نیاز در مرکز تأثیر می‌گذارد.

خدمات HCT علاوه بر اینکه باید نیازهای مختلف در سطوح متفاوت همه‌گیری را برآورده سازند، می‌بایست مبانی بنیادین این خدمات را که شامل اصول مشاوره، رضایت و رازداری است را نیز رعایت نمایند. باید به خاطر داشت که حفظ حقوق افراد، جزء اصلی تمامی برنامه‌های HCT بوده و باید در تمام ارزیابی‌ها گنجانده شود. M&E موجب می‌شود منابع اختصاص یافته به یک برنامه به طور مناسب مورد استفاده قرار گرفته و خدمات با کیفیت به جمعیت هدف ارائه گردند.

برای ارزیابی دستاوردهای مختلف یک برنامه، می‌بایست شاخص‌های استاندارد تعیین نمود. هر شاخص، یک مقیاس کمی و یا کیفی بوده و عملکرد برنامه و پیشرفت آن به سمت اهداف تعیین شده را می‌سنجد. یک شاخص استاندارد باید خاص، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع‌گرایانه و محدود به زمان باشد. شاخص‌ها را می‌توان بر اساس آنچه را که می‌سنجند، طبقه‌بندی نمود:

- ❖ درون‌داد: اشاره به منابع به کار گرفته شده در یک برنامه، مانند کارکنان، دستورالعمل‌ها و سند استراتژیک دارد؛
- ❖ فعالیت/فرآیند^۴: اشاره به اقدامات صورت گرفته برای به کارگیری منابع مختلف دارد؛
- ❖ برون‌داد: به نتایج فوری خدمات ارائه شده اشاره دارد؛
- ❖ پیامد^۵: به تغییرات عموماً رفتاری ناشی از برنامه دلالت دارد؛
- ❖ تأثیر^۶: به دستیابی به اهداف برنامه که عمدتاً تغییرات اپیدمیولوژیک است، دلالت دارد.

هنگام انتخاب و سامان‌دهی شاخص‌ها، باید "مدل استراتژیک" برنامه را مد نظر داشت. منظور از مدل استراتژیک، اهداف بلند مدت و نهایی برنامه است. برای ارزیابی و پایش هر برنامه، مدل استراتژیک برنامه باید شفاف بوده و مشخص شود که چگونه خدمات، طراحی شده و به کار گرفته شوند. شکل ۸ مدل استراتژیک یک برنامه‌ی HCT را نشان می‌دهد.

برای پایش و ارزیابی یک مرکز HCT، به سیستم‌های جمع‌آوری اطلاعات نیاز است. در زیر این موارد فهرست شده‌اند:

- ❖ نظام ثبت مراجعین در مرکز که در آن اطلاعات اولیه‌ی بیماران ذخیره می‌گردد. این اطلاعات برای ارزیابی بهره‌مندی و میزان پوشش کشوری خدمات نیز کاربرد دارند.
- ❖ برگه‌ی ثبت آزمایش که در آن اطلاعات کیت به کار رفته، نتیجه‌ی آزمایش و وضعیت ابتلای فرد، توسط شخصی که آزمایش HIV را انجام می‌دهد، ثبت می‌شود.
- ❖ ابزار استاندارد گزارش‌دهی تا به وسیله‌ی آن مراکز به راحتی بتوانند اطلاعات را به صورت جمع‌بندی شده به مراکز ذیربط گزارش دهند. باید مشخص شود که مراکز چگونه باید اطلاعات را تلفیق نموده و در چه فواصل زمانی گزارش دهند.

¹ Site-level indicator

² Inputs

³ Outputs

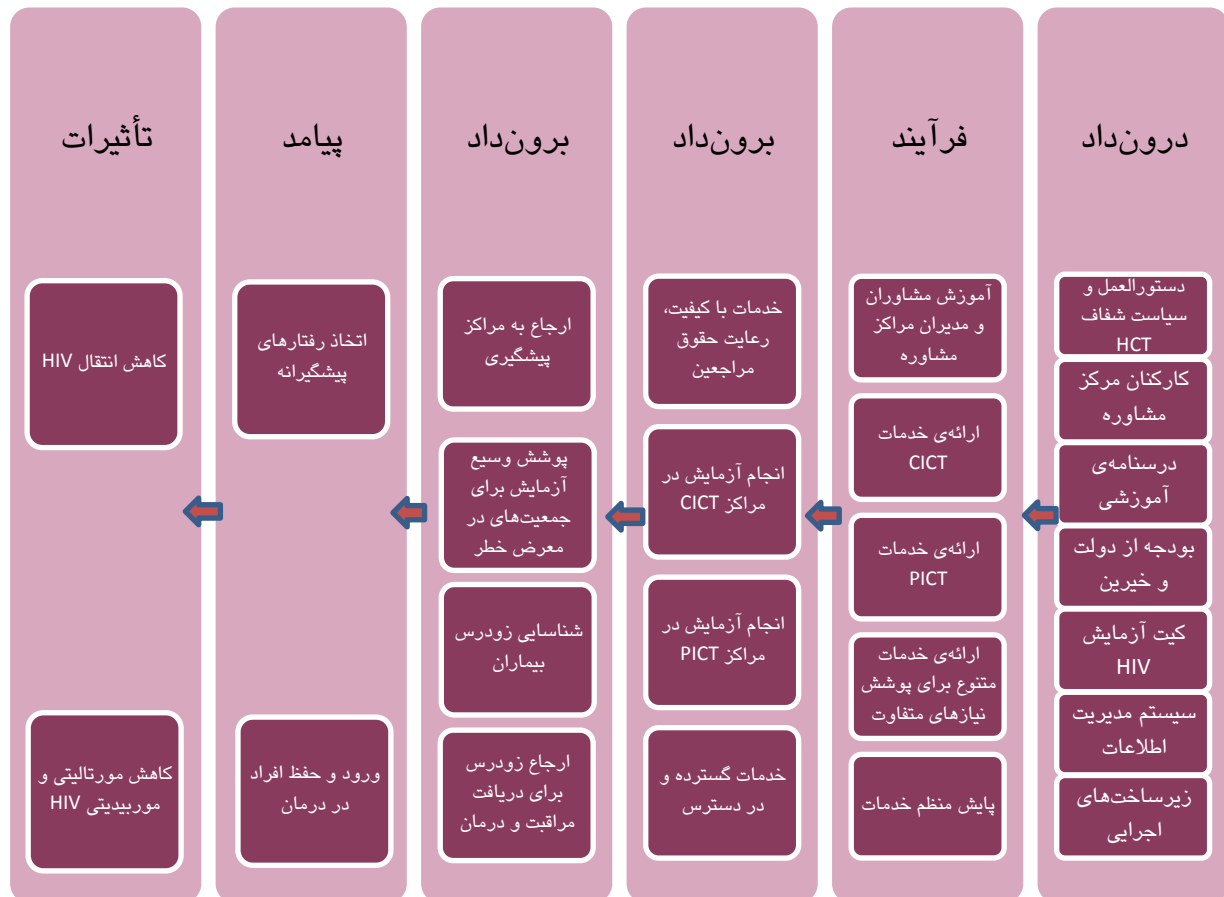
⁴ Activity/Process

⁵ Outcomes

⁶ Impact

مراکز باید به صورت منظم مورد پایش قرار گیرند. به این منظور، به کارگیری موارد زیر توصیه می‌شود:

- ❖ تعداد متغیرهای مورد گزارش حداقل بوده و به درستی تعریف شوند؛
- ❖ از فلوچارت‌های اطلاعات برای گزارش‌دهی استفاده شود؛
- ❖ فرمت گزارش از پایش آموزش داده شده و تمرین گردد؛
- ❖ بر جمع‌آوری اطلاعات به صورت ساختار یافته نظارت گردد.



شکل ۸ - مدل استراتژیک یک برنامه‌ی HCT

شاخص‌های کشوری HCT، چهار حوزه را در بر می‌گیرند:

- ❖ استانداردها (درون‌داد)؛
- ❖ کیفیت (برون‌داد)؛
- ❖ پوشش (برون‌داد)؛
- ❖ موفقیت در ارجاع (پیامد).

جدول ۱۰ تعدادی از شاخص‌های توصیه شده برای گزارش‌دهی را نشان می‌دهد.

جدول ۱۰ - نمونه‌هایی از شاخص‌های کشوری توصیه شده در برنامه‌های HCT

شاخص	فرکانس	منبع اولیه داده‌ها	کاربری
کیفیت			
درصد مراکز HCT که بر اساس استانداردهای کیفی عمل می‌کنند.	سالانه	ارزیابی کیفیت خدمات	در تمامی سطوح همه‌گیری
پوشش			
تعداد مراکز بهداشتی که خدمات HCT ارائه می‌نمایند.	سالانه	گزارش‌دهی دوره‌ای	در تمامی سطوح همه‌گیری
تعداد افراد بالای ۱۵ سال که در ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV داده‌اند.	هر سه ماه	پایش معمول و تخمین جمعیت	در تمامی سطوح همه‌گیری
تعداد افراد در گروه‌های پر خطر که در ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV داده‌اند.	هر سه ماه	پایش معمول و تخمین جمعیت در معرض خطر	در همه‌گیری‌های متمرکز و سطح پایین
درمان			
درصد بیماران جدید که تحت مراقبت و یا درمان ART قرار می‌گیرند.	هر سه ماه	سیستم پایش معمول	در تمامی سطوح همه‌گیری
بسط PICT			
درصد زنان باردار که از وضعیت ابتلای خود آگاهند.	هر سه ماه	سیستم پایش معمول	در تمامی سطوح همه‌گیری همراه با خدمات پیشگیری از انتقال مادر به کودک
درصد بیماران دچار سل که از وضعیت ابتلای خود به HIV آگاهند.	هر سه ماه	سیستم پایش معمول	در تمامی سطوح همه‌گیری
درصد افرادی که با رویکرد PICT مورد آزمایش قرار گرفته‌اند.	هر سه ماه	سیستم پایش معمول	در تمامی سطوح همه‌گیری که دارای برنامه‌ی PICT هستند.
HCT برای زوجین			
درصد زوجینی که آزمایش داده و از وضعیت ابتلای خود آگاهند.	هر سه ماه	سیستم پایش معمول	در تمامی سطوح همه‌گیری
درصد زنان بارداری که همسران ایشان نیز آزمایش داده‌اند.	هر سه ماه	سیستم پایش معمول	در تمامی سطوح همه‌گیری همراه با خدمات پیشگیری از انتقال مادر به کودک
آزمایش کودکان			
درصد کودکان متولد شده از مادران HIV ⁺ که ظرف ۱۲ ماه اول عمر خود مورد آزمایش قرار گرفته‌اند.	هر سه ماه	سیستم پایش معمول	در تمامی سطوح همه‌گیری همراه با خدمات پیشگیری از انتقال مادر به کودک
درصد مراکزی که قادرند تست‌های ویروژنیک (مانند PCR) را انجام دهند.	سالانه	سیستم ثبت معمول	در تمامی سطوح همه‌گیری همراه با خدمات پیشگیری از انتقال مادر به کودک

تضمین کیفیت ارائه‌ی خدمات در مراکز مشاوره

علاوه بر شاخص‌هایی که باید در سطح کشوری از مراکز مشاوره جمع‌آوری شود، هر مرکز باید روش‌های لازم را به کار گیرد تا از کیفیت خدمات ارائه شده اطمینان حاصل نماید. پروتکل‌های تضمین کیفیت باید در هر مرکز به صورت مکتوب وجود داشته باشد و کارکنان از آن مطلع بوده و در مورد آن آموزش دیده باشند. ارزیابی خدمات باید به صورت مداوم و در تعامل با کارکنان صورت گیرد.

