

همبستگی بین امید و کیفیت زندگی در بیماران اچ‌آی‌وی مراجعه‌کننده به باشگاه‌های سازمان بهزیستی در تهران و کرمانشاه (1388)*

بهروز خسروی زاد^{1*}؛ اصغر دادخواه²؛ مجید رضازاده³؛ مهدی رهگذر⁴

چکیده

زمینه: ابتلا به اچ‌آی‌وی در قرن گذشته، مهم‌ترین تهدید برای سلامت مردم جهان بوده است. هدف این پژوهش تعیین رابطه بین امید و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی، توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش تمامی مردان و زنان مراجعه‌کننده به باشگاه‌های افرای سبز در کرمانشاه و باشگاه زندگی مثبت ایرانیان و زندگی خاموش در تهران بود. به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای در دسترس، نمونه‌ای با حجم 183 نفر (79 زن و 104 مرد) انتخاب شد. جهت گردآوری داده‌ها از چک‌لیست ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران اچ‌آی‌وی و ایدز و پرسشنامه 12 آیتمی امید استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری کلموگروف - اسمیرنوف، پیرسون و اسپرمن، T مستقل، U مان ویتنی و کای اسکویر استفاده شد.

یافته‌ها: رابطه معنادار بین امید و نمره کلی کیفیت زندگی در مبتلایان به اچ‌آی‌وی دیده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: برخلاف دیگر بیماری‌های مزمن، در مبتلایان به اچ‌آی‌وی، امید رابطه معناداری با کیفیت زندگی ندارد.

کلیدواژه‌ها: اچ‌آی‌وی، امید، کیفیت زندگی

«دریافت: 1392/3/27 پذیرش: 1392/8/7»

1. گروه مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

2. گروه روانشناسی بالینی و مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

3. گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران

4. گروه کامپیوتر و آمار حیاتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

*عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، باینگان، اداره آموزش و پرورش منطقه باینگان، تلفن: 09183883292

Email: kardoo63@gmail.com

* این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی بهروز خسروی زاد جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران می‌باشد.

مقدمه

(1). سرعت گسترش ویروس ایدز بیشتر از تلاش‌های متخصصان این حوزه بوده است. به‌گونه‌ای که به گزارش سازمان بهداشت جهانی (World health organization) (2010) (2)، در حال حاضر در هر یک دقیقه، 6 نفر در دنیا بر اثر ابتلا به این ویروس تلف می‌شوند. ماهیت مرگبار بیماری، توانایی تغییر ژنتیکی بسیار بالا، شیوع افسارگسیخته آن در تمام کشورها و در نتیجه خسارات

بیماری ایدز (Acquired Immunodeficiency Syndrome) در قرن گذشته مهم‌ترین تهدید برای سلامت مردم جهان بوده است. پس از مشاهده اولین مورد ابتلا به ویروس ایدز در سال 1981 در لس‌آنجلس، بحث درباره شناسایی مکانیسم عملکرد، کنترل و درمان آن با سرعت در مجامع پزشکی آمریکا و سپس دیگر نقاط دنیا گسترش یافت

در ایران نیز گرچه پژوهش در کیفیت زندگی مبتلایان به اچ‌آی‌وی زیاد نیست اما موارد متعددی که وجود دارد حاکی از پایین بودن کیفیت زندگی آنان است. نتیجه پژوهش‌ها حاکی از آن است که کیفیت زندگی بیماران اچ‌آی‌وی و ایدز در ایران در حد نامطلوب است (11-13). متعاقب گسترش ایدز و تلاش‌های پزشکی و روانشناختی برای کنترل و کاهش تبعات آن، اخیراً متغیر دیگری تحت عنوان "امید" (Hope) در بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز مدنظر قرار گرفته است. اولین تلاش‌ها برای تبیین و سنجش امید به کارهای اسنایدر و همکاران در دو دهه گذشته مربوط می‌شود که تفاوت این مفهوم را با مفاهیمی از جمله خوشبینی آموخته شده (Learned optimism) (سلیگمن، 1995) (14)، رفتار تیپ A، عزت نفس، هوش یا موفقیت و خودکارآمدی (بندورا، 1997) تبیین نمودند (15). اسنایدر و همکاران (1991) اولین بار نظریه خود را درباره امید مطرح نموده و آن را مرکب از مؤلفه‌های قدرت اراده یا تفکر پایوری (Agency thinking)، قدرت راهیابی یا تفکر برنامه‌ریزی (Pathways thinking)، هدف و تشخیص موانع دانستند. گرچه اسنایدر و همکارانش پرسشنامه امید را در کودکان و بزرگسالان هنجار نمودند اما این جمعیت شامل بیماران اچ‌آی‌وی و ایدز نمی‌شود (16).

