

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به HIV/AIDS مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) تهران

زهرا نیکوسرشت: دانشجوی دوره MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

شهناز ریماز: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران - نویسنده رابط: srimaz2000@yahoo.com

محسن اسدی لاری: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات آسیب شناسی و سرطان، دانشگاه علوم پزشکی ایران تهران، تهران، ایران
سحرناز نجات: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

عفت السادات مرقاتی خویی: استادیار، پژوهشکده رفتارهای پر خطر مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
سید عباس متولیان: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، پژوهشکده رفتارهای پر خطر مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نرگس ساعی پور: کارشناس ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۴/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی بیماران مبتلا به HIV/AIDS تحت تاثیر بیماری و تجربه آنان از طرد، انگ و تبعیض می باشد که می تواند منجر به مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی گردد. لذا بررسی کیفیت زندگی آنها کمک شایانی در ارائه خدمات سلامت و خدمات اجتماعی به این بیماران می نماید. هدف این مطالعه، تعیین کیفیت زندگی بیماران HIV/AIDS مراجعه کننده به یک مرکز اصلی مراقبت از این بیماران در ایران می باشد.

روش کار: در این مطالعه مقطعی ۳۰۰ زن و مرد مبتلا به HIV/AIDS مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی تهران، از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای اندازه گیری کیفیت زندگی، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ویژه HIV مورد استفاده قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمونهای T-test، One-Way ANOVA و Multiple regression استفاده شد.

نتایج: میانگین سن شرکت کنندگان $34/3 \pm 7/5$ سال بود. بیشتر شرکت کنندگان مرد (55%)، و بدون علامت بالینی ($51/7\%$) بودند. در بین دامنه های کیفیت زندگی، بیشترین میانگین امتیازات مربوط به دامنه سطح استقلال ($4/13 \pm 3/1$)، و کمترین میانگین مربوط به دامنه های محیط ($2/8 \pm 12/5$) و روانی ($3/1 \pm 12/5$) بود. جوانترها، زنان و شاغلان در برخی حیطه ها کیفیت زندگی بهتری داشتند ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد کیفیت زندگی مبتلایان به HIV/AIDS در دامنه های روانی و محیط، بیش از سایر دامنه ها تحت تاثیر این بیماری قرار دارند. لذا مداخلات دقیق تری برای بهبود کیفیت زندگی به ویژه در این دو حیطه برای این بیماران پیشنهاد می شود.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، HIV/AIDS، ایران، فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ایدز

مقدمه

کیفیت زندگی طیفی وسیع و مفهومی پیچیده است که تحت تأثیر سلامت جسمانی، وضعیت روانی، اعتقادات فردی، روابط اجتماعی و عوامل محیطی قرار دارد (WHOQOL-GROUP 2004). از آنجا که سلامتی بعنوان یکی از تعیین کننده‌های مهم کیفیت زندگی قلمداد می‌شود، اختلال سلامت و وجود بیماریهای مزمن از جمله ایدز بر کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد (Wachtel et al. 1992).

بیماری ایدز، یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است که به علت اثرات جسمانی، روانی، انگ و ضربه های مالی، خسارت بسیاری بر کیفیت زندگی مبتلایان وارد می نماید (Rai et al. 2010). این جمعیت بیمار اغلب در زمینه اشتغال، مسکن، بیمه و مراقبتهای پزشکی و بسیاری موارد دیگر، طرد و تبعیض را تجربه می کنند و در نتیجه سلامت جسمانی و روانی و کیفیت زندگی آنها به مخاطره می-افتد (Wachtel et al. 1992; Douaihy and singh 2001).

بر اساس گزارش وزارت بهداشت تا پایان سال ۱۳۹۱، تعداد ۲۶۱۲۵ نفر در کشور مبتلا به HIV/AIDS شناسایی شده اند که ۵۱۸۲ نفر از آنان در اثر این بیماری فوت نموده اند. از تعداد مبتلایان ۸۹/۸٪ مرد و ۱۰/۲٪ زن بوده اند (Ministry of Health and Medical Education 2012). برطبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، احتمالاً بیش از ۸۰ هزار نفر در ایران مبتلا به HIV/AIDS بوده و تعداد آنان رو به افزایش می باشد (UNAIDS/WHO 2010).

کیفیت زندگی یکی از عوامل مهم در ارزیابی سلامت بیماران مبتلا به HIV و بهبود کیفیت زندگی، یکی از هدفهای مهم درمان آنهاست. ارزیابی کیفیت زندگی، در واقع نشان میدهد که بیماری و درمان چه تاثیری بر زندگی مبتلایان گذاشته اند (Vahdat et al. 2012). تشخیص

آنکه کدامیک از حیطه های زندگی این افراد بیشتر تحت تاثیر بیماری قرار گرفته برای پزشکان و سیاست گذاران برنامه‌های سلامت اهمیت بسیاری دارد. در سالهای اخیر بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بویژه در بیماریهای مزمن اهمیت خاصی یافته است؛ اما با این وجود و علیرغم روند رو به رشد ابتلا به HIV/AIDS، مطالعات کمی در مورد کیفیت زندگی این بیماران در کشور انجام شده که مهمترین دلایل آن این است که اولاً در این گروه از افراد همیشه پیشگیری و درمان در اولویت اول بوده؛ ثانیاً این افراد اغلب انگ خورده و از اجتماع طرد شده اند، لذا کمتر مورد توجه قرار گرفته اند و ثالثاً برای اندازه گیری کیفیت زندگی آنان، ابزار اختصاصی مناسبی به زبان فارسی وجود نداشته است.

