

Association between quality of life and social support among women suffering from HIV/AIDS

M. Behmanesh*

K. Taeri**

SM. Hosseini***

Z. Boroumandfar****

*School of Nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Iranian Research Center for HIV/AIDS, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Department of Biostatistics & Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

****Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*Abstract

Background: HIV/AIDS, as a chronic disease, deeply affects the patients' quality of life (QOL).

Objective: To determine the association between QOL and social support among women suffering from HIV/AIDS.

Methods: This analytical study was conducted on 60 HIV/AIDS women, under the coverage of behavioral diseases counseling center that were selected through census sampling in Isfahan, 2014. Data were collected with SF-36 and social support was investigated by family and friends scale. Data were analyzed using independent t-test, chi-square, one-way ANOVA, Pearson's correlation and linear regression analysis.

Findings: Mean scores of subjects' physical and psychosocial dimensions and overall QOL were 60.62 ± 22.76 , 56.58 ± 21.47 , 58.95 ± 20.4 out of 100 respectively. Pearson correlation coefficient showed a positive and significant association between social support and QOL.

Conclusion: With regards to the results, there was a positive relationship between social support of friends and family scale with QOL in HIV/AIDS.

Keywords: Quality of Life, Social Support, HIV, AIDS

Citation: Behmanesh M, Taeri K, Hosseini SM, Boroumandfar Z. Association between quality of life and social support among women suffering from HIV/AIDS. J Qazvin Univ Med Sci. 2016; 20 (3): 40-47.

Corresponding Address: Zahra Boroumandfar, Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center and School of Nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Email: boroumandfar@nm.mui.ac.ir

Tel: +98-913-1062962

Received: 16 Jan 2016

Accepted: 19 Apr 2016

ارتباط کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به اچ ای وی یا ایدز

زهرا برومندفرد****

دکتر سید محسن حسینی***

دکتر کنایون طائری**

مریم بهمنش*

* دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ** مرکز تحقیقات ایدز ایران دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 *** گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 **** مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

آدرس نویسنده مسؤول: اصفهان، خیابان خرم، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، تلفن ۰۹۱۳۱۰۶۲۹۶۲

Email: boroumandfar@nm.mui.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۳۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۲۶

*چکیده

زمینه: اچ ای وی یا ایدز به عنوان یک بیماری مزمن تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی مبتلایان دارد.

هدف: مطالعه به منظور تعیین ارتباط کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به اچ ای وی یا ایدز انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه تحلیلی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۶۰ نفر از زنان مبتلا به اچ ای وی یا ایدز تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر اصفهان انجام شد که با روش سرشماری انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) و حمایت اجتماعی مقیاس خانواده و دوستان جمع‌آوری و با آزمون‌های آماری تی مستقل، کای دو، آنالیز واریانس یک طرفه، تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره در ابعاد جسمی، روانی-اجتماعی و کل کیفیت زندگی به ترتیب $۶۰/۶۲ \pm ۲۲/۷۶$ ، $۵۶/۵۸ \pm ۲۱/۴۷$ و $۵۸/۹۵ \pm ۲۰/۴$ از ۱۰۰ نمره بود. آزمون پیرسون ارتباط مثبت و معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی نشان داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی مقیاس دوستان و خانواده با کیفیت زندگی مبتلایان به اچ ای وی یا ایدز وجود داشت.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، اچ ای وی، ایدز

*مقدمه

است که به آن حمایت اجتماعی می‌گویند.^(۸) در رویارویی با مشکلات، کیفیت زندگی مقوله‌ای کاملاً فردی و شخصی است که براساس شدت حمایت اجتماعی خانواده و دوستان، بعضی از افراد بهتر با مسأله کنار می‌آیند.^(۶) بررسی‌ها نشان داده‌اند افراد دارای حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های بین فردی کمتر، در رویارویی با فشارهای زندگی بیش‌تر ایستادگی می‌کنند.^(۷) بیمارانی که از حمایت اجتماعی بیش‌تری برخوردارند، احساس تردید و عدم اطمینان در آن‌ها کمتر است.^(۸) خانواده نیز به عنوان یک منبع مهم امید به زندگی در افراد مبتلا به ایدز محسوب می‌شود.^(۹) در مطالعه ماسکولیر و همکاران عملکرد خوب خانواده در حمایت از مبتلایان به اچ ای وی یا ایدز، امید

در حال حاضر، اچ ای وی بزرگ‌ترین ویروس کشنده عفونی و ایدز چهارمین علت مرگ در دنیا است.^(۱) بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند ایدز به‌طور مداوم با عدم اطمینان و تردید زندگی می‌کنند و این امر می‌تواند ابعاد جسمی، اجتماعی، معنوی، روانی، اقتصادی و فعالیت‌های روزمره آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد.^(۲) این عدم اطمینان با افزایش اختلال‌های خلق و خوی، کاهش کیفیت زندگی و کاهش سازگاری مبتلایان با بیماری همراه است.^(۳،۴) لذا بررسی کیفیت زندگی این افراد اهمیت ویژه‌ای دارد.

یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مبتلایان به اچ ای وی یا ایدز، میزان برخورداری آن‌ها از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد

به زندگی را در آن‌ها افزایش داد.^(۹)

اچ ای وی یا ایدز می‌تواند باعث ایجاد تنش در ساختار شبکه‌های اجتماعی افراد شود که نتیجه آن، انحلال روابط اجتماعی و به‌دنبال آن کاهش حمایت اجتماعی برای این بیماران خواهد بود.^(۱۰) با توجه به موارد فوق دستیابی به اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی نه تنها راه مناسبی برای یافتن درمان‌های مؤثر است، بلکه در ارتقای برنامه‌های حمایتی برای مبتلایان به اچ ای وی یا ایدز مفید است.^(۱۱) اما سؤال این است که کدامیک از عوامل حمایت اجتماعی مقیاس خانواده و دوستان ارتباط بیش‌تری با کیفیت زندگی افراد مبتلا به اچ ای وی یا ایدز دارد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی مقیاس خانواده و دوستان در زنان مبتلا به اچ ای وی یا ایدز در بستر فرهنگی - اجتماعی ایران انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه تحلیلی در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری اصفهان در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ۶۰ زن (با پرونده فعال) با روش سرشماری وارد مطالعه شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل تمایل افراد به شرکت در مطالعه، سن ۱۵ سال به بالا، عدم ابتلا به سل و عدم اعتیاد به مواد مخدر بود. ابزار گردآوری داده‌ها ۴ پرسش‌نامه زیر بود: پرسش‌نامه مشخصات فردی شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، منبع درآمد، رضایت از درآمد، پوشش بیمه و مرحله بیماری؛ پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) و پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی مقیاس خانواده (PSSFA) و مقیاس دوستان (PSSFR) مری پروسیدانو و کنیت هلم.^(۱۲-۱۴)

پرسش‌نامه کیفیت زندگی دارای دو بخش نمره کلی مؤلفه جسمی (حاصل مجموع نمره‌های خرده مقیاس‌های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، سلامت عمومی و درد بدنی) و مؤلفه روانی - اجتماعی (حاصل مجموع نمره‌های خرده مقیاس‌های انرژی و نشاط، عملکرد

اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روانی) است.^(۱۲) امتیاز هر سؤال در هر خرده مقیاس بین صفر تا ۱۰۰ است که نمره‌های بالا بر کیفیت زندگی بهتر دلالت دارند.^(۱۳) روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط پژوهشگرده جهاد دانشگاهی تهران تأیید شده است.^(۱۴)

پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی مقیاس خانواده و مقیاس دوستان مری پروسیدانو و کنیت هلم، هر کدام ۲۰ سؤال برای سنجش میزان ارضای انسان از حمایت خانواده و دوستان دارند و دامنه نمره صفر تا ۲۰ است. نمره بالا به منزله حمایت اجتماعی بیش‌تر از نظر پاسخ‌دهندگان است. هر دو مقیاس با ضریب آلفای ۰/۹۰ از پایایی درونی بالایی برخوردارند. آلفای نهایی برای مقیاس‌های حمایت اجتماعی دوستان بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ و برای حمایت اجتماعی خانواده بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ ذکر شده است. همچنین هر دو مقیاس از روایی همزمان خوبی برخوردارند.^(۱۵)

بعد از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی، کمیته اخلاق و مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه اصفهان، نمونه‌گیری انجام شد. افراد برگه رضایت‌نامه را قبل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها تکمیل کردند. جهت جلوگیری از خستگی در حین پُرکردن پرسش‌نامه‌ها، بعد از تکمیل هر دو پرسش‌نامه، وقت استراحتی به مدت ۱۰ دقیقه به افراد داده شد. پرسش‌نامه‌ها دارای شماره و بی‌نام بودند و به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۱ و آزمون‌های آماری تی مستقل، کای دو، آنالیز واریانس یک طرفه و تحلیل همبستگی پیرسون تحلیل و $P=0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