به گفته اسنایدر (17)، امید مفهومی شناختی است که متوجه آینده است. بیماران اچ آی وی و ایدز اگر به آینده امید داشته باشند ممکن است در ابعاد مختلف کیفیت زندگی خویش، وضعیت بهتری را احساس نمایند و به‌طور متقابل، برخورداری از زندگی مطلوب می‌تواند احساس امید را در بیماران افزایش دهد (15). گزارش‌ها حاکی از آن است بیمارانی که کیفیت زندگی بهتری گزارش می‌دهند درمان دارویی را بهتر پی‌گیری می‌نمایند، از رفتارهای پرخطر اجتناب می‌ورزند و مراقب هستند تا از انتقال ویروس به سایرین پیشگیری شود و به این که ممکن است در آینده نزدیک، درمان قطعی برای این بیماری پیدا شود، باور دارند (9، 10 و 15). برخلاف

بسیار سنگین آن باعث شد تا در یک دهه، همه کشورها با هماهنگی سازمان‌های بین‌المللی بر علیه این بیماری متحد شوند و حتی در سال 2000 شورای امنیت سازمان ملل متحد برای بررسی وضعیت آن تشکیل جلسه داد (3).

علی‌رغم آمارهای بین‌المللی که حاکی از کاهش درصد رشد این ویروس در جهان است، انتشار ویروس اچ‌آی‌وی در ایران رو به گسترش است و بین 96-100 هزار مبتلا به ویروس ایدز در ایران وجود دارد که تنها 26 هزار و 90 نفر از آنان شناخته شده‌اند (4).

بی‌توجهی به وضعیت زندگی مبتلایان به ایدز و از دست دادن جایگاه اجتماعی از جمله دریافت انگ اجتماعی باعث می‌گردد که مبتلایان به ایدز به انجام رفتارهای غیر مسئولانه بپردازند که منجر به انتشار ویروس و آلوده شدن افراد جدید می‌گردد (4). در بحث‌های مربوط به ایدز بعد از ناامیدی متخصصان از درمان قطعی بیماری، از جمله مفاهیمی که مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، مفهوم کیفیت زندگی است (5).

در بین متخصصان، توافق بر روی تعریف مفهوم کیفیت زندگی وجود ندارد. کیفیت زندگی را مجموعه‌ای چندبعدی از رفاه اقتصادی، شرایط محیطی و وضعیت سلامتی تعریف کرده‌اند که به‌وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود (5). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به‌عنوان درک فرد از موقعیت خود در زندگی در متن فرهنگ و سیستم ارزشی جامعه می‌داند که با اهداف، انتظارات و استانداردهای وی در ارتباط است. پژوهش‌های متعددی (5-10) در حوزه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی در دنیا انجام گرفته است. در بیشتر این پژوهش‌ها افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی، نمرات کم‌تری نسبت به افراد سالم کسب کرده‌اند. همچنین از آن‌جا که در پژوهش‌های مذکور، کیفیت زندگی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی با ابرازهای متفاوتی و فرهنگ‌های متفاوت سنجیده شده است، لذا نتایج متفاوتی گزارش شده است.

کیفیت زندگی در مبتلایان به اچ‌آی‌وی مورد مطالعه قرار گیرد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زنان و مردان عضو باشگاه‌های افرای سبز کرمانشاه، زندگی مثبت ایرانیان واقع در شهر تهران (بیمارستان امام خمینی) و مؤسسه زندگی خاموش ایرانیان (تهران) در بهار و تابستان 1388 بودند. سن جمعیت مورد مطالعه 15 سال و بالاتر بوده و هنوز وارد مرحله ایدز نشده بودند (جدول 1).

حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه در پژوهش‌های همبستگی (20) 183 نفر محاسبه گردید.

در این پژوهش به علت مسایل امنیتی کشور، محرمانه بودن اطلاعات افراد مورد نظر و عدم امکان انجام نمونه‌گیری تصادفی، از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای در دسترس استفاده شد. به این صورت که ابتدا براساس جمعیت هر باشگاه در کل جامعه آماری، درصدی به آن باشگاه اختصاص یافت. سپس در هر باشگاه، افراد مراجعه‌کننده از تاریخ 1388/5/10 الی 1388/6/10 به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

داده‌های این پژوهش با استفاده از ابزارهای متعدد جمع‌آوری شد. چک‌لیست ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جهت جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سن، جنس، تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت تأهل، نحوه ابتلاء به بیماری و امثال آن است که توسط سازمان بهداشت جهانی (2003) طراحی شده است.