پیش از این مطالعات معدودی در ایران بمنظور بررسی کیفیت زندگی این بیماران انجام شده که در آنها سنجش کیفیت زندگی با کمک پرسشنامه‌های WHOQOL-Brief (Vahdat et al. 2012; Nojomi et al. 2008) و WHOQOL-HIV (Razavi et al. 2012) صورت گرفته است؛ اما تاجایی که بررسی های ما نشان می‌دهد در هیچ یک از مطالعات انجام شده در ایران از فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ویژه بیماران WHOQOL-HIV BREF HIV/AIDS Questionnaire (WHOQOL-GROUP. 1998) استفاده نشده است. این پرسشنامه ۳۱ سوالی، یک ابزار اختصاصی و کوتاه است که می تواند در فرهنگهای مختلف برای ارزیابی کیفیت زندگی مبتلایان به این بیماری مورد استفاده قرار گیرد (Odili et al. 2011). مطالعه حاضر باکمک نسخه فارسی این پرسشنامه جهت ارزیابی کیفیت زندگی مبتلایان به HIV در ایران انجام شده است.

هدف مطالعه حاضر تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به HIV/AIDS مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بیمارستان امام خمینی تهران با استفاده از

پرسشنامه: داده های پژوهش از طریق مصاحبه فردی با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-HIV BREF جمع آوری گردید. این پرسشنامه دارای ۳۱ سوال است که ۲۶ سوال آن مشابه سوالات پرسشنامه WHOQOL-BREF می باشد و ۵ سوال دیگر آن اختصاص به HIV/AIDS دارد (Pedroso et al. 2010). سوالات پرسشنامه در ۶ حیطه جسمانی، روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، محیط و حیطه معنوی توزیع شده اند. دو سوال اول پرسشنامه به هیچ حیطه ای تعلق ندارند و ادراک افراد را بطورکلی در مورد کیفیت زندگی و وضعیت سلامت مورد ارزیابی قرار می دهند (O'Connell and Skevington 2012).

هریک از سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران HIV، با یک طیف ۵ قسمتی (از یک تا ۵) سنجیده می شود. در بیشتر سوالات، عدد ۱ به معنی کمترین و عدد ۵ به معنی بیشترین مقدار در پاسخ سوال مورد نظر می باشد. در سوالاتی که امتیاز بالاتر به معنی کیفیت زندگی بهتر نبود در هنگام محاسبه امتیازات آنها، پاسخها ابتدا به شیوه معکوس امتیاز گذاری و سپس محاسبه امتیازات انجام گرفت. امتیاز هر حیطه با محاسبه مجموع امتیازات سوالات آن حیطه تقسیم بر تعداد سوالات آن، ضربدر عدد ۴ بدست آمد. هر حیطه امتیازی بین ۴ تا ۲۰ دارد که ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت در آن حیطه می باشد (Pedroso et al. 2010).

پرسشنامه ابتدا به فارسی ترجمه شد. پس از بررسی روایی زبانی (Linguistic validity) پرسشنامه (ترجمه، و ترجمه و سنجش استفهام) آن را در اختیار افراد متخصص و صاحب نظر قرار گرفت و متخصصان روایی محتوایی پرسشنامه را مطلوب دانستند. همچنین جهت بررسی روایی از روش مقایسه گروه های شناخته شده (Known Group Comparison) و تحلیل واریانس (Analysis Of Variance) استفاده شد که نتایج، روایی مطلوب پرسشنامه فارسی را نشان داد. بدین صورت که در یک مطالعه مقدماتی، تعداد ۱۵۰ نفر افراد HIV مثبت مراجعه کننده به مرکز

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ویژه HIV/AIDS می باشد.

روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۳۰۰ زن و مرد مبتلا به HIV/AIDS مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی تهران در محدوده زمانی شهریور ۱۳۹۰ تا اردیبهشت ۱۳۹۱ انجام شد.

مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری بیمارستان امام خمینی تهران مهمترین مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری در ایران است که پذیرای بیماران مبتلا به HIV/AIDS از سراسر کشور جهت اقدامات تشخیصی، مشاوره و درمان می باشد. با توجه به مشکلات دسترسی به این بیماران، نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از بین کلیه مراجعین سرپایی آن مرکز انتخاب شدند. بدین صورت که پرسشنامه های پژوهش جهت کلیه بیماران HIV/AIDS مراجعه کننده به این کلینیک که حاضر به همکاری بودند تکمیل شد و تکمیل پرسشنامه ها تا بدست آمدن تعداد نمونه مورد نظر ادامه یافت. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، تشخیص قطعی HIV و داشتن پرونده در مرکز مشاوره و نداشتن اختلالات شناختی شدید مانند عقب افتادگی ذهنی بود. از نظر مرحله بالینی بیماری و مدت زمان ابتلا به HIV هیچ محدودیتی وجود نداشت. اطلاعات پرسشنامه توسط یک پرسشگر آموزش دیده در فضایی خصوصی و بدون حضور دیگران تکمیل شد. شرکت کنندگان قبل از شرکت در مطالعه، از اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات مطلع شده و فرم رضایت کتبی را تکمیل می نمودند. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که در صورت شرکت یا عدم شرکت در مطالعه، هیچ تغییری در خدماتی که به آنها ارائه می شود صورت نخواهد گرفت.

