پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۱، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۶، صفحات ۲۴۷ تا ۲۵۴

مقاله اصلی
(Original Article)

بررسی اختلالات روانپزشکی بر حسب شمارش CD4 در مبتلایان به HIV/AIDS بستری در بیمارستان سینا کرمانشاه

دکتر بابک صیاد*، دکتر جلال شاکری، منیر حسینی**، دکتر علیرضا جانبخش*،**
فاطمه امینی جاوید*، زهره امیدنیاکان*

* گروه بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
** گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

چکیده

سابقه و هدف: *اگر چه تقابل بین شمارش CD4 و سندرم‌های عضوی به فراوانی مورد مطالعه قرار گرفته است، اما به اختلالات روانپزشکی توجه کمتری شده است که دراین تحقیق به بررسی آن اقدام شده است.*

روش بررسی: *این مطالعه مقطعی از خرداد ۱۳۸۳ به مدت یک‌سال در بیمارستان سینای کرمانشاه انجام شد. بیماران بستری که ابتلایشان به عفونت HIV با دو آزمون مثبت الیزا و یک آزمون مثبت وسترن‌بلات برای HIV-Ab ثابت شده بود، وارد مطالعه شدند وشمارش CD4 با روش فلوسایتومتری برای آنها انجام شد. در بررسی اختلالات روانپزشکی، ابتدا غربالگری از طریق مصاحبه خصوصی و شفاهی با استفاده از پرسش‌نامه SCL-90-R انجام شد و در مرحله دوم بیماران مشکوک با استفاده از سمپتوم چک‌لیست تشخیصی براساس ضوابط DSM- IV مورد مصاحبه قرار گرفتند.*

یافته‌ها: *از ۵۹ بیمار، ۵۸ نفر مرد بودند که همگی سابقه اعتیاد و اقامت در زندان را ذکر می‌کردند. میانگین سنی بیماران ۷/۴±۳۴/۲۹ سال بود. متوسط شمارش CD4 بیماران ۲۱۶±۳۱۲ در میکرولیتر بود. شیوع اختلالات روانپزشکی ۶۲/۷ درصد بود که به ترتیب شامل اختلالات Multiple ۲۲درصد، اختلال خلقی ۲۲ درصد، اختلال اضطرابی ۸/۵ درصد، اختلال سایکوتیک ۵/۱ درصد، اختلال شناختی ۳/۴ درصد، اختلال شخصیتی ۱/۷ درصد می شد. بین اختلال شناختی و شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ در میکرولیتر و نیز درصد CD4 کمتر از ۱۵ ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد (به ترتیب P=۰/۰۲ و P=۰/۰۳۲). بین اختلال اضطرابی منفرد وشمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ نیز ارتباط معنی‌داری یافت شد (P=۰/۰۳۳). اقامت بیش از ۶۰ ماه در زندان با اختلالات اضطرابی در ارتباط بود (P=۰/۰۴۵).*

نتیجه‌گیری: *با پیشرفت عفونت HIV، باید درانتظار بروز اختلالات روانپزشکی در مبتلایان به HIV / AIDS بود. هم‌چنین نباید تاثیر شیوه زندگی و معضلات اجتماعی مبتلایان را در بروز اختلالات روانپزشکی نادیده گرفت.*

واژگان کلیدی: *HIV/AIDS، اختلالات روانپزشکی، شمارش CD4، کرمانشاه.*

مقدمه

عفونت HIV با تخریب فزاینده سیستم ایمنی سلولی همراه است که مهم‌ترین شاخص آن کاهش شمارش CD4 می باشد. با پیشرفت بیماری، فرد مبتلا در معرض طیف وسیعی از بیماری‌های عفونی و غیر عفونی قرارمی‌گیرد که بروز آنها بستگی به درجه تضعیف ایمنی دارد. لذا با کاهش شمارش CD4، شیوع و بروز بیماری‌های مرتبط با HIV/AIDS تحت تاثیر قرار می‌گیرد، به‌طوری‌که با آگاهی از شمارش CD4 در هر سندرم بالینی می‌توان تشخیص‌های افتراقی مربوطه را با دقت بالایی مطرح کرد (۱). اگر چه تقابل بین شمارش CD4 و

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بیمارستان امام خمینی، دکتر بابک صیاد
(email: babaksayad@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٤/۱۰/۲۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٦/٦/۱۰