برای مشخص کردن نقش حمایت اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای در تبیین کیفیت زندگی و ابعاد آن از تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد که مدل‌های آرایه شده به شرح زیر بود: مدل خام برای ارزیابی ارتباط کیفیت زندگی و ابعاد آن (جسمی و روانی - اجتماعی) به عنوان متغیر وابسته و حمایت اجتماعی مقیاس خانواده و

خود به عنوان منبع درآمد بودند، میانگین نمره کیفیت زندگی به طور معنی داری بالاتر بود ($P=0/03$). بین نمره کیفیت زندگی با متغیرهای سن، وضعیت تأهل، شغل، پوشش بیمه و مرحله بیماری رابطه معنی داری وجود نداشت.

میانگین نمره حمایت اجتماعی - مقیاس دوستان $10/16 \pm 5/05$ و حمایت اجتماعی - مقیاس خانواده $13/4 \pm 4/64$ بود. آزمون همبستگی پیرسون بین حمایت دوستان و خانواده با کیفیت زندگی و ابعاد آن ارتباط مثبت و معنی دار نشان داد ($P < 0/05$). طبق آزمون رگرسیون خطی، مدل ۴ به عنوان مدل نهایی و بهترین مدل نشان داد که ضریب حمایت اجتماعی دوستان در ارتباط با کیفیت زندگی و ابعاد آن، با در نظر گرفتن عوامل مخدوش گر مذکور، معنی دار بود ($P < 0/05$). همچنین ضریب حمایت اجتماعی خانواده در ارتباط با کیفیت زندگی و بُعد روانی - اجتماعی معنی دار بود ($P < 0/05$); ولی در ارتباط با بُعد جسمی معنی دار نبود. حمایت اجتماعی دوستان ارتباط بیش تری با کیفیت زندگی ($P = 0/001$ و $B = 1/78$) و ابعاد جسمی ($P = 0/004$) و ($B = 1/56$) و روانی - اجتماعی ($P = 0/001$ و $B = 2/18$) داشت؛ به طوری که به ازای یک واحد افزایش در امتیاز حمایت دوستان، نمره به امتیاز کیفیت زندگی و به ترتیب $1/78$ و $1/56$ و $2/18$ نمره به امتیاز ابعاد جسمی و روانی - اجتماعی افزوده می شد (جدول شماره ۲).

دوستان به عنوان متغیر مستقل، بدون کنترل عوامل زمینه‌ای به عنوان عوامل مخدوش گر؛ مدل ۱ با کنترل عوامل زمینه‌ای سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل به عنوان عوامل مخدوش گر؛ مدل ۲ با کنترل عوامل زمینه‌ای سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، منبع درآمد و رضایت از درآمد به عنوان عوامل مخدوش گر؛ مدل ۳ با کنترل عوامل زمینه‌ای سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، منبع درآمد، رضایت از درآمد و بیمه به عنوان عوامل مخدوش گر و در نهایت مدل ۴ با کنترل تمام عوامل زمینه‌ای به عنوان عوامل مخدوش گر.

* یافته‌ها:

سن افراد مورد مطالعه $36/83 \pm 9/09$ سال بود. $56/7$ درصد افراد متأهل و 80 درصد خانه‌دار بودند. $66/7$ درصد تحصیلات زیردیپلم داشتند. $83/3$ درصد وارد مرحله ایدز شده بودند. میانگین نمره کل کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه $58/95 \pm 20/4$ ، در بُعد جسمی $60/62 \pm 22/76$ و در بُعد روانی - اجتماعی $56/58 \pm 21/47$ بود (جدول شماره ۱). آزمون آماری تی مستقل بین نمره کیفیت زندگی و سطح تحصیلات ($P = 0/001$) و رضایت از درآمد ($P = 0/04$) رابطه مثبت و معنی دار نشان داد. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بین نمره کیفیت زندگی و منبع درآمد نیز رابطه معنی دار نشان داد؛ به طوری که در کسانی که