Multiple regression مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

از ۳۰۰ نفر شرکت کننده ۱۶۵ نفر (۵۵٪) مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان $34/3 \pm 7.5$ تعیین شد. اکثریت آنان ۳۵ سال یا کمتر سن داشته (۵۶٪) و دارای همسر (۵۷/۰٪)، دارای تحصیلات متوسطه (دبیرستان و دیپلم) (۴۸/۷٪) و شاغل (۵۳/۷٪) بودند و کمتر از ۵ سال بود که از ابتلاء خود به HIV اطلاع داشتند (۶۴/۷٪). بیشتر آنان (۵۱/۷٪) HIV مثبت و بدون علامت بوده و بقیه در مرحله علامت دار و ابتلا به عفونت ایدز قرار داشتند. شایع ترین راه ابتلا در مردان اعتیاد تزریقی (۵۲/۷٪) و در زنان تماس جنسی محافظت نشده (۶۰/۰٪) گزارش گردید. مشخصات جمعیتی و مرتبط با بیماری شرکت کنندگان به تفکیک جنسیت در جدول ۱ نشان داده شده است.

میانگین امتیاز شرکت کنندگان از کل پرسشنامه $2/5 \pm 12/9$ بدست آمد. کمترین میانگین امتیاز مربوط به حیطه های محیط (۲/۸ \pm ۱۲/۵) و روانی (۳/۱ \pm ۱۲/۵) و بیشترین مقدار مربوط به حیطه سطح استقلال (۳/۱ \pm ۱۳/۴) بود. میانگین امتیازات شرکت کنندگان در هر حیطه در جدول ۲ نشان داده شده است.

میانگین امتیازات شرکت کنندگان در دامنه های مختلف کیفیت زندگی با آزمون های T، ANOVA و همبستگی مورد مقایسه قرار گرفت. سپس متغیرهایی که مقدار احتمال آنها برای بررسی ارتباطشان با کیفیت زندگی و دامنه های آن کمتر از ۰/۲ شده بود، وارد مدل رگرسیون شدند. نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره نشان داد کیفیت زندگی با متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تاهل، اشتغال و مدت زمان ابتلا به بیماری اختلاف معنی دار داشت.

شرکت کنندگان جوان تر در حیطه روابط اجتماعی ($p \leq 0/044$) میانگین امتیاز بالاتری داشتند و با اضافه شدن

مشاوره بیماریهای رفتاری بیمارستان امام که به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند، پرسشنامه فارسی را تکمیل نمودند. امتیازات افراد از کل پرسشنامه بر حسب پاسخگویی به سوال اول یعنی "ارزیابی کلی از کیفیت زندگی" در ۵ سطح از پاسخ "خیلی بد" تا "خیلی خوب" با هم مقایسه شد. همین تجزیه و تحلیل برای سوال دوم پرسشنامه یعنی "ارزیابی کلی از وضعیت سلامت" انجام شد و امتیازات شرکت کنندگان در دو گروهی که پاسخ "خیلی ناراضی" و گروهی که پاسخ "خیلی راضی" داده بودند مقایسه گردید. از آنجا که بین وضعیت کلی کیفیت زندگی کسانی که به سوال اول پرسشنامه (ارزیابی کلی از کیفیت زندگی) پاسخ "خیلی خوب" داده بودند و کسانی که پاسخ "خیلی بد" داده بودند رابطه معنی داری بدست آمد، برای پرسشنامه روایی مطلوبی در نظر گرفته شد. رابطه امتیازات دو گروه مقایسه شده در مورد سوال دوم نیز معنی دار بود.

برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش تعیین ثبات داخلی با محاسبه مقادیر آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ حیطه های پرسشنامه بین ۰/۸۵ - ۰/۶۴ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ بدست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه بوده و می توان از آن در مطالعات اپیدمیولوژیک برای فارسی زبانان استفاده نمود.

جهت بررسی وضعیت دموگرافیک و ویژگیهای مرتبط با بیماری در شرکت کنندگان، از پرسشنامه دیگری استفاده شد که دارای دو بخش بود. بخش اول پرسشنامه اطلاعات جمعیتی شرکت کنندگان شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و بخش دوم اطلاعات مرتبط با بیماری شامل مدت زمان اطلاع از ابتلا به بیماری، راه ابتلا و مرحله بالینی بیماری را فراهم می نمود.

