

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به ایدز شهر تهران

دکتر اورزولا ویزه*، شهرام مرادی**

چکیده:

ایدز بیماری مهلکی است که تأثیر عمیقی بر زندگی مبتلایان به این بیماری می‌گذارد. پژوهش حاضر طرح-ریزی شده است تا به بررسی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به این بیماری در شهر تهران بپردازد. این مطالعه از نوع توصیفی و پیمایشی و بر روی ۱۱۲ بیمار زن ایدزی انجام گرفت. از پرسشنامه کیفیت زندگی چند بعدی مربوط به بیماران ایدزی (MQoL-HIV) جهت ارزیابی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری ایدز و از پرسشنامه‌های نگرش‌های مذهبی، رضایت زناشویی انریچ، GHQ، تجارب زندگی (LES) جهت شناخت عوامل مرتبط با کیفیت زندگی استفاده شد. نتایج نشان داد که ۱۷٪ این زنان دارای کیفیت زندگی خیلی پایین، ۵۱/۸٪ دارای کیفیت زندگی پایین و ۳۱/۲٪ دارای کیفیت زندگی متوسط بودند. علاوه بر این، مشخص گردید که کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز برحسب طول مدت ابتلا، وضعیت روانی، استرس‌های محیطی، اعتقادات مذهبی و رضایت زناشویی دارای رابطه معنادار می‌باشند، اما برحسب نحوه ابتلا و سن دارای رابطه معنادار نمی‌باشد.

کلیدواژه‌ها: ایدز، زنان، کیفیت زندگی

* نویسنده مسئول:
تلفن:
پست الکترونیک:

مقدمه

ایدز یک بیماری است که تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی مبتلایان دارد. سلامتی، زندگی خانوادگی، فعالیت‌های گروهی و اجتماعی، پیشرفت اقتصادی و تکامل فردی از جمله عواملی هستند که کیفیت زندگی فرد مبتلا را متأثر می‌سازند (گریرسون و همکاران، ۲۰۰۴). یانگ و همکاران (۲۰۰۳) می‌نویسد: «مشکل عمده بیماران مبتلا به ایدز، مشکلات روانی - اجتماعی می‌باشند و عواملی که در ارتباط با این مشکل مطرح می‌شوند شامل: سازگاری در رابطه با شغل و حرفه و وضعیت اقتصادی، فرهنگی و فکری هستند». کار و گراملینگ (۲۰۰۴) ذکر می‌کنند مسئله عمده‌ای که در مورد مبتلایان به بیماری ایدز وجود دارد، طرد شدن آن‌ها از اجتماع و تبعیض می‌باشد که به نحوی تکامل فردی آن‌ها را که ارتباط مستقیم با سلامت روانی دارد، تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد. در این ارتباط می‌توان فشارهای روانی متحمل شده در اثر بیماری، میزان تطابق و سازگاری با این فشارها در شرایط متفاوت را نام برد. تغییرات شغلی، فشارهای اقتصادی ناشی از درمان و سایر روش‌هایی که فرد برای تأمین هزینه‌های درمان از آن‌ها بهره می‌گیرد. اولیوا و دل لیانو (۲۰۰۳) نشان دادند که وجود هزینه‌های غیرمستقیم در این بیماران که برای درمان استفاده می‌شود، به‌طور بارزی بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر مهمی دارد، چرا که بیماری موجب از دست دادن شغل و بالا بردن هزینه‌های درمان در افرادی که کارشان را از دست داده‌اند می‌شود.

بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۵،۴۰٪ بیماران ایدزی را زنان تشکیل می‌دادند، در حالی که در سال ۲۰۰۰ به نیمی از افراد آلوده رسید. احتمال انتقال ویروس ایدز از یک مرد آلوده به یک زن در جریان آمیزش از راه واژن حدود ۲۰ برابر بیشتر از انتقال از یک زن به یک مرد است. ارتباط نزدیکی میان زخم‌های تناسلی و انتقال ویروس ایدز وجود دارد. هنگامی که مادر مبتلا به عفونت HIV می‌شود امکان آلوده شدن جنین و نوزاد شیرخوار نیز به‌وجود می‌آید. امروزه مسئله دردناکی که در ارتباط با بیماری ایدز وجود دارد، روند سرسام‌آور تعداد زنان و کودکان آلوده به HIV است. در واقع اپیدمی عفونت HIV در زنان، اپیدمی در بچه‌ها را نیز به‌دنبال خواهد داشت (کار و گراملینگ، ۲۰۰۴).