کیفیت زندگی در حوزه امید و به‌خصوص امید در مبتلایان به اچ‌آی‌وی، پژوهش‌های کمی انجام شده است. بارنت و ووتون (18) معتقدند عوامل زیادی از جمله امنیت، شرایط اقتصادی، محیط کار و خانواده و سلامتی، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به گفته ماری و ماری (19) تحقیقات زیادی نیاز است تا ارتباط بین امید و عفونت اچ‌آی‌وی را تبیین نمایند. در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی، افزایش امید ممکن است به افراد در معرض آسیب کمک کند تا در زمینه درمان و پیشگیری با جدیت بیشتری از خدمات بهره بگیرند و به آینده بیشتر امیدوار باشند (17). تبیین ارتباط متغیرهای امید و کیفیت زندگی در مبتلایان به ویروس اچ‌آی‌وی برای برنامه‌ریزی و انجام اقدامات عملی جهت پیشگیری از گسترش این بیماری ضروری است و این مطالعه در پی تبیین این رابطه است. ارتباط بین کیفیت زندگی و امید هنوز در جمعیت عادی نیز به صورت یک خلأ پژوهشی وجود دارد اما این مسأله در مبتلایان به اچ‌آی‌وی و ایدز مبهم‌تر است. در ایران تا زمان انجام این پژوهش، پژوهش یا گزارشی در زمینه رابطه بین امید و کیفیت زندگی در افراد سالم یا بیمار یافت نشد. لذا پژوهش حاضر با هدف تبیین ارتباط بین امید و کیفیت زندگی در بیماران اچ‌آی‌وی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی، توصیفی-تحلیلی است. در این تحقیق سعی شده رابطه بین دو متغیر امید و

جدول 1- تعداد افراد جامعه آماری و حجم نمونه

| نام باشگاه | تعداد کل اعضا | تعداد مردان عضو | تعداد زنان عضو | تعداد حاضر در پژوهش |
|---------------------------|---------------|-----------------|----------------|---------------------|
| افرای سبز کرمانشاه | 3229 نفر | 2810 نفر | 419 نفر | 164 نفر |
| باشگاه یاران مثبت | 210 نفر | 167 نفر | 43 نفر | 14 نفر |
| مؤسسه زندگی مثبت ایرانیان | 61 نفر | 44 نفر | 17 نفر | 5 نفر |
| جمع | 3500 نفر | 3021 | 479 | 183 |

پرسشنامه 12 آیتمی امید: این پرسشنامه در سال 1991 توسط اسنایدر ساخته شده و تاکنون در 27 کشور دنیا بر روی جمعیت‌های مختلف از کودکان تا بزرگسالان نرم شده است (15). در چهار مطالعه بر روی دانشجویان دانشگاه، آلفای کلی مقیاس امید از پایین به بالا از 79-95-95-76 منظم شده بود. آلفای خرده‌مقیاس میانجی‌گری از 76-95 و آلفای خرده‌مقیاس راهیابی از 59-93 گزارش شده است (اسنایدر، 1996). این پرسشنامه تا زمان انجام این پژوهش در ایران بر روی هیچ جمعیتی اجرا و یا نرم نشده است. لذا در ابتدا باید به صورت پایلوت بر روی حداقل 30 نفر از مبتلایان به اچ‌آی‌وی و ایدز در جامعه مورد مطالعه اجرا می‌شد تا ضریب پایایی و نیز روایی آن مشخص شود.

برای ارزیابی روایی محتوایی این پرسشنامه، 6 نسخه ترجمه‌شده به زبان فارسی در اختیار 6 نفر از اساتید روانشناس و مشاور قرار داده شد تا در خصوص هر آیتم اظهار نظر بنمایند که آیا هر آیتم از روایی برای سنجش سازه امید مناسب است یا خیر و آیا نیاز به اصلاح دارد؟ پس از جمع‌آوری 6 نسخه پرسشنامه، بر اساس نظر متخصصانی که روایی پرسشنامه را بررسی نموده بودند، اصلاحاتی در نحوه ترجمه پرسشنامه به زبان فارسی انجام گرفت.

برای ارزیابی پایایی پرسشنامه ابتدا 30 نسخه از آن در اختیار مبتلایان به اچ‌آی‌وی ساکن تهران قرار داده شده که 18 نفر به آن پاسخ دادند. در تحلیل نتایج با استفاده از آلفای کرونباخ، همبستگی درونی 26 درصد به دست آمد که با حذف سؤالات 1، 5 و 7 این نتیجه به عدد 74 درصد افزایش یافت. موارد حذف شده از جمله سؤالاتی بودند که در ارزیابی متخصصان نیز به‌عنوان سؤالاتی که باید اصلاح می‌شدند، ارزیابی شده بودند. از این رو مجدداً پرسشنامه ترجمه گردید و پس از اعمال نظرانی که متخصصان ارائه داده بودند، در نمونه بزرگ‌تری با تعداد 100 نفر از مبتلایان اچ‌آی‌وی در شهر کرمانشاه اجرا شد که 80 نفر از آنان به پرسشنامه پاسخ

پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی ویژه مبتلایان به اچ‌آی‌وی: این پرسشنامه در 1991 توسط سازمان بهداشت جهانی ساخته شده است. فرم اولیه آن حاوی 100 آیتم است (12). در این پژوهش از فرم 32 سؤالی آن استفاده شده که در دانشگاه علوم پزشکی ایران توسط نجومی و عنبری (1386) روی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی هنجاریابی شده است. اعتبار و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلفی که در نقاط مختلف جهان انجام گرفته، به تأیید رسیده است (12). در مطالعه عنبری و نجومی که به منظور استانداردسازی این پرسشنامه انجام دادند، میزان پایایی درونی خرده‌مقیاس‌های این آزمون بین 69-96 درصد گزارش شد. میزان ضریب همبستگی با استفاده از آزمون - بازآزمون (از 48-89%) به دست آمد. از 32 سؤال پرسشنامه، 27 سؤال ابعاد حمایت خانوادگی، روابط اجتماعی، احساسات منفی، عملکرد جنسی، احساسات منفی و معنویت و مذهب را پوشش می‌دهند. نمره 5 سؤال دیگر نیز در نمره کلی کیفیت زندگی محاسبه می‌گردد و مربوط به هیچ‌کدام از ابعاد شش‌گانه نیست.

این پرسشنامه به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل می‌شود و برای تکمیل آن به 15-10 دقیقه زمان نیاز است که با توجه به کم‌حوصله بودن افراد موردنظر در این پژوهش، زمان انجام این پرسشنامه مناسب به نظر می‌رسد. کلیه سؤالات به صورت 5 گزینه‌ای و در مقیاس لیکرت بوده (بر خلاف نسخه اصلی که به صورت 7 گزینه‌ای است)، گزینه پنجم نشانه بهترین وضعیت (نمره 4) و گزینه اول نشانه بدترین وضعیت (نمره 0) است.

برای محاسبه روایی افتراقی این پرسشنامه، آن را به همراه پرسشنامه خلاصه‌شده 26 سؤالی کیفیت زندگی اجرا نموده‌اند که نتایج آن حاکی از روایی بالای آن است (12). پایایی پرسشنامه مذکور در دانشگاه علوم پزشکی ایران توسط دکتر نجومی و دکتر عنبری با تعیین ضریب آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفته و در حدود 0/92 به دست آمده است.

اچ‌آی‌وی، از معادل غیرپارامتری آزمون تی مستقل (Uمان ویتنی) استفاده شد. بر این اساس، میانگین رتبه امید افراد 20-30 سال به‌طور معناداری بیشتر از افراد 30-50 سال ($P=0/017$) و افراد 50-60 سال ($P=0/044$) است. میانگین رتبه امید افراد 20-30 سال به‌طور معناداری بیشتر از افراد 50-60 سال ($P=0/001$) و کم‌تر از افراد با سن ابتلاء نامشخص ($P=0/040$) است. میانگین رتبه امید افراد 30-40 سال به‌طور معناداری بیشتر از افراد 50-60 سال ($P=0/020$) و کم‌تر از افراد 40-50 سال ($P=0/044$) است. میانگین رتبه امید سایر گروه‌ها تفاوت آماری معناداری ندارد ($P>0/05$). میانگین رتبه کیفیت زندگی افراد 10-20 سال به‌طور معناداری بیشتر از افراد 40-50 سال ($P=0/033$) است. میانگین رتبه کیفیت زندگی افراد با سن نامشخص به‌طور معناداری بیشتر از افراد 20-30 سال ($P=0/015$) و 40-50 سال ($P=0/008$) است (جدول 2).

همچنین تفاوت آماری معناداری در میانگین رتبه نمرات امید باتوجه به نحوه ابتلا به اچ‌آی‌وی مشاهده می‌شود ($P=0/004$). میانگین رتبه کیفیت زندگی نیز با توجه به نحوه ابتلا به اچ‌آی‌وی، متفاوت است ($P=0/001$). برای مشخص شدن تفاوت میانگین رتبه امید و کیفیت زندگی وضعیت‌های مختلف شغلی، از معادل غیرپارامتری آزمون تی مستقل (Uمان ویتنی) استفاده شد. بر اساس نتایج، میانگین رتبه امید افرادی که از راه خون به اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند به‌طور معناداری بیشتر از افرادی است که از راه مواد مخدر به اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند ($P=0/016$) و میانگین رتبه امید افرادی که از راه مواد به اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند به‌طور معناداری بیشتر از افرادی است که از راه جنسی به اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند ($P=0/002$). میانگین رتبه امید سایر گروه‌ها تفاوت آماری معناداری ندارد ($P>0/05$). میانگین رتبه کیفیت زندگی افرادی که از راه خون به اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند به‌طور معناداری بیشتر از افرادی است که از راه مواد ($P=0/001$)، راه جنسی ($P=0/001$) و راه نامشخص

دادند. ضرایب همسانی درونی ماده‌های مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ 76 درصد محاسبه گردید. در مرحله بعد با استفاده از آزمون - بازآزمون این پرسشنامه در جمعیت 38 نفری، با استفاده از آلفای کرونباخ، همبستگی درونی 75 درصد به‌دست آمد.