تجزیه و تحلیل داده ها: کلیه داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-18 و روشهای آماری T-tests، Pearson's coefficient، One-way ANOVA

حیطه محیط با بیشترین تعداد سوال در بین حیطه‌ها، مواردی از جمله سلامت و امنیت جسمانی، محیط خانه و زندگی، منابع مالی، شرکت در فعالیتهای تفریحی و محیط فیزیکی را می‌سنجد. صاحب‌نظران خانواده را مهمترین جزء محیط فرد بیمار می‌دانند که می‌تواند وی را از نظر مالی، معنوی و امنیت که همان اجزای حیطه محیط هستند حمایت نماید (Wig et al. 2006). پایین بودن کیفیت زندگی در این حیطه ممکن است به این دلیل باشد که مبتلایان HIV/AIDS، بدلیل انگ ناشی از بیماری و یا ترس از سرایت بیماری، از سوی اعضای خانواده طرد شده و لذا از وجود یک محیط خانوادگی حمایت‌کننده محروم می‌شوند.

افراد جوان‌تر در حیطه روابط اجتماعی امتیازات بالاتری بدست آوردند که نتیجه‌ای قابل پیش‌بینی بود و با نتایج بعضی مطالعات همسوست (Pereira and Canavarro 2011; Belak Kovacevic et al. 2006; Razavi et al. 2012).

در بعضی مطالعات مبتلایان جوان‌تر در برخی حیطه‌ها از جمله محیط و معنوی، کیفیت زندگی پائین‌تری نسبت به افراد مسن‌تر داشتند (WHOQOL-GROUP 2004; Skevington 2012). از آنجا که سن یک فاکتور محدود‌کننده برای تحرک فیزیکی و آمادگی بدن جهت انجام کارهای روزانه محسوب می‌شود (Gaspar et al. 2011)، قابل انتظار است که با بالا رفتن سن، توانایی افراد برای انجام فعالیتهای روزانه کاهش یابد. همچنین با گذر زمان و بالا رفتن سن مبتلایان، احتمالاً آنان مراحل پیشرفته‌تر بیماری را تجربه کرده و بروز علائم مختلف می‌تواند کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار دهد (Belak Kovacevic et al. 2006). از طرفی این احتمال وجود دارد که افراد مسن‌تر، از مشکلات دیگر سلامت که در سنین بالاتر شیوع بیشتری دارند رنج ببرند که بر عملکرد جسمانی و اجتماعی و کیفیت زندگی آنان تاثیر منفی دارد (Balderson et al. 2013).

هر یک سال به سن افراد، میانگین امتیاز آنان ۰/۰۴۱ واحد کاهش می‌یافت. زنان در حیطه‌های جسمانی ($p < 0/045$)، سطح استقلال ($p < 0/005$) و روابط اجتماعی ($p < 0/005$) میانگین امتیازات بالاتری نسبت به مردان داشتند. در حیطه‌های روانی ($p < 0/002$) روابط اجتماعی ($p < 0/001$) و محیط ($p < 0/048$)، افراد شاغل نسبت به افراد غیرشاغل امتیازات بالاتری بدست آوردند. میانگین امتیازات افراد متأهل و مجرد در حیطه معنوی بیشتر از کسانی بود که همسر خود را در اثر فوت یا طلاق از دست داده بودند ($p < 0/001$). کسانی که کمتر از پنج سال بود به بیماری مبتلا شده بودند نسبت به کسانی که به مدت ۵ سال یا بیشتر بیمار بودند میانگین امتیاز بهتری در حیطه سطح استقلال داشتند ($p < 0/003$). بین متغیرهای سطح تحصیلات، راه ابتلا به بیماری و مرحله بالینی با کیفیت زندگی و حیطه‌های آن ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

در بین ۶ حیطه کیفیت زندگی، میانگین امتیازات شرکت‌کنندگان برای حیطه سطح استقلال که جنبه‌هایی چون تحرک بدنی، فعالیتهای روزانه و توانایی کاری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد بهتر از سایر حیطه‌ها بود. در برخی مطالعات مشابه نیز این حیطه بیشترین میانگین را داشته است (Razera et al. 2008; Belak Kovacevic et al. 2006).

کمترین میانگین امتیازات مربوط به حیطه روانی بود. در حیطه روانی، مواردی چون احساسات مثبت و منفی، تصور فرد از ظاهر خود، تمرکز و عزت نفس مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. پس از حیطه روانی، حیطه محیط با اختلاف کمی، کمترین میانگین را داشت که مشابه این نتیجه را می‌توان در دیگر مطالعات نیز مشاهده کرد (Gaspar et al. 2011; Odili et al. 2011).

بدهد و از این طریق باعث بهبود کیفیت زندگی شود (Gaspar et al. 2011). متاهلین و مجردها نسبت به کسانی که همسر خود را از دست داده بودند کیفیت زندگی بهتری داشتند که همسو با مطالعات مشابه است (Nojomi et al. 2006; Lelak Kovacevic et al. 2008) و ممکن است به دلیل برخورداری بیشتر آنان از حمایت خانواده بعنوان یکی از اجزاء مهم محیط فرد بیمار باشد. در بعضی مطالعات، رابطه‌ای بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی گزارش نشده است (Razavi et al. 2012).