فهرست زیر از جمله مواردی هستند که در فعالیت‌هایی که برای تضمین کیفیت انجام می‌شود، می‌بایست مورد توجه قرار گیرند:

- ❖ وضعیت دسترسی به خدمات، مانند ساعات کار مرکز، دسترسی به مواد آموزشی برای مراجعین، کیت‌های آزمایش، وسایل تزریق استریل و کاندوم؛
- ❖ میزان پایبندی به پروتکل‌های مکتوب، مانند روش‌های مشاوره‌ی پیش و پس از آزمایش، زمان ارائه‌ی نتیجه‌ی آزمایش به مراجع، ارجاع فرد به خدمات مورد نیاز؛
- ❖ عملکرد و مهارت‌های کارکنان؛
- ❖ وضعیت نظارت بر کار روتین کارکنان و دادن بازخوردهای به موقع؛
- ❖ سنجش رضایت مراجعین با استفاده از ابزارهای مختلف مانند پرسشنامه و یا صندوق پیشنهادات و انتقادات؛
- ❖ وضعیت نگهداری پرونده‌ها شامل امنیت و محرمانه بودن؛
- ❖ وضعیت نمونه‌گیری برای آزمایش، انتقال و نگهداری نمونه؛
- ❖ اطمینان از وجود بودجه‌ی کافی برای اداره‌ی درازمدت مرکز.

تضمین کیفیت آزمایش HIV

خطاهای آزمایشگاهی اغلب در دو مرحله اتفاق می‌افتد:

- ۱- مرحله‌ی قبل از آنالیز: در طی گرفتن نمونه، برچسب زدن، انتقال، پروسس کردن و نگهداری؛
 - ۲- مرحله‌ی بعد از آنالیز: کنترل نتیجه و گزارش‌دهی.
- آزمایشگاه‌هایی که آزمایش HIV انجام می‌دهند، باید استانداردهای مربوطه را به دقت رعایت کرده و توسط ناظرین مورد ارزیابی قرار گیرند.

تضمین کیفیت مشاوره‌ی HIV

تمام مراکز مشاوره باید به طور دوره‌ای و منظم، ارزیابی‌های لازم را برای تضمین کیفیت مشاوره انجام دهند و از رعایت عناصر اساسی مشاوره اطمینان حاصل کنند.

آموزش: تمامی مشاوران باید در مورد راه‌های انتقال و پیشگیری، سیر بیماری، روش‌های مراقبت و درمان آموزش دیده باشند و از سایر خدمات پیشگیری و درمان شامل سایر خدمات بهداشتی درمانی، خدمات درمان اعتیاد و حمایت‌های اجتماعی در منطقه‌ی خود مطلع باشند. علاوه بر این، مطلوب است که مشاوران، آموزش‌های تکمیلی را در مورد مهارت‌های خاص مشاوره مانند مشاوره‌ی گروهی کسب نمایند.

مشاهده‌ی کار مشاوران: مشاهده‌ی مستقیم جلسات مشاوره، توسط افراد ناظر یکی از بهترین راه‌ها برای اطمینان از کیفیت مشاوره است که باید به طور دوره‌ای (با رضایت مراجع) انجام شود. هم‌چنین، می‌توان صدای جلسات را (با رضایت مراجع) ضبط نمود و یا سناریوهایی را ایفای نقش کرد. مشاهده و بازخورد باید ساختاریافته بوده، پیامدهای آن سازنده باشد. هدف از نظارت، تنبیه نیست؛ بلکه بهبود فرایندها و عملکرد است. ناظران باید، عناصر مثبت را مورد تشویق و حمایت قرار دهند و در خصوص مواردی که نیازمند تغییر و بهبود است، به طور سازنده، شفاف و اختصاصی نقطه نظرات خود را ارائه نمایند.

مشاهده و بازخورد باید به طور روتین و دوره‌ای انجام شود. اغلب توصیه می‌شود که مشاهده‌ی مستقیم و روتین در شش ماه اول کار یک مشاور دو بار در ماه، برای شش ماه دوم ماهی یک بار و برای مشاوران با سابقه‌ی بیش از یک سال کار مشاوره HIV، هر سه ماه یک بار انجام شود. بازخورد به مشاوران پس از مشاهده‌ی کار آنان باید به طور سریع و در همان هفته داده شود. ممکن است در ابتدا این امر برای مشاوران خوشایند نباشد، ولی اغلب با گذشت زمان مشاوران به این امر عادت کرده و آن را برای ارتقای مهارت‌های خود مفید قلمداد می‌کنند.

هم‌چنین در حین بازدید و مشاهده، باید اطمینان حاصل کرد که مراجعین مدت زیادی را بین انجام آزمایش و دریافت مشاوره منتظر نمی‌مانند و مشاوره در فضای خصوصی انجام می‌شود که توسط دیگران قابل شنیدن نیست. بررسی فرایندها و نظرخواهی از مراجعین به طور دوره‌ای برای بررسی چنین مواردی مفید است.

رضایت سنجی از مراجعین: سنجش رضایت مراجعین می‌تواند مکانیسم مهم و با ارزشی را برای بازخورد کار مشاوران فراهم سازد. ابزار رضایت سنجی می‌تواند مختصر و خلاصه بوده و دستیابی به اهداف اصلی مشاوره، رعایت اصول مشاوره و تعامل (مانند اینکه چه کسی بیشتر صحبت کرده، مراجع یا مشاور؟)، و برنامه‌ریزی برای کاهش رفتارهای پرخطر (مانند اینکه قدم‌هایی که قرار شده مراجع برای تغییر رفتار خود بردارد چه می‌باشند؟) متمرکز باشد. چنین سنجش‌هایی از رضایت کار یک مشاور می‌تواند سالی یکی دو بار و از مراجعین هر مشاور در طی یکی دو هفته انجام شود.

جلسات بحث در مورد مراجعین^۱: یکی دیگر از مهم‌ترین راه‌های تشخیص نیازهای آموزشی مشاوران و افزایش مهارت‌های آنان، برگزاری جلسات بحث در مورد مراجعین است. در چنین جلساتی، مشاوران می‌توانند در مورد مراجعین مشکل و یا سئوالات سختی که مراجعین می‌پرسند با یکدیگر به گفتگو بپردازند و از پیشنهادات و مهارت‌های یکدیگر استفاده کرده، مهارت‌های خود را افزایش دهند. برگزاری این جلسات، می‌تواند در پیشگیری از احساس خستگی و فرسودگی مشاوران در برخورد با شرایط دشوار نیز مفید باشد. چنین جلساتی بین هفته‌ای یک بار تا ماهی یک بار می‌تواند برگزار شود.

تضمین کیفیت ارجاع

یکی از مهم‌ترین مسئولیت‌های مشاوران، ارجاع بیماران به خدمات مورد نیاز در سایر نقاط محل زندگی آنهاست. باید از اطلاعات به روز مشاوران در مورد این خدمات اطمینان حاصل کرد. وجود کتابچه‌ای از مراکز و مشخصات آنها می‌تواند برای مشاوران مفید باشد. به عنوان مثال یک مشاور باید بداند یک مرکز درمان اعتیاد که وی می‌خواهد بیمار را به وی ارجاع دهد، چه نوع درمان‌هایی را ارائه می‌کند، در چه ساعاتی از شبانه روز بیمار می‌پذیرد، چه نوع بیمارانی را پذیرش می‌کند و چه مقدار هزینه دریافت می‌کند. ارجاع فرد توسط مشاور باید همراه با ارائه‌ی اطلاعات صحیح به وی باشد.

¹ Case conference

همچنین باید مطمئن شد که مشاوران، نیازهای مختلف مراجعین را بررسی و شناسایی می‌کنند. مشاوران باید ضمن شناسایی این نیازها و بررسی آمادگی مراجع از استفاده از آنها، وقت کافی را برای برقراری ارتباط با سایر مراکز، هماهنگی و معرفی مراجع صرف کنند و اقتدار^۱ کافی برای کمک به مراجع در بهره‌مندی از این خدمات را داشته باشند. چنین اقتداری با تبادل تفاهم نامه یا اخذ مجوزهایی برای ارجاع مراجعین به یکدیگر می‌تواند به دست آید. افراد ناظر، در حین بازدید خود می‌بایست تمام موارد فوق برای تضمین کیفیت ارجاع را مورد بررسی قرار دهند.

¹ Authority

فصل چهاردهم:

مراقبت مشاور از خود

تأثیرات بالقوه‌ی کار بر مشاور

مشاوران در زمینه‌ی HIV، به کرات با مراجعینی رو به رو می‌شوند که از اقبال محروم بوده و به اصطلاح به حاشیه رانده شده‌اند. اغلب مشاوران در محیطی مشغول به کار می‌شوند که «مشاوره» یک مفهوم جدید به شمار می‌رود. در مواردی مشاهده می‌شود که مشاوره به عنوان یک خدمت بهداشتی به رسمیت شناخته نشده و مشاوران مزایای مناسبی دریافت نمی‌کنند. بسیاری از مشاورانی که به تازگی مشغول به کار شده‌اند، آرمان‌گرا و مشتاق بوده و نزد خود متعهد می‌گردند هرگز مانند به اصطلاح کهنه کارها، خسته، منفی بین، ناامید، بی‌علاقه و بی‌تفاوت نسبت به حرفه‌ی خود نشوند. چنین افرادی به سختی باور می‌کنند که مشاوره‌ی که دچار فرسودگی شغلی گشته، زمانی آرمان‌گرا بوده است.

هنگام شروع به کار، برای حفظ هیجان و طراوت کار، برنامه‌ریزی نمی‌شود. بنابراین در روند آموزش، بحث در مورد فرسودگی شغلی اهمیت دارد. پیش‌بینی تنش و دشواری‌های پیش رو در انجام مشاوره و آزمایش HIV، این امکان را به مشاوران می‌دهد که از تأثیرات منفی آن بکاهند.

استرس چیست؟ فرسودگی شغلی چیست؟

استرس به هر آن چه که موجب تحریک فرد و یا بالا بردن سطح گوش به زنگی وی می‌شود، اطلاق می‌گردد. زندگی بدون استرس، یکنواخت و خسته کننده خواهد بود. از سوی دیگر، زندگی با تنش بیش از اندازه نیز، ناخوشایند و فرساینده است و می‌تواند محل سلامتی و رفاه فرد شود. استرس زیاد عملکرد شغلی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. استرس غالباً از حوادث و اتفاقات بیرونی نشأت گرفته و توانمندی‌های درونی فرد را متأثر می‌سازد. چگونگی تجربه‌ی یک رخداد پرتنش، بستگی به توانمندی فرد دارد. چنانچه تقاضای خواسته شده از فرد (مثلاً افشا سازی نتیجه‌ی مثبت آزمایش HIV) فراتر از توانمندی‌های وی باشد، فرد در موقعیتی پر استرس قرار می‌گیرد.

فرسودگی شغلی به خستگی ذهنی و یا جسمی اشاره دارد که از استرس طولانی مدت و یا بیش از اندازه ناشی می‌شود. این امر روندی تدریجی است که در آن فرد در پاسخ به تنش طولانی مدت فیزیکی، ذهنی یا احساسی، از شغل و یا روابط معنادار زندگی خود فاصله می‌گیرد. نتیجه‌ی این روند کاهش کارآیی، منفی بینی، سردرگمی و خلأ احساسی می‌باشد.

فرسودگی شغلی به صورت «تجربه‌ای جسمی، احساسی، روانشناختی و معنوی از خستگی، بیگانگی و شکست» توصیف می‌شود. این حالت در کارکنان شبکه‌های بهداشتی درمانی به صورت «از دست دادن تدریجی آرمان‌ها، انرژی و هدف» نیز توصیف گشته است. عبارت فرسودگی شغلی، تصور شعله‌ی در حال فروکش و یا خاکستر باقی مانده از آتش را به ذهن متبادر می‌سازد.