تحقیقات نشان می‌دهد که ایدز تأثیر قابل ملاحظه‌ای در کیفیت زندگی افراد مبتلا به ایدز به خصوص در زنان دارد. به‌عنوان مثال، کورلس و همکاران (۲۰۰۴) در تحقیقی بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به ایدز (۲۳ مرد و ۱۷ زن) نشان دادند کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز به‌طور معناداری پایین‌تر از مردان مبتلا به این بیماری می‌باشد. گالوا و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی که به منظور بررسی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز، نشان دادند که ایدز موجب «نگرانی‌های اقتصادی»، «نگرانی درباره آشکار شدن بیماری برای دوستان و همکاران»، «فعالیت جنسی» و «نگرانی درمورد سلامت»

می‌شود. همچنین نتایج مطالعات آنان نشان داد که زنان زیان‌های اجتماعی - اقتصادی معنادار زیادی را که تأثیر منفی معناداری بر کیفیت زندگی آنان دارد را دارا می‌باشند. در حال حاضر، کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده و به کار می‌رود (گوگنموس هولزمن، ۱۹۹۵). دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی نه تنها راه‌گشای درمان‌های مؤثرتر و پیشرفت‌های آینده است، بلکه در ارتقای برنامه‌های حمایتی و اقدامات توانبخشی بسیار مؤثر است. پژوهش حاضر طرح‌ریزی شده است تا به بررسی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز بپردازد تا نتایج این پژوهش بتواند اطلاعات سودمند و مفیدی را در اختیار مسئولان بهداشتی مراکز که این بیماران بستری هستند قرار دهد تا آنان اقدامات لازم را برای ارتقای کیفیت زندگی آنان فراهم آورند.

روش

این طرح، توصیفی و از نوع پیمایشی می‌باشد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان مبتلا به بیماری ایدز در شهر تهران می‌باشند که از تاریخ ۱۳۸۴/۱۱/۱۰ تا ۱۳۸۵/۴/۱۵ به مراکز درمانی موجود در دانشگاه‌های علوم پزشکی سطح تهران جهت انجام فعالیت‌های درمانی و توانبخشی مراجعه کرده بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این معنا که ابزارهای پژوهش بر روی کلیه زنانی که در تاریخ مذکور به این مراکز درمانی مراجعه می‌کردند و حاضر به همکاری در تحقیق بودند، اجرا گردید.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی چندبعدی مربوط به بیماران ایدزی^۱ (MQoL-HIV)

در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به ایدز (MQoL-HIV) که توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) تهیه و در کشورهای مختلف جهان به کار گرفته شده است، استفاده شد. لازم به ذکر است که اعتبار و روایی پرسشنامه مذکور در پژوهش‌های مختلفی که در نقاط مختلف جهان انجام گرفته، به تأیید رسیده است. پرسشنامه مزبور دارای ۴۰ سؤال بوده که پاسخ‌های آن بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از هرگز تا همیشه قرار دارد. این پرسشنامه دارای ۷ خرده مقیاس بوده که عبارتند از: سلامت روان‌شناختی، عملکرد جسمانی، روابط بین فردی، عملکرد شناختی، مسائل اقتصادی، رابطه با همسر و مراقبت‌های پزشکی.

کملر و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی که به منظور استانداردسازی این پرسشنامه انجام دادند، میزان ضریب پایایی درونی خرده مقیاس‌های این آزمون را بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۵ بدست آوردند. میزان ضریب پایایی با استفاده از آزمون - آزمون مجدد ۰/۶۷ بدست آمد (از ۰/۴۸ تا ۰/۸۹).

در این پژوهش پرسشنامه موردنظر پس از تهیه توسط ۲ نفر از متخصصان امر مورد ترجمه قرار گرفت. سپس پرسشنامه مذکور در اختیار ۵ نفر از اساتید روان‌شناسی، پزشکی و پژوهشگران بیرونی مطلع قرار گرفت تا آنان نظرات خود را نسبت به سؤالات پرسشنامه مطرح نمایند. از آنجا که برخی از سؤالات پرسشنامه با فرهنگ ایرانی مطابقت نداشت، به پیشنهاد این گروه از صاحب‌نظران در این سؤالات تغییراتی داده شد تا با فرهنگ ایرانی همخوانی داشته باشد. در مرحله بعد، پرسشنامه اصلاح شده در اختیار ۲ نفر از اساتید پزشکی و روان‌شناسی قرار گرفت تا آنان نظر خود را اعمال کنند. از نقطه‌نظر آنان پرسشنامه جهت اجرا در تحقیق مطلوب تشخیص داده شد. در مرحله بعد پرسشنامه مورد نظر در یک مرحله پایلوت بر روی ۳۰ نفر از بیماران ایدزی زن اجرا گردید که ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۸ بدست آمد که بالاترین میزان مربوط به خرده مقیاس رابطه با همسر با ۰/۹۳ و کمترین آن مربوط به خرده مقیاس عملکرد شناختی با ۰/۷۱ بود.

پرسشنامه نگرش‌های مذهبی

این پرسشنامه توسط خدایاری فرد و همکاران (۱۳۷۸) در راستای تلاش برای ساخت ابزاری مناسب جهت سنجش نگرش‌های مذهبی منطبق با دین اسلام و فرهنگ ایرانی طراحی شده است. دارای ۴۰ سؤال می‌باشد که هر سؤال بر روی مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات در این پرسشنامه از صفر تا ۱۶۰ در نوسان می‌باشد. نمرات بالا نشان‌دهنده گرایش‌های مذهبی قوی‌تر است. ضریب پایایی پرسشنامه مورد نظر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و با استفاده از روش دو نیمه‌سازی ۰/۷۶ بدست آمده است (نوکنی، ۱۳۸۱).