کسانی که کمتر از پنج سال بود از بیماری خود اطلاع داشتند، نسبت به کسانی که بیش از پنج سال بود به بیماری مبتلا بودند کیفیت زندگی بهتری در حیطه سطح استقلال داشتند. این ممکن است بدین دلیل باشد که افرادی که بیش از پنج سال از ابتلایشان به بیماری می‌گذرد، مراحل پیشرفته‌تر بیماری را تجربه کرده‌اند و این امر می‌تواند بر توانایی و تحرک آنان تاثیر منفی بگذارد.

در کیفیت زندگی افرادی که از راه اعتیاد تزریقی و یا تماس جنسی محافظت نشده به بیماری مبتلا شده بودند تفاوتی مشاهده نشد که همسو با نتایج دیگر مطالعات است (Zimble and Fleck 2007; Razavi et al. 2012). در این مطالعه، کیفیت زندگی کسانی که در مرحله بدون علائم بالینی (HIV مثبت) بودند و کسانی که در مرحله علامت دار بیماری (AIDS) قرار داشتند اختلاف معنی‌داری نداشت که این نتیجه با نتایج بعضی مطالعات در تضاد است (Odili et al. 2011; Vahdat et al. 2012). مطالعات مشابه اخیر همخوانی دارد (Belak Kovacevic et al. 2006; Razavi et al. 2012; Gaspar et al. 2011) و نشان می‌دهد بروز علائم بالینی تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی مبتلایان نداشته است. شواهدی وجود دارد که تشخیص HIV در افراد مبتلا، بیشتر از بروز علائم بالینی و ورود افراد به مرحله ایدز، کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین اختلاف کیفیت زندگی افراد

بررسی مطالعات انجام شده در ۸ کشور دنیا، نشان داد کیفیت زندگی مبتلایان به HIV مسن‌تر، در ابعاد خواب، خستگی و روابط جنسی پائین تر از افراد جوان بود که ممکن است به اشتباه بعنوان علائم طبیعی سالمندی تعبیر شود. همچنین افراد مسن‌تر وابستگی دارویی بیشتری داشتند که بر کیفیت زندگی تاثیر منفی می‌گذارد (Skevington 2012).

زنان در حیطه‌های جسمانی، سطح استقلال و روابط اجتماعی، کیفیت زندگی بهتری نسبت به مردان داشتند که با نتایج مطالعه مشابه دیگری همخوانی دارد (WHOQOL-GROUP 2004). در بعضی مطالعات اختلاف معنی‌داری در کیفیت زندگی زنان و مردان گزارش نشده است (Razavi et al. 2012) و یا مردان کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان داشته‌اند (Nojomi et al. 2008; Coreless et al. 2004). باید توجه داشت که شواهد بسیاری وجود دارد که اعتیاد تاثیرات منفی فزاینده‌ای بر کیفیت زندگی می‌گذارد (Katibaei et al. 2010; Smith and Larson 2003) و در مطالعه حاضر نیز، تعداد مردان معتاد بسیار بیشتر از زنان معتاد بود؛ لذا این احتمال وجود دارد که پایین‌تر بودن میانگین امتیاز کیفیت زندگی مردان نسبت به زنان ناشی از ابتلای آنها به اعتیاد تزریقی باشد.

افراد شاغل نسبت به افراد غیرشاغل کیفیت زندگی بهتری در حیطه‌های روانی، روابط اجتماعی و محیط داشتند. مطالعات دیگر نیز تاثیر مثبت شغل بر کیفیت زندگی را نشان داده‌اند (Vahdat et al. 2012; Murri et al. 2003; Belak Kovacevic et al. 2006). شغل می‌تواند استرس‌های زندگی با HIV/AIDS را کاهش داده و از این طریق باعث بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی مبتلایان شود (Ruutel et al. 2009).

شغل علاوه بر داشتن فواید مالی، می‌تواند برای فرد حمایت اجتماعی فراهم کرده و به او احساس مفید بودن

نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد کیفیت زندگی بیماران HIV/AIDS در حیطه های روانی و محیطی، بیشترین تاثیر را از بیماری پذیرفته است. بنابراین پیشنهاد می شود مداخلات بهبود شرایط زندگی این بیماران در این دو حیطه، بیشتر در اولویت قرار گیرد. توجه به مشکلات زندگی بیماران HIV/AIDS نظیر بیکاری، تبعیض و انزوای اجتماعی و برنامه ریزی های موثر در جهت رفع آنها می تواند کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد. در این راستا، انجام مداخلات فرهنگ سازی در زمینه رفتار با این بیماران در جامعه، انگ زدایی و پذیرش آنان در جامعه، امنیت شغلی و رفع بیکاری اهمیت و اولویت بسیاری دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۱۷۳۰۴ مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۷ می باشد. از دانشگاه علوم پزشکی تهران و کارکنان محترم مرکز مشاوره بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی تهران به جهت همکاری در انجام مطالعه تشکر و قدردانی به عمل می آید.

HIV/AIDS در هر مرحله ای که باشند با جمعیت عمومی همان جامعه زیاد، ولی اختلاف کیفیت زندگی افراد HIV مثبت و افراد مبتلا به AIDS نسبتاً کمتر است (Burgoyne and Saunders 2001).