مراحل فرسودگی شغلی

خستگی جسمانی و احساسی ناشی از فرسودگی شغلی سبب می‌شود تا در حالی که فرد در گذشته از انجام کامل کار به خود می‌بالید، حال از گوشه و کنار کار خود بزنند. این امر می‌تواند منجر به احساس گناه و شرمندگی فرد شود. دیگر علائم هشدار دهنده‌ی شایع عبارتند از: احساس سرما یا داغی طولانی مدت، سردردهای مکرر، بی‌خوابی و بی‌میلی نسبت به حاضر شدن بر سر کار.

با پیشرفت اختلال، علائم فرد نیز دستخوش تغییر می‌گردد. ممکن است به تدریج، فرد دیگران را از خود رانده و نگاهی تلخ نسبت به شغل خود پیدا نماید. نشانه‌های احساسی و رفتاری مانند فوران خشم، بی‌حوصلگی، تحریک پذیری بارز و برخورد تحقیرآمیز با دیگران نیز از جمله موارد شایع می‌باشند. فرد مبتلا اغلب احساسات منفی شدیدی نسبت به خود، دیگران و در موارد شدید نسبت به تمام بشریت تجربه می‌کند. تنهایی و بیگانگی شدید از ویژگی‌های مراحل انتهایی فرسودگی شغلی است و به مرور ساز و کار دفاعی و روانشناختی وی را مختل می‌سازد. یک تعارض کوچک، می‌تواند واکنش‌های احساسی شدیدی را برانگیزاند. نوسانات خلقی مکرر به صورت خلق گشاده‌ی گذرا و به دنبال آن دوره‌های طولانی خلق گرفته نیز ممکن است رخ دهد.

در نظر گرفتن فرسودگی شغلی به صورت یک روند چند مرحله‌ای شناسایی آن را راحت‌تر می‌کند. علائم هر یک از سه مرحله‌ی فرسودگی شغلی، شامل برانگیختگی، حفظ انرژی و خستگی در زیر ارائه شده است:

علائم مرحله‌ی اول: برانگیختگی

- ❖ تحریک پذیری مداوم؛
- ❖ عصبانیت مداوم؛
- ❖ فشار خون بالا؛
- ❖ دندان قروچه در شب؛
- ❖ بی‌خوابی؛
- ❖ فراموشی؛
- ❖ تپش قلب؛
- ❖ ضربان قلب غیرمنظم؛
- ❖ عدم تمرکز؛
- ❖ سردرد.

چنانچه دو تا از نشانه‌های مذکور در شما وجود دارد، ممکن است شما در مرحله‌ی اول فرسودگی شغلی به سر می‌برید.

علائم مرحله‌ی دوم: حفظ انرژی

- ❖ تأخیر در حضور بر سر کار؛
- ❖ به تعویق انداختن امور؛

- ❖ نیاز به تعطیلات سه روزه در آخر هفته‌ها؛
- ❖ کاهش میل جنسی؛
- ❖ احساس خستگی مداوم در صبح؛
- ❖ عادت به دیرکرد در بازگشت از مرخصی؛
- ❖ انزوای اجتماعی؛
- ❖ نگرش منفی بینانه؛
- ❖ بی‌میلی؛
- ❖ مصرف بیش از اندازه‌ی قهوه، چای یا نوشابه؛
- ❖ مصرف بیش از اندازه‌ی الکل؛
- ❖ بی‌علاقگی.

وجود دو تا از نشانه‌های بالا می‌تواند نشانه‌ی مرحله‌ی دوم فرسودگی شغلی باشد.

علائم مرحله‌ی سوم: خستگی

- ❖ ناراحتی یا افسردگی مزمن؛
- ❖ مشکلات مزمن معده یا روده؛
- ❖ خستگی روانی مزمن؛
- ❖ خستگی جسمی مزمن؛
- ❖ سردرد مزمن؛
- ❖ تمایل به کناره‌گیری از جامعه؛
- ❖ تمایل به کناره‌گیری از دوستان، کار و حتی خانواده؛
- ❖ تمایل به خودکشی.

وجود دو تا از نشانه‌های بالا ممکن است نشانه‌ی مرحله‌ی سوم فرسودگی شغلی باشد.

شما مصون نیستید

تقریباً همه‌ی افراد ممکن است فرسودگی شغلی را تجربه کنند. فرسودگی شغلی افراد را صرف نظر از سن، طول مدت اشتغال به کار، وضعیت تأهل و میزان ساعات کاری هفته مبتلا می‌کند. با این وجود برخی افراد بیشتر در معرض ابتلا می‌باشند. این افراد عبارتند از:

- ❖ افراد بسیار متعهد که انتظارات بالایی از خود دارند؛
- ❖ افراد خط مقدم، به عنوان مثال پرستاران بیشتر از پزشکان احتمال دارد که از فرسودگی شغلی رنج برند؛
- ❖ مشاورانی که درگیر مسائل سختی چون HIV هستند.

فرد مبتلا به فرسودگی شغلی به تدریج، در زندگی احساس عدم کفایت می‌کند. شواهد موجود نشان داده‌اند که مراجع می‌تواند فرسودگی شغلی را در مشاور خود شناسایی نماید. مداخلات و اقدامات صورت گرفته توسط مشاوره‌ی که دچار فرسودگی شغلی است، نیازهای مراجع را برطرف ننموده و موجب نارضایتی وی می‌گردد.

علل فرسودگی مشاوران

عوامل مختلفی می‌توانند سبب فرسودگی شغلی در مشاور شوند. موارد برشمرده شده در زیر، به قصد ایجاد نگرانی بی‌مورد نیست؛ بلکه مقصود ایجاد آگاهی واقع بینانه از تنش و فشارهایی است که ممکن است مشاور با آنها رو به رو شود. این عوامل عبارتند از:

- ❖ حس تعهد بیش از حد؛
- ❖ استرس شغلی؛
- ❖ عدم دریافت حمایت کافی؛
- ❖ تنهایی و بیگانگی؛
- ❖ ترس از ابتلا به HIV؛
- ❖ طرد و انگ؛
- ❖ کار زیاد؛
- ❖ مسئولیت زیاد؛
- ❖ کاهش منابع؛
- ❖ فشار سیاسی؛
- ❖ مشکلات مربوط به مراجعین (به عنوان مثال: چگونه به مراجعین و خانواده‌ی آنها جواب آزمایش را اعلام کنیم؛ تضاد بین مشاوره و نصیحت، تضاد بین تشویق و دادن امید واهی و احساسات خود مشاور نسبت به HIV)؛
- ❖ خستگی (برای سال‌های متمادی و روزهای متوالی، مشاور مراجعینی داشته که داستان زندگی خود را بازگو کرده‌اند، سئوال‌های تکراری پرسیده‌اند و از مشاور انتظار دارند همیشه سرحال باشد).

تشخیص فرسودگی شغلی

آثار بارز فرسودگی شغلی در مشاوران HIV را در سرکار می‌توان از روی غیبت، کاهش کیفیت کاری، کاهش ارتباط، بی‌نظمی، کاهش اشتیاق، و افزایش نارضایتی مراجعین مشاهده کرد.

مشاوران می‌توانند فرسودگی شغلی را در خود، از روی نشانه‌های جسمی، رفتاری و حتی شناختی تشخیص دهند. نمونه‌هایی از آنها در جدول ۱۱ آورده شده‌اند.

جدول ۱۱ - علائم فرسودگی شغلی

عاطفی-شناختی	رفتاری	جسمی
کاهش تحمل نسبت به دشواری‌ها	تحریک پذیری و سرخوردگی	خستگی
نشخوار فکری	تحریک‌پذیری	طولانی شدن بیماری‌های جزئی
بی‌تفاوتی و بی‌احساس شدن	بروز پیش‌داوری	کمردرد و سردرد متوالی
حساسیت بیش از حد	مصرف الکل و مواد	بی‌خوابی
همانند سازی با مراجع	مشکلات زناشویی	اختلال دستگاه گوارش
منفی‌بینی، ناامیدی و درماندگی	عدم انعطاف در حل مشکلات	دردهای جسمی مبهم و مزمن
اندوه و سوگواری	رفتارهای تکانشی	ضعف عمومی

مداخله برای کاهش استرس و فرسودگی شغلی

توصیه‌های کلی برای کنترل استرس و فرسودگی شغلی عبارتند از:

- ❖ اطمینان از این که بر روند کاری هر فرد و گروه نظارت می‌شود و برای مشاوران نیز امکان برخورداری از مشاوره وجود دارد؛
- ❖ همکاری با افراد متعهد و آگاه، کسانی که قادرند خطرات فرسودگی شغلی را شناسایی نموده، موقعیت را تحلیل کرده و اصلاحات لازم را انجام دهند؛
- ❖ دریافت کمک از همسر، همکار و یا افراد با فرهنگ مشابه؛
- ❖ ترغیب ارزیابی خود؛
- ❖ حفظ امید؛
- ❖ تغییر در روش کار (به عنوان مثال تغییر روش مشاوره، دریافت بازخورد از سرپرست، ایجاد تنوع و چالش‌های جدید).

واکنش به برخی تنش‌های خاص در محل کار

معضلات اخلاقی: مشاوران ممکن است در ایجاد تعادل بین انجام وظیفه‌ی خود برای «هر مراجع» و انجام وظیفه برای «جامعه‌ی بزرگ‌تر»، با چالش‌های اخلاقی زیادی مواجه شوند. دستورالعمل‌های اخلاق حرفه‌ای نه تنها برای حمایت از مراجع، بلکه برای حفاظت از مشاوران نیز می‌باشد. این دستورالعمل‌ها از تردیدهای ما در محل کار می‌کاهند.

مدیریت صحیح مراجعین دشوار: ممکن است با مراجعینی مواجه شویم که تحت تأثیر مواد، دچار علائم محرومیت از مواد و یا دچار اختلالات روانپزشکی باشند و رفتارهای تهدید آمیز داشته باشند. یکی از اصول مهم در جلوگیری از فرسودگی شغلی و کنترل تنش‌ها، شناخت این چالش‌ها و یادگیری برخورد صحیح با آنها است.

تهدید به خشونت

مشاور باید به علائم هشدار دهنده‌ی خشونت قریب‌الوقوع توجه نماید. در زیر برخی از این علائم آورده شده است:

- ❖ صدای بلند، عصبی و بریده؛
- ❖ رفتار توهین آمیز و خصمانه؛
- ❖ حالت شدید عصبی در صورت و نگاه خیره؛
- ❖ بی‌ثباتی و تحریک پذیری عاطفی؛
- ❖ امتناع از همکاری با کادر درمان؛
- ❖ امتناع از برقراری ارتباط؛
- ❖ حرکات بی‌هدف، قدم زدن، بی‌قراری و آژیتاسیون روانی-حرکتی؛
- ❖ رفتار و یا حرکات تهدید آمیز؛
- ❖ تخریب اشیاء و اموال؛
- ❖ تهدید مستقیم، گزارش خشونت، افکار و انگیزه‌های دگرگشتی.