کلیه سوالات به‌صورت 4 گزینه‌ای و در مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌گذاری به ترتیب عبارتند از قطعاً غلط است (نمره 1)، تا اندازه‌ای غلط است (نمره 2)، تا اندازه‌ای درست است (نمره 3) و قطعاً درست است (نمره 4). همچنین سوالات 3، 5، 7 و 11 به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره‌ای که هر فرد می‌تواند از پاسخ دادن به آن کسب کند 32 و حداقل نمره 8 است.

برای انجام این پژوهش ابتدا هماهنگی لازم با معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی (کمیته کنترل ایدز) صورت گرفت. پس از کسب مجوز و معرفی شدن به باشگاه‌های مذکور، پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران اچ‌آی‌وی، پرسشنامه امید و چک‌لیست مشخصات جمعیت‌شناختی در اختیار مسئولان باشگاه‌ها قرار داده شد تا از طریق رابطان افراد عضو باشگاه در اختیار افراد قرار گرفته و به‌وسیله خود اعضاء (افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی) پاسخ داده شوند. پس از انجام این کار در مدت یک ماه، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد. داده‌ها وارد نرم افزار SPSS شده و با استفاده از آزمون‌های آماری کلموگروف-اسمیرنوف، پیرسون و اسپرمن، T مستقل، Uمان ویتنی و کای اسکویر تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد که تفاوت آماری معناداری در میانگین رتبه نمرات امید باتوجه به سن ابتلا به اچ‌آی‌وی مشاهده می‌شود ($P=0/001$). همچنین میانگین رتبه کیفیت زندگی با توجه به سن ابتلا به اچ‌آی‌وی، تفاوت دارد ($P=0/043$). برای مشخص شدن تفاوت میانگین رتبه امید و کیفیت زندگی سنین مختلف ابتلا به

تأهل، متفاوت است ($P=0/001$). برای مشخص شدن تفاوت کیفیت زندگی وضعیت‌های مختلف تأهل، از معادل غیرپارامتری آزمون تی مستقل (U مان ویتنی) استفاده شد. مشاهده می‌شود میانگین رتبه کیفیت زندگی افراد متأهل به‌طور معناداری بیشتر از افراد همسر مرده ($P=0/001$)، طلاق‌گرفته ($P=0/006$) و مجرد ($P=0/001$) است ولی تفاوت آماری معناداری با میانگین رتبه کیفیت زندگی افراد متارکه‌ای ندارد ($P=0/173$). میانگین رتبه کیفیت زندگی سایر گروه‌ها تفاوت آماری معناداری ندارد ($P>0/05$) (جدول 2).

($P=0/001$) به اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند. میانگین رتبه کیفیت زندگی سایر گروه‌ها تفاوت آماری معناداری ندارد ($P>0/05$). تفاوت آماری معناداری در میانگین رتبه نمرات امید با توجه به وضعیت تحصیلی مشاهده نمی‌شود ($P=0/082$): همچنین میانگین رتبه کیفیت زندگی در وضعیت‌های مختلف تأهل، تفاوتی ندارد ($P=0/919$) (جدول 2).

تفاوت آماری معناداری در میانگین رتبه نمرات امید با توجه به وضعیت تأهل مشاهده نمی‌شود ($P=0/093$) ولی میانگین رتبه کیفیت زندگی در وضعیت‌های مختلف

جدول 2- مقایسه میانگین رتبه امید و کیفیت زندگی با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی با استفاده از آزمون آماری کروسکال والیس