از محدودیت های مطالعه حاضر این بود که برای تعیین راه ابتلا، به گزارش شرکت کنندگان اکتفا شد و مراجعه به پرونده بیماران صورت نگرفت. بنابراین، علیرغم آنکه پرسشنامه ها بدون ذکر نام و مشخصات فردی تکمیل می شد بسیاری از نمونه ها از بیان واقعیت در مورد راه ابتلا به بیماری خودداری نمودند و در نتیجه تعداد مواردی که بعنوان راه ابتلای نامشخص بدست آمد بیشتر از حد مورد انتظار بود. همچنین به دلیل مشکلات دسترسی به بیماران HIV مثبت در جامعه، نمونه گیری بصورت در دسترس و از بین مراجعین سرپایی یک مرکز مشاوره بیماری های رفتاری در کشور انجام گردید که می تواند مانع از تعمیم نتایج به بیماران کل کشور شود.

جدول ۱- مشخصات جمعیتی و ویژگیهای مرتبط با مبتلایان به HIV/AIDS مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی(ره) تهران، ۹۱-۱۳۹۰ (تعداد= ۳۰۰)

کل	زن	مرد		
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۱۶۸ (۵۶)	۸۵ (۶۳/۰)	۸۳ (۵۰/۳)	۳۵ سال و کمتر	گروههای سنی
۱۳۲ (۴۴)	۵۰ (۳۷/۰)	۸۲ (۴۹/۷)	بیشتر از ۳۵ سال	
۹۹ (۳۳/۰)	۴۳ (۳۱/۹)	۵۶ (۳۳/۹)	ابتدایی و راهنمایی	
۱۴۶ (۴۸/۷)	۶۵ (۴۸/۱)	۸۱ (۴۹/۱)	دبیرستان و دیپلم	سطح تحصیلات
۵۵ (۱۸/۳)	۲۷ (۲۰/۰)	۲۸ (۱۷/۰)	بالتر از دیپلم	
۱۷۱ (۵۷/۰)	۹۱ (۶۷/۴)	۸۰ (۴۸/۵)	دارای همسر	وضعیت تاهل
۱۲۹ (۴۳/۰)	۴۴ (۳۲/۶)	۸۵ (۵۱/۵)	بدون همسر	
۱۶۱ (۵۳/۷)	۳۱ (۲۳/۰)	۱۳۰ (۷۸/۸)	شاغل	وضعیت اشتغال
۱۳۹ (۴۶/۳)	۱۰۴ (۷۷/۰)	۳۵ (۲۱/۲)	غیرشاغل	
۱۹۴ (۶۴/۷)	۸۵ (۸۳/۰)	۱۰۹ (۶۶/۱)	کمتر از پنج سال	مدت زمان ابتلا
۱۰۶ (۳۵/۳)	۵۰ (۳۷/۰)	۵۶ (۳۳/۹)	پنج سال و بیشتر	
۱۵۵ (۵۱/۷)	۷۳ (۵۴/۱)	۸۲ (۴۹/۷)	HIV مثبت/بدون علامت	مرحله بالینی
۱۴۵ (۴۸/۳)	۶۲ (۴۵/۹)	۸۳ (۵۰/۳)	دارای علامت / ایدز	
۱۰۱ (۳۳/۷)	۱۴ (۱۰/۴)	۸۷ (۵۲/۷)	خون و اعتیاد تزریقی	
۱۱۸ (۳۹/۳)	۸۱ (۶۰/۰)	۳۷ (۲۲/۴)	تماس جنسی	راه ابتلا
۳ (۱/۰)	۱ (۰/۷)	۲ (۱/۲)	مادر به کودک	
۷۸ (۲۶/۰)	۳۹ (۲۸/۹)	۳۹ (۲۳/۶)	نامشخص	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار امتیازات شرکت کنندگان در هر حیطه و کل کیفیت زندگی: مبتلایان به HIV/AIDS مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، ۹۱-۱۳۹۰

T-test	جنسیت				کل شرکت کنندگان		دامنه های کیفیت زندگی
	زن		مرد		انحراف استاندارد	میانگین	
p - value	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۰۰۳*	۳/۱۸	۱۳/۹۳	۳/۰۳	۱۲/۸۶	۳/۱	۱۳/۳	جسمانی
۰/۸۳۹	۳/۳۹	۱۲/۴۷	۲/۸۸	۱۲/۵۴	۳/۱	۱۲/۵	روانی
۰/۰۱۴*	۳/۳۲	۱۳/۹۵	۳/۰۱	۱۳/۰۴	۳/۱	۱۳/۴	سطح استقلال
۰/۰۸۲	۳/۱۷	۱۳/۵۰	۲/۹۲	۱۲/۸۸	۳/۰	۱۳/۱	روابط اجتماعی
۰/۱۶۶	۳/۰۵	۱۲/۷۸	۲/۵۷	۱۲/۳۳	۲/۸	۱۲/۵	محیط
۰/۰۲۵*	۳/۷۶	۱۲/۷۵	۳/۷۱	۱۴/۷۳	۳/۷	۱۳/۲	معنوی و اعتقادات فردی
۰/۲۴۳	۳/۷۲	۱۳/۲۳	۲/۳۱	۱۲/۸۸	۲/۵	۱۳/۰	کیفیت زندگی (کل پرسشنامه)