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

سندرم‌های عضوی مختلف بطور وسیعی مورد مطالعه قرار گرفته است (۲،۱)، اما دانش ما در رابطه با اختلالات روانپزشکی برحسب شمارش CD4 محدود است. این درحالی است که ارتباط بین شمارش CD4 و اختلالات روانپزشکی دوطرفه است و در مجامع علمی مورد توجه قرارگرفته است (۴،۳). در مطالعه‌ای که در ژانویه ۱۹۹۰ در دانشکده پزشکی کورنل در آمریکا بر روی ۱۰۸ مرد و ۸ زن مبتلا به عفونت HIV در شمارش CD4 کمتر از ۵۰۰ صورت گرفت مشخص گردید که کاهش شمارش CD4 با اختلالات اضطرابی رابطه معنی‌داری دارد، اما اختلالات روان‌پزشکی زمینه‌ای افراد تاثیری در کاهش شمارش CD4 ندارد (۴). باراک و همکارانش مطالعه‌ای در زمینه رابطه افسردگی و کاهش شمارش CD4 بر روی ۲۷۷ مرد مبتلا به عفونت HIV طی سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۰ انجام دادند. نشانه‌های افسردگی با استفاده از معیار CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) ارزیابی شد. بر این اساس ۶۵ نفر (۱۹/۷ درصد) مبتلا به افسردگی بودند و در این گروه کاهش شمارش CD4 ۳۸ درصد بیش از بیماران غیرافسرده بود. میزان کاهش CD4 در هر سال برای افراد دچار افسردگی معادل ۲۸ سلول در میکرولیتر بود، اما از نظر آماری تفاوت معنی‌داری با گروه غیرافسرده نداشت. در نتیجه مشخص گردید که ابتلا به افسردگی با پیشرفت زودهنگام به سمت AIDS یا مرگ‌ومیر زودرس ارتباطی ندارد (۵). ماین و همکارانش یک مطالعه آینده‌نگر را در زمینه رابطه افسردگی و میزان بقاء در ۴۰۲ مرد هم‌جنس‌باز انجام دادند. نشانه‌های افسردگی بر اساس معیار CES-D ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل بر اساس معیار کوکس نشان داد که وجود افسردگی با افزایش احتمال مرگ همراه است (RR=۱/۶۷) (۶). در مطالعه‌ای که توسط یانگ و همکارانش به روی بار ویروسی و رده‌های لنفوسیتی در مبتلایان به AIDS طی ۷سال انجام شد، ۶۰ مرد بستری مبتلا به AIDS مورد بررسی قرار گرفتند. افسردگی بر اساس معیار DSM-IV ارزیابی شد. برای تمام بیماران شمارش CD4، CD8 و نسبت CD4/CD8 محاسبه گردید و در ۴۲ بیمار بار ویروسی اندازه‌گیری شد و ۳۲ بیمار تحت درمان ضدرتروویروسی (HARRT) قرار گرفتند. رده‌های لنفوسیتی مجددا پس از یک ماه اندازه‌گیری شد و مشخص گردید که در بیماران مبتلا به افسردگی ماژور (۲۲نفر) شمارش CD8 به‌طور معنی‌داری کمتر از بیماران بدون افسردگی است، اگرچه شمارش CD4، نسبت CD4/CD8 و بار ویروسی در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. هم‌چنین از ۳۲ بیمار تحت درمان HARRT، ۱۴ بیمار که به علت افسردگی تحت درمان بودند، کاهش معنی‌داری در شمارش CD4 نشان دادند. در کل این مطالعه نشان داد که مبتلایان بهAIDS دچار افسردگی ماژور، شمارش CD4 کمتری دارند و ممکن است واکنش‌های التهابی و ایمونولوژیک شدیدتری نسبت به بیماران بدون افسردگی ماژور از خود نشان دهند (۷). آیرونسون و همکارانش در یک مطالعه چند مرکزی، ۱۷۷ بیمار مبتلا به عفونت HIV با شمارش CD4 بین۱۵۰ و ۵۰۰ در میکرولیتر را که پیشتر شواهدی دال بر ایدز نداشتند، هر ۶ ماه و به مدت ۲ سال تحت مطالعه قرار دادند و با استفاده از مدل خطی Hierarchical تغییرات شمارش CD4 و بار ویروسی را بر اساس متغیرهای اجتماعی، دموگرافیک و طبی بررسی کردند. این مطالعه نشان داد که وجود افسردگی و نومیدی شمارش DC4 و بار ویروسی را تحت تاثیر قرار می‌دهند. تجمع بار افسردگی میزان کاهش شمارش DC4 را دو برابر کرده و موجب افزایش بار ویروسی می‌شود، اما حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری با شمارش DC4 و بار ویروسی ندارد (۸).

در این مطالعه بر آن شدیم که اختلالات روانپزشکی را در مبتلایان به عفونت HIV برحسب شمارش CD4 مورد بررسی قرار دهیم تا ضمن آگاهی از توزیع این اختلالات در محدوده‌های مختلف شمارش CD4، زمینه را برای طرح تشخیص‌های افتراقی مناسب در مبتلایان به عفونت HIV در حیطه روانپزشکی فراهم نموده و راه را برای مطالعات بیشتر دراین زمینه هموار نماییم .

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی از خرداد ۱۳۸۳ به مدت یک سال در مرکز آموزشی- درمانی سینای کرمانشاه انجام شد. از کلیه بیمارانی که ابتلایشان به عفونت HIV با دو آزمون مثبت (ELISA) HIV-Ab و سپس یک آزمون مثبت (Western Blot) HIV-Ab ثابت شده بود، جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. پس از اخذ رضایت، از بیماران ۵ سی‌سی خون وریدی گرفته شد و در شیشه‌های حاوی EDTA جهت انجام فلوسیتومتری به مرکز آموزشی - درمانی طالقانی کرمانشاه ارسال گردید. بررسی اختلالات روانپزشکی به صورت دومرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول، تمامی افراد مورد بررسی توسط پژوهشگران از طریق مصاحبه خصوصی و شفاهی و با استفاده از پرسش‌نامه SCL-90-R غربالگری شدند. پرسش‌نامه SCL-90-R شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی علایم روانی است و توسط دارکوس لیپمن و کوری (۱۹۷۳) ارائه شده است . این