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ

پرسشنامه انریچ در سال ۱۹۸۹ توسط اولسون و همکاران تهیه گردید و به عنوان یک ابزار پژوهشی معتبر برای ارزیابی رضامندی زناشویی همسران مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه جهت بررسی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های نیرومندی و پربارسازی رابطه زناشویی کاربرد دارد.

پرسشنامه انریچ به عنوان یک مقیاس کوتاه که می‌تواند نسبت به تغییرات خانواده‌ها در طول زندگی حساس و متناسب باشد، ساخته شده است. مقوله‌های انریچ موضوعات محتوایی مهمی را که در تحقیقات قبلی شناخته شده‌اند، منعکس می‌کند. ارزیابی این حوزه‌ها در ازدواج می‌تواند

موضوعات مشکل‌زای بالقوه برای یک زوج را توصیف کند یا حوزه‌های توانایی و باروری را شناسایی نماید (همان منبع). همچنین این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار تشخیصی برای زوج‌هایی به‌کار می‌رود که نیاز به مشاوره و بررسی تقویت رابطه زناشویی دارند و به‌عنوان یک ابزار معتبر در تحقیقات متعدد برای بررسی میزان رضایت از زندگی زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. در تحقیق سلیمانیان (۱۳۷۳) ضریب آلفای محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۹۵، در تحقیق میرخشتی (۱۳۷۵) ۰/۹۲ و در تحقیق نیلچیان (۱۳۷۸) ۰/۸۶ بدست آمده است (ملزاده، ۱۳۸۱).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ طراحی و تدوین شد. یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است که در مجموعه بالینی با هدف شناسایی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه بر اساس روش تحلیل عاملی از روی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج گردیده است. این فرم دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه که ۱۲ سال به بالا دارند قابل استفاده است. روایی این پرسشنامه متکی بر رواسازی عاملی و استخراج عوامل چهارگانه مورد سنجش (علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی) در این پرسشنامه است که توسط تدوین‌کننده این پرسشنامه در دستورالعمل اجرایی گزارش شده است. گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۶) در مطالعه بر روی ۲۴۴ بیمار مراجعه‌کننده به پزشکان عمومی، نتایج حاصله از دو پرسشنامه GHQ-28 و SCL-36 را از طریق فرم مصاحبه بالینی (CIS) مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی آزمون برابر ۸۶، ۷۷ و ۲۰ درصد است؛ در حالی که حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی آزمون SCL-36 برابر با ۸۴، ۷۲ و ۲۴ درصد بود. ضریب همبستگی بین نتایج دو آزمون برابر ۰/۷۸ بدست آمد. وازکوئیز و همکاران (۱۹۸۶) در یک مطالعه نشان دادند که آزمون GHQ وسیله معتبری برای غربالگری اختلالات روانی است و حساسیت و ویژگی آزمون را به ترتیب برابر ۸۰ و ۷۲ درصد گزارش کردند (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰). نوربالا و همکاران (۱۳۸۰) نیز میزان حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه این آزمون را به ترتیب برابر با ۸۴/۲، ۹۴/۴ و ۷/۸ درصد گزارش نمودند.

پرسشنامه تجارب زندگی^۲ (LES)

برای سنجش رویدادهای زندگی استرس‌زا چندین ابزار سنجش ساخته و مورد استفاده قرار گرفته‌اند. اما اعتبار و قدرت ابزارهای پیشین در خصوص تعیین نمره استرس‌های زندگی مورد سؤال جدی قرار گرفته است. زیرا این ابزارها رویدادهای مثبت و منفی را با همدیگر ادغام نموده‌اند و با یک

نمره از قبل تعیین شده، نمره‌گذاری می‌شوند. لذا تفاوت‌های فردی در تجربه استرس‌ها و رویدادهای زندگی را در نظر نمی‌گیرند. بنابراین، میزان واقعی استرس ناشی از تجارب رویدادهای خاصی را نشان می‌دهند (ساراسون، جانسون و سیگل، ۱۹۷۸؛ بارتلستون و ترول، ۱۹۹۵). کینی (۱۹۷۶)؛ به‌نقل از ساراسون، جانسون و سیگل، ۱۹۷۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که وقتی نمره استرس‌های زندگی مبتنی بر خود درجه‌بندی رویدادهای استرس‌زا بدست می‌آید، پیش‌بینی‌کننده بهتری برای نمره رویدادهای اخیر استرس‌زا می‌باشد تا این‌که نمره فرد براساس نمره‌های از قبل تعیین شده محاسبه گردد (بخشانی، ۱۳۸۱).

با توجه به محدودیت‌های مذکور، ساراسون و همکاران (۱۹۷۸) بر این باورند که هر نوع ابزاری برای سنجش استرس‌های زندگی باید دارای سه مشخصه باشد: ۱) شامل رویدادهایی باشد که در جمعیت مورد پژوهش تجربه می‌شوند، ۲) به پاسخ‌دهنده امکان بدهد که خود، مثبت یا منفی بودن رویداد را مشخص سازد، ۳) افراد بتوانند خود، اثر رویدادهای زندگی را بر خودشان تعیین کنند. از آنجایی‌که ابزارهای قبلی فاقد هر سه ویژگی به صورت توأم بودند، ساراسون و همکاران (۱۹۷۸) LES را طراحی کردند. LES نه فقط واجد هر سه مشخصه بالا می‌باشد، بلکه ماده‌های آن نیز از صراحت بیشتری برخوردارند.