| کیفیت زندگی | | امید | | متغیر | | |
|--------------|-------|--------------|--------|-------|-------|----------------------|
| مقدار احتمال | آماره | مقدار احتمال | آماره | درصد | تعداد | |
| | | 101/63 | 97/75 | 5/1 | 8 | 10-20 سالگی |
| | | 72/07 | 65/67 | 41/7 | 66 | 20-30 سالگی |
| 0/043 | 11/46 | 87/85 | 78/92 | 34/8 | 55 | 30-40 سالگی |
| | | 67/0 | 114/46 | 15/19 | 24 | 40-50 سالگی |
| | | 75/50 | 16/50 | 1/2 | 2 | 50-60 سالگی |
| | | 133/6 | 108/0 | 1/9 | 3 | نامشخص |
| | | 95/90 | 85/83 | 8/2 | 15 | بی سواد |
| | | 89/47 | 80/19 | 19/7 | 36 | ابتدایی |
| 0/919 | 0/940 | 88/77 | 86/48 | 38/8 | 71 | راهنمایی |
| | | 95/77 | 108/13 | 31/7 | 58 | متوسطه |
| | | 106/33 | 83/33 | 1/6 | 3 | دانشگاهی |
| | | 119/85 | 51/03 | 26/8 | 49 | مجرد |
| | | 82/55 | 110/72 | 30/1 | 55 | متأهل |
| 0/001 | 27/20 | 86/56 | 84/84 | 17/5 | 32 | همسر مرده |
| | | 99/97 | 105/13 | 16/9 | 31 | طلاق گرفته |
| | | 67/74 | 92/34 | 8/7 | 16 | متارکه کرده |
| | | 174/21 | 118/0 | 3/8 | 7 | خون و فرآورده‌های آن |
| 0/002 | 19/82 | 90/36 | 81/43 | 58/5 | 107 | تزریق مواد مخدر |
| | | 82/92 | 109/66 | 33/3 | 61 | رابطه جنسی |
| | | 111/25 | 75/94 | 4/4 | 8 | نامشخص |

زندگی و ابعادش با تفکر پایور مشاهده نمی‌شود
($P > 0/05$).

کیفیت زندگی و تمام ابعادش، رابطه مثبت و معناداری با بعد تفکر رهیاب دارند. کیفیت زندگی و ابعاد حمایت خانواده، روابط اجتماعی و معنویت و مذهب، عملکرد جنسی و خودبخودگی با امید، رابطه مثبت معنادار دارند ($P < 0/05$). ولی بعد عاطفه منفی نسبت به خود، رابطه معناداری با امید ندارد ($P = 0/334$) (جدول 3).

بر اساس نتایج، در کل نمونه رابطه معناداری بین کیفیت زندگی و ابعادش با تفکر پایور مشاهده نمی‌شود ($P > 0/05$). کیفیت زندگی و تمام ابعادش به جز بعد مذهب ($P = 0/101$)، رابطه مثبت و معناداری با بعد تفکر رهیاب دارند. کیفیت زندگی و ابعاد حمایت خانواده، عاطفه منفی، روابط اجتماعی و معنویت و مذهب با امید رابطه معناداری ندارند ($P > 0/05$) ولی عملکرد جنسی و خودبخودگی با امید رابطه مثبت معنادار دارند ($P < 0/05$). همچنین در مردان رابطه معناداری بین کیفیت

جدول 3- همبستگی ابعاد کیفیت زندگی و ابعاد امید در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی مراجعه‌کننده به باشگاه‌های تحت پوشش سازمان بهزیستی در شهرهای تهران و کرمانشاه (1388)

| جنسیت | متغیر | تفکر پایور | | تفکر رهیاب | | امید | |
|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | ضریب همبستگی | مقدار احتمال | ضریب همبستگی | مقدار احتمال | ضریب همبستگی | مقدار احتمال |
| مردان | کیفیت زندگی | -0/07 | 0/289 | 0/26 | 0/001 | 0/10 | 0/180 |
| | حمایت خانواده | -0/07 | 0/291 | 0/22 | 0/002 | 0/07 | 0/313 |
| | عاطفه منفی | -0/11 | 0/118 | 0/22 | 0/003 | 0/05 | 0/436 |
| | روابط اجتماعی | -0/03 | 0/610 | 0/23 | 0/001 | 0/10 | 0/160 |
| | عملکرد جنسی | 0/130 | 0/08 | 0/26 | 0/001 | 0/21 | 0/004 |
| | خود بخودگی | -0/02 | 0/782 | 0/29 | 0/001 | 0/14 | 0/046 |
| | معنویت و مذهب | 0/09 | 0/206 | 0/12 | 0/101 | 0/01 | 0/858 |
| | کیفیت زندگی | -0/04 | 0/633 | 0/49 | 0/001 | 0/26 | 0/008 |
| | حمایت خانواده | -0/01 | 0/904 | 0/44 | 0/001 | 0/25 | 0/010 |
| | عاطفه منفی | -0/20 | 0/036 | 0/36 | 0/001 | 0/096 | 0/334 |
| زنان | روابط اجتماعی | -0/08 | 0/935 | 0/43 | 0/001 | 0/24 | 0/012 |
| | عملکرد جنسی | 0/16 | 0/097 | 0/37 | 0/001 | 0/30 | 0/002 |
| | خود بخودگی | -0/05 | 0/607 | 0/42 | 0/001 | 0/21 | 0/027 |
| | معنویت و مذهب | 0/01 | 0/845 | 0/35 | 0/001 | 0/21 | 0/029 |
| | کیفیت زندگی | -0/08 | 0/470 | 0/07 | 0/512 | -0/09 | 0/940 |
| | حمایت خانواده | -0/16 | 0/141 | -0/069 | 0/548 | -0/12 | 0/265 |
| | عاطفه منفی | 0/05 | 0/621 | 0/192 | 0/091 | 0/12 | 0/266 |
| | روابط اجتماعی | -0/03 | 0/752 | 0/07 | 0/491 | 0/01 | 0/869 |
| | عملکرد جنسی | 0/02 | 0/801 | 0/042 | 0/710 | 0/03 | 0/745 |
| | خود بخودگی | -0/03 | 0/796 | 0/09 | 0/428 | 0/02 | 0/803 |
| معنویت و مذهب | -0/12 | 0/269 | 0/032 | 0/777 | -0/05 | 0/636 | |