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

آزمون نُه بعد مختلف شامل علایم جسمی، وسواسی، حساسیت به روابط، افسردگی، اضطراب، خصومت، سایکوز، افکار پارانویید و ترس مرضی را در برمی‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیراین آزمون با سه شاخص علایم مرضی (GSI)، جمع علایم مرضی (PST) و سطح ناراحتی از علایم مثبت (PSDI) امکان‌پذیر است. اعتبار و روایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفته است. پرویزی ضریب همبستگی آن را با پرسشنامه SRQ24 در جمعیت کرمانشاه ۷۶ درصد ذکر کرده است (۱۰). در مطالعه ما از شاخص GSI جهت تفسیر آزمون استفاده شد که عیار آزمون از مجموع کل علائم مرضی یا نمراتی که آزمودنی در نه بعد و سوالات اضافی به دست آورده تقسیم بر تعداد سوالات به دست آمد. کسانی که در این شاخص نمره ۲ یا بالاتر به دست آورده بودند، در مرحله دوم یا مرحله بیماریابی توسط کارشناس ارشد روانشناسی با استفاده از سمپتوم چک لیست تشخیصی و بر اساس ضوابط DSM-IV (نظام نام گذاری رسمی مورد استفاده روانپزشکان و سایر متخصصان بهداشت روانی در ایالات متحده) مورد مصاحبه قرار گرفتند. پس از مشخص شدن وضعیت اختلال روانپزشکی، نتیجه در پرسش‌نامه دیگری که حاوی اطلاعات مورد نیاز تحقیق از جمله سن، جنس، سابقه و مدت اعتیاد، سابقه و مدت اقامت در زندان، میزان تحصیلات، سندرم بالینی منجر به بستری و نیز نیز شمارش CD4 بود وارد گردید. شمارش CD4 بر اساس نتیجه آزمایش فلوسیتومتری, وجود اختلال روانپزشکی بر اساس نتیجه پرسشنامه SCL-90 و مصاحبه بالینی – سندرم بالینی منجر به بستری– بر اساس تشخیص نهایی ثبت شده در پرونده های بالینی و سایر اطلاعات مورد نیاز تحقیق بر اساس پرسش از بیماران جمع‌آوری شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ver.11.5 و آزمون‌های آماری کای‌دو و آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

۵۹ بیمار با میانگین سنی ۷/۴±۳۴/۳ سال (دامنه سنی ۵۰-۲۳ سال) در مطالعه ما شرکت کردند که از این تعداد ۵۸ نفر (۹۸/۳ درصد) مذکر و یک نفر (۱/۷ درصد) مونث بودند. ۵۸ نفر (۹۸/۳ درصد) سابقه اعتیاد را ذکر می‌کردند و میانگین مدت اعتیاد در آنها ۹۰/۱±۱۳۸/۸ ماه (محدوده ۳۶۰-۱ ماه) بود. ۵۸ نفر سابقه اقامت در زندان را ذکر می‌کردند و میانگین مدت اقامت در زندان ۵۸/۲ ±۷۰/۹ ماه (۳۰۰-۲ ماه) بود.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ۳۰ بیمار (۵۰/۸۴ درصد) شاخص‌های بالینی و یا آزمایشگاهی ایدز را از خود نشان دادند.

میانگین شمارش CD4 در بیماران ۲۱۶±۳۱۲ عدد در میکرولیتر (محدوده ۱۱۲۲-۳۶ در میکرولیتر) و میانگین درصد CD4 ۵/۱±۱۹/۶ درصد (محدوده ۳۲-۱۱ درصد) بود . بیماران با سندرم‌های بالینی مختلفی در مرکز آموزشی درمانی سینا بستری شدند که بیشترین فراوانی مربوط به سل در ۱۸ نفر (۳۰/۵ درصد) و ترومبوفلبیت سپتیک در ۱۳ مورد (۲۲ درصد) بود. فراوانی سندرم‌های بالینی منجر به بستری در بیماران به همراه میانگین شمارش CD4 و اختلالات روانپزشکی همراه در هر سندرم در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱- وضعیت بیماران بر اساس سیستم طبقه‌بندی HIV/AIDS

شمارش CD4 (در میکرولیتر)	طبقه بندی بالینی		
≥۵۰۰	A۱=۶	B۱=۰	C۱=۴
۲۰۰-۴۹۹	A۲=۲۳	B۲=۰	C۲=۵
<۲۰۰	A۳=۷	B۳=۰	C۳=۱۴

جدول ۲- فراوانی اختلالات روانپزشکی و شمارش CD4در سندرم های بالینی منجر به بستری به همراه دامنه