جدول ۱ - فراوانی مشخصه‌های فردی و میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد و حیطه‌های آن در افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد	متغیر	میانگین نمره
میزان	۴۰	۶۶/۷	حیطه عملکرد جسمی	$64/08 \pm 25/38$
تحصیلات	۲۰	۳۳/۳	حیطه عملکرد اجتماعی	$62/91 \pm 24/89$
وضعیت تأهل	۲۶	۴۳/۳	حیطه ایفای نقش جسمی	$70/41 \pm 33/66$
	۳۴	۵۶/۷	حیطه ایفای نقش هیجانی	$67/22 \pm 38/56$
وضعیت اشتغال	۴۸	۸۰	حیطه سلامت روانی	$53/13 \pm 20/07$
	۱۲	۲۰	حیطه سرزندگی و نشاط	$49/75 \pm 21/83$
منبع درآمد	۱۱	۱۸/۳	حیطه درد بدنی	$64/04 \pm 29/22$
	۲۹	۴۸/۳	حیطه سلامت عمومی	$44/5 \pm 27/82$
	۱۱	۱۸/۳	بُعد جسمی	$60/62 \pm 22/76$
	۹	۱۵	بُعد روانی - اجتماعی	$56/58 \pm 21/47$
رضایت از درآمد	۲۱	۳۵	کیفیت زندگی (کل)	$58/95 \pm 20/4$
	۳۹	۶۵		
پوشش بیمه درمانی	۵۱	۸۵		
	۹	۱۵		
مرحله بیماری	۵۰	۸۳/۳		
	۱۰	۱۶/۷		

جدول ۲- نتایج آزمون پیرسون و رگرسیون جهت پیش‌بینی کیفیت زندگی و ابعاد آن براساس حمایت اجتماعی

متغیر وابسته		کیفیت زندگی		بُعد جسمی		بُعد روانی - اجتماعی	
متغیر مستقل		۱ (ضریب همبستگی)	۲ (ضریب همبستگی)	۱ (ضریب همبستگی)	۲ (ضریب همبستگی)	۱ (معنی‌داری)	۲ (معنی‌داری)
حمایت دوستان		۰/۵۵	۰/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
حمایت خانواده		۰/۳۹	۰/۳۷	۰/۰۰۲	۰/۳۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵
متغیر وابسته		کیفیت زندگی		بُعد جسمی		بُعد روانی - اجتماعی	
متغیر مستقل		B (ضریب استاندارد نشده)	B (ضریب استاندارد نشده)	B (ضریب استاندارد نشده)	B (ضریب استاندارد نشده)	۱ (معنی‌داری)	۲ (معنی‌داری)
مدل	حمایت دوستان	۲/۲۵	۲/۲۷	۰/۰۰۱	۲/۲۷	۰/۰۰۱	۲/۲۷
	حمایت خانواده	۱/۴۷	۱/۸۳	۰/۰۰۲	۱/۶۵	۰/۰۰۵	۱/۶۵
۱	حمایت دوستان	۱/۷۷	۱/۷۱	۰/۰۰۱	۱/۹۳	۰/۰۰۱	۱/۹۳
	حمایت خانواده	۱/۴۱	۱/۴۵	۰/۰۰۶	۱/۳۹	۰/۰۰۱	۱/۳۹
۲	حمایت دوستان	۱/۶۸	۱/۴۹	۰/۰۰۱	۲/۰۵	۰/۰۰۱	۲/۰۵
	حمایت خانواده	۱/۲۵	۱/۱۱	۰/۰۰۲	۱/۹۴	۰/۰۰۱	۱/۹۴
۳	حمایت دوستان	۱/۶۷	۱/۴۵	۰/۰۰۱	۲/۰۸	۰/۰۰۱	۲/۰۸
	حمایت خانواده	۱/۲۳	۱/۰۸	۰/۰۰۲	۱/۵۰	۰/۰۰۱	۱/۵۰
۴	حمایت دوستان	۱/۷۸	۱/۵۶	۰/۰۰۱	۲/۱۸	۰/۰۰۱	۲/۱۸
	حمایت خانواده	۱/۱۹	۱/۰۲	۰/۰۰۳	۱/۴۷	۰/۰۰۲	۱/۴۷

*بحث و نتیجه‌گیری:

مطالعه حمایت اجتماعی بیش‌ترین و قوی‌ترین تأثیر را روی نمره کل کیفیت زندگی مبتلایان داشت.^(۱۷) کم‌تر بودن نمره کیفیت زندگی در بُعد روانی - اجتماعی در این دو مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی داشت. با توجه به این امر، ضرورت مداخله‌های روانی بیش‌تر را نشان می‌دهد. در واقع مداخله جهت بهبود مشکلات روانی بیماران در کنار درمان زیست‌شناختی می‌تواند تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی بیماران داشته باشد.^(۱۶)