در چنین شرایطی مشاور باید آرام سازی و منحرف کردن حواس مراجع اقدام نماید و به نکات زیر توجه داشته باشد:

- ❖ چنانچه برای مراجع زمان کافی صرف شود و در مورد نگرانی‌هایش به آرامی صحبت گردد، اغلب تحریک پذیری وی کاهش می‌یابد؛
- ❖ چنانچه مراجع از جای خود بلند شد و فریاد کشید، به آرامی از وی خواسته شود که سر جای خود بنشیند. به مراجع زمان داده شود که نگرانی‌های خود را بیان کند؛
- ❖ اگر مراجع همچنان ایستاده بود، می‌توان به آرامی در کنارش ایستاد و از وی خواست در کنار مشاور بنشیند. مشاور می‌تواند درخواست خود را تکرار کند و نباید به حالات عصبی مراجع، واکنشی عصبی نشان ندهد؛
- ❖ بر «این جا و اکنون» تمرکز شود؛ در مورد مسائل ناراحت کننده‌ی قدیمی و یا مشکلات بی‌ربط کنکاش نشود. برخورد مشاور باید غیرقضاوت گرانه باشد و با صدای آرام و حرکات توأم با آرامش، اشتیاق خود را برای کمک به حل مشکلات حال حاضر مراجع بیان نماید؛
- ❖ مشاور سعی کند علت رفتار تهاجمی را بیابد و با برخوردی آرام و منطقی، به مراجع آرامش بدهد و هیچگاه برخورد پرخاش‌گرانه و تهدید آمیز نداشته باشد؛
- ❖ خوشرویی نماید؛ پیشنهاد یک فنجان چای، یک وعده غذا، امکان استفاده از تلفن، توجه به نیازهای جسمی و ایجاد امکان استراحت، می‌تواند مفید واقع شود؛
- ❖ خویشاوندان و یا کارکنان دیگری که از نظر مراجع قابل اعتماد هستند، ممکن است بتوانند با مراجع صحبت نموده و وی را آرام کنند؛
- ❖ مراجع، در انتخاب امکانات موجود برای کمک به وی، تشویق شود؛ به عنوان مثال صحبت با متخصص اعصاب و روان. می‌توان گفت: «به نظر من همه چیز دارد از کنترل خارج می‌شود. اجازه می‌دهید به شما کمک کنیم؟ مراجعه به متخصص می‌تواند در کنترل اوضاع باشد»؛
- ❖ چنان چه پرخاشگری تشدید یافت و خشونت قریب‌الوقوع بود، بررسی مشکل مراجع رها شده، از دیگران کمک خواسته شود و مشاور از خود در برابر خشونت احتمالی مراقبت نماید.

مدیریت استرس و جلوگیری از فرسودگی شغلی

مدیریت استرس به اقداماتی اشاره دارد که به منظور کنترل و کاهش استرس صورت می‌گیرد. مشاوره و آزمایش HIV، وظیفه‌ای سنگین بوده و نیازمند بالاترین سطح عملکرد است. راهکارهای مختلفی برای برخورد با تنش و فرسودگی شغلی وجود دارد. بسته به علت ایجاد و مکانی که در آن تنش رخ داده است، مشاوران می‌توانند از روش‌های مختلفی بهره‌گیرند. مشاور باید از خود بپرسد این استرس از کجا نشأت می‌گیرد؛ به عنوان مثال، چنان چه رخدادی مهم و یا مشکلی در رابطه، موجب این تنش شده است، مثبت‌اندیشی، روش‌های تصویرسازی و تغییر نگرش به مسئله می‌توانند مفید واقع شوند. هنگامی که تنش و خستگی طولانی شده‌اند، تغییر در شیوه‌ی زندگی، در پیش گرفتن یک زندگی سالم و مدیریت زمان ممکن است سودمند باشد. اگر احساس تنش از درون ریشه گرفته باشد و یا ناشی از اضطراب، نگرانی در مورد نتیجه‌ی آزمایش مراجع و مسائل خارج از کنترل باشد، روش‌های آرمیدگی می‌تواند مناسب باشد.

چگونه زندگی سالمی در پیش بگیریم؟

مشاوران می‌توانند برای مراقبت از خود، با دیگران (دوستان، اعضای خانواده، همکاران و یا سرپرست) درباره‌ی تنش‌های موجود صحبت کرده و از آنها درخواست کمک کنند. باید به ورزش، تفریح و سرگرمی پرداخته و از سیگار و الکل اجتناب نمایند. خواب کافی و منظم و همچنین وعده‌های غذایی متعادل و منظم نیز کمک کننده خواهند بود. افرادی که خود را غرق در کار و فعالیت می‌کنند، بیشتر در معرض تنش هستند. این روند می‌تواند از لحاظ جسمانی و ذهنی آسیب رسان باشد.

مدیریت زمان

مشاور می‌تواند با ارتقای کیفیت، به جای کمیت کار، زمان را مدیریت نماید. مهارت‌های مختلفی می‌توانند در مدیریت زمان مفید باشند؛ مانند ارزیابی ارزش زمان صرف شده برای هر کار، بررسی اهداف و روش‌ها، اجتناب از حواس‌پرتی، افزایش بهره‌وری و کارایی شخصی و تعیین اولویت‌ها. برای مدیریت مناسب زمان، باید «نه گفتن» را آموخت، طرح‌ها و وظایف را با توجه به منابع موجود برنامه‌ریزی نمود، کارهای بزرگ را به اجزای کوچک‌تر قابل اجرا تقسیم کرد و در نهایت کار را در زمان مشخص و به طور صحیح انجام داد.

تغییر نگرش و تکنیک‌های تصویرسازی

منابع تنش‌زا را گاهی می‌توان با بررسی مجدد به نفع خود تغییر داد؛ به عنوان مثال، هنگامی که دیگران موجب تنش قابل ملاحظه‌ای در مشاور می‌شوند و یا اوضاع از کنترل وی خارج می‌شود، وی می‌تواند با تغییر نگرش، هدف‌گذاری فردی، استقبال از تغییرات، شناسایی و تغییر باورهای غیرمنطقی، این شرایط منفی را کاهش دهد. پرهیز از خطاهایی مانند بزرگ‌نمایی، تمرکز بر جزئیات، قضاوت عجولانه و شخصی شمردن بیش از حد امور، ضروری است. علاوه بر مثبت اندیشی، مشاوران می‌توانند از شیوه‌های تصویرسازی ذهنی نیز بهره‌مند شوند. در تصویرسازی، شخص این امکان را دارد که تجربه‌های واقعی خود را با موقعیت‌های تصویرسازی شده جایگزین کند. بدن ممکن است به این تصویرها به گونه‌ای واکنش نشان دهد که گویی آنها واقعی هستند. تصور صحنه‌های لذت بخش می‌تواند تنش را کاهش دهد.

به کارگیری روش‌های آرمیدگی

هنگامی که تنش از درون سرچشمه می‌گیرد، اغلب، روش‌های آرمیدگی در کنترل آن مؤثر می‌باشند. مراقبه^۱ به ایجاد حس آرامش و پاکسازی ذهن از افکار پرتنش کمک می‌کند. تمرکز بر یک چیز به مدت طولانی (تقریباً ۲۰-۳۰ دقیقه) می‌تواند نتیجه‌ی دلخواه را فراهم کند. فرد می‌تواند بر تنفس خود، یک شی، یک صدا و یا تصور یک صحنه تمرکز نماید. آرمیدگی پیشرونده‌ی عضلانی و تکنیک‌های تنفس عمیق، از جمله روش‌های جسمانی برای آرمیدگی می‌باشند. این روش‌های جسمانی را می‌توان همراه با روش‌های ذهنی مانند تصویرسازی و مراقبه به کار گرفت.

مرز گذاری بین زندگی شخصی و حرفه‌ای

رعایت مرز بین زندگی شخصی و حرفه‌ای برای مشاوران کلیدی است. حفظ تعادل بین کار و خانه موجب می‌شود مشاور تمام وقت خود را به کار اختصاص ندهد. ایجاد روش‌های رفع فشار^۲ می‌توانند مفید باشند؛ مناسبی که طی آن بخشی به اتمام رسیده و بخش دیگر شروع می‌شود، به عنوان مثال زندگی خارج از خانه تمام می‌شود و زندگی شخصی شروع می‌شود. ایجاد این رویه‌ها به مشاور کمک می‌نماید تا با ذهنی آرام وارد زندگی شخصی شود.

در انتها باید گفت که مشاوره‌ی HIV، مشاور را با موقعیت‌هایی مواجه می‌کند که اغلب دشوارند. وی باید با این موقعیت‌ها آشنا باشد و مشکلاتی که با آنها مواجه است را شناسایی نماید. هیچ‌کسی کامل نیست و هر فرد تجارب و باورهای منحصر به فردی دارد که به واکنش‌های خاص وی نسبت به موقعیت‌های گوناگون می‌انجامد. حتی با آموزش گسترده و

¹ Meditation

² Decompression

استفاده از تکنیک‌های عنوان شده نیز، در برخی موقعیت‌ها فرد ممکن است واکنش نامناسبی نشان دهد. چنین مواردی می‌تواند به احساساتی از قبیل آسیب پذیری، خشم یا ترس منتج شود.

در برخورد با مراجعی که چنین دشواری‌هایی را ایجاد می‌کند، مشاور باید صادقانه از خود بپرسد که آیا می‌تواند به نیازهای این فرد پاسخ دهد. اگر شرایط امکان می‌دهد، باید بدون احساس گناه، مراجع را به مشاور دیگری ارجاع داد. البته این اقدام نباید به نحوی باشد که احساس ناراحتی یا شرمندگی در مراجع ایجاد نماید؛ بلکه باید با وی صادق بود و عنوان کرد که به دلایل شخصی مشاور قادر به پاسخ‌گویی به نیازهای وی نمی‌باشد. در مواردی که مشاور دیگری در دسترس نیست، مشاور می‌تواند از مراجع فرصتی بخواهد تا افکار خود را سامان دهد. اذعان به محدودیت‌ها، نشانه‌ی ناکارآمدی یک مشاور نیست؛ بلکه موجب می‌شود مشاور استرس‌های بی‌مورد را از خود دور نماید و عملکرد بهتری داشته باشد.

پیوست ها

پیوست ۱ – فرم مشاوره‌ی پیش از آزمایش

نام مرکز: _____

کد مراجع: _____ تاریخ: _____

آزمایش قبلی HIV

تاریخ آخرین آزمایش: _____

نتیجه‌ی آزمایش: مثبت منفی نامشخص به خاطر ندارم

آخرین آزمایش ظرف سه ماه از زمان رفتار و مواجهه‌ی پرخطر انجام شده است؟ بلی خیر

ارزیابی خطر

آیا مراجع شریک ثابت جنسی دارد؟ بلی خیر

آیا هیچ یک از شرکای ثابت فرد، HIV⁺ هستند؟ بلی خیر نامشخص

در صورتی که مراجع خردسال می‌باشد:

وضعیت HIV مادر: مثبت منفی نامشخص

وضعیت HIV پدر: مثبت منفی نامشخص

آیا در دوره‌ی نهفتگی قرار دارد؟	تاریخ آخرین بار	(در صورتی که خطر مواجهه وجود داشته، تیک بزنید)
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> مواجهه‌ی اتفاقی در محل کار
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> انواع خالکوبی و رفتارهای مشابه
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> عضو اهدایی، فرآورده‌های خونی
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> مقاربت واژینال
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> مقاربت دهانی
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> مقاربت مقعدی
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> وسایل تزریق مشترک

آیا مراجع به دلیل دوره‌ی نهفتگی، نیاز به تکرار آزمایش دارد؟ بلی خیر

در صورت نیاز به تکرار، تاریخ آزمایش مجدد را مشخص نمایید. تاریخ: _____

آیا مراجع حامله است؟ بلی خیر
در صورت باردار بودن، در چه مرحله‌ای است؟

سه ماهه‌ی اول سه ماهه‌ی دوم سه ماهه‌ی سوم

آیا مراجع از روش‌های جلوگیری از بارداری به صورت منظم استفاده می‌نماید؟ بلی خیر
آیا همسر مراجع از روش‌های جلوگیری از بارداری به صورت منظم استفاده می‌نماید؟ بلی خیر
آیا نیاز به ارجاع به کلینیک تنظیم خانواده وجود دارد؟ بلی خیر

آیا مراجع تا به حال، بدون رضایت و به زور رابطه جنسی داشته است؟ بلی خیر
آیا به این دلیل نیاز به ارجاع دارد؟ بلی خیر

آیا مراجع سابقه‌ی عفونت‌های آمیزشی دارد؟ بلی خیر

آیا برای درمان نیاز به ارجاع دارد؟ بلی خیر

آیا شریک جنسی مراجع، سابقه‌ی عفونت‌های آمیزشی دارد؟ بلی خیر

آیا برای درمان نیاز به ارجاع دارد؟ بلی خیر

آیا مراجع سابقه‌ی سل دارد؟ بلی خیر

آیا برای درمان نیاز به ارجاع دارد؟ بلی خیر

آیا شریک مراجع، سابقه‌ی سل دارد؟ بلی خیر

آیا برای درمان نیاز به ارجاع دارد؟ بلی خیر

شرح حال مختصری از سوابق پزشکی بیمار را ذکر نمایید (مانند هپاتیت B یا C):