سندرم بالینی	فراوانی	شمارش CD4	اختلال روانپزشکی
سل	۱۸ (۳۰/۵)*	۲۵۲ (۶۲۰-۳۶)§	۱۱ (۶۱/۱)
ترومبوفلبیت سپتیک	۱۳ (۲۲)	۳۵۸ (۸۰۰-۱۲۸)	۹ (۶۹/۲)
سپسیس	۹ (۱۵/۳)	۲۳۲ (۳۵۲-۷۴)	۴ (۴۴/۴)
عفونت نسج نرم	۵ (۸/۵)	۲۸۶ (۳۶۹-۱۹۹)	۵ (۱۰۰)
هپاتیت	۴ (۶/۸)	۵۳۳ (۱۱۲۲-۲۰۰)	۲ (۵۰)
اسهال عفونی	۴ (۶/۸)	۴۳۶ (۷۸۶-۹۷)	۳ (۷۵)
پنومونی	۳ (۵/۱)	۲۱۸ (۴۶۱-۶۵)	۳ (۱۰۰)
پیلونفریت	۳ (۱/۷)	۲۶۸	۰
بد خیمی	۱ (۱/۷)	۱۷۳	۰
آرتریت	۱ (۱/۷)	۷۰۷	۰

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند. § محدوده داده‌ها

از نظر اختلالات روانپزشکی، ۱۳ نفر (۲۲ درصد) اختلال خلقی، ۵ نفر (۸/۵ درصد) اختلال اضطرابی، ۲ نفر (۳/۴ درصد) اختلال شناختی، ۱ نفر (۱/۷ درصد) اختلال شخصیتی، ۳ نفر اختلال سایکوتیک (۵/۱ درصد) و ۱۳ نفر (۲۲ درصد) بیش از یک اختلال روانپزشکی داشتند. در مبتلایان به اختلالات چندگانه، ۲نفر دچار اختلال خلقی به همراه اختلال شخصیتی و اختلال اضطرابی بودند؛ ۷ نفر

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

جدول۳- وضعیت فراوانی و رابطه آماری بین اختلالات روانپزشکی با درصد و شمارش CD4

اختلال روانپزشکی	فراوانی	میانگین CD4	شمارش CD4		درصد CD4		p
			<۲۰۰	≥۲۰۰	<۱۵	≥۱۵	
اختلال خلقی	۱۳ (۲۲)*	۱۴۹	۴ (۳۰/۷۶)	۹ (۶۹/۲۴)	۳ (۲۳/۰۷)	۱۰ (۷۶/۹۳)	§NS
اختلال چند گانه	۱۳ (۲۲)	۴۶۰	۲ (۱۵/۳۸)	۱۱ (۸۴/۶۲)	۰	۱۳ (۱۰۰)	NS
اختلال اضطرابی	۵ (۸/۵)	۱۷۴	۴ (۸۰)	۱ (۲۰)	۰	۵ (۱۰۰)	۰/۰۳
اختلال سایکوتیک	۳ (۵/۱)	۲۷۷	۰	۳ (۱۰۰)	۱ (۳۳/۳)	۲ (۶۶/۷)	NS
اختلال شناختی	۲ (۳/۴)	۱۲۹	۲ (۱۰۰)	۰	۲ (۱۰۰)	۰	۰/۰۳
اختلال شخصیتی	۱ (۱/۷)	۱۹۹	۱ (۱۰۰)	۰	۱ (۱۰۰)	۰	NS
طبیعی	۲۲ (۳۷/۳)	۳۱۹	۶ (۲۷/۲۷)	۱۶ (۷۲/۷۲)	۴ (۱۸/۱۸)	۱۸ (۸۱/۸۲)	NS

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند. § **NS**: Not significant

اختلال خلقی و شخصیتی را با هم داشتند؛ ۳ نفر دچار اختلال هم‌زمان خلقی و اضطرابی بودند و ۱ نفر اختلال شناختی و شخصیتی را هم‌زمان نشان می‌داد. ۲۲ بیمار (۳۷/۳ درصد) فاقد اختلالات روانپزشکی بودند. به این ترتیب از ۵۹ بیمار، ۲۴ نفر (۴۰/۷ درصد) دارای یک اختلال روانپزشکی، ۱۱ نفر (۱۸/۶ درصد) دارای دو اختلال روانپزشکی و ۲ نفر (۳/۴ درصد) دارای سه اختلال روانپزشکی هم‌زمان بودند. در کل از ۵۹ بیمار تحت مطالعه، ۵۲ اختلال روانپزشکی شناسایی شد که صرف نظر از هم‌زمانی پاره ای از آنها در بیماران، فراوانی اختلالات به شرح زیر بود: ۲۵ مورد (۴۸/۱ درصد) اختلال خلقی، ۱۱ مورد (۲۱/۱۵ درصد) اختلال شخصیتی، ۱۰ مورد (۱۹/۲۳ درصد) اختلال اضطرابی، ۳ مورد (۵/۷۶ درصد) اختلال شناختی و ۳ مورد (۵/۷۶ درصد) اختلال سایکوتیک.

جدول ۳ میانگین و دامنه شمارش CD4 را بر حسب اختلالات روانپزشکی نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود کمترین میانگین شمارش CD4 در بیمارانی مشاهده شد که منحصراً اختلال شناختی داشتند (۱۲۹ عدد در میکرولیتر) و بیشترین شمارش CD4 در اختلالات چندگانه با میانگین ۴۶۰ و دامنه ۹۷ تا ۱۱۲۲ عدد در میکرولیترمشاهده گردید. ۴ نفر از ۵ بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی منفرد CD4 کمتر از ۲۰۰ داشتند، در حالی‌که تنها ۱۵ نفر (۲۷/۸ درصد) از سایر بیماران شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ داشتند و ارتباط آماری معنی‌داری بین اختلال اضطرابی و شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ مشاهده شد (P=۰/۰۳). هر دو بیمار مبتلا به اختلال شناختی منفرد درصد CD4 کمتر از ۱۵ درصد داشتند، در حالی‌که تنها در ۹ نفر (۱۵/۸ درصد) از سایر بیماران تحت مطالعه درصد CD4 کمتر از ۱۵ درصد بود و بین اختلال شناختی و درصد CD4 کمتر از ۱۵ درصد ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید (P=۰/۰۳). بین شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ و درصد CD4 کمتر از ۱۵ درصد با سایر اختلالات روانپزشکی ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید.