در مطالعه حاضر سطح تحصیلات بالاتر با کیفیت زندگی بهتر همراه بود. در مطالعه‌های وحدت و باکی اونو نیز سطح تحصیلات بالاتر با کیفیت زندگی بهتر همراه بود و با مطالعه حاضر همخوانی داشت.^(۱۸و۱۹) بهتر بودن کیفیت زندگی در بیماران تحصیل کرده می‌تواند به دو دلیل باشد: اول این که این بیماران به دلیل امکانات شغلی و مالی بهتر و خودکفایی، می‌توانند زندگی بهتری را برای خود تأمین کنند و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتری داشته باشند. دوم این که با کسب اطلاعات بهتر و به‌روزتر در مورد بیماری و راه‌های سازگاری و مقابله با پیامدهای

مطالعه حاضر ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به اچ آی وی یا ایدز نشان داد. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه، ۵۸ از ۱۰۰ نمره و در بُعد روانی - اجتماعی کم‌تر از بُعد جسمی بود. حاصلی و همکاران (۲۰۱۲) طی مطالعه‌ای با هدف بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به اچ آی وی یا ایدز، میانگین نمره کیفیت زندگی را ۴۸/۸، در بُعد جسمی ۵۰/۴ و در بُعد روانی - اجتماعی ۴۶/۳ گزارش کردند، همچنین بیش‌ترین میانگین نمره (۵۸±۲۷/۲) در حیطة عملکرد جسمی و کم‌ترین میانگین نمره (۳۳/۳±۳۱/۹) در حیطة ایفای نقش هیجانی بود.^(۱۶) در مطالعه سان و همکاران (۲۰۱۳) با هدف بررسی کیفیت زندگی افراد مبتلا به اچ آی وی یا ایدز و عوامل مرتبط با آن، میانگین نمره کیفیت زندگی ۶۴/۵ و میانگین نمره‌های ابعاد جسمی و روانی - اجتماعی نیز به ترتیب ۶۶/۸ و ۶۲/۲ بود؛ همچنین بیش‌ترین میانگین نمره (۸۳±۲۱/۵) در حیطة عملکرد جسمی و کم‌ترین در حیطة سلامت عمومی (۴۵/۲±۲۱) بود. در آن

آن می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی خود کمک کنند.

در این مطالعه بین نمره کیفیت زندگی و رضایت از درآمد و منبع درآمد ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت؛ به‌طوری که افرادی که از میزان درآمد خود رضایت داشتند و افرادی که خود منبع درآمد بودند در مقایسه با کسانی که خانواده منبع درآمد آن‌ها بود، کیفیت زندگی بالاتری داشتند، ولی بین شغل و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. این موضوع می‌تواند به این دلیل باشد که شغل برخی از افراد، فروشنده‌گی، نظافت منزل و غیره بوده که از نظر مادی و معنوی، رضایت آن‌ها را تأمین نمی‌کرد. در مطالعه‌های وحدت و نیکوسرشت و همکاران افراد شاغل کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد غیرشاغل داشتند.^(۲۰،۱۸)

در مطالعه حاضر بین وضعیت تأهل، سن، پوشش بیمه و مرحله بیماری با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. در مطالعه پیراسته مطلق و همکاران نیز وضعیت تأهل و سن با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی‌داری نداشت که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.^(۲۱) اما در مطالعه نجومی و همکاران وضعیت تأهل با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی‌داری داشت و افراد متأهل کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد مجرد داشتند.^(۱۱) این موضوع می‌تواند به این دلیل باشد که در مطالعه حاضر بین تعداد افراد متأهل و مجرد تفاوتی وجود نداشت و به همین دلیل ارتباط معنی‌دار نشد، ولی در مطالعه نجومی این تفاوت زیاد بود. در مطالعه باکی اونو و همکاران ارتباط سن با کیفیت زندگی معنی‌دار بود و افراد مسن‌تر کیفیت زندگی بهتری داشتند.^(۱۹)

در مطالعه حاضر بین مرحله بیماری و کیفیت زندگی بیماران ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت که مشابه مطالعه‌های نیکوسرشت و رضوی و همکاران بود.^(۲۲،۲۰) اما با نتایج مطالعه‌های وحدت و نجومی در تضاد بود. شواهد نشان می‌دهند تشخیص اچ آی وی در افراد مبتلا، بیش‌تر از بروز علائم بیماری و وارد شدن به مرحله ایدز، کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^(۲۰)