ارزیابی روشهای سازگاری

در صورت مثبت شدن نتیجه آزمایش، بیمار چگونه با این موضوع کنار خواهد آمد؟

آیا قصد اقدام به خودکشی دارد؟ بلی خیر
آیا سابقه قبلی اقدام به خودکشی و یا صدمه به خود را دارد؟ بلی خیر

آیا قصد صدمه به دیگران را دارد؟ بلی خیر

آیا احتمال دارد در صورت افشا به فرد دیگری مورد خشونت یا آسیب قرار بگیرد؟ بلی خیر

آیا از طرف خانواده و یا اطرافیان حمایت و کمک کافی دریافت خواهد کرد؟ بلی خیر

چک لیست کنترل ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ی پیش از آزمایش

- دلایل انجام آزمایش را با مراجع مطرح نمودم.
- آگاهی مراجع از HIV را ارزیابی و باورهای نادرست وی را اصلاح کردم.
- نتایج آزمایش و مفهوم دوره‌ی نهفتگی را برای مراجع توضیح دادم.
- رفتارهای پرخطر را ارزیابی کردم و توصیه‌های لازم در این خصوص را ارائه کردم.
- آموزش نحوه‌ی استفاده از کاندوم را ارائه دادم: (به صورت شفاهی مکتوب به صورت بروشور با نمایش و تمرین)
- کاندوم در اختیار مراجع قرار دادم (تعداد کاندوم‌های در اختیار گذاشته شده نزد مراجع: _____)
- آموزش پیشگیری از HIV در رابطه با مصرف مواد، ارائه دادم: (به صورت شفاهی مکتوب به صورت بروشور در مورد این مراجع لزومی نداشت)
- ظرفیت مراجع را برای سازگاری با نتیجه‌ی احتمالی مثبت ارزیابی کردم. می‌توان از مراجع پرسید «چنانچه نتیجه‌ی آزمایش مثبت شود، چه خواهد کرد؟» واکنش بیمار و عبارات وی را یادداشت نمایید.

- افکار خودکشی مراجع را ارزیابی و سابقه‌ی قبلی آسیب به خود یا خودکشی را بررسی کردم.
- افکار مراجع در خصوص قصد آسیب به دیگران را ارزیابی کردم.
- ضرورت افشا را با مراجع مطرح و منابع حمایتی وی را ارزیابی کردم.
- در صورت افشا نزد همسر، احتمال خشونت و پرخاش را ارزیابی کردم.
- منابع حمایتی مراجع را ارزیابی کردم.

یادداشت‌های اضافی:

امضای مشاور:

تاریخ:

امضای مراجع:

پیوست ۲ - فرم مشاوره‌ی پس از آزمایش

نام مرکز: _____ کد آزمایشگاه: _____

کد مراجع: _____ تاریخ انجام آزمایش: _____

- نتیجه‌ی آزمایش: منفی از نظر آنتی‌بادی HIV مثبت از نظر آنتی‌بادی HIV نامشخص
- نتیجه‌ی آزمایش را با مشخصات مراجع تطابق دادم.
- اطلاعات جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش را با مراجع مرور کردم.
- نتیجه‌ی آزمایش را با بیان ساده به مراجع عنوان کردم.
- به مراجع برای هضم اطلاعات و نشان دادن واکنش، زمان دادم.

تنها جهت مراجعین⁻ HIV

- نتیجه‌ی آزمایش را شرح دادم.
- از نظر دوره‌ی نهفتگی و سوء مصرف مواد، مراجع را ارزیابی کردم.
- به بیمار توصیه به آزمایش مجدد کردم.
- برای مراجع، مشاوره‌ی کاهش خطر را انجام دادم.
- مراجع را برای دریافت خدمات دیگر، ارجاع دادم.
- در صورت ارجاع، از مراجع جهت مطرح نمودن نتیجه‌ی آزمایش نزد همکاران، رضایت اخذ نمودم.

تنها جهت نتایج نامشخص

- در مورد احتمال این که آزمایش در دوره‌ی نهفتگی انجام شده، صحبت نمودم.
- بر اجتناب از مقاربت محافظت نشده و عدم استفاده از وسایل تزریق مشترک، اصرار ورزیدم.
- زمان آزمایش مجدد را تعیین نمودم.
- مشاوره‌ی کاهش استرس و حمایتی به عمل آوردم.

تنها جهت مراجعین + HIV

- پیش از مطلع نمودن مراجع، نتیجه‌ی آزمایش را چک کردم.
- آمادگی مراجع جهت دریافت نتیجه را ارزیابی نمودم.
- نتیجه‌ی آزمایش را تشریح کردم.
- در مورد پیگیری درمان و حمایت از مراجع، توضیح دادم.
- ظرفیت مراجع را برای مقابله و سازگاری را ارزیابی نمودم.
- خطر خودکشی را ارزیابی کردم.
- در مورد استراتژی‌های افشا نزد همسر، صحبت نمودم.
- از این که مراجع به سلامت به منزل می‌رسد، اطمینان حاصل کردم.

برنامه مقابله‌ای مراجع

- مراجع را برای سازگاری و مقابله طی ۴۸ ساعت آینده، یاری دادم.
- خطر خودکشی را ارزیابی کردم.
- در مورد روش‌های پیشگیری از انتقال صحبت نمودم.
- جزوات و اطلاعات IEC (اطلاعات، آموزش، ارتباط) را در اختیار مراجع قرار دادم.

ارجاع بیمار

- مراجع را جهت دریافت دیگر خدمات، ارجاع دادم.

جزئیات ارجاع:

نوع حمایت و پشتیبانی مورد نیاز

<input type="checkbox"/> مشاوره‌ی حمایتی مستمر
<input type="checkbox"/> پشتیبانی پزشکی/درمانی
<input type="checkbox"/> حمایت توسط گروه‌های همسان
<input type="checkbox"/> پشتیبانی مالی
<input type="checkbox"/> خدمات تخصصی بهداشت روان
<input type="checkbox"/> سایر

- آموزش نحوه‌ی استفاده از کاندوم، ارائه شد: (به صورت شفاهی مکتوب به صورت بروشور با نمایش و تمرین)
- کاندوم در اختیار مراجع قرار گرفت (تعداد کاندوم‌های در اختیار گذاشته شده نزد مراجع: _____)
- آموزش پیشگیری از HIV در رابطه با مصرف مواد، ارائه شد: (به صورت شفاهی مکتوب به صورت بروشور در مورد این مراجع لزومی نداشت)

تاریخ جلسه‌ی مراجعه‌ی بعدی: _____

تاریخ

امضای مراجع

امضای مشاور

پیوست ۳ - مصاحبه‌ی ارزیابی خطر خودکشی

صحبت در مورد خودکشی را با توجه به شرایط مراجع و با ظرافت به پیش بکشید. برای این منظور می‌توان از عبارتی که بیمار در جلسه‌ی مشاوره‌ی پیش از آزمایش مطرح نموده، استفاده کرد. سپس سئوالات زیر را از مراجع بپرسید:

- هر چند وقت یکبار به خودکشی فکر می‌کنید؟ □ گاهی اوقات □ بیشتر از روزی یکبار □ دائماً به خودکشی فکر می‌کنم
- این افکار معمولاً چه مدت طول می‌کشد؟ □ خیلی کوتاه □ گاهی بیش از یک ساعت □ تمام روز
- از مقیاس صفر تا ده، که صفر نشانه‌ی بهترین حال شما و ده نشانه‌ی افسرده‌ترین حال شماست، چه عددی معرف روحیه و خلق شما است؟
- آیا برای این کار نقشه‌ی خاصی هم دارید؟ □ بلی □ خیر
- آیا به روش آن هم فکر کردید؟ □ بلی □ خیر
- آیا به زمان انجام آن هم فکر کردید؟ □ بلی □ خیر
- آیا به مکان انجام آن هم فکر کردید؟ □ بلی □ خیر
- آیا برای این کار، وسایل لازم (مانند اسلحه، دارو و غیره) در دسترس شماست؟ □ بلی □ خیر
- آیا برای این کار، تمهیداتی (مانند نوشتن وصیت‌نامه، بخشیدن اموال و غیره) نیز اندیشیده‌اید؟ □ بلی □ خیر
- روابط شما با اطرافیان چگونه است؟ آیا از افراد خانواده و یا دوستان، کسی برای کمک در دسترس است؟ □ بلی □ خیر
- خلق و خو و روحیه‌ی شما این اواخر چطور بوده است؟ آیا روحیه‌ی شما این اواخر تغییر کرده است؟ □ بلی □ خیر
- آیا روحیه‌ی شما زیاد نوسان می‌کند؟ □ بلی □ خیر
- آیا اشتها‌ی شما این اواخر تغییر کرده است؟ □ بلی □ خیر
- آیا میل جنسی شما این اواخر تغییر کرده است؟ □ بلی □ خیر
- چه چیزی می‌تواند شما را از فکر کردن به خودکشی بازدارد؟

پیوست ۴- کدهای اخلاقی مشاوره

هدف از کدهای اخلاقی مشاوره عبارتند از:

- برقراری و حفظ استانداردهای مشاوره
- آگاه سازی و محافظت افراد جویای خدمات

کدهای اخلاقی ارزش‌های اولیه‌ی مشاوره مانند تمامیت، بی‌طرفی و احترام را در بر می‌گیرد. با در نظر گرفتن این ارزش‌ها، اصولی مانند امنیت مراجع، شفافیت در قرارداد درمان و صلاحیت^۱ به وجود می‌آید. مشاوره یک فعالیت غیر سودجویانه بوده و مشاور باید ارزش‌های اخلاقی را رعایت نماید.

وظایف مشاور نسبت به مراجع

امنیت مراجع:

- مشاور باید تمامی اقدامات لازم را برای محافظت از مراجع، چه در برابر آسیب‌های فیزیکی و چه در برابر صدمات روانشناختی، اتخاذ نماید.
- مشاور باید فضای خلوت و خصوصی برای مراجع ایجاد نماید. امکان مشاهده‌ی مشاوره توسط مشاور دیگر تنها در صورت اخذ رضایت آگاهانه مجاز است. این امر همچنین مسایلی همچون فیلم برداری و یا ضبط صدا را نیز شامل می‌گردد.
- مشاور نباید از مراجعین خود از لحاظ مالی، جنسی احساسی و یا هر طریق دیگر سوء استفاده نمایند. درگیر شدن در رابطه‌ی جنسی با مراجع، مطلقاً غیراخلاقی می‌باشد.

خودمختاری مراجع:

- مشاور می‌بایست به مراجع برای به دست گرفتن کنترل زندگی خود کمک نموده و به حق وی برای تصمیم‌گیری بر اساس باورها و ارزش‌هایش احترام بگذارد.
- مشاور نباید به جای مراجع تصمیم گرفته و وارد عمل شود. استثنای این امر، درخواست مراجع و یا شرایط خاص می‌باشد.

قرارداد:

- مشاور مسئول برقراری و حفظ مرزهای مشاوره بوده و باید این مرزها را برای مراجع آشکار نماید.
- مشاور می‌بایست شرایط مشاوره مانند دسترسی، میزان رازداری و هم چنین انتظارات خود از مراجع را با وی در میان گذارد.
- تصمیم‌گیری در مورد شرکت و یا عدم شرکت در مشاوره، حق مراجع است. باید اطمینان حاصل نمود که مراجع فرصت مرور شرایط و نحوه‌ی مشاوره را داشته است.

¹ Competence

- اگر اطلاعات مشاوره در پرونده ثبت می‌گردد، باید مراجع را از این امر مطلع نمود. دسترسی دیگران به اطلاعات پرونده و میزان حفاظت از اطلاعات پرونده را باید به اطلاع مراجع رساند.
- مشاور باید پیش از مشورت با دیگر همکاران در خصوص مراجع، از وی رضایت اخذ نماید.