LES دارای ۵۷ ماده می‌باشد، علاوه بر آن سه فضای خالی هم دارد که فرد می‌تواند سایر رویدادهایی را که تجربه کرده است یادداشت نماید. این مقیاس دارای دو بخش است. بخش اول که برای تمامی جمعیت‌ها مناسب است و دارای ۴۷ رویداد مشخص و سه قسمت خالی برای نوشتن رویدادهای دیگری است که فرد تجربه کرده است. رویدادهای فهرست شده در این قسمت، شامل آن دسته از تغییرات زندگی می‌باشند که تقریباً برای تمامی افراد در شرایط و موقعیت‌های مختلف مشترکند. ده رویداد که در بخش دوم فهرست شده‌اند عمدتاً برای دانش‌آموزان و دانشجویان می‌باشند. ساراسون و همکاران (۱۹۷۸) داده‌های مربوط به پایایی و اعتبار LES را مطلوب گزارش کردند. آن‌ها با روش آزمون - آزمون مجدد با فاصله زمانی ۶ - ۵ هفته در یک مطالعه ۲۴ و در مطالعه دیگری ۵۸ آزمودنی را مورد ارزیابی قرار دادند و همبستگی برای رویدادهای مثبت را در دو مطالعه مورد محاسبه قرار دادند. در مطالعه اول میزان همبستگی ۰/۱۹ و در مطالعه دوم ۰/۵۳ بود و پایایی نمره‌های منفی ۰/۵۶ و ۰/۸۸ و ضرایب همبستگی رأی نمره کلی تغییر ۰/۶۳ و ۰/۶۴ بود. هم‌چنین ساراسون و همکاران (۱۹۷۸) مطالعاتی را گزارش دادند که نشان می‌دادند LES با سیاهه صفت اضطرابی (TAI) و فرم کوتاه مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو - کرون و نمره BDI همبستگی دارد. به‌طور کلی ساراسون و همکاران پس از انجام چندین مطالعه نتیجه‌گیری کرده‌اند که LES ابزار پژوهشی و بالینی مناسبی برای سنجش رویدادهای تجربه شده زندگی (رویدادهای مثبت و منفی) است که نقایص قبلی را جبران کرده است.

بارتلتون و ترولی (۱۹۹۵) با توجه به توافق ۰/۷۵ بین نمره‌گذاران، ۳۰ ماده از ۵۷ ماده LES را مرتبط با دو قلمرو روابط بین‌فردی و پیشرفت تحصیلی تشخیص دادند (۱۵ ماده مختص به هر حوزه).

در ایران نیز بخشانی (۱۳۸۱) طی بررسی مقدماتی، ماده‌های را به ۱۱ نفر از روان‌پزشکان و روان‌شناسان ارائه کرد تا ماده‌های آن را در سه دسته؛ مرتبط با قلمرو روابط بین فردی، مرتبط با پیشرفت و موفقیت و هیچ‌کدام طبقه‌بندی کنند.

در این بررسی با توافق حداقل ۰/۷۰ بین نمره‌گذاران ۲۷ ماده مربوط به قلمرو روابط بین فردی و ۱۶ ماده مربوط به حوزه پیشرفت و موفقیت طبقه‌بندی شدند. ضریب پایایی این پرسشنامه نیز در این بررسی مقدماتی ۰/۷۳ بدست آمد.

پرسشنامه عوامل جمعیت‌شناختی

این فرم توسط پژوهشگر به منظور بررسی عوامل جمعیت‌شناختی نظیر: سن، سطح تحصیلات، شغل، نحوه ابتلا، وضعیت تأهل و ... مورد استفاده قرار می‌گیرد. به منظور تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد و ضریب همبستگی و نیز از روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس استفاده گردید.

یافته‌ها

الف) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی زنان مبتلا برحسب سن

درصد	فراوانی	آماره دامنه سنی
۱۵/۲	۱۷	۱۸-۲۳
۳۹/۳	۴۴	۲۴-۳۰
۲۰/۵	۲۳	۳۱-۳۷
۲۵	۲۸	۳۸ سال و بالاتر
۱۰۰	۱۱۲	کل

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی زنان مبتلا برحسب سطح تحصیلات

درصد	فراوانی	آماره / سطح تحصیلات
۲۷/۷	۳۱	ابتدایی
۳۷/۵	۴۲	راهنمایی
۱۶/۱	۱۸	دیپلم
۸	۹	فوق دیپلم
۱۰/۷	۱۲	لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۱۱۲	کل

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی زنان مبتلا برحسب شغل

درصد	فراوانی	آماره / نوع شغل
۷۸/۶	۸۸	خانه‌دار
۱۲/۵	۱۴	شاغل
۸/۹	۱۰	بیکار
۱۰۰	۱۱۲	کل

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی زنان مبتلا برحسب وضعیت تأهل

درصد	فراوانی	آماره / وضعیت تأهل
۴۶/۴	۵۲	مجرد
۲۹/۵	۳۳	متأهل
۲۴/۱	۲۷	مطلقه
۱۰۰	۱۱۲	کل

