

## مقایسه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز با افرادی عادی شهر اهواز

دکتر علیرضا حیدری\*  
سیده فرزانه جعفری\*\*

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز با افراد عادی شهر اهواز بود. نمونه متشکل از ۱۰۰ نفر بیمار آلوده به ویروس ایدز و ۱۰۰ نفر از افراد عادی شهر اهواز بودند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از مقیاس کیفیت زندگی، پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس حمایت اجتماعی. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) در سطح معناداری  $P < 0/0001$  استفاده شد. نتایج حاصل از این یافته نشان داد افراد آلوده به ویروس ایدز از کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی پایین تری نسبت به افراد عادی برخوردارند.

کلید واژگان: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، سلامت عمومی، ایدز.

### مقدمه

انسان همواره در معرض حوادثی است که زندگی او را تهدید می کند. این حوادث به موازات تکامل بشر، تحول و افزایش پیدا کرده است. آنچه زندگی انسان ما قبل تاریخ را تهدید می کرد، بیشتر شامل حوادث طبیعی، حیوانات وحشی، انواع بیماریها و احتمالا "نوع انسان بود. اما

\* استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز  
\*\* کارشناس ارشد روانشناسی

این مقاله برگرفته پایان نامه کارشناسی ارشد خانم سیده فرزانه جعفری به راهنمایی دکتر علیرضا حیدری است.

ذهنی بودن کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره وضعیت زندگیشان به جای گزارشات دیگران می پردازد و بر اساس تعریف فرانس و پورس<sup>۶</sup> از خشنودی و یا عدم خشنودی از حیطه هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارد، نشات می گیرد. بنابراین، بیماران با مشکلات مشابه ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگیشان داشته باشند و آن را به صورت های مختلفی گزارش کنند (نقل از گرانت و ریورا<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸).

اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی، بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می برند و حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماری های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آنها شناخته نشده است (احمدی، سالار و فقیه زاده، ۱۳۸۳). زندگی با کیفیت مطلوب ریشه در اعتقادات و آموزش های دینی مسلمانان دارد. عوامل بسیاری در زندگی با کیفیت مطلوب دخالت دارد. یکی از این عوامل حمایت اجتماعی<sup>۸</sup> است، حمایت اجتماعی مفهومی است که عموماً به عنوان کمکی که از جانب دیگران در شرایط دشوار زندگی دریافت می شود، درک می گردد (تیلور<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با بیماری های مزمن و شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند (چان، مولسیستس، یام، چانگ و لام<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱؛ لی، یاجانگ، بوگ پارک و هانگ چانگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴).

بیست و یکم تحویل دهد و بگذرد (هابلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲، ترجمه غفاری، ۱۳۸۶).

ایدز به معنای سندرم نقص ایمنی اکتسابی و نمونه ای از عفونتهای مخرب است که توسط ویروس نقص ایمنی انسانی یا HIV<sup>۲</sup> ایجاد می شود (الهی و کردانی، ۱۳۸۵). یک فرد، وقتی به عنوان بیمار ایدز شناخته می شود که سیستم ایمنی توسط HIV، از کار افتاده باشد (ورکوهی و گرانقدر، ۱۳۸۰).

ایدز بیماری است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و برجسب اجتماعی، نه تنها از جنبه جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی نیز وضعیت بیماران را متاثر کرده و منجر به بروز مشکلات عدیده در فعالیت های مفید و علایق بیماران می گردد (آراند و نارنجو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می دهد و باعث کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می شود. عملکرد روزانه، فعالیت های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می کند و در عوض نقش های جدیدی را مطرح می سازد. تمامی این مشکلات بعلاوه مراجعات مکرر به پزشک و هزینه های بالای درمان و عوارض دارویی باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می شود (اولیوا، روا و دل لیانو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

کیفیت زندگی<sup>۵</sup>، ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می پردازد. ماهیت

6 Ferrans &amp; Powers

7 Grant &amp; Rivera

8 Social Support

9 Taylor

10 Chan, Molassiotis, Yam, Chang &amp; Lam

11 Lee, Yae chung, Boog park &amp; Hong chung

1 Hubley

2 Human Immunodeficiency virus

3 Arand &amp; Naranjo

4 Oliva, Roa &amp; Delliano

5 quality of Life

۱۳۹ فرد سالم همسان شده، به لحاظ سنی و جنسی با بیماران انجام شد. ابزار به کار رفته، پرسشنامه خلاصه شده سنجش کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. یافته ها نشان داد اکثریت بیماران (۸۷/۵٪) مرد و دارای تحصیلات در حد راهنمایی بودند. (۲۸/۱٪) متاهل و اغلب بیکار و میانگین سنی ۳۵ سال بود. بین بیماران و گروه کنترل، در تمامی جنبه های کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود داشت. متغیرهای سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، شمارش سلولهای CD<sub>۴</sub> و مرحله بالینی بیماری تاثیر معنی داری بر کیفیت زندگی بیماران داشت.

در پژوهشی شاکری، پرویزی فرد و امین زاده (۱۳۸۰) وضعیت روانی بیماران HIV مثبت مراجعه کننده به مراکز مشاوره مرکز بهداشت کرمانشاه را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش که از نوع توصیفی - مقطعی بود، ۱۳۲ بیمار آلوده به HIV مثبت (۱۱ نفر زن و ۱۱ نفر مرد) که به روش نمونه گیری آسان انتخاب شده بودند، شرکت داشتند. نتایج بررسی نشان داد که ۹۳/۱۸ درصد نمونه ها واجد ملاک تشخیصی اختلالات روان پزشکی بودند که از شایع ترین این اختلالات به ترتیب اختلالات وابسته به مواد با ۹۳/۹۳ درصد، اختلالات خلقی با ۴۳/۱۸ درصد، اختلالات اضطرابی با ۱۸/۹۳ درصد و اختلالات شبه جسمی با ۱۱/۳۶ درصد بیش از سایر اختلالات روان پزشکی در این افراد شیوع داشت.

مسعودی و فرهادی (۱۳۸۴) در پژوهشی به بررسی میزان حمایت اجتماعی خانواده افراد HIV مثبت و مبتلایان به ایدز شهر خرم آباد پرداختند. در این مطالعه توصیفی مقطعی (۱۴۷) نفر که ابتلا و یا آلودگی آنها تا اردیبهشت سال

حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می شود (سارز و همکاران، ۲۰۰۰).

افراد مبتلا به ویروس HIV به واسطه گرفتار شدن به یک بیماری خطرناک، کشنده و درمان ناپذیر در گستره فعالیت های اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی محدود می شوند که از یک سو به عنوان عامل تنش زادر این