* نتایج معنادار آماری در سطح ۰/۰۵

جدول ۳- نتایج رگرسیون چند متغیره و تاثیر متغیرها بر شاخص کیفیت زندگی به تفکیک هر حیطه: مبتلایان به HIV/AIDS مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، ۹۱-۱۳۹۰

فاصله اطمینان ۹۵٪		p- value	آماره آزمون (t)	ضریب رگرسیون	متغیر	حیطه
حد بالا	حد پایین					
۱/۳۳۴	۰/۰۱۶	۰/۰۴۵	۲/۰۱۷	۰/۶۷۵	جنسیت	جسمانی
-۰/۳۵۳	-۱/۶۲۶	۰/۰۰۲	-۳/۰۵۸	-۰/۹۸۹	اشتغال	روانی
۰/۰۰۱	-۰/۰۸۴	۰/۰۵۷	-۱/۹۱۳	-۰/۰۴۱	سن	
۱/۷۸۲	۰/۴۶۴	۰/۰۰۱	۳/۳۵۳	۱/۱۲۳	جنسیت	سطح استقلال
-۰/۶۸۹	-۲/۵۹۳	۰/۰۰۱	-۳/۳۹۴	-۱/۶۴۱	تاهل	
-۰/۶۱۷	-۲/۳۲۴	۰/۰۰۱	-۳/۳۹۲	-۱/۴۷۱	مدت ابتلا	
-۰/۰۰۱	-۰/۰۸۸	۰/۰۰۴	-۲/۰۱۹	-۰/۰۴۵	سن	
۱/۹۲۲	۰/۳۴۲	۰/۰۰۵	۲/۸۱۹	۱/۱۳۲	جنسیت	روابط اجتماعی
-۰/۶۸۲	-۲/۲۵۳	< ۰/۰۰۱	-۳/۶۷۸	-۱/۴۶۷	اشتغال	
-۰/۰۰۴	-۱/۰۳۵	۰/۰۴۸	-۱/۹۸۲	-۰/۱۵۹	اشتغال	محیط
-۱/۰۳۱	۳/۴۸۹	< ۰/۰۰۱	-۳/۶۱۹	-۲/۲۶۰	تاهل	معنوی
-۰/۰۱۱	-۰/۰۷۷	۰/۰۰۹	-۲/۶۲۹	-۰/۰۴۴	سن	کیفیت زندگی (کل)
-۰/۱۷۸	-۱/۱۷۹	۰/۰۰۸	-۲/۶۹۹	-۰/۶۷۹	اشتغال	

References

- Balderson, BH., Grothaus, L., Harrison, RG., McCoy, K., Mahoney, C. and Catz, S., 2013. Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. *AIDS Care*. **25**(4), pp. 451-458.
- Belak Kovacevic, S., Vurusic, T., Duvancic, K. and Macek, M., 2006. Quality of life of HIV-infected persons in Croatia. *Coll Antropol*, **30**(2), pp. 79-84.
- Burgoyne, RW. and Saunders, DS., 2001. Quality of life among urban Canadian HIV/AIDS clinic outpatients. *Int J STD AIDS*. **12**(8), pp. 505-512.
- Corless, IB., Nicholas, PK., McGibbon, CA. and Wilson, C., 2004. Weight change, body image and quality of life in HIV disease: A pilot study. *Applied Nursing Research*. **17**(4), pp. 292-296.
- Douaihy, A. and Singh, N., 2001. Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *AIDS Read*. **11**(9), pp. 450-4, 460-1, 475.
- Gaspar, J., Reis, RK., Pereira, FM., de Souza Neves, LA., de Castro Castrighini, C. and Gir, E., 2011. Quality of life in women with HIV/AIDS in a municipality in the state of Sao Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. **45**(1), pp. 230-236.
- Katibaei, J., Hamidi, H., Yarian, S., Ghanbari, S. and Seyed Mousavi, PS., 2010. Comparison of quality of life, stress and mental health of addicts and non-addicts affected by HIV and healthy individuals. *Journal of Behavioral Sciences*. **4**(2), pp. 135-139 [In Persian].
- Ministry of Health and Medical Education of Iran., 2012. The latest statistics on HIV