در این مطالعه بین کیفیت زندگی و ابعاد آن با حمایت اجتماعی مقیاس خانواده و دوستان، ارتباط آماری مثبت و معنی‌دار وجود داشت. در مطالعه چرخیان و همکاران نیز ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در مبتلایان به اچ آی وی وجود داشت. در مردان، حمایت اجتماعی با هر دو بُعد جسمی و روانی- اجتماعی در ارتباط بود، ولی در زنان فقط با بُعد روانی- اجتماعی ارتباط داشت.^(۱۰)

مطالعه حاضر از بین عوامل حمایت اجتماعی مقیاس خانواده و دوستان، حمایت اجتماعی دوستان ارتباط بیش‌تری با کیفیت زندگی مبتلایان داشت. شکوری و همکاران در مطالعه‌ای گزارش کردند که انگ ناشی از ایدز بر روابط اطرافیان و دوستان با بیمار تأثیر می‌گذارد و سبب طرد بیمار از جانب دوستان و حس انزوا و گوشه‌گیری وی می‌شود.^(۲۳) با توجه به نقش مهم حمایت دوستان در کیفیت زندگی مبتلایان به اچ آی وی یا ایدز به نظر می‌رسد باید به دنبال راهی برای بهبود روابط دوستانه در بین این بیماران بود.

همچنین طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مناسب در این راستا می‌تواند مؤثر باشد. از طرفی، تنها جایی که این بیماران می‌توانند با هم در تعامل باشند، مرکز ارایه‌دهنده خدمات به افراد مبتلاست، لذا تشکیل گروه‌های همیار و اجرای برنامه‌های آموزشی و مهارت‌های زندگی، برنامه‌های ورزشی گروهی، اردوهای دسته‌جمعی، خاطره‌گویی گروهی و غیره در مرکز و تشویق بیماران به عضویت در این گروه‌ها و تعامل با یکدیگر می‌تواند اثربخش باشد.

به‌طور کلی، در این مطالعه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به اچ آی وی یا ایدز ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت. با توجه به مقطعی بودن مطالعه حاضر، نتیجه‌گیری در مورد رابطه علت- معلولی بین متغیرهای پژوهش، امکان‌پذیر نمی‌باشد. لذا انجام مطالعه‌های مداخله‌ای برای اثبات رابطه علت- معلولی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مبتلایان به

6. Abachi A, Behravan H. The analysis of stigma impact on quality of life in patients with HIV/AIDS: a phenomenological study. *J Qual Res Health Sci* 2013; 2 (2): 158-72. [In Persian]
7. Jalilian M, Mostafavi F, Sharifirad G. Association between self-efficacy, perceived social support and quality of life in patients with cardio vascular diseases: a cross-sectional study. *J Health Syst Res* 2013; 9 (5): 531-9. [In Persian]
8. Sajjadi M, Rassouli M, Bahri N, Mohammadipoor F. The correlation between perceived social support and illness uncertainty in people with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome in Iran. *Indian J Palliat Care* 2015 May-Aug; 21 (2): 231-5. doi: 10.4103/0973-1075.156508.
9. Masquillier C, Wouters E, Mortelmans D, Booyens Fle R. Families as catalysts for peer adherence support in enhancing hope for people living with HIV/AIDS in South Africa. *J Int AIDS Soc* 2014 Apr 3; 17: 18802. doi: 10.7448/IAS.17.1.18802.
10. Charkhian A, Fekrazad H, Sajadli H, Rahgozar M, Haji Abdolbaghi M, Maddahi S. Relationship between health-related quality of life and social support in HIV-infected people in Tehran, Iran. *Iran J Public Health* 2014 Jan; 43 (1): 100-6.
11. Nojoomi M, Anbari Kh. A comparison of the quality of life in HIV/AIDS patients and control group. *RJMS* 2008; 15 (58): 169-76. [In Persian]
12. Barkhordari A, Shirazi J, Halavani G, Baghianimoghaddam M, Fallahzadeh H, Sabzemakan L, et al. Review in relationship between quality of life with occupational accidents in Rudbar Lorestan Dam and plant in 1389. *Occupational Medicine Quarterly*

اچ آی وی یا ایدز، پیشنهاد می‌شود.