هر سه بیمار مبتلا به پنومونی دچار اختلال خلقی بودند، در حالیکه تنها ۱۰ نفر (۱۷/۹ درصد) از ۵۶ بیمار مبتلا به سایر سندرم‌های بالینی از اختلال خلقی رنج می برند و بین سندرم پنومونی و اختلال خلقی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده گردید (P=۰/۰۰۹). ۲ نفر از ۵ بیمار مبتلا به عفونت نسج نرم دچار اختلال سایکوتیک بودند، در حالی‌که تنها ۱ نفر (۱/۸۵ درصد) از ۵۴ بیمار مبتلا به سایر سندرم‌های بالینی اختلال سایکوتیک داشتند و بین ابتلا به عفونت‌های نسج نرم و اختلال سایکوتیک ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۲). هم‌چنین ۳ نفر از ۴ بیمار مبتلا به اسهال عفونی دچار اختلالات چندگانه روانپزشکی بودند، در حالی‌که تنها ۱۰ نفر (۱۸/۲ درصد) از ۵۵ بیمار مبتلا به سایر سندرم‌های بالینی اختلال چندگانه را از خود نشان دادند و رابطه معنی-داری بین ابتلا به اسهال عفونی و وجود اختلال چندگانه روانپزشکی مشاهده شد (P=۰/۰۳). بین سایر سندرم‌های منجر به بستری و اختلالات روانپزشکی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نگردید (NS).

تمامی ۲۵ بیماری که سابقه اقامت کمتر از ۶۰ ماه در زندان را ذکر می‌کردند فاقد اختلال اضطرابی بودند، در حالی‌که ۵ نفر (۱۴/۷ درصد) از ۳۴ بیماری که سابقه اقامت بیش از ۶۰ ماه را در زندان داشتند، دچار اختلال اضطرابی بودند و بین ابتلا به اختلال اضطرابی و سابقه اقامت بیش از ۶۰ ماه در زندان

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

رابطه معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۴۵). بین مدت اقامت در زندان و نیز مدت اعتیاد با سایر اختلالات روانپزشکی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نگردید.

وقتی اختلالات روانپزشکی بیماران را صرف‌نظر از هم‌زمانی آنها با سایر متغیرها مورد تجزیه و تحلیل قرار دادیم، بین اختلال شناختی و شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ رابطه آماری معنی‌داری مشاهده گردید. به این ترتیب که در هر سه مورد اختلال شناختی مشاهده شده شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ بود، در حالی‌که تنها ۱۸ مورد (۲۵/۴ درصد) از سایر بیماران شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ را از خود نشان دادند (P=۰/۰۲).

بحث

در این مطالعه، از ۵۹ بیمار ۵۸ نفر مذکر بودند و تمامی مردان اشاره سابقه اعتیاد و اقامت در زندان و مراکز بازپروری را ذکر می‌کردند. بر اساس گزارش مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، ۹۵/۵ درصد موارد HIV/AIDS در ایران را مردان و تنها ۴/۵ درصد را زنان شامل می‌شوند . همچنین ۶۶/۴ درصد موارد عفونت HIV از راه اعتیاد تزریقی و ۱۲/۶ درصد از سایر راه‌های شناخته شده منتقل شده و در ۲۱ درصد موارد نحوه ابتلا نامشخص بوده است (۱۱). جنس مذکر و سابقه اعتیاد در اکثر قریب به اتفاق موارد به نوعی موید الگوی غالب اعتیاد تزریقی در ابتلا عفونت HIV در بیماران تحت مطالعه ما می‌باشد. اگرچه جمع‌آوری اطلاعات قابل استناد در زمینه روابط جنسی در بیماران ما فراهم نبود، اما اکتساب عفونت از این طریق هم باید مدنظر قرار گیرد.

در مطالعه ما شاخص‌های بالینی و آزمایشگاهی ایدز در ۵۰/۸۴ درصد بیماران مشاهده گردید. این در حالی است که در مطالعه انجام شده در سال‌های ۸۲-۱۳۸۱ در مرکز آموزشی و درمانی سینای کرمانشاه ۴۴/۴ درصد بیماران شاخص‌های ایدز را دارا بودند (۱۲). اگرچه درصد بالای مبتلایان به ایدز در این پژوهش‌ها می تواند ناشی از مطالعه بر روی بیماران بستری باشد، اما در عین حال نشان از آمار بالای مبتلایان به عفونت بدون علامت HIV در جامعه است.