صلاحیت مشاور:

- مشاور باید بر محدودیت‌های توانمندی خود از طریق دریافت راهنمایی و نظارت از همکاران و یا دریافت بازخورد از مراجع واقف باشد.
- هنگامی که عملکرد مشاور به دلیل مشکلات شخصی یا احساسی، بیماری، ناتوانی و یا هر دلیل دیگر مختل می‌گردد، مشاور نباید به انجام مشاوره بپردازد.
- درک محدودیت در توانمندی و ارجاع مناسب، نشانه‌ی توانمندی و صلاحیت مشاور است.

مسئولیت مشاور در قبال خود

- مشاور در قبال حفظ کارآمدی و توانایی خود برای کمک به مراجع مسئول است. انتظار می‌رود وی بر احساسات و عملکرد خود نظارت داشته و در مواقعی که منابع وی رو به تحلیل می‌رود، از کار به صورت موقت و حتی دایمی، کناره‌گیری نمایند.
- مشاور باید آموزش‌های پایه‌ای را پیش از شروع به کار دریافت نموده و رشد حرفه‌ای خود را حفظ نماید.
- مشاور باید اقدامات لازم برای سلامت خود را اتخاذ نماید.

وظایف مشاور در قبال دیگر مشاوران

- هنگامی که مشاور نسبت به سوء رفتار مشاور دیگری مظنون شده و این امر با صحبت با مشاور مذکور برطرف نشد، باید فرد مسئول خود را مطلع سازد.

وظایف مشاور در قبال دیگر همکاران و جامعه

- مشاور باید با همکاران خود، با رعایت حقوق مراجع، همکاری نموده و قابل اتکا باشد.
- نباید جوری وانمود کرد که خدمتی که موجود نیست به مراجع ارائه می‌شود، این امر مراجع را از دریافت چنین خدمتی که ممکن است در جای دیگر در دسترس باشد، محروم می‌سازد.
- مشاور باید در چهارچوب قانون عمل کرده و از تأثیر قانون بر عملکرد خود مطلع باشد.

دریافت نظارت و مشاوره از ناظر

- انجام مشاوره بدون دریافت مشورت از ناظر، نقض اخلاق به شمار می‌رود.
- نظارت به مشاور امکان می‌دهد که با افراد دارای صلاحیت، مشورت نموده و هدف آن حصول اطمینان از کارآمدی رابطه‌ی مشاور-مراجع است.
- دریافت نظارت از مدیر مسئول یا مافوق، چندان توصیه نمی‌شود چرا که حوزه‌های مدیریت و نظارت مشاوره ممکن است با هم تداخل داشته باشند.

- میزان دریافت نظارت به میزان اراییه‌ی خدمات مشاوره بستگی دارد.
- هنگام دریافت نظارت، باید تا حد امکان، اطلاعات شخصی و هویت مراجع را مخفی نگاه داشت.

تحقیق

- انجام تحقیق بر اطلاعات به دست آمده از مراجعین، باید با اخذ رضایت آگاهانه، و ترجیحاً مکتوب از ایشان باشد.

رازداری

- رازداری ابزاری برای حفظ امنیت و خلوت مراجع است.
- مشاور با اطلاعات شخصی بیمار سر و کار دارد، و باید بر سر میزان رازداری با مراجع توافق نماید.
- در شرایط استثنایی که مشاور بر این باور است که مراجع ممکن است به خود آسیب رساند، باید مجدد این توافق بر سر رازداری با مراجع به بحث گذاشته شود. چنانچه مشاور اطمینان دارد که مراجع قادر به کنترل اعمال و رفتار خود نیست، می‌توان با مشورت با ناظر (سوپروایزر) رازداری را نقض نمود.
- نقض رازداری باید تا حد امکان محدود بوده و تنها اطلاعات مرتبط با شرایط خاص پیش آمده در میان گذاشته شود. ملاحظه‌ی اخلاقی آن است که به نفع مراجع عمل شده و به وی کمک شود تا زمام امور را در دست بگیرد.
- بهتر است در خصوص میزان رازداری از قبل، با مراجع به صورت شفاف صحبت شود.
- اگر اعضای دیگر کادر درمان نیز در جریان اطلاعات بیمار هستند، باید این امر به اطلاع مراجع رسانده شود.
- باید مراقب بود که اطلاعات هویتی مراجع، از طریق سایر شبکه‌های ارتباطی درز ننماید.
- هر گونه تغییر در شرایط رازداری را می‌توان با مراجع، مجدد به مذاکره گذاشت.
- توافق بر رازداری، مگر در شرایط خاص، حتی پس از مرگ مراجع نیز پا بر جاست.
- هر گونه مشورت مشاور با دیگران باید هدفمند باشد.

منابع

منابع اصلی^۱

- ❖ UNICEF, Family Health International, World Health Organization. HIV Counselling Handbook for the Asia-Pacific: UNICEF East Asia and Pacific Regional Office; 2009.
- ❖ World Health Organization. Guidance on Provider-Initiated HIV Testing & Counselling in Health Facilities. Geneva: WHO Publications; 2007.
- ❖ Cohen MA, Gorman JM. Comprehensive textbook of AIDS psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008.
- ❖ World Health Organization. A handbook for improving HIV testing and counselling services; field-test version. Geneva: WHO Publications; 2007.
- ❖ World Health Organization. Guide for monitoring and evaluating national HIV testing and counselling (HTC) programmes: field-test version. Geneva: WHO Publications; 2011.
- ❖ HIV clinical Resource: Depression and mania in Patients with HIV/AIDS. New York State Department of Health AIDS Institute in Collaboration with the Johns Hopkins University; 2010; Available from: www.hivguidelines.org.
- ❖ HIV clinical Resource: Anxiety disorders in patients with HIV/AIDS. New York State Department of Health AIDS Institute in Collaboration with the Johns Hopkins University; 2010; Available from: www.hivguidelines.org.
- ❖ Guide for HIV/AIDS clinical care, Neuropsychiatric disorders: major depression and other depressive disorders. U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration HIV/AIDS Bureau; 2012; Available from: http://www.aidsetc.org/aidsetc?page=cg-803_depression.
- ❖ Cournos F, Wainberg M, Horwath E. Mental Health and HIV/AIDS Therapy Series: Psychiatric care in Anti-Retroviral (ART) therapy: for second level care. WHO publications, Geneva, 2005.
- ❖ بیان‌زاده س.ا، بیرشک ب، متقی‌پور ی، بوالهیری ج. مشاوره در ایدز. تهران: واحد انتشارات انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز همکاری‌های مشترک سازمان جهانی بهداشت در بهداشت روانی؛ ۱۳۸۴.

^۱ ترتیب منابع اصلی بر اساس میزان استفاده در تدوین این کتاب، آورده شده است.

سایر منابع

- ❖ Aldridge RW, Iglesias D, Caceres CF, Miranda JJ. Determining a cost effective intervention response to HIV/AIDS in Peru. *BMC public health*. 2009; 9: 352.
- ❖ Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Haghdoost AA, Mohraz M. Evidence of HIV epidemics among non-injecting drug users in Iran: a systematic review. *Addiction*. 2012; 107(11): 1929-38.
- ❖ Benton TD. Depression and HIV/AIDS. *Curr Psychiatry Rep*. 2008; 10(3): 280-5.
- ❖ Catalan J, Harding R, Sibley E, Clucas C, Croome N, Sherr L. HIV infection and mental health: suicidal behaviour: systematic review. *Psychol Health Med*. 2011; 16(5): 588-611.
- ❖ Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(5): 725-30.
- ❖ Creese A, Floyd K, Alban A, Guinness L. Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *Lancet*. 2002; 359(9318): 1635-43.
- ❖ Denison JA, O'Reilly KR, Schmid GP, Kennedy CE, Sweat MD. HIV voluntary counseling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990-2005. *AIDS Behav*. 2008; 12(3): 363-73.
- ❖ Gruber VA, McCance-Katz EF. Methadone, buprenorphine, and street drug interactions with antiretroviral medications. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2010; 7(3): 152-60.
- ❖ Kennedy CE, Medley AM, Sweat MD, O'Reilly KR. Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2010; 88(8): 615-23.
- ❖ Minnie KS, van der Walt SJC, Klopper HC. A systematic review of counselling for HIV testing of pregnant women. *J Clin Nurs*. 2009; 18(13): 1827-41.
- ❖ Olley BO, Seedat S, Stein DJ. Persistence of psychiatric disorders in a cohort of HIV/AIDS patients in South Africa: a 6-month follow-up study. *J Psychosom Res*. 2006; 61(4): 479-84.
- ❖ Orrell C. Antiretroviral adherence in a resource-poor setting. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2005; 2(4): 171-6.
- ❖ Painter TM. Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med*. 2001; 53(11): 1397-411.
- ❖ Rahimi-Movaghar A, Razaghi EM, Sahimi-Izadian E, Amin-Esmaeili M. HIV, hepatitis C virus, and hepatitis B virus co-infections among injecting drug users in Tehran, Iran. *Int J Infect Dis*. 2010 Jan;14(1):e28-33.
- ❖ Rely K, Bertozzi SM, Avila-Figueroa C, Guijarro MT. Cost-effectiveness of strategies to reduce mother-to-child HIV transmission in Mexico, a low-prevalence setting. *Health Policy Plan*. 2003; 18(3):290-8.
- ❖ Shakeri J, PARTizi Fard AA, Amin Zadeh S. Mental status of HIV positive patients referred to Kermanshah health care center Behbood, *The Scientific Quaterly*. 2006; 28(10): 31-9.
- ❖ Steel G, Nwokike J, Joshi M. Development of a multi-method tool to measure ART adherence in resource-constrained settings: the South Africa experience. submitted to the U.S. agency

- for international development by the rational pharmaceutical management plus program. Arlington, VA: Management Sciences for Health; 2007.
- ❖ Sweat M, Gregorich S, Sangiwa G, Furlonge C, Balmer D, Kamenga C, et al. Cost-effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania. *Lancet*. 2000; 356(9224): 113-21.
 - ❖ Teerawattananon Y, Vos T, Tangcharoensathien V, Mugford M. Cost-effectiveness of models for prevention of vertical HIV transmission-voluntary counseling and testing and choices of drug regimen. *Cost Eff Resour Alloc*. 2005; 3: 7.
 - ❖ The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva: WHO Library; 2010.
 - ❖ Turjanski N, Lloyd GG. Psychiatric side-effects of medications: recent developments. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005; 11(1): 58-70.
 - ❖ Wang X, Zhang T, Ho WZ. Opioids and HIV/HCV infection. *J Neuroimmune Pharmacol*. 2011; 6(4): 477-89.
 - ❖ Werb D, Mills EJ, Montaner JSG, Wood E. Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010; 10: 464-69.
 - ❖ WHO. HIV/AIDS treatment and care: clinical protocol for the WHO European Region. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, 2006.
 - ❖ Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*. 2010; 376(9738): 355-66.
 - ❖ Young TN, Arens FJ, Kennedy GE, Laurie JW, Rutherford G. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(1): CD002835.
- ❖ حاجی‌عبدالباقی م، سید علی‌نقی س.ع، زندیه س. راهنمای کاربردی مواجهه با اچ.آی.وی. / ایدز. تهران: اوسانه؛ ۱۳۸۸.
- ❖ عباسی م. حقوق جزای پزشکی. تهران: انتشارات حقوق؛ ۱۳۸۸.
- ❖ کمیته علمی مراقبت و درمان بیماران مبتلا به HIV. ارزیابی بیمار مبتلا به HIV/AIDS و درمان ضد رتروویروسی در بزرگسالان و نوجوانان. مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۰.
- ❖ کمیته علمی مراقبت و درمان بیماران مبتلا به HIV. دستورالعمل پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک. مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۰.
- ❖ نوری فرد، م. بررسی افسردگی در افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بیمارستان امام خمینی در سال ۸۶-۱۳۸۵. پایان نامه دکترای تخصصی بیماریهای عفونی و طب گرمسیری. ۱۳۷۸، دانشگاه علوم پزشکی تهران: تهران.
- ❖ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. گزارش پیشرفت کنترل ایدز در جمهوری اسلامی ایران: در بارهٔ پایش اعلانیهٔ تعهد مصوب اجلاس ویژهٔ مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینهٔ اچ آی وی و ایدز. دبیرخانهٔ کارگروه کشوری ایدز، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۰.