پژوهش دیگری سویندل و دیگران (10) دریافتند که هر چه کیفیت زندگی (هم در بعد جسمانی و هم در بعد روانی) در سطح مناسب گزارش شود، در مقابل نمرات امید بالاتری گزارش می‌شود. این گزارش می‌افزاید که مشخص نیست که کدام متغیر ابتدا دیگری را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما با جرأت بیشتری می‌توان گفت این دو مفهوم رابطه تنگاتنگی با هم دارند.

عدم وجود رابطه معنادار بین امید و کیفیت زندگی در زنان و مردان را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که این افراد در یافتن راه‌حل‌ها برای رویاروی با مسایلمان توانایی لازم را ندارند. جنسیت و باورهای فرهنگی مرتبط با جنسیت، عامل مهمی در این رابطه است. پژوهش نسبتاً مشابه توسط ویت در نروژ نشان داد که مداخلات پرستاری تا حدودی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را افزایش داده است اما تأثیر معناداری بر افزایش امید آنان نداشته است. البته در این پژوهش هر دو ابزار کیفیت زندگی و امید با ابزارهای به‌کار رفته در این پژوهش متفاوت بوده‌اند (13).

از طرف دیگر عدم وجود رابطه معنادار بین امید و کیفیت زندگی در زنان و مردان می‌تواند به این خاطر باشد که نمرات امید و کیفیت زندگی هر دو در حد پایینی قرار دارند. به هر حال با توجه به عدم وجود پژوهش‌های قبلی در این زمینه، به پژوهش‌های دیگری در آینده برای ارایه نظر قطعی‌تری نیاز است.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج بررسی رابطه امید و کیفیت زندگی در زنان و مردان با هم متناقض بود. به‌گونه‌ای که در مردان، بعد اراده و نمره کلی امید با پنج بعد حمایت خانوادگی، روابط اجتماعی، نسبت به خود، احساس نسبت به مرگ و خودبخودگی، عملکرد جنسی و معنویت و مذهب رابطه مثبت داشت. در حالی که نمرات زنان در این ابعاد ارتباط معناداری را نشان نمی‌داد. محدودیت‌هایی همچون عدم امکان انتخاب نمونه به‌روش

در زنان رابطه معناداری بین کیفیت زندگی و ابعادش با امید و ابعادش مشاهده نمی‌شود ($P > 0/05$) (جدول 3).

بحث

در کل نمونه رابطه معناداری بین نمره کلی کیفیت زندگی با نمره کلی امید وجود نداشت و بین ابعاد کیفیت زندگی با بعد تفکر پایور رابطه معنادار مشاهده نشد. کیفیت زندگی و تمام ابعادش به جز بعد مذهب رابطه مثبت و معناداری با بعد تفکر رهیاب داشتند. کیفیت زندگی و ابعاد حمایت خانواده، عاطفه منفی، روابط اجتماعی و مذهب با نمره کلی امید رابطه معناداری نداشتند ($P > 0/05$) ولی عملکرد جنسی و خودبخودگی با امید رابطه مثبت معنادار داشتند.