در مطالعه ما متوسط شمارش CD4، ۳۱۲ و میانگین درصد CD4، ۱۹/۶ درصد بود. در مطالعه انجام شده در بیمارستان سینای کرمانشاه طی سال‌های ۸۲-۱۳۸۱ متوسط شمارش CD4 در ۷۲ بیمار بستری ۳۵۶ سلول در میکرولیتر بود (۱۲). پایین بودن میانگین شمارش CD4 و افزایش آمار HIV/AIDS در مطالعه ما که به فاصله ۲ سال از مطالعه مورد اشاره صورت گرفته، نشان از پیشرفت روند HIV/AIDS در مبتلایان دارد.

در مطالعه ما ۶۲/۷ درصد از مبتلایان به عفونت HIV دچار نوعی اختلال روانپزشکی بودند، این در حالی است که در مطالعه انجام شده توسط فوکونیشی و همکاران در سال ۱۹۹۹ مشخص گردید که شیوع اختلالات روانپزشکی در ۱۷۹ بیمار مبتلا به عفونت HIV معادل ۲۹/۶ درصد است. این میزان در مبتلایان به ایدز، ۴۷/۹ درصد و در افراد با آلودگی HIV بدون شواهد ایدز ۱۸/۹ درصد بود (۱۳). تفاوت قابل‌ملاحظه فراوانی اختلالات روانپزشکی در مطالعه ما نسبت به پژوهش مورد اشاره ممکن است ناشی از درصد بالای ایدز در مطالعه ما یا وفور اعتیاد و اقامت در زندان و مراکز بازپروری به عنوان متغیرهای موثر در سلامت روان باشد.

در پژوهش ما اختلالات خلقی صرف‌نظر از هم‌زمانی با سایر اختلالات در ۴۸/۱ درصد بیماران مشاهده گردید که با مطالعه انجام شده توسط امین‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۰ بر روی بیماران مبتلا به عفونت HIV در مرکز مشاوره بیماریها که شیوع ۴۳/۱۸ درصد را گزارش کردند (۱۴) هماهنگی دارد و به مطالعه تورینا و همکارانش از دانشگاه سی‌ویلی ایتالیا که شیوع افسردگی و اختلال دیس‌تایمی را در مبتلایان به عفونت HIV به ترتیب ۳۴/۲ درصد و ۷/۱ درصد گزارش کردند (۱۵) نزدیک است. Perkins و همکارانش در سال ۱۹۹۴ در دانشگاه کارولینای شمالی شیوع افسردگی ماژور در مردان هم‌جنس‌باز HIV مثبت را ۹-۸ درصد گزارش کردند (۱۶). شیوع اختلالات خلقی در مطالعه فوکونیشی و همکاران ۲۳/۴ درصد بود (۱۳). با توجه به تشابه جمعیت مورد مطالعه، نزدیک بودن میزان اختلال خلقی در مطالعه ما و پژوهش دکتر شاکری و همکارانش چندان دور از ذهن نیست. اختلالات خلقی در مطالعه ما بیش از اغلب پژوهش‌های مورد اشاره است که می‌تواند ناشی از شرایط خاص بیماران ما مانند سابقه اقامت در زندان و نیز وفور اعتیاد تزریقی در آنها باشد. هم‌چنین تأثیر شرایط اجتماعی – اقتصادی را در این زمینه نباید نادیده گرفت.

در پژوهش ما فراوانی اختلالات شخصیتی ۲۱/۱۵ درصد بود. در مطالعه Perkins و همکارانش، شیوع اختلالات شخصیتی ۳۳ درصد بود (۱۷). در مطالعه تورینا و همکارانش اختلالات شخصیتی در ۳۶ درصد بیماران HIV مثبت مشاهده گردید (۱۵) که در مجموع با مطالعه ما هم‌خوانی دارد.

۱۹/۲۳ درصد از بیماران مطالعه ما دچار اختلال اضطرابی بودند. امین‌زاده شیوع اختلالات اضطرابی را در ۱۸/۹۳ درصد بیماران گزارش کردند (۱۴)، این در حالی است که میزان اختلالات اضطرابی در جمعیت عمومی کمتر و معادل ۱۵-۱۰

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

درصد است (۱۸). بدون شک آگاهی از ابتلا به بیماری HIV و نیز اقامت در زندان و مراکز بازپروری و اعتیاد تزریقی در جمعیت مورد مطالعه ما می‌تواند زمینه‌ساز چنین اختلالاتی در بیماران باشد.

۵/۷۶ درصد بیماران مورد مطالعه ما دچار اختلال شناختی بودند، این در حالی است که در مطالعه امین زاده و همکارانش موردی از اختلال شناختی گزارش نگردید (۱۴). در مطالعه فوکونیشی و همکارانش شیوع اختلالات شناختی ۲۳/۱۲ درصد گزارش شده که در بیماران با شاخص‌های ایدز بطور معنی‌داری (۲۸/۸ درصد) بیش از افراد بدون ایدز (۱/۱ درصد) بود (۱۳). هم‌چنین در یک مطالعه همگروهی که توسط Carter بر روی ۴۷ فرد مسن و ۳۲ بیمار جوان مبتلا به عفونت HIV انجام شد، مشخص گردید که اختلال شناختی در افراد بالای ۵۰ سال شایع‌تر است که علت آن دمانس وابسته به HIV، سن بیمار (وجود بیماری‌های عروقی)، اختلال عملکرد ایمنی در سن بالا و تغییرات پاسخهای عصبی وابسته به سن در ارتباط باعفونت HIV می‌باشد (۱۹). از آنجایی که اختلالات شناختی در درجات شدید ضعف سیستم ایمنی حادث می‌گردد، عدم گزارش آن در مطالعه امین زاده و همکارانش می‌تواند ناشی از جمعیت تحت مطالعه آنها یعنی بیماران سرپایی باشد که مسلماً وضعیت بالینی مناسب‌تری نسبت به بیماران بستری دارند. اما میزان نسبتاً بالای شیوع اختلالات شناختی در مطالعه فوکونیشی و همکارانش می تواند ناشی از تعداد بیشتر مبتلایان به ایدز در جمعیت مورد مطالعه آنها باشد. هم‌چنین به نظر می‌رسد شیوع پایین اختلال شناختی در مطالعه ما ناشی از میانگین سنی پایین‌تر بیماران باشد.

