

# مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز و HIV مثبت با افراد سالم

## چکیده

زمینه و هدف: در سالهای اخیر، کیفیت زندگی به عنوان یکی از پیامدهای مهم بیماریهای مزمن مورد توجه محققان و متخصصان بالینی قرار گرفته است. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران آلوده به ویروس نقص ایمنی و مبتلا به ایدز (HIV/AIDS) تحت پوشش مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری غرب تهران و مقایسه آن با کیفیت زندگی افراد سالم طراحی شده است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی - مقایسه‌ای با روش نمونه‌گیری آسان روی ۱۳۹ بیمار و ۱۳۹ فرد سالم همسان شده، به لحاظ سنی و جنسی با بیماران انجام شده است. ابزار به کار رفته، پرسشنامه خلاصه شده سنجش کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL-Brief) بود. در مطالعه حاضر، ارتباط متغیرهای زمینه‌ای و بالینی بیماران بر کیفیت زندگی آنها مورد ارزیابی قرار گرفته و از آزمونهای T-test، chi-square، آنالیز واریانس یکطرفه و رگرسیون خطی برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شده است.

یافته‌ها: اکثریت بیماران (۸۸/۵٪) مرد و دارای تحصیلات در حد راهنمایی بودند. ۲۸/۱٪ متاهل و اغلب آنها بیکار بودند. میانگین سنی آنها (۶/۴۲) ۳۵/۴۹ سال بود. بین بیماران و گروه کنترل، در تمامی جنبه‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت (p < ۰/۰۰۱). متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، شمارش سلولهای CD4+ و مرحله بالینی بیماری تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی بیماران داشت. در رگرسیون چند متغیره، مهمترین فاکتور پیش‌گویی کننده کیفیت زندگی بیماران مرحله بالینی بیماری بود.

نتیجه‌گیری: ارائه خدمات جامعه نگر و روان‌شناسانه و ارائه مدل‌های مراقبتی متنوع، مستمر و چند جانبه در کنار مداخلات طبی موجب ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران HIV/AIDS می‌شود.

کلیدواژه‌ها: ۱- کیفیت زندگی ۲- ایدز ۳- اچ آی وی مثبت ۴- کنترل سالم

\*دکتر مرضیه نجومی I

دکتر خاطره عنبری II

تاریخ دریافت: ۸۶/۲/۹، تاریخ پذیرش: ۸۶/۵/۱۴

## مقدمه

جدی و قابل بحث در بین محققان و ارائه دهندگان خدمات سلامت مطرح شده است.<sup>(۱)</sup> ایدز، از جمله بیماریهایی است که به لحاظ ایجاد مشکلات

با پیشرفت‌های اخیر در آزمونهای بالینی و ارائه درمانهای داروئی جدید برای بیماران HIV/AIDS، بقای این بیماران افزایش یافته و کیفیت زندگی آنها، به عنوان یک موضوع

(I) دانشیار و متخصص پزشکی اجتماعی و فلوشیپ اپیدمیولوژی بالینی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، بزرگراه همت، تقاطع شیخ فضل... نوری و چمران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (\*مؤلف مسؤول).

(II) دستیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، بزرگراه همت، تقاطع شیخ فضل... نوری و چمران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

زمانی ۶ ماهه در نیمه اول سال ۱۳۸۵ انجام گرفته است. معیارهای پذیرش افراد در مطالعه، سن بالای ۱۸ سال، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، نداشتن مشکلات روانپزشکی و شناختی شدید از جمله عقب ماندگی ذهنی، دمانس ناشی از ایدز و ناشنوایی و رضایت شرکت کنندگان برای حضور در مطالعه بوده است. شناخت معیارهای خروج از مطالعه با سوال از بیمار و مرور پرونده وی صورت گرفت.

ابزار به کار رفته در این مطالعه، پرسشنامه خلاصه شده سنجش کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL-Brief) بوده که حاوی ۲۶ سوال می باشد. ۲۴ سؤال حوزه‌هایی چون سلامت جسمانی، سلامت روحی - روانی، عملکرد اجتماعی و بعد محیطی را پوشش داده و ۲ سوال نیز در مورد رضایتمندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود بوده که این ۲ مورد، حیطه سلامت عمومی را تشکیل می‌دهند.

این پرسشنامه به صورت خود ایفاء بوده و برای تکمیل آن ۱۵-۱۰ دقیقه زمان نیاز می‌باشد. کلیه سوالات، به صورت ۵ گزینه‌ای و در مقیاس لیکرت بوده که گزینه پنجم نشانه بهترین وضعیت (نمره ۴) و گزینه اول نشانه بدترین وضعیت (نمره ۰) می‌باشد. قسمت اول پرسشنامه شامل سؤالاتی در خصوص متغیرهای زمینه‌ای و متغیرهای بالینی بیماران از جمله نحوه آلودگی به ویروس HIV، مرحله بالینی بیماری، شمارش سلولهای CD4+ و وضعیت ابتلاء به هپاتیت C می‌باشد که این سؤالات از پرسشنامه گروه کنترل حذف شده است. پایایی پرسشنامه مذکور با تعیین ضریب  $\alpha$  کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفته است و در حدود ۰/۹۲ بدست آمد.

انتخاب گروه کنترل، از همراهان بیماران مراجعه کننده به سایر واحدهای مرکز بهداشت غرب و همراهان بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های پوست، گوش و حلق و بینی و چشم بیمارستانهای امام خمینی و رسول اکرم (ص) بود. علت انتخاب درمانگاه‌های فوق این بود که مراجعه کنندگان به این درمانگاه‌ها اغلب مشکل مزمن و یا حاد شدیدی که تاثیر

اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و انگ اجتماعی، نه تنها از جنبه سلامت جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی و اجتماعی نیز وضعیت بیماران را متاثر کرده و منجر به بروز مشکلات عدیده در فعالیتهای مفید و علایق بیماران می‌گردد.<sup>(۲)</sup>

اکثر مطالعات در سطح جهان نشان داده‌اند که سرویس‌های ارائه خدمات مبتنی بر جامعه و افزایش ظرفیت مراکز درمانی و ارائه مراقبت‌های مستمر و چند جانبه از اهمیت ویژه‌ای در کنترل مشکلات بیماران برخوردار بوده و اثرات مطلوبی روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ایشان داشته است.<sup>(۳-۵)</sup>

نتایج یک آنالیز روی ۲۸ مطالعه نشان داد که استراتژی‌های جامع درمان و ارائه مدل‌های مراقبتی متنوع و مستمر اعم از درمانی، سرویس‌های توانبخشی جسمی و روحی - روانی و ارائه خدمات در منزل می‌تواند پیامدهای بیماری را بهبود بخشد و تاثیر مطلوبی روی کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد.<sup>(۶)</sup>

بنابراین، به نظر می‌رسد پرداختن به مقوله کیفیت زندگی در این افراد، جهت دستیابی به اطلاعات لازم و به منظور برنامه‌ریزی صحیح و ارائه خدمات متناسب با نیاز بیماران، با توجه به شیوع فزاینده بیماری، حائز اهمیت فراوان است.

مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران HIV/AIDS تحت پوشش مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری غرب تهران و مقایسه آن با گروه کنترل سالم طراحی شده است.

### روش بررسی

این مطالعه، به صورت مقطعی مقایسه‌ای (comparative-descriptive) با روش نمونه‌گیری آسان بروی ۱۳۹ بیمار HIV/AIDS تحت پوشش مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری غرب تهران و ۱۳۹ فرد سالم همسان شده به لحاظ سنی و جنسی با بیماران در یک مقطع

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک بیماران

HIV/AIDS		
درصد	فراوانی	*متغیر سن(سال)
۱۹/۱	۲۶	۲۰-۲۹
۵۸/۹	۸۰	۳۰-۳۹
۲۰/۵	۲۸	۴۰-۴۹
۱/۵	۲	>۵۰
جنس		
۸۸/۵	۱۲۳	مرد
۱۱/۵	۱۶	زن
وضعیت تأهل		
۲۸/۱	۳۸	متأهل
۵۳/۳	۷۲	مجرد
۱/۶	۲	بیوه
۱۷	۲۳	جداشده و مطلقه
میزان تحصیلات		
۲۲/۲	۳۰	ابتدائی
۴۶/۷	۶۳	راهنمایی
۱۹/۳	۲۶	متوسطه
۱۱/۹	۱۶	دانشگاه
وضعیت شغلی		
۵/۹	۸	کارمند
۱۳/۲	۱۸	کارگر
۱۳/۲	۱۸	آزاد
۹/۶	۱۳	محصل یا دانشجو
۵۳/۳	۷۲	بیکار
۸/۴	۶	خانه‌دار

\*برای متغیر سن و متغیرهای (تأهل و تحصیلات و وضعیت شغلی) به ترتیب ۳ و ۴ مورد بدون پاسخ وجود داشت.

نامطلوب روی کیفیت زندگی همراهان آنها داشته باشد، نداشتند. معیار انتخاب گروه کنترل نیز مشابه بیماران بود. به علاوه، این افراد باید به گفته خود سالم بوده و سابقه بیماری مزمن و ناتوان کننده یا بیماری حاد شدیدی را طی ۲ هفته گذشته نداشته باشند.

متغیر اصلی اندازه‌گیری شده در این مطالعه، کیفیت زندگی بوده که به صورت یک متغیر کمی با دامنه نمرات ۰-۱۰۴ در نظر گرفته شده است و تاثیر متغیرهای زمینه‌ای و بالینی بیماران به عنوان متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی آنها، مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج در قالب میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی ارائه شده و از آزمونهای آماری تی، کای اسکوئر، آنالیز واریانس یکطرفه، رگرسیون خطی، و ضریب همبستگی پیرسون برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

جهت رعایت نکات اخلاقی موارد زیر مورد توجه بوده است: ۱- ارائه معرفی نامه کتبی از طرف دانشگاه به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری و اخذ موافقت مسئولین ۲- اخذ رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان ۳- منظور کردن کد مخصوص برای هر بیمار در پرسشنامه و تکمیل پرسشنامه به صورت بدون نام و رعایت محرمانه ماندن اطلاعات ۴- اخذ اطلاعاتی که نیاز به بررسی پرونده بیماران داشت؛ توسط کارشناسان مرکز و عدم رویت پرونده بیماران توسط محقق.

#### یافته‌ها

میانگین سنی بیماران ۳۵/۴۹ سال با انحراف معیار ۶/۴۲ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۵/۰۹ سال با انحراف معیار ۶/۰۵ بود که اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشت ( $P=۰/۸۹$ ). حداقل سن بیماران ۲۲ و حداکثر آن ۵۴ سال بود و بیشترین فراوانی سنی ۳۰-۳۹ سال بود. اکثریت بیماران (۸۸/۵٪) مرد بوده و ۲۸/۱٪ متأهل بودند. بیشترین میزان تحصیلات بیماران در حد راهنمایی بوده و اکثریت آنها به لحاظ وضعیت شغلی بیکار بودند (جدول شماره ۱).

از کل بیماران مطالعه، ۷۰/۵٪ در مرحله HIV مثبت بی‌علامت، ۱۲/۹٪ HIV مثبت علامت‌دار و ۱۶/۶٪ در مرحله ایدز بودند. منبع آلودگی به ویروس HIV در ۶۶/۴٪ اعتیاد تزریقی بود. بین بیماران و گروه کنترل به لحاظ وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، میزان و منبع درآمد تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P<۰/۰۰۱$ ).

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی بیماران و افراد گروه کنترل مورد

فاکتورها، مرحله بالینی بیماری قوی‌ترین ارتباط را با کیفیت زندگی بیماران داشت. تاثیر شغل و ابتلاء به هیپاتیت C در آنالیز چند متغیره معنی‌دار نشد. همچنین، ارتباط بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی بیماران با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد که بیشترین ارتباط مثبت معنی‌دار بین حیطه روحی - روانی با عملکرد اجتماعی دیده شد ( $r=0/71, p=0/01$ ).

**جدول شماره ۳ -** مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های

مختلف کیفیت زندگی بیماران HIV/AIDS براساس متغیرهای زمینه‌ای و

بالینی		متغیر
P-value	میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی	
		سن (سال)
	۴۷/۱۷(۷/۴۰)	<۳۵
۰/۱۳۶	۴۷/۸۸(۹/۱۰)	>۳۵
		جنس
	۴۷/۹۲(۸/۷۷)	مرد
<۰/۰۰۱	۴۰/۱۹(۴/۶۵)	زن
		وضعیت تأهل
	۵۳/۶۳(۷/۱۷)	متأهل
<۰/۰۰۱	۴۷/۵۷(۴/۱۳)	مجرد
	۴۰/۴۲(۴/۲۶)	بیوه
	۴۰/۰۹(۷/۲۴)	جدانشده و مطلقه
		میزان تحصیلات
	۴۰/۵۶(۷/۶۸)	ابتدائی
<۰/۰۰۱	۴۵/۷۸(۷/۷۶)	راهنمایی
	۵۲/۹۲(۷/۸۸)	متوسطه
	۵۴/۳۸(۴/۵۳)	دانشگاه
		وضعیت شغلی
<۰/۰۰۱	۵۳/۸۲(۴/۵۴)	شاغل
	۴۳/۵۷(۸/۱۳)	غیرشاغل
		مرحله بالینی بیماری
	۵۱/۴۳(۳۵/۵)	HIV مثبت بی‌علامت
<۰/۰۰۱	۴۱/۵۶(۵/۱۷)	HIV مثبت علامت‌دار
	۳۳/۶۱(۴/۸۱)	مبتلاء به ایدز

**بحث**

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت بیماران مردان جوان و با تحصیلات در حد راهنمایی بودند که در سنین فعال و مولد زندگی مبتلا به بیماری شده‌اند. همچنین، درصد

مقایسه قرار گرفته است که نمرات بیماران، در تمامی حیطه‌ها، به صورت معنی‌داری کمتر از گروه کنترل می‌باشد ( $P<0/001$ ).

**جدول شماره ۲ -** مقایسه میانگین و انحراف معیار حیطه‌های کیفیت

زندگی بیماران و گروه کنترل

*p.value	گروه کنترل	بیماران	**ابعاد کیفیت زندگی
			HIV/AIDS
p<۰/۰۰۱	۵/۳۲(۱/۱۴)	۳/۵۰(۱/۴۳)	سلامت عمومی
p<۰/۰۰۱	۲۰/۸۲(۱/۶۷)	۱۳/۱۳(۴/۴۲)	سلامت جسمانی
p<۰/۰۰۱	۱۴/۷۶(۱/۲۰)	۹/۲۳(۱/۸۱)	سلامت روحی - روانی
p<۰/۰۰۱	۹/۸۶(۱/۱۳)	۶/۴۴(۱/۶۲)	عملکرد اجتماعی
p<۰/۰۰۱	۲/۲۵(۰/۷۷)	۱/۶۴(۰/۶۳)	اعتماد به نفس
p<۰/۰۰۱	۱۶/۵۴(۲/۱۴)	۱۲/۶۲(۲/۴۱)	محیطی
p<۰/۰۰۱	۷۰/۰۵(۶/۲۶)	۴۷/۰۷(۷/۵۸)	کل***

(pvalue-Ttest)\*، \*\*دامنه نمرات، نمرات برای حیطه سلامت عمومی (۰-۸)، سلامتی جسمانی (۰-۲۴)، روحی روانی (۰-۲۸)، عملکرد اجتماعی (۰-۱۶)، محیطی (۰-۲۴)، و اعتماد به نفس (۰-۴) می‌باشد. \*\*\*دامنه نرمال نمرات کلی بین ۰-۱۰۴ می‌باشد.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود فاکتورهایی چون جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و شغل، تاثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی بیماران داشته؛ به طوری که میانگین نمرات بیماران مونث، بیماران بدون همسر و دارای تحصیلات پائین‌تر و همچنین بیماران غیر شاغل، به صورت معنی‌داری کمتر از سایر بیماران می‌باشد ( $P<0/05$ ). همچنین، میانگین نمرات بیماران بر اساس مرحله بالینی بیماری، شمارش سلولهای CD4+ و ابتلاء به هیپاتیت C تفاوت معنی‌داری با یکدیگر داشت ( $P<0/001$ ).

کیفیت زندگی بیماران بر اساس سن، محل سکونت، سابقه مصرف مواد مخدر، منبع آلودگی با ویروس HIV و سابقه مصرف سیگار تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشت. در آنالیز چند متغیره، با استفاده از رگرسیون خطی برای بررسی تاثیر مستقل متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی، یافته‌ها نشان داد که متغیرهایی چون جنس، تاهل، تحصیلات و شمارش سلولهای CD4+ و مرحله بالینی بیماری در مجموع قادر به پیش‌بینی ۷۸٪ از واریانس متغیر کیفیت زندگی بوده که از بین این

به طوری که افراد دارای همسر، تحصیل کرده و شاغل در اکثر حیطه‌ها به خصوص سلامت روحی - روانی، عملکرد اجتماعی و بعد محیطی دارای وضعیت مطلوب‌تری نسبت به سایر بیماران داشته، که این پدیده را می‌توان به نقش مثبت این فاکتورها در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران نسبت داد. از طرفی، کیفیت زندگی بدتر در افراد بدون همسر را شاید بتوان به سن پایین‌تر آنها و مجردبودن و فقدان سازگاری با بیماری به علت نقصان حمایت‌های مطلوب خانوادگی نسبت داد. همچنین، بیماران تحصیل کرده به دلیل امکانات شغلی و مالی بهتر و سطح فرهنگ بالاتر و سازگاری بهتر با بیماری و نیز نگرش بهتر نسبت به بیماری، کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشتند. نحوه ارتباطات اجتماعی این افراد نیز از جمله عوامل مهم و تأثیرگذار بر بهبود کیفیت زندگی آنها می‌باشد.

در مطالعه اریکسون در سوئد نیز بین تحصیلات بالاتر و شاغل بودن و کیفیت زندگی بهتر، ارتباط معنی‌دار دیده شد.<sup>(۱۲)</sup> همچنین، در بررسی تأثیر فاکتور شغل نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیماران شاغل در اغلب حیطه‌های کیفیت زندگی وضعیت مطلوب‌تری به بیماران غیرشاغل داشتند. میزان و منبع درآمد بیماران که خود متأثر از فاکتور شغل می‌باشد نیز در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران موثر بوده است، که این اختلاف را می‌توان به وضعیت اقتصادی بهتر و رفاه نسبی این بیماران نسبت داد. بنابراین، ایجاد زمینه‌های اشتغال و خود کفایی و مساعدت‌های مالی مخصوصاً برای همسران بیماران و زنان متأثر از بیماری و ایجاد امنیت شغلی برای بیماران، از جمله مداخلاتی است که باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌شود.

تأثیر معنی‌دار مرحله بالینی بیماری روی کیفیت زندگی بیماران در مطالعه ما منعکس کننده ماهیت ناتوان کننده بیماری و سیر پیشرونده آن است که جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیماران را به شدت متأثر می‌سازد. بیشترین مشکل بیماران مطالعه حاضر در حیطه عملکرد اجتماعی، روحی - روانی و اعتماد به نفس بود. در خصوص عملکرد اجتماعی، تأثیر حمایت‌های اجتماعی و روشهای مقابله با مشکلات و

قابل توجهی از این بیماران غیر شاغل بوده و به لحاظ وضعیت تاهل نسبت کمی از این افراد دارای همسر بوده و میزان جدا شدن از همسر و طلاق در آنها نسبت به گروه کنترل سالم قابل ملاحظه می‌باشد. علت این تفاوت، قسمتی به علت ماهیت خاص بیماری و تبعات اجتماعی ناشی از آن و قسمتی به علت وضعیت خاص اکثریت بیماران مطالعه ما به لحاظ اعتیاد آنها به مواد مخدر و تأثیر آن روی وضعیت شغلی و تاهل بیماران می‌باشد.

با مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران با افراد سالم مشاهده گردید که بیماران در تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی، به خصوص روحی روانی و اجتماعی، دارای وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به افراد سالم بودند. نتایج مطالعه فالادز روی ۱۶۰۰ بیمار HIV/AIDS در ۴ کشور زیر صحرای آفریقا نیز حاکی از بدتر بودن کیفیت زندگی بیماران در حیطه روانی و اجتماعی اقتصادی نسبت به افراد سالم بود.<sup>(۷)</sup>

همچنین، یافته‌های مطالعه‌ای در جنوب آفریقا روی ۲۰۲ بیمار حاکی از بدتر بودن کیفیت زندگی بیماران در بعد تحرک، فعالیت فیزیکی، مراقبت از خود و نیز جنبه‌های روحی - روانی نسبت به افراد سالم بوده است.<sup>(۸)</sup> همان‌گونه که یافته‌های مطالعه ما نشان داد، زنان مبتلا به ایدز در اکثر جنبه‌های کیفیت زندگی در وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به مردان قرار داشتند که این مسئله می‌تواند ناشی از عدم درک مثبت از نقش خود در اجتماع، منفعل بودن به لحاظ اجتماعی اقتصادی و نیز تأثیر فاکتورهای چون نابرابری جنسی، خشونت علیه زنان، عدم حمایت اجتماع و خانواده از آنها و باورهای فرهنگی خاص علاوه بر مسئله استیگمای ناشی از بیماری باشد.

نتایج مطالعه کالوآ در برزیل، موریس در کانادا و نیز مطالعه چند مرکزی سازمان جهانی بهداشت روی ۹۰۰ بیمار نیز موید نامطلوب‌تر بودن کیفیت زندگی زنان نسبت به مردان می‌باشد.<sup>(۹-۱۱)</sup>

از سایر فاکتورهای تأثیر گذار بر کیفیت زندگی در مطالعه حاضر وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و شغل بیماران بوده؛

## نتیجه‌گیری

با جمع‌بندی نتایج مطالعه حاضر و مطالعات قبلی به نظر می‌رسد که علاوه بر مداخلات طبی و درمانی، اقدام در جهت ارائه خدمات جامعه‌نگر و روانشناختی، بهبود وضعیت تصور فرد از ظاهر خود، تقویت جنبه‌های مذهب و معنویت در بیماران با تشویق به عبادت و تفکر عمیق و رفتار درمانی گروهی برای اثر گذاری روی جنبه‌های روحی و روانی بیماران، بسیار مفید است. همچنین، استفاده از سرویس‌های خدمت‌رسانی مبتنی بر جامعه و ارائه مدل‌های مراقبتی متنوع، چند جانبه و مستمر و مراقبت در منزل، باعث ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران است. تلفیق اطلاع‌رسانی، آموزش و ارتباطات برای اثبات منافع خدمات مشاوره بسیار مهم بوده و متولیان و ارائه دهندگان خدمات سلامت می‌توانند با استفاده از رویکرد فوق در جهت بهبود توانایی بیماران در حیطه‌های روانی - اجتماعی، گام‌های موثری بردارند.

## تقدیر و تشکر

در پایان، نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و تقدیر خود را از همکاری کلیه پرسنل دلسوز مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری غرب تهران و نیز همکاری صمیمانه ریاست محترم مرکز بهداشت غرب تهران جناب آقای دکتر طباطبائی ابراز می‌دارند.

## فهرست منابع

- 1- Kohli RM, Sane S, Kumar K. Assessment of quality of life among HIV infected person in pune India. Qual Life Res 2005 Aug; 14(16): 1641-7.
- 2- Aranda A, Naranjo B. Quality of life in HIV positive patient. J Assoc Nurses AIDS care 2004 Sep - Oct; 15 (suppl): 265-273.
- 3- Hays RD, Cunningham WE. Health related quality of life in patient with Human Immunodeficiency virus infection in the United State. Am J Med 2000 Jul 15; 108(9): 714-22.
- 4- Cynthia Rk, Pamela SH. Quality of life from nursing and patient perspective: theory, research, practice. 1st ed. Canada. Jones & Bartlet; 1998. 456-62.

امیدواری در زندگی روی کیفیت زندگی بیماران ثابت شده است. اکثر این بیماران عدم درک جامعه از بیماری خود را تجربه کرده‌اند و از فاش شدن بیماری هراس داشتند که این باعث ایزوله شدن آنها و از دست دادن ارتباط با جامعه و به تبع آن افت مهارت‌های عملکرد و اجتماعی آنها خواهد شد. بنابراین، برقراری حمایت‌های اجتماعی مطلوب و ارتقاء سطح آگاهی بیماران از وجود انجمن‌های حمایت‌کننده می‌تواند بسیار مهم باشد.

ای چی کاوا در مطالعه خود نشان داد که محیط اجتماعی حمایت‌کننده، صرف نظر از مرحله بالینی بیماری روی جنبه‌های روانی - اجتماعی زندگی بیماران مبتلا به ایدز تاثیر مطلوبی داشته است.<sup>(۱۳)</sup>

در اکثر مطالعات جهانی نیز ارتباط بین کیفیت زندگی بیماران و وضعیت اجتماعی - اقتصادی آنها یک ارتباط خطی بوده است.<sup>(۱۴-۱۵)</sup> لذا، به نظر می‌رسد که برقراری حمایت‌های اجتماعی مناسب و نیز آموزش روشهای مقابله و سازگاری با بیماری، با تمرکز روی حل مسئله و نیز مداخلات روانی - اجتماعی از جمله مشاوره‌های تخصصی روانپزشکی برای بیماران و خانواده آنها و نیز آموزش مهارت‌های زندگی و شیوه مقابله با مشکلات، از جمله راهکارهای مناسب در بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. هم‌چنان که مطالعه سازمان جهانی بهداشت نیز نشان داد که اگر چه فشارهای روحی - روانی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به شدت متأثر کند، ولی استفاده از رویکردهای مبتنی بر حل مشکل در مورد طبیعت بیماری و تفکر در مورد اثر بیماری روی زندگی روزمره و کسب و تقویت مهارت‌های فردی برای رویارویی با بحران به بیماران و اطرافیان آنها کمک زیادی می‌نماید.<sup>(۱۱)</sup>

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، کم بودن حجم نمونه زنان شرکت‌کننده در مطالعه و عدم تنوع جمعیت بیماران که اغلب آنها را معتادان تزریقی تشکیل می‌دادند بود، که به لحاظ وضعیت خاص مراکز مشاوره از نظر ارائه خدمات رایگان برای معتادان تزریقی و نیز مراجعه کمتر زنان به مرکز به علت مسائل اجتماعی و فرهنگی اجتناب ناپذیر بوده است.

5- Crook J, Browne G, Robert J. Impact of support service provided by a community – based AIDS service organization on persons living with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2005 Jul-Aug; 16(4): 39-49.

6- Hnadford CD, Tynan AM, Rackal JM. Setting and organization of care for persons living with HIV/AIDS. *Cochrane Data Base Sys Rev.* 2006 Jul 19; 3: CD 00 43 48.

7- Phalaze NA, Human S, Dlamini SB. Quality of life and concept of living well with HIV/AIDS in sub – Saharan Africa. *J Nurse Scholars*; 37(2): 120 – 126.

8- Wachtel T, Piette J. Quality of life in person with human immunodeficiency virus infection: measurement by the medical out comes study instrument. *Ann Intern Med* 1992 Jun 15; 116(2): 129.

9- Calvao TM, Cerqueira AT. Evaluation of quality of life among women with HIV/using HAT – QOL. *Gad Sude Publica* 2004 Mar – Apr; 20(2) : 430-7.

10- Muris JM, Williams PL. Gender difference in health related quality of life in patient with HIV/AIDS. *Qual Life Res* 2005 Mar; 14(2): 479-91.

11- WHO Qol HIV Group. preliminary development of world health organization quality of life HIV instrument. *Social Science & Medicine* 2003; 57: 1259-1257.

12- Eriksson LE, Nordstrom G. The health related quality of life in a swedish sample of HIV infected person. *J Adv Nurs* 2000 Nov; 32(5): 1213-23.

13- Ichikawa M, Nat C. Perceived social environment quality of life among people living with HIV/AIDS in Northern Thailand. *J AIDS Care* 2006 Feb; 18(2): 128-32.

14- Wing N, Iekshmi R. The Impact of HIV/AIDS on the quality of life: a cross sectional study in North India. *Indian J Med Sci* 2006 Jan; 60(1) :3-12.

15- Worthington C, Krentz HB. Socio economic factors and health – related quality of life in adult living with HIV. *Int J STDAIDS* 2005 Sep; 16(9): 608-14.

## *A Comparison of the Quality of Life in HIV/AIDS Patients and Control Group*

*\*M. Nojoomi, MD, MPH*<sup>I</sup>

*Kh. Anbari, MD*<sup>II</sup>

### *Abstract*

**Background & Aim:** During recent years, the quality of life as one of the important outcomes of chronic diseases has been paid attention to by clinical researchers. The aim of this study was to determine the quality of life of the patients with HIV/AIDS referred to the West consulting center of behavioral diseases in Tehran and to draw a comparison with the quality of life of healthy persons.

**Patients and Method:** Using simple sampling method, this cross-sectional study was carried out on 139 patients and 139 healthy subjects in the control group matching the patients for age and sex. The study made use of the summarized quality of life questionnaire of World Health Organization (WHO-QoL-Brief). Demographic and clinical variables associated with the quality of life of HIV/AIDS patients were assessed. Statistical tests like t-test, Chi-square, One-way ANOVA, and Linear regression were used for data analysis.

**Results:** The majority of the patients (88.5%) were male with secondary education. 28.1% were married and the majority of them were unemployed. The average age of the cases was 35.49 years (6.42 SD). A significant difference was seen between the patients and the control group in all aspects of quality of life ( $P < 0.001$ ). The variables such as sex, marital status, education, job, CD4+ cells count, and the clinical stage of the disease had a significant effect on the quality of life of the patients. In multivariable analysis, the most important predictive factor in the quality of life of the patients was the clinical stage of the disease.

**Conclusion:** Providing psychosocial services with continuous and multidisciplinary care models besides medical interferences can promote the health-related aspect of quality of life in patients suffering from HIV/AIDS.

**Key Words:** 1) Quality of Life 2) AIDS 3) HIV Positive 4) Healthy Control

*I) Associate Professor of Social Medicine. Fellowship of Clinical Epidemiology. Faculty of Medicine. Shahid Hemmat Expressway. Shahid Chamran Crossroad, Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (\*Corresponding Author)*

*II) Resident of Social Medicine. Faculty of Medicine. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.*