نمایه

۱۲۲.....NNRTI	۱۱, ۱۹, ۳۸, ۵۸, ۶۰, ۶۲, ۶۷, ۹۵, ۱۰۸, ۱۱۰, ۱۳۵
۱۲۲.....NRTI	۵۶, ۶۱, ۶۶, ۶۸, ۷۰, ۱۲۱, ۱۲۲, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۶, .....ART
۶۹.....Opt-In	۱۲۹, ۱۳۱, ۱۵۶
۶۹.....Opt-Out	۱۰۹.....ASSIST
۶۶.....PCP	۴۸.....BCC
۳۰, ۳۳.....PCR	۱۰۸, ۱۲۱, ۱۳۰, ۱۵۶.....CD4
۱۵۵, ۱۵۶, ۱۵۷.....PEP	۵۶, ۶۶, ۶۷.....CICT
۵۶, ۵۷, ۶۶, ۶۷, ۶۹, ۷۰.....PICT	۱۳۵.....CRC
۳۸.....PLWHA	۵۶.....DALY
۱۰۷.....PTSD	۶۷.....DIC
۳۰, ۳۲.....RIPA	۱۰۹.....DSM-IV
۱۰۹.....SAMISS	۳۰, ۳۱, ۳۲, ۳۳.....ELISA
۱۱۲, ۱۱۳, ۱۱۴, ۱۱۸, ۱۴۶.....STI	۱۰۹.....GHQ-28
۱۹, ۵۶, ۶۶.....UNAIDS	۱۰۹.....HADS
۵۶, ۵۷, ۶۶, ۶۹.....VCT	۱۵۵.....HBV
۱۹, ۶۶, ۱۰۹, ۱۱۹.....WHO	۵۵, ۵۶, ۵۸, ۶۱.....HCT
۵۵, ۱۵۶.....اثر بخشی	۱۵۵.....HCV
۶۶, ۸۰, ۸۱, ۱۰۶, ۱۳۲, ۱۴۲, ۱۵۲.....اجبار	۱۱, ۱۹, ۲۰, ۲۹, ۳۰, ۳۱, ۳۲, ۳۳, ۳۵, ۳۶, ۳۷, ۳۸, HIV
۷۹, ۸۰, ۱۰۷.....اختلال استرس پس از سانحه	۳۹, ۴۰, ۴۱, ۴۳, ۴۴, ۴۵, ۴۷, ۴۸, ۴۹, ۵۱, ۵۲, ۵۳, ۵۵, ۵۶, ۵۷,
۷۹, ۸۰.....اختلال اضطراب منتشر	۵۸, ۵۹, ۶۰, ۶۱, ۶۲, ۶۳, ۶۴, ۶۵, ۶۶, ۶۷, ۶۸, ۶۹, ۹۵, ۹۶, ۹۷,
۷۹, ۸۰, ۸۲, ۸۴, ۸۵.....اختلال وسواسی-جبری	۹۸, ۱۰۰, ۱۰۲, ۱۰۵, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۰, ۱۱۱, ۱۱۲,
۷۹, ۸۰.....اختلال هراس	۱۱۳, ۱۱۴, ۱۱۵, ۱۱۶, ۱۱۷, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۱,
۱۰, ۱۴۴.....اختلال هویت جنسی	۱۳۲, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۲, ۱۴۳, ۱۴۵,
۷۱, ۷۲, ۸۰.....اختلالات اضطرابی	۱۴۶, ۱۴۷, ۱۴۸, ۱۴۹, ۱۵۲, ۱۵۳, ۱۵۴, ۱۵۵, ۱۵۶, ۱۵۷, ۱۵۹,
۷۱, ۱۰۸, ۱۰۹.....اختلالات خلقی	۱۶۰, ۱۶۴, ۱۶۹, ۱۷۹, ۱۸۱, ۱۸۲, ۱۸۴, ۱۸۵
	۱۰۹, ۱۵۲.....ICD-10
	۱۰, ۱۴۲, ۱۴۳.....MSM
	۵۰, ۱۵۵.....NA

آنتی‌بادی.....	۲۹, ۳۰, ۳۱, ۳۲, ۳۳, ۵۸, ۶۴, ۶۹, ۱۹۱.....	اختلالات روانپزشکی	۶۰, ۹۶, ۱۰۶, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۰, ۱۱۱, ۱۱۱, ۱۲۵, ۱۸۳
آنتی‌ژن.....	۳۳.....	اختلالات مصرف مواد.....	۷۱, ۷۲, ۷۳, ۷۷, ۸۲, ۸۳, ۹۰, ۱۲۵.....
بار ویروس.....	۳۳, ۱۲۲, ۱۳۰, ۱۵۶.....	اختلالات نورولوژیک.....	۱۰۷.....
باردار.....	۱۰, ۲۰, ۱۱۱, ۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۲, ۱۳۳, ۱۵۶, ۱۸۹.....	ارجاع.....	۹, ۳۷, ۴۰, ۵۰, ۶۰, ۶۵, ۶۶, ۷۰, ۱۰۱, ۱۰۳, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۰, ۱۱۱, ۱۱۲, ۱۱۵, ۱۱۸, ۱۱۹, ۱۲۶, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۴, ۱۴۳, ۱۴۴, ۱۴۸, ۱۴۹, ۱۵۲, ۱۵۴, ۱۶۲, ۱۸۶, ۱۸۹, ۱۹۱, ۱۹۲
بررسی خطر.....	۵۷, ۵۹.....	ارزیابی.....	۳, ۱۰, ۱۹, ۲۴, ۲۶, ۳۶, ۵۱, ۵۲, ۵۵, ۵۶, ۵۸, ۵۹, ۶۰, ۶۱, ۶۲, ۶۳, ۶۵, ۶۸, ۷۰, ۸۴, ۹۵, ۹۶, ۹۷, ۹۸, ۹۹, ۱۰۰, ۱۰۳, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۰, ۱۱۲, ۱۱۳, ۱۱۵, ۱۱۶, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۲۷, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۶, ۱۳۸, ۱۴۲, ۱۴۳, ۱۵۰, ۱۵۱, ۱۵۳, ۱۵۵, ۱۵۶, ۱۶۶, ۱۷۱, ۱۷۲, ۱۷۴, ۱۷۵, ۱۸۳, ۱۸۵, ۱۸۸, ۱۹۰, ۱۹۱, ۱۹۲, ۱۹۴, ۱۹۷
برقراری ارتباط	۴۲, ۴۵, ۵۷, ۶۶, ۹۹, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۴۰, ۱۴۶, ۱۴۸, ۱۸۳.....	ارزیابی خطر خودکشی.....	۹۵, ۹۶, ۹۷, ۹۹, ۱۹۴.....
برون‌داد.....	۱۷۲, ۱۷۳.....	استرس شغلی.....	۱۸۲.....
بوپرنورفین.....	۹۳, ۱۵۱.....	اعتیاد.....	۶۷, ۱۱۰, ۱۴۹.....
پایبندی.....	۹, ۱۰, ۳۵, ۳۷, ۴۸, ۵۰, ۶۱, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۲۱, ۱۲۲, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۲۷, ۱۲۹, ۱۳۱, ۱۳۳, ۱۳۶, ۱۳۸, ۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۵, ۱۵۷.....	افسردگی پس از زایمان.....	۱۳۳.....
پایش.....	۳, ۱۰, ۲۲, ۹۳, ۱۲۲, ۱۷۱, ۱۷۲, ۱۷۳, ۱۷۴.....	افشا	۶۵, ۶۶, ۶۸, ۶۹, ۱۰۱, ۱۰۸, ۱۱۲, ۱۱۳, ۱۱۴, ۱۱۵, ۱۱۶, ۱۱۶, ۱۱۶, ۱۲۳, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۷۹, ۱۹۰, ۱۹۲
پرهیز.....	۵۲, ۵۳, ۶۰, ۱۱۳, ۱۵۹, ۱۸۵.....	الکل.....	۱۰, ۳۹, ۴۷, ۴۸, ۴۹, ۵۸, ۶۰, ۶۱, ۶۵, ۹۶, ۹۷, ۹۸, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۰, ۱۱۲, ۱۲۵, ۱۳۱, ۱۴۳, ۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۱, ۱۵۴, ۱۶۴, ۱۸۱, ۱۸۲, ۱۸۴
پسیکوز پس از زایمان.....	۱۳۳, ۱۳۴.....	امتناع از آزمایش.....	۶۸.....
پیامد.....	۳۶, ۵۵, ۱۱۳, ۱۷۲, ۱۷۳.....	انتقال.....	۹, ۲۲, ۳۱, ۳۵, ۳۶, ۳۸, ۴۸, ۵۲, ۵۵, ۵۸, ۵۹, ۶۰, ۶۲, ۶۲, ۶۲, ۶۲, ۶۹, ۱۰۵, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۱۱, ۱۱۲, ۱۱۳, ۱۱۴, ۱۱۷, ۱۱۹, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۶, ۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۲, ۱۳۴, ۱۳۵, ۱۳۸, ۱۴۳, ۱۴۶, ۱۴۷, ۱۴۸, ۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۲, ۱۵۳, ۱۵۵, ۱۶۴, ۱۹۲
تبعیض.....	۳۷, ۴۱, ۶۶, ۶۸, ۹۷, ۱۰۶, ۱۰۸, ۱۱۱, ۱۳۰, ۱۳۵, ۱۳۹, ۱۴۵.....	انتقال مادر به کودک.....	۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۲, ۱۵۵.....
تحمل.....	۷۲, ۷۶, ۷۸, ۹۰, ۱۴۱, ۱۵۲, ۱۶۱, ۱۶۸, ۱۸۲.....	انگ.....	۳۷, ۶۶, ۶۸, ۹۷, ۱۰۶, ۱۱۴, ۱۳۰, ۱۳۲, ۱۳۵, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۳, ۱۵۰, ۱۸۲
تداخل دارویی.....	۱۰, ۷۸, ۷۹, ۸۶, ۸۷, ۸۹, ۹۳.....	ایمی‌پرامین.....	۷۷.....
ترانس‌سکسوال.....	۱۴۲, ۱۴۴, ۱۴۵, ۱۴۷.....	اینترفرون.....	۷۶.....
تزریق.....	۳۴, ۴۸, ۵۱, ۵۳, ۵۸, ۶۰, ۱۱۶, ۱۴۵, ۱۸۸, ۱۹۱.....	آرمیدگی.....	۵۱, ۱۱۲, ۱۸۴, ۱۸۵.....
تست‌های سریع.....	۳۰, ۳۳.....	آزمایش تاییدی.....	۳۳.....
تشخیص قطعی.....	۱۵۲.....	آمی‌تریپتیلین.....	۷۷.....
تصویرسازی.....	۱۶۳, ۱۸۴, ۱۸۵.....		
تغییر رفتار	۳۶, ۳۸, ۴۷, ۴۸, ۴۹, ۵۰, ۵۲, ۵۳, ۵۴, ۵۶, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۱۷, ۱۳۸, ۱۵۰.....		
تکانشی.....	۳۶, ۹۵, ۹۸.....		
تن‌فروش.....	۱۴۷, ۱۴۸, ۱۶۳.....		
جلسه‌ی گروهی.....	۶۲.....		
چانه‌زنی.....	۱۴۶, ۱۴۸, ۱۶۰.....		
چک لیست.....	۵۷.....		
حذف خطر.....	۵۳.....		