تفاوت‌های فردی و فرهنگی، نوع شخصیت و شرایط روانی افراد ممکن است بر نتیجه پژوهش مؤثر بوده باشد که از محدودیت‌های پژوهش است.

*سپاس‌گزاری:

از همکاری کارکنان و مددجویان مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر اصفهان، قدردانی می‌شود. این مقاله قسمتی از نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۳۹۳۷۲۴ است.

*مراجع:

1. Etemad K, Eftekhari Ardebili H, Rahimi A, Gouya MM, Heidari A, Kabir MJ. Attitudes and knowledge of HIV positive persons and high risk behaviors groups in Golestan. *Iran J Epidemiol* 2011; 7 (1): 23-31. [In Persian]
2. Mishel MH. Theories of uncertainty in illness. In: Smith M, Liehr P, editors. *Middle range theory for nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 2013. 53-86.
3. Lin L, Acquaye AA, Vera-Bolanos E, Cahill JE, Gilbert MR, Armstrong TS. Validation of the Mishel's uncertainty in illness scale-brain tumor form (MUIS-BT) *J Neurooncol* 2012 Nov; 110 (2): 293-300. doi: 10.1007/s11060-012-0971-8.
4. Kurita K, Garon EB, Stanton AL, Meyerowitz BE. Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psychooncology* 2013 Jun; 22 (6): 1396-401. doi: 10.1002/pon.3155.
5. Tork Zahrani Sh, Rastegary L, Koda Karami N, Mohebbi P. The relationship between quality of life and social support in women treated for cervical cancer. *Preventive Care in Nursing & Midwifery J* 2012; 1 (2): 51-7. [In Persian]

- Journal 2011; 2 (1): 44-50. [In Persian]
13. Darvishpoor Kakhaki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Tools to measurement of health status and quality of life of elderly people. *Pajouhesh Dar Pezeshki* 2010 Autumn; 33 (3): 162-73. [In Persian]
14. Mohammad Alikhani S, Asefzadeh S, Jahani Hashemi H. Quality of life in students of Qazvin University of Medical Sciences. *Edrak J* 2011; 6 (22): 5-11. [In Persian]
15. Hamidi F. Relationship between Social support and mental health among female-headed households employed a military university. *Military Psychology J* 2010; 1 (2): 51-60.
16. Haseli N, Esmaealzadeh F, Ghahramani F, Alimohamadi Y, Hayati R, Mahboubi M. Health-related quality of life and its related factors in HIV+ patients referred to Shiraz Behavioral Counseling Center, Iran in 2012. *Med J Islamic Republ Iran* 2014; 28 (1): 76-81. [In Persian]
17. Sun W, Wu M, Qu P, Lu C, Wang L. Quality of life of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the associated factors. *PLoS One* 2013 May 31; 8 (5): e64562. doi: 10.1371/journal.pone.0064562.
18. Vahdat K, Hadavand F, Rabieian P, Farhangpour L. Study of quality of life in patients living with HIV in Bushehr province. *Iran South Med J* 2012; 15 (2): 119-26. [In Persian]
19. Bakiono F, Ouédraogo L, Sanou M, Samadoulougou S, Guigueme PW, Kirakoya-Samadoulougou F, et al. Quality of life in people living with HIV: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *Springerplus* 2014 Jul 21; 3: 372. doi: 10.1186/2193-1801-3-372.
20. Nikoo Seresht Z, Rimaz S, Asadi Iari M, Nedjat S, Merghati khoie E, Motevallian SA, et al. Relationship between quality of life and social capital amongst people living with HIV/AIDS attending the Imam Khomeini Hospital Consultation Center for clients with risky behaviors in Tehran-2011. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2014; 11 (3): 17-28. [In Persian]
21. Pirasteh Motlagh AA, Nikmanesh Z. The role of spirituality in quality of life patients with AIDS/HIV. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2012; 20 (5): 571-80. [In Persian]
22. Razavi P, Hajifathalian K, Saeidi B, Esmaeeli Djavid G, Rasoulinejad M, Hajiabdolbaghi M, et al. Quality of life among persons with HIV/AIDS in Iran: internal reliability and validity of an International Instrument and associated factors. *AIDS Research and Treatment* 2012; 8 (5): e64562. doi:10.1155/2012/8494.
23. Shakoory A, Darkash M. An exploratory study socio-economic situation of AIDS patients in Iran. *Iranian J Social Problems*. 2013; 4 (1): 21-43.