۵/۷۶ درصد بیماران مورد مطالعه ما مبتلا به اختلالات سایکوتیک بودند که کمتر از مطالعه انجام شده توسط امین‌زاده و همکارانش (۱۰/۶ درصد) است (۱۴). همچنین در مطالعه deRonchi و همکارانش مشخص گردید که شیوع اختلالات سایکوتیک جدید (new onset) در مبتلایان به عفونت HIV معادل ۳/۷ درصد است (۹).

در مطالعه ما کمترین میانگین شمارش CD4 در بیمارانی مشاهده شد که منحصرا اختلال شناختی داشتند (۱۲۹ میکرو لیتر) و بین درصد CD4 کمتر از ۱۵ درصد و اختلال شناختی منفرد رابطه آماری معنی‌داری مشاهده گردید. هم‌چنین بین شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ و مشاهده اختلال شناختی، صرف‌نظر از هم‌زمانی آن با سایر اختلالات روانپزشکی، رابطه آماری معنی‌داری دیده شد. در مطالعه Fukuonishi و همکارانش شمارش CD4 با بروز اختلالات شناختی در ارتباط بود، به طوری که میزان اختلال شناختی درافرادی با CD4 کمتر از ۵۰۰ معادل ۱/۸ درصد، در افرادی با CD4 کمتر از ۲۰۰ معادل ۲۸/۸ درصد، در بیماران با CD4 کمتر از ۱۰۰ معادل ۴۰ درصد و در افرادی که CD4 کمتر از ۵۰ داشتند ۴۵ درصد گزارش شد (۱۳). همچنین در مطالعه Carter رابطه بین شمارش CD4 و شمارش ویروسی با نقایص نوروسایکولوژیک مورد بررسی قرار گرفت و مشخص گردید که بیماران مسن‌تر شمارش ویروسی بالاتری در خون و مایع مغزی نخاعی دارند و افراد بیشتر از ۵۰ سالی که شمارش ویروسی قابل سنجش در مایع مغزی نخاعی دارند نسبت به افراد با سن کمتر از ۳۵ سال به شکل معنی‌داری بیشتر دچار نقایص عصبی-روانی می‌شوند (۱۹). چنین به نظر می‌رسد که اختلال شناختی که بیش از سایر اختلالات روانپزشکی زمینه عضوی و نورولوژیک دارد، با پیشرفت تضعیف ایمنی در جریان HIV/AIDS رابطه معنی‌داری داشته باشد. لذا وجود رابطه بین کاهش شمارش CD4 که عمده‌ترین شاخص آزمایشگاهی شدت ضعف ایمنی محسوب می‌شود، بااختلالات شناختی چندان دوراز ذهن نمی‌باشد.

در مطالعه ما بین ابتلا به اختلال اضطرابی و شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ رابطه آماری معنی‌داری مشاهده گردید. اگر چه مطالعه مشابهی که ارتباط بین شمارش CD4 و اختلال اضطرابی را مورد بررسی قرار داده باشد، پیدا نشد اما چنین به‌نظر می‌رسدکه کاهش شمارش CD4 که به نوعی نشان دهنده پیشرفت بیماری و تبعات ناشی از آن مانند عفونت‌های مکرر وبیماری‌های فرصت‌طلب است، حاکی از تحلیل جسمانی بیمار بوده و موجبات نگرانی و بروز اختلال اضطرابی را در بیمار فراهم می‌آورد.

در مطالعه ما بین ابتلا به سندرم پنومونی و اختلالات خلقی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده گردید. در این زمینه هم مطالعه مشابهی انجام نشده، اما از آنجا که ابتلا به پنومونی خود با کاهش شمارش CD4 در ارتباط است، ممکن است بروز اختلالات خلقی مانند افسردگی در واقع با پیشرفت عفونت HIV مرتبط باشد.

دراین پژوهش بین عفونت نسج نرم و بروز اختلالات سایکوتیک رابطه معنی‌داری وجود داشت. ازآنجایی که عفونت‌های نسج نرم در این گروه از بیماران ناشی از اعتیاد تزریقی است، چنین به نظر می‌رسد که سوءمصرف مواد به صورت تزریقی در این افراد با اختلالات سایکوتیک همراهی داشته باشد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

در پژوهش ما اقامت بیش از ۶۰ ماه در زندان‌ها و مراکز بازپروی با اختلالات اضطرابی در ارتباط بود. صرف‌نظر از ابتلا به عفونت HIV، بروز اختلالات اضطرابی با افزایش مدت زمان اقامت در زندان چندان دور ازذهن نبوده و قابل توجیه به نظر می‌رسد.