سل.....	۵۶, ۶۶, ۶۷, ۱۱۲, ۱۲۶, ۱۳۴, ۱۸۹	حساسیت.....	۲۹, ۳۰, ۴۱, ۱۴۰, ۱۵۹, ۱۸۲
سم‌زدایی.....	۵۴, ۹۲, ۹۳, ۱۵۴, ۱۵۵	حمایت اجتماعی.....	۶۱, ۹۷, ۱۱۴, ۱۳۸, ۱۶۴
سوء مصرف.....	۳۹, ۴۵, ۴۷, ۴۸, ۴۹, ۵۱, ۶۱, ۹۷, ۹۹, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۲۵, ۱۳۸, ۱۴۳, ۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۱, ۱۵۴, ۱۵۵, ۱۹۱	حمایت مالی.....	۱۰۷, ۱۰۹
سوغک... ..	۱۰, ۱۰۶, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۵۴, ۱۵۹, ۱۶۰, ۱۶۱, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۶۴ ۱۶۴, ۱۶۵, ۱۶۶, ۱۶۷, ۱۶۸, ۱۶۹	خشونت.....	۴۳, ۴۴, ۶۸, ۷۰, ۹۹, ۱۱۶, ۱۳۸, ۱۴۳, ۱۶۷, ۱۸۳, ۱۸۴, ۱۹۰
سیتوکروم P۴۵۰.....	۹۳, ۱۲۲	خودکشی.....	۱۰, ۳۶, ۶۰, ۶۵, ۷۰, ۷۱, ۹۵, ۹۶, ۹۷, ۹۸, ۹۹, ۱۰۰, ۱۰۱, ۱۰۲, ۱۰۳, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۴۳, ۱۴۹, ۱۵۳, ۱۶۱, ۱۶۴, ۱۸۱, ۱۹۰, ۱۹۲, ۱۹۴
سیستم ایمنی.....	۳۰, ۵۸, ۱۰۸, ۱۲۲	خودیاری.....	۵۰, ۹۲
شاخص.....	۵۶, ۱۷۱, ۱۷۲, ۱۷۴	داروهای جایگزین.....	۹۲, ۹۳
شیردهی.....	۳۹, ۱۱۴, ۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۲, ۱۵۵	درمان.....	۹, ۱۰, ۳۵, ۳۶, ۳۷, ۳۸, ۳۹, ۴۷, ۵۰, ۵۴, ۵۵, ۵۸, ۵۹, ۶۰, ۶۱, ۶۵, ۶۶, ۶۷, ۶۹, ۷۰, ۹۸, ۱۰۰, ۱۰۵, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۰, ۱۱۱, ۱۱۲, ۱۱۴, ۱۱۷, ۱۱۸, ۱۱۹, ۱۲۱, ۱۲۲, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۲۷, ۱۲۹, ۱۳۱, ۱۳۲, ۱۳۳, ۱۳۶, ۱۳۸, ۱۴۰, ۱۴۱, ۱۴۳, ۱۴۹, ۱۵۴, ۱۵۵, ۱۵۶, ۱۵۷, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۶۷, ۱۸۳, ۱۸۹, ۱۹۲
ضد افسردگی‌های سه‌حلقه‌ای.....	۸۶	درون‌داد.....	۱۷۲
عفونت اولیه.....	۱۰۸	دمانس.....	۲۳, ۷۳, ۷۵, ۷۶, ۸۱, ۱۰۶, ۱۰۸, ۱۲۵, ۱۵۴
عفونت حاد.....	۶۷, ۱۵۵	دوجنسگرا.....	۱۴۲
عفونت‌های آمیزشی ..	۱۱, ۵۲, ۵۵, ۵۸, ۵۹, ۶۶, ۶۷, ۱۱۱, ۱۱۳, .. ۱۱۸, ۱۲۶, ۱۴۳, ۱۴۷, ۱۴۸, ۱۵۵, ۱۸۹	دوجنسیتی.....	۱۰, ۱۴۴, ۱۴۵
عفونت‌های فرصت طلب.....	۶۶, ۱۲۶	دوره‌ی نهفتگی.....	۲۹, ۳۰, ۳۳, ۳۶, ۵۸, ۵۹, ۶۱, ۶۲, ۶۳, ۶۴, ۶۹, ۱۴۸, ۱۵۳, ۱۵۶, ۱۵۷, ۱۸۸, ۱۹۰, ۱۹۱
علایم محرومیت.....	۴۷, ۵۰, ۹۳, ۱۵۲, ۱۸۳	رازداری.....	۴۰, ۴۱, ۶۲, ۶۷, ۷۰, ۱۰۰, ۱۰۲, ۱۱۲, ۱۱۶, ۱۱۹, ۱۳۷
غریبالگری.....	۱۱, ۱۹, ۲۴, ۲۹, ۳۰, ۷۵, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۲۵, ۱۵۲	رضایت.....	۳۶, ۳۹, ۴۱, ۵۶, ۵۷, ۵۸, ۶۱, ۶۲, ۶۳, ۶۷, ۶۸, ۷۰, ۱۰۱, ۱۱۱, ۱۱۶, ۱۳۱, ۱۳۴, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۴۵, ۱۵۱, ۱۵۶, ۱۶۰, ۱۸۹, ۱۹۱
فرسودگی شغلی.....	۱۰, ۱۷۹, ۱۸۰, ۱۸۱, ۱۸۲, ۱۸۳, ۱۸۴	رفتار پرخطر.....	۳۱, ۳۶, ۵۳, ۵۴, ۶۰, ۱۵۳
فلوکستین.....	۷۷, ۸۳	روانی-اجتماعی.....	۹۷, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۲۶, ۱۳۳, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۳۷, ۱۳۹, ۱۵۵
کاندوم.....	۳۷, ۴۳, ۴۵, ۴۸, ۴۹, ۵۱, ۵۲, ۵۳, ۵۴, ۵۵, ۶۰, ۶۲, ۶۹, ۱۴۳, ۱۴۵, ۱۴۶, ۱۴۷, ۱۴۸, ۱۹۰, ۱۹۳	زبان بدنی.....	۴۳
کاهش آسیب.....	۹, ۳۶, ۵۳	سازگاری.....	۳۶, ۶۰, ۶۳, ۶۵, ۹۷, ۱۱۷, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۰, ۱۴۹, ۱۵۳, ۱۶۱, ۱۹۰, ۱۹۲
کشت ویروس.....	۳۰, ۳۳	سازمان جهانی بهداشت.....	۹, ۱۹, ۳۶, ۱۰۹, ۱۱۹
کلومی‌پرامین.....	۸۵	سرترالین.....	۷۷
کودک.....	۳۳, ۳۷, ۱۱۲, ۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۲, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۰, ۱۴۱, ۱۴۳, ۱۵۵, ۱۶۳, ۱۶۴, ۱۶۵, ۱۶۶, ۱۶۷, ۱۶۸, ۱۶۹		
مانیا.....	۲۳, ۷۴, ۹۷, ۱۰۷, ۱۲۵		
میدل پوشی.....	۱۴۲, ۱۴۴		
متادون.....	۱۹, ۹۱, ۹۳, ۱۲۵, ۱۵۱, ۱۵۵		
مثبت کاذب.....	۳۳, ۱۵۳		

مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد.....	۱۴۷	محرمانه	۲۶, ۳۸, ۳۹, ۴۰, ۴۱, ۵۶, ۶۲, ۶۳, ۶۸, ۱۰۲, ۱۱۵, ۱۱۹, ۱۳۵, ۱۴۳, ۱۵۰
مقابله.....	۳۶, ۳۸, ۴۱, ۴۷, ۴۸, ۵۰, ۵۶, ۶۹, ۹۷, ۱۰۰, ۱۰۲, ۱۳۸, ۱۴۱, ۱۴۴, ۱۹۲	مداخلات درمانی.....	۱۰۰, ۱۰۸, ۱۴۰
مقاربت.....	۴۹, ۱۱۱, ۱۳۰, ۱۴۵, ۱۸۸, ۱۹۱	مدیریت استرس.....	۱۸۴
مقاربتی.....	۹	مدیریت زمان.....	۱۸۴, ۱۸۵
ملاحظات اخلاقی.....	۱۱۷, ۱۳۵	مراقب بیمار.....	۱۱۰
منفی کاذب.....	۳۳	مراقبه.....	۱۸۵
مواجهه.....	۳۰, ۳۱, ۱۳۲, ۱۳۴, ۱۴۳, ۱۴۸, ۱۵۳, ۱۵۵, ۱۵۶, ۱۶۱, ۱۶۹, ۱۸۸	مراکز گذری.....	۶۷
مواجهه‌ی اتفاقی.....	۱۰, ۶۴, ۱۵۵, ۱۵۶, ۱۸۸	مرحله‌ی آمادگی.....	۵۰
موانع پایبندی.....	۱۲۶	مرحله‌ی پیش تأمل.....	۴۹
مهارت گوش دادن.....	۴۲	مرحله‌ی تأمل.....	۵۰
مهارت‌های بین فردی.....	۴۰, ۱۴۸	مرحله‌ی تداوم.....	۵۰, ۵۲
مهارت‌کننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین.....	۷۷	مرحله‌ی عمل.....	۵۰, ۵۲
مهارت‌کننده‌های پروتئاز.....	۱۷, ۸۷, ۱۲۲	مرگ.....	۳۷, ۴۰, ۴۴, ۴۷, ۹۸, ۱۰۳, ۱۰۸, ۱۲۱, ۱۳۶, ۱۴۰, ۱۵۵, ۱۵۹, ۱۶۰, ۱۶۱, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۶۴, ۱۶۵, ۱۶۶, ۱۶۷, ۱۶۹
نتیجه‌ی مثبت.....	۳۰, ۳۱, ۳۳, ۳۶, ۶۰, ۶۱, ۶۳, ۱۵۳, ۱۷۹	مستند سازی.....	۹۸, ۹۹
نوزاد.....	۳۰, ۳۳, ۱۲۹, ۱۳۲, ۱۶۴	مشاوره و آزمایش HIV.....	۱۰, ۵۵, ۵۶, ۵۷, ۶۷, ۱۳۴
وابستگی به مواد.....	۳۶, ۳۸, ۱۲۵, ۱۴۹, ۱۵۲, ۱۵۳, ۱۵۴, ۱۵۵	مشاوره و آزمایش داوطلبانه.....	۵۶, ۵۷
وسترن بلات.....	۳۰	مشاوره‌ی پایبندی.....	۱۰, ۱۲۱, ۱۲۶, ۱۲۹
وسواس.....	۸۰, ۱۳۳	مشاوره‌ی پس از آزمایش	۲۶, ۶۳, ۶۹, ۹۷, ۱۱۳, ۱۵۳, ۱۵۷, ۱۹۱
وفاق.....	۴۰, ۵۱	مشاوره‌ی پیش از آزمایش.....	۳۶, ۵۷, ۶۱, ۶۲, ۶۳, ۶۴, ۶۸, ۶۹, ۹۶, ۱۱۳, ۱۵۲, ۱۵۶, ۱۵۷, ۱۸۸, ۱۹۱, ۱۹۴
هیپاتیت B.....	۱۸۹	مشاوره‌ی پیشگیری.....	۲۵, ۳۶
همجنسگرا.....	۲۰, ۱۴۲	مشاوره‌ی تغییر رفتار.....	۴۸, ۴۹, ۱۵۰
همدلی.....	۴۱, ۵۰, ۱۱۰, ۱۶۲	مشاوره‌ی سوگ.....	۱۰۸, ۱۰۹, ۱۶۲, ۱۶۴, ۱۶۸
همه‌گیری.....	۲۰, ۵۷, ۶۷	مشاوره‌ی کودک.....	۱۳۶
یادبود.....	۱۶۶, ۱۶۸, ۱۶۹	مشاوره‌ی مراقبت.....	۱۰, ۱۰۵
یار درمان.....	۱۲۳		