- patients in Islamic Republic of Iran by the end of 2012. Ministry of Health and Medical Education.
- Murri, R., Fantoni, M., Del Borgo, C., Visona, R., Barracco, A., Zambelli, A., Testa, L., Orchi, N., Tozzi, V., Bosco, O. and Wu AW., 2003. Determinants of health-related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. **15**(4), pp. 581-590.
- Nojomi, M., Anbary, K. and Ranjbar, M., 2008. Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Arch Iran Med*. **11**(6), pp. 608-612.
- O'Connell, K. and Skevington, S., 2012. An international quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: A short form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS Behav*. **16**(7), pp. 452-460.
- Odili, V.U., Ikhurionan, I.B., Usifoh, S.F. and Oparah, A.C., 2011. Determinants of Quality of Life in HIV/AIDS patients. *West African Journal of Pharmacy*. **22**(1), pp. 42 – 48.
- Pedroso, B., Pilatti, LA., de Francisco, AC. and dos Santos, CB., 2010. Quality of life assessment in people with HIV: Analysis of the WHOQOL-HIV syntax. *AIDS Care*. **22**(3), pp. 361-372.
- Pereira, M. and Canavarro, MC., 2011. Gender and Age differences in Quality of Life and the impact of psychopathological symptoms among HIV-infected patients. *AIDS Behav*. **15**(8), pp. 1857-1869.
- Rai, Y., Dutta, T. and Gulati, AK., 2010. Quality of life of HIV-Infected people across different stages of infection. *J Happiness Stud*. **11**(1), pp. 61-69.
- Razavi, P., Hajifathalian, K., Saeidi, B., Esmaeeli Djauid, G., Rasoulinejad, M., Hajiabdolbaghi, M., Paydary, K., Kheirandish, P., Foroughi, M., SeyedAlinaghi, SA., Mohraz, M. and McFarland, W., 2012. Quality of life among persons with HIV/AIDS in Iran: Internal reliability and validity of an International Instrument and associated factors. *AIDS Res Treat*. 849406.
- Razera, F., Ferreira, J. and Bonamigo, R.R., 2008. Factors associated with health-related quality-of-life in HIV-infected Brazilians. *Int J STD AIDS*. **19**, pp. 519-523.
- Ruutel, K., Pisarev, H., Loit, HM. and Uuskula A., 2009. Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: A cross-sectional survey. *J Int AIDS Soc*. **12**(1), P. 13.
- Skevington, SM., 2012. Is quality of life poorer for older adults with HIV/AIDS? International evidence using the WHOQOL-HIV. *AIDS Care*. **24**(10), pp. 1219-1225.
- Smith, KW. and Larson, MJ., 2003. Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *Am J Drug Alcohol Abuse*. **29**(2), pp. 289-312.
- UNAIDS/WHO., 2010. Update of the UNAIDS/WHO epidemiological fact sheet. www.unaids.org/en/default.asp.
- Vahdat, K., Hadavand, F., Rabieian, P. and Farhangpour, L., 2012. Study of quality of life in patients living with HIV in Bushehr province. *Iranian South Med J*. **15**(2), pp. 119-126 [In Persian].
- Wachtel, T., Piette, J., Mor, V., Stein, M., Fleishman, J. and Carpenter, C., 1992. Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: Measurement by the medical outcomes study instrument. *Ann Intern Med*. **116**(2), pp. 129-137.
- WHOQOL-GROUP., 2004. WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: Results from the field test. *AIDS Care*, **16**(7), pp. 882-889.
- Wig, N., Lekshmi, R., Pal, H., Ahuja, V., Mittal, CM. and Agarwal, SK., 2006. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in north India. *Indian J Med Sci* . **60**(1), pp. 3-12.
- Zimpel, RR. and Fleck, MP., 2007. Quality of life in HIV-positive Brazilians: Application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care*. **19**(7), pp. 923-930.

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

Nikooseresht, Z., MPH. Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Rimaz, S., Ph.D. Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran - Corresponding author: srimaz2000@yahoo.com

Asadi-Lari, M., Ph.D. Associate Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health and Oncopathology Research Centre, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Nedjat, S., Ph.D. Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Knowledge utilization research center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Merghati khoii, E., Ph.D. Assistant Professor, Risk Behaviors institutes, Iranian National Centers of Addiction Studies, Brain and Spinal Cord Injury Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Motevalian, A., Ph.D. Associate Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences and Risk Behaviors institutes, Iranian National Centers of Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Saiepour, N., MSc. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Mar 11, 2013

Accepted: Jul 1, 2013

Abstract

Background and Aim: The quality of life of people living with HIV/AIDS is affected by their experiences such as social isolation, stigmatization and discrimination, which may lead to physical, mental and social problems. Knowledge of the quality of life of HIV-infected individuals can help greatly in delivering health and social services to them. The purpose of this study was to assess the quality of life of HIV/AIDS patients referring to a major care centre for these patients in Iran.

Materials and Methods: In this cross-sectional study we recruited 300 HIV-infected men and women referring to Imam-Khomeini Hospital Behavioral Disease Consultation Center in Tehran selected by convenience sampling.

Data were collected using the World Health Organization Quality of Life for HIV Brief version (WHOQOL-HIV BREF). The statistical tests used for data analysis were T-test, one-way ANOVA and multiple regression.

Results: The mean (\pm SD) age of the respondents was 34.3 ± 7.5 years. The majority of them were males (55%) and asymptomatic (51.7%). Among the domains of quality of life, level of independence had the highest (13.4 ± 3.1), and environment (12.5 ± 2.8) and psychological (12.5 ± 3.1) domains the lowest, scores. Younger and employed subjects and women reported a better quality of life in some domains ($p < 0.05$).

Conclusion: The psychological and environment domains in the quality of life were found to be more adversely affected by HIV than other domains. Suitable and culturally acceptable interventions are recommended, particularly to address these patients' psychological and environmental needs.

Key words: Quality of life, HIV/ AIDS, Iran, WHOQOL-HIV BREF