در پایان لازم به ذکر است که به علت مشکلات جسمی و احساس خستگی زودرس بیماران مورد مطالعه، گاهی تکمیل پرسش‌نامه SCL-90-R و یا مصاحبه بالینی در چند جلسه انجام می‌شد و گاهی این مسئله با ترخیص بیماران مصادف شده و منجر به خروج بیمار از مطالعه می‌شد.

از این مطالعه نتیجه‌گیری می‌شود، همان‌گونه که شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰، پیش‌درآمد بسیاری از عفونت‌های فرصت‌طلب است، زنگ خطری برای وقوع اختلالات شناختی و اضطرابی محسوب می‌شود. هم‌چنین درمبتلایان به عفونت HIV که با سندرم پنومونی مراجعه می‌کنند، احتمال هم‌زمانی اختلالات خلقی را نباید از نظر دور داشت. به علاوه نباید تاثیر شیوه زندگی و معضلات اجتماعی مبتلایان به HIV/AIDS را در بروز اختلالات روانپزشکی نادیده گرفت. پیشنهاد می‌شود در برخورد با مشکلات روانپزشکی در بیماران مبتلا به عفونت HIV جایگاهی برای شمارش CD4 قائل شویم.

REFERENCES

1. Cohen O, Cicala C, Vaccarezza M, Fauci AS. The immunology of human immunodeficiency virus infection. In: Mandll GL, Bennet JE, Dolin R, editors. Principle and practice of infectious disease. 5th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000;p:1374-97.
2. Fauci AS, Clifford Lane H. Humman immunodeficiency virus (HIV) Disease: AIDS related disorder. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson L, editors. Harrison's principle of internal medicine. 15th edition. New York: Mc Graw-Hill, 2001;p:1852-913.
3. Giant I, Atkinson JH. Neuropsychiatric aspects of HIV infection and AIDS. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000: 308–36.
4. Perry S, Jacobsberg L, Fishman B. Relationships between CD4 lymphocytes & psychosocial variables among HIV seropositive adult. Int Conf AIDS 1990;6:140.
5. Burack JH, Barrett DC, Stall RD, Chesney MA, Ekstrand ML, Coates TJ. Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. JAMA 1993;270:2568-73.
6. Mayne TJ, Vittinghoff E, Chesney MA, Barrett DC, Coates TJ. Depressive affect and survival among gay and bisexual men infected with HIV. Arch Intern Med 1996;156:2233-38.
7. Huang TL, Leu HS, Liu JW. Lymphocyte subsets and viral load in male AIDS patients with major depression: naturalistic study. Psychiatry Clin Neurosci 2006;60:687-92.
8. Ironson G, O'Cleirigh C, Fletcher MA, Laurenceau JP, Balbin E, Klimas N, et al. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. Psychosom Med 2005;67:1013-21.
9. De Ronchi D, Faranca I, Forti P, Ravglia G, Borderi M, Manfredi R, et al. Development of acute psychotic disorder and HIV- 1 infection. Int J Psychiatry Med 2000;30:173-83

۱۰. پرویزی ع. همبودی اختلالات خلقی واضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد افیونی جویای درمان و مقایسه آن با افراد به هنجار. پایان نامه فوق لیسانس روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال ۱۳۷۷.

۱۱. حاتمی ح و همکاران. اپیدمیولوژی بالینی وکنترل ایدز؛ جنبه‌های بهداشتی و اجتماعی ایدز. ویرایش اول، کرمانشاه، انتشارات طاق بستان، سال۱۳۸۲، صفحات ۳۵-۱.

12. Sayad B, Eini P, Hatami H, Janbakhsh A. Clinical syndromes in HIV/AIDS according to CD4 count. Iranian J Pathol 2006;1:35-39.
13. Fukunishi I, Hirabayashi N, Fukatake K. CD4 counts of HIV – positive Patients with cognitive disorder in Japan. Psychosomatics 1999;40:529.

۱۴. امین زاده ص، مظفری ش. بررسی توزیع اختلالات روانی در بیماران HIV مثبت مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماران HIV مثبت مرکز بهداشت استان کرمانشاه. پایان‌نامه جهت اخذ دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، مهرماه ۱۳۸۲.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

15. Turrina C, Fiorazzo A, Turano A, Ckcciani P, Regini C, Castelli F, et al. Depressive disorders and personality variables in HIV positive & negative intravenous drug – users. J Affect Disord 2001;65:45-53.

16. Perkins DO, Stern RA, Golden RN, Murphy C, Naftolowitz D, Evans DL. Mood disorder in HIV infection: prevalence & risk factors in a nonepicenter of the AIDS epidemic. Am J Psychiatry 1994;151:233-36.

17. Perkins DO, Davidson EJ, Lesrman J, Liao D, Evans DL. Personality disorder in Patients infected with HIV: a controlled study with implication for clinical care. Am J Psychiatry 1993;150:309-15.

18. Kaplan HI, Sadock BG, editors. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 6th edition. Daltimor: Williams & Wilkins, 1991;p:391.

19. Carter M. Over 50s with HIV at increase risk of cognitive impairment, even with HAART. Aidsmap News 2004;p: 1-3.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]