این یافته‌ها با نتیجه پژوهش اسنایدر (13) مغایر است. کیم در کره جنوبی در پژوهشی به بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته و دریافته است که بین این دو متغیر رابطه مثبت وجود دارد. همچنین بیمارانی که در خانه از آنان مراقبت می‌شود به مراتب ارتباط قوی‌تری بین کیفیت زندگی و امید را نسبت به بیمارانی که در بیمارستان بستری هستند، گزارش می‌دهند. نتیجه پژوهش سوشیل (8) حاکی از آن است که بین حمایت اجتماعی و امید رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین امید و کیفیت زندگی در این بیماران رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش سوشیل متفاوت از پژوهش حاضر است. این مسأله می‌تواند خود باعث متفاوت بودن نتایج گردد. علاوه بر این، فرهنگ و شرایط اجتماعی که پژوهش‌های مذکور در آن انجام گرفته‌اند، با شرایط پژوهش حاضر متفاوت است. گرچه پژوهش در این زمینه (همبستگی امید و کیفیت زندگی) اندک است اما نتایج پژوهش حاضر برخلاف یافته‌های پژوهش اسنایدر (16) است. نتایج پژوهش اسنایدر حاکی از آن است که بین نمرات امید و نمرات پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان و دانشجویان کالج، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. در

تشکر و قدردانی

از معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کل کشور (کمیته کنترل و پیشگیری) که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند بسیار سپاسگزاریم.

تصادفی، عدم دسترسی مستقیم به افراد نمونه (به دلیل مسایل امنیتی و اجتماعی) و نیز عدم امکان تهیه مصاحبه با افراد آزمودنی از جمله محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌گردد که پژوهشی مشابه با حجم نمونه‌ای بیشتر و در سطح کشور انجام گیرد.

References

- Hatami H, Afshari D, Almasi F, Rahima MA, Razavi M, Jahanbakhsh A, et al. [Medical health and social aspects of HIV/AIDS (Persian)]. 1st ed. Kermanshah: Taghe Bostan 2003; 9-23.
- WHO.QOL HIV Group. WHO QOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: result from the field tset. *Aids Care*. 2010; 101(4):882-9.
- Bayanzadeh SA, Birashk B, Mottaghipour Y. [Counseling in AIDS (Persian)]. 1st ed. Tehran: Print and Publication Management. 2003;73-9.
- Reza zadeh M, Mahzari K, Arezoumandi M, Ahmadi Kh. [AIDS Prevention Teaching for people at risk(By peer Teaching Method) (Persian)]. 1st ed. Tehran: Resaneh Takhasosi. 2009;11-33.
- Ravaei F. [Effect of supportive psychotherapy on improving the quality of life for HIV patients in Kermanshah. Tehran: Master's Thesis (Persian)]. Master's thesis in family conceling. Tehran: Psychology and Educational Sciences Faculty, Alzahra University. 2006;24-36.
- Bastard YM, Kimberlin CL. Relationship between quality of life, social support and disease- related factors in HIV- infected persons in Venezuela. *Aids Care*. 2000;12(5):673-84.
- Srisorapanot M, Sambatimai S, Jarusurosasis N. HIV- seropositive results, health- related quality of life, and social support: A 24- week prospective study in Thailand. *Aids patient Care and STDS*. 2001;15(4):211-15.
- Sushil Y. Preceived social support, hope, and quality of life persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Quality of Life Research*. 2010;19(2):157-66.
- Wilson HS, Hutchinson SA, Holzmer WL. Salvaging quality of life in ethnically diverse Pations with advensed HIV/AIDS. *Qualitative Helth Research* 1997;7(3):75-87.
- Swindells S, Mohr J, Justis JC. Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness. *STD AIDS*. 1999;15(10):383-91.
- Wise U, Moradi S. [Quality of life in the women with HIV in Tehran (Persian)]. *Journal of Family Research*. 2006;2(8):310-25.
- Nojoomi M, Anbari Kh. [A comparison of quality of life in HIV/AIDS patients and control group (Persian)] *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2008;15(58):169-77.
- Charkhian A. [The relationship between self-esteem and quality of life in patients with HIV admitted to Imam Khomeini hospital (Persian)]. Master's thesis in Social Work. Tehran: Social Work and Social Welfare Faculty, University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2009;73-82.
- Bahari F. [The effect of hope.for giveness and combined marital counseling on interpersonal cognitive distortions of divorcing couples (Persian)]. PhD thesis in Family counseling. Psychology and Educational Sciences Faculty, Esfahan university. 2009;11-16.
- Bandura A. *Self efficacy: the exercise of control*. 1st ed. New York: Freeman Company. 1997;113-16.
- Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran S, Lerving L, Sigmon ST et al. The will and ways: dewlopment and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;60(4):570-85.
- Snyder CR. *Handbook of hope, theory, maashres, and aplications*. California. 1st ed. Academic Press. 2000;109-20.
- Barentt B, Weston M. Wealth, health, HIV and economics of hope. *AIDS*. 2000;22(2):27-33.
- Maree D, Maree M. Assessment of hope – process of constructing a gender-sensitive scale for hope within a South African context [cited Dec10 2012]. Available at: URL: <http://www.researchgate.net/publication>.
- Rafiepour F. [Excavations and assumptionsthe introduction of cognitive and social research (Persian)]. 1st ed. Tehran: Sahami Enteshar Co. 2003;382-3.