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی زنان مبتلا برحسب طول مدت ابتلا

درصد	فراوانی	آماره / طول مدت ابتلا
۲۹/۵	۳۳	کمتر از ۱/۵ سال
۲۴/۱	۲۷	۱/۵ تا ۲/۵ سال
۱۷/۸	۲۰	۲/۵ تا ۳/۵ سال
۱۷	۱۹	۳/۵ تا ۵ سال
۱۱/۶	۱۳	۵ سال و بالاتر
۱۰۰	۱۱۲	کل

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی زنان مبتلا بر حسب نحوه ابتلا

درصد	فراوانی	نحوه ابتلا / آماره
۳۰/۳	۳۴	اعتیاد تزریقی
۶۷	۷۵	جنسی
۲/۷	۳	خونی
۱۰۰	۱۱۲	کل

ب) وضعیت کیفیت زندگی زنان مبتلا به ایدز

جدول شماره ۷: وضعیت کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز

درصد	فراوانی	سطح کیفیت زندگی
۱۷	۱۹	خیلی پایین
۵۱/۸	۵۸	پایین
۳۱/۳	۳۵	متوسط
۱۰۰	۱۱۲	کل

ج) تأثیر طول مدت ابتلا بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ایدز

جدول شماره ۸: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی بر حسب

طول مدت ابتلا در زنان مبتلا به ایدز

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	طول مدت ابتلا
۱۶/۸	۱۷۵/۸	۳۳	کمتر از ۱/۵ سال
۲۴/۴	۱۶۲	۲۷	۱/۵ تا ۲/۵ سال
۲۰/۸	۱۵۸/۹	۲۰	۲/۵ تا ۳/۵ سال
۲۲/۳	۱۵۴/۹	۱۹	۳/۵ تا ۵ سال
۲۶/۱	۱۵۷/۹	۱۳	۵ سال و بالاتر
۲۲/۷	۱۶۳/۸	۱۱۲	کل

نتیجه آزمون تحلیل واریانس نشان داد که میزان F محاسبه شده معنادار می‌باشد $\{P < 0.05\}$ ، $F(4, 107) = 3.91$. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی زنان مبتلا به ایدز بر حسب طول مدت ابتلا با هم تفاوت معناداری دارد.

برای بررسی این که بین کدام یک از گروه‌ها (بر حسب طول مدت ابتلا) از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۹ ارائه شده است. چنانچه از جدول مشاهده می‌شود تنها بین کیفیت زندگی زنان با طول مدت کمتر از ۱/۵ سال ابتلا با کیفیت زندگی زنان با طول مدت ۱/۵ تا ۲/۵، ۲/۵ تا ۳/۵، ۳/۵ تا ۵ سال و ۵ سال به بالا تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۹: نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میانگین

نمرات کیفیت زندگی بر حسب طول مدت ابتلا

گروه	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
کمتر از ۱/۵ سال	۱/۵ تا ۲/۵ سال	۱۳/۸	۰/۰۲
	۲/۵ تا ۳/۵ سال	۱۶/۹	۰/۰۱
	۳/۵ تا ۵ سال	۲۰/۹	۰/۰۱
	۵ سال و بالاتر	۱۷/۹	۰/۰۱
۱/۵ تا ۲/۵ سال	۲/۵ تا ۳/۵ سال	۳/۱	۰/۳۱
	۳/۵ تا ۵ سال	۷/۱	۰/۱۱
	۵ سال و بالاتر	۴/۱	۰/۲۰
۲/۵ تا ۳/۵ سال	۳/۵ تا ۵ سال	۴	۰/۲۶
	۵ سال و بالاتر	۱	۰/۴۸
۳/۵ تا ۵ سال	۵ سال و بالاتر	-۳	۰/۳۸

(د) تأثیر نحوه ابتلا به ایدز بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به این بیماری

جدول شماره ۱۰: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی بر حسب

نحوه ابتلا در زنان مبتلا به ایدز

نحوه ابتلا	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
اعتیاد تزریقی	۳۴	۱۶۱/۴	۲۲/۱
جنسی	۷۵	۱۶۵/۱	۲۳/۴
خونی	۳	۱۶۰/۳	۵/۵
کل	۱۱۲	۱۶۳/۸	۲۲/۷

نتیجه آزمون تحلیل واریانس نشان داد که میزان F محاسبه شده معنادار نمی‌باشد $\{P > 0.05\}$ ، $F(2, 109) = 0.34$. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز برحسب نحوه ابتلای آنان به ایدز با هم تفاوت معناداری ندارد.

ه) تأثیر سن بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ایدز

جدول شماره ۱۱: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی

برحسب سن زنان مبتلا

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	دامنه سنی
۲۴/۷	۱۶۸/۱	۱۷	۱۸-۲۳
۱۹/۴	۱۶۰/۴	۴۴	۲۴-۳۰
۲۱/۳	۱۶۱/۱	۲۳	۳۱-۳۷
۲۳/۲	۱۶۵/۹	۲۸	۳۸ سال و بالاتر
۲۲/۴	۱۶۳/۷	۱۱۲	کل

برای مقایسه نمرات کیفیت زندگی زنان با توجه به نحوه ابتلای از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. نتیجه آزمون تحلیل واریانس نشان داد که میزان F محاسبه شده معنادار نمی‌باشد $\{P > 0.05\}$ ، $F(3, 108) = 0.47$. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز برحسب سن زنان مبتلا به ایدز با هم تفاوت معناداری ندارد.

و) رابطه وضعیت روانی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز

جدول شماره ۱۲: ماتریس ضرایب همبستگی نمرات کیفیت زندگی برحسب

وضعیت روانی در زنان مبتلا به ایدز

متغیرها	کیفیت زندگی	علائم جسمانی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی	نمره کل GHQ
کیفیت زندگی	۱	۰/۴۵*	۰/۴۸*	۰/۴۵*	۰/۱۶	۰/۵۴*
علائم جسمانی	۰/۴۵	۱	۰/۵۸	۰/۴۶	۰/۱۸	۰/۷۲
اضطراب	۰/۴۸	۰/۵۸	۱	۰/۴۰	۰/۲۵	۰/۷۹
کارکرد اجتماعی	۰/۴۵	۰/۴۶	۰/۴۰	۱	۰/۴۰	۰/۸۱
افسردگی	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۲۵	۰/۴۰	۱	۰/۵۸
نمره کل GHQ	۰/۵۴	۰/۷۲	۰/۷۹	۰/۸۱	۰/۵۸	۱

* معناداری در سطح ۰/۰۱

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، بین نمرات کیفیت زندگی و عامل‌های A (علائم جسمانی)، B (اضطراب و اختلالات خواب)، C (اختلال در عملکرد اجتماعی) و نمره کلی GHQ همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. در واقع با بالا رفتن نمرات کیفیت زندگی در پرسشنامه MQoL-HIV نمرات آزمودنی‌ها نیز در پرسشنامه GHQ بالاتر می‌رود.

ز) رابطه استرس‌های محیطی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز

جدول شماره ۱۳: چگونگی توزیع استرس‌های محیطی در زنان مبتلا به ایدز

درصد	فراوانی	نوع رویداد استرس‌زا
۶۶/۱	۷۴	تغییر در عادات مربوط به خواب
۹/۸	۱۱	مرگ یکی از اعضای خانواده یا اطرافیان
۵۰/۹	۵۷	تغییر در عادات مربوط به خوردن
۱۳/۴	۱۵	آسیب یا بیماری شدید یکی از اعضای خانواده
۸۷/۵	۹۸	مشکلات جنسی
۷۲/۳	۸۱	تغییر اساسی در صمیمت و نزدیکی اعضای خانواده
۶۸/۸	۷۷	تغییر اساسی در نوع و میزان تفریح و سرگرمی
۷۳/۲	۸۲	تغییر اساسی در فعالیت‌های اجتماعی

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، بیشترین عامل استرس‌زا در بیماران زن ایدزی، مشکلات جنسی با ۸۷/۵٪ و کمترین آن مرگ یکی از اعضای خانواده یا اطرافیان با ۹/۸٪ می‌باشد. در جدول شماره ۱۴، نتایج ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی و رویدادهای استرس‌زا آمده است:

جدول ۱۴: ضریب همبستگی بین نمرات کیفیت زندگی و رویدادهای استرس‌زا

سطح معناداری	همبستگی	متغیر
۰/۰۵	-۰/۲۶۱	کیفیت زندگی
		رویدادهای استرس‌زا

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود رابطه منفی معناداری میان رویدادهای استرس‌زا و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز وجود دارد. در واقع هرچه میزان استرس در زنان مبتلا به ایدز بیشتر باشد، سطح کیفیت زندگی آنان نیز به همان نحو پایین می‌آید.

ح) رابطه اعتقادات مذهبی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز

جدول شماره ۱۵: ضریب همبستگی بین نمرات کیفیت

زندگی و اعتقادات مذهبی

سطح معناداری	همبستگی	متغیر
۰/۰۰۰۱	-۰/۳۹	کیفیت زندگی
		اعتقادات مذهبی

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، یک ضریب همبستگی منفی معنادار میان نمرات پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و اعتقادات دینی وجود دارد. در واقع با بالا رفتن نمرات افراد در پرسشنامه کیفیت زندگی، میزان اعتقادات مذهبی آنان نیز پایین می‌آید و بالعکس.

ط) رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز

جدول شماره ۱۶: ضریب همبستگی بین نمرات کیفیت

زندگی و رضایت زناشویی

سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر
۰/۰۵	-۰/۳۵	رضایت زناشویی
		کیفیت زندگی

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، یک ضریب همبستگی منفی معنادار میان نمرات پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و رضایت زناشویی وجود دارد. در واقع با بالا رفتن نمرات افراد در پرسشنامه کیفیت زندگی، میزان رضایت زناشویی آنان نیز پایین می‌آید و بالعکس.

بحث

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز بسیار پایین می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش گریسون و همکاران (۲۰۰۴) منطبق است. چرا که وی در تحقیق خود دریافت که نمرات افراد مبتلا به ایدز در تمام ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی به شدت پایین می‌آید و کیفیت زندگی این بیماران در مقایسه با افراد عادی و حتی افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن نیز پایین است.

کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز برحسب طول مدت ابتلا دارای تفاوت معناداری می‌باشد و زنانی که کمتر از ۱/۵ سال از طول مدت ابتلای آنان می‌گذرد، کمترین میزان کیفیت زندگی را دارا می‌باشند. مواجهه فرد از این که وی به بیماری ایدز مبتلا است، موجب بروز یک شوک روانی در وی می‌شود. چرا که بیماری ایدز به خاطر ماهیت نحوه ابتلا، از لحاظ اجتماعی بسیار نامطلوب بوده و موجب گردد که دوستان و اطرافیان از وی اجتناب کنند و فرد مبتلا از لحاظ اجتماعی منزوی می‌گردد. علاوه بر این، آگاهی فرد از این که بیماری وی غیرقابل درمان است، می‌تواند موجبات ناامیدی و افسردگی در فرد شود. این عوامل سبب می‌گردد که در کوتاه‌مدت فرد از لحاظ روان‌شناختی و اجتماعی دچار مشکلات زیادی گردد. همچنین سبب می‌شود که انطباق فرد با بیماری ایدز به مدت زمان زیادی نیاز داشته باشد و به همین دلیل کیفیت زندگی افراد مبتلا به ایدز که مدت زمان زیادی از ابتلای آن‌ها نگذشته، بسیار پایین است.

کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز برحسب استرس‌های محیطی دارای رابطه معناداری می‌باشد. هرچه میزان استرس‌های محیطی در زنان مبتلا به ایدز بیشتر باشد، میزان کیفیت زندگی آنان پایین‌تر است. گالوا و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی دریافته‌اند که نگرانی‌های اقتصادی، نگرانی درباره افشای بیماری برای اطرافیان، فعالیت جنسی و نگرانی درباره سلامتی از استرس‌های مهم و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ایدز می‌باشد. آن‌ها دریافته‌اند که تأثیر این استرس‌ها بر زنان مبتلا بسیار بیشتر از مردان مبتلا به این بیماری است. ترامارین و همکاران (۲۰۰۴) دریافته‌اند که مشکلات اقتصادی و نگرانی درباره هزینه‌های درمان از نگرانی‌های عمده و مهم بیماران ایدزی است و هرچه میزان این نگرانی‌ها بالاتر باشد، کیفیت زندگی در مبتلایان به این بیماری پایین و شدت علائم بیماری بالاتر می‌رود. علاوه بر این، کار و گراملینگ (۲۰۰۴) در تحقیق خود دریافته‌اند که برچسب بیماری ایدز در زنان مبتلا به ایدز مانعی برای دریافت مراقبت‌های درمانی در مراکز بهداشتی و درمانی است. این بیماران طرد شدن به وسیله اعضای خانواده، دوستان، مراقبان بهداشتی، کارفرمایان و کلیسا را تجربه می‌کنند، این امر منجر می‌شود که آن‌ها حمایت‌های درمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی لازم را کسب نکنند.

کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز برحسب اعتقادات مذهبی دارای تفاوت معناداری می‌باشد. بدین صورت که زنان با اعتقادات مذهبی بالا کیفیت زندگی بالاتری از زنان با اعتقادات مذهبی پایین دارند. این نتایج با یافته‌های تحقیق پرادو و همکاران (۲۰۰۴) که نشان می‌داد مادران مبتلا به ایدز سیاه پوست آمریکایی که دارای رفتارهای مذهبی بالایی می‌باشند، از ناراحتی‌های روان‌شناختی کمتری نسبت به کسانی که رفتارهای مذهبی پایینی دارند، برخوردارند و پژوهش موریس و همکاران (۲۰۰۰) که دریافته‌اند استفاده از مذهب موجب کاهش بیماری‌های روانی و راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تر در زنان مبتلا به ایدز می‌شود، هماهنگ و منطبق است.

کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز برحسب رضایت زناشویی دارای رابطه معناداری می‌باشد. بدین صورت که با افزایش میزان رضایت زناشویی، کیفیت زندگی نیز بالا می‌رود و با کاهش رضایت زناشویی، کیفیت زندگی نیز پایین می‌آید.

در این پژوهش تفاوت معناداری در کیفیت زندگی زنان مبتلا به ایدز برحسب نحوه ابتلا بدست نیامد. یکی از دلایل این امر می‌تواند ناشی از عدم اطمینان کافی از نحوه ابتلای به ایدز در برخی از زنان مبتلا به این بیماری باشد. به‌عنوان مثال، بعضی از زنان مطمئن نبودند که به خاطر اعتیاد تزریقی به این بیماری مبتلا شده بودند یا بر اثر رابطه جنسی، علی‌رغم این‌که علت ابتلای خود را ناشی از تزریق مواد با سوزن‌های آلوده می‌دانستند. در واقع بعضی از بیماران که دارای روابط جنسی نایمن بودند، معتاد نیز بودند. یکی دیگر از دلایل عدم تفاوت می‌تواند ناشی از حجم کم نمونه در گروه زنانی باشد که به خاطر فراورده‌های خونی آلوده مبتلا شده‌اند (فقط ۳ نفر در این گروه قرار داشتند).

علاوه بر این، کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز برحسب سن آنان دارای تفاوت معناداری نبود. یکی از دلایل عدم تفاوت معنادار میان گروه‌های سنی مختلف می‌تواند ناشی از پیامدهای شدید ابتلای به ایدز (اجتماعی و روانی) باشد که مختص به گروه سنی خاصی نمی‌باشد. شوک ناشی از ابتلای به ایدز در هر سنی و برای هر فردی یک فاجعه است.

یادداشت‌ها

1. Grierson
2. Yang
3. Carr & Gramling
4. Coreless
5. Galvao
6. Guggenmouss- Holzmann
7. Kemmler

منابع

- بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۱). *بررسی ابعاد شخصیتی، رویدادهای استرس زا و حمایت اجتماعی در افراد افسرده: آزمون مدل شناختی*. رساله دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.
- ملازاده، جواد (۱۳۸۱). *رابطه سازگاری زناشویی با عوامل شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در فرزندان شاهد*. رساله دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- نوربالا، احمدعلی؛ کاظم، محمد؛ باقری یزدی، سیدعباس و یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۰). *سیمای سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران*. تهران: انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- نوکنی، مصطفی (۱۳۸۱). *بررسی عوامل خطر ساز و محافظت کننده در ابتلای به موادمخدر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

- Carr, R. I., Gramling, L. F. (2004). Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS. *Journal of Association Nurses AIDS Care, 15* (5), 30-39.
- Coreless, I. B., Nicholas, P. K., McGibbon, C. A., Wilson, C. (2004). Weight change, body image and quality of life in HIV disease: A pilot study. *Applied Nursing Research, 17* (4), 292-296.
- Galvao, M. T., Cerqueira, A. T., Marcondes-Machado, J. (2004). Evaluation of quality of life among women with HIV/AIDS using HAT-QoL. *Cad Saude Publica, 20* (2), 430-437.
- Grierson, J., Pitts, M., Whyte, M., et al (2004). Living with HIV in New Zealand: Balancing health and quality of life. *New Zealand Medical Journal, 20*, 117.
- Guggenmoss, I. (1995). *Quality of life and health concepts, methods and application*. New York: Blackwell Wilson Chafits.
- Hudson, A., Kirksey, K., & Holzemer, W. (2004). The influence of symptoms on quality of life among HIV-infection women. *West Journal Nursing Research, 26* (1), 9-23.
- Kemmler, G., Schmied, B., Shetty- Lee, A. et al (2003). Quality of life in HIV- infected persons: Psychometric properties and validation of the German version of the MQoL-HIV. *Quality of Life Research, 12* (8), 1037-50.
- Mast, T. C., Kigozi, G., Wabwire-Mangen, F., et al (2004). Measuring quality of life among HIV-infected women using a culturally adapted questionnaire in Rakai district, Uganda. *AIDS Care, 16* (1), 81-94.
- Morse, V. E., Morse, M. P., Klebba, E. K., Stock, R. M., et al (2000). The use of religion among HIV-infected African American Women. *Journal of Religion and Health, 39* (3), 261-276.
- Oliva, J., Roa, C., Del Liano, J. (2003). Indirect costs in ambulatory patients with HIV/AIDS in Spain: A pilot study. *Pharmacoeconomics, 21* (15), 1113-1121.
- Prado, G., Feaster, J. D., Schwartz, J. S., et al (2004). Religious involvement, coping, social support and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers. *AIDS and Behavior, 8* (3), 221-235.
- Shor-Posner, G., Lecusay, R., Miguez-Burbano, M. J., et al (2000). Quality of life measures in the Miami HIV-1 infected drug abusers cohort: Relationship to gender and disease status. *Journal of Substance Abuse, 11* (4), 395-404.
- Sousa, K. H. (1999). Dimensions of health related quality of life in persons with HIV disease. *Journal of Advanced Nursing, 29* (1), 178-187.
- Staniszewalska, S. (1998). Measuring quality of life in the evaluation of health care. *Nursing Standard, 12* (7), 36-39.
- Sutcliff, J., & Holmes, S. (1994). Quality of life verification and use of self assessment scale in two patient populations. *Journal of Advanced Nursing, 24*(1), 442- 449.
- Tramarin, A., Campostrini, S., Postma, M. J., et al (2004). A multicentres study of patient survival, disability, quality of life and cost of care among patients with AIDS in northern Italy. *Pharmacoeconomics, 22* (1), 43-53.
- WHO (2004). WHO QoL for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: Results from the field test. *AIDS Care, 16* (7), 882-889.
- Wood, D. S. (1999). Assessing quality of life in clinical research from where have we come and where are we going. *Journal of Clinical Epidemiology, 52*, 355-363.

- Yang, M. H., Chen, Y. M., Kuo, B. I., & Wang, K. (2003). Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in northern Taiwan. *Journal of Nursing Research, 11* (3), 217-226.
- Yen, C. F., Tsai, J. J., Lu, P. L., et al (2004). Quality of life and its correlates in HIV/AIDS male outpatients receiving high active antiretroviral therapy in Taiwan. *Psychiatry Clinical Neuroscience, 58* (5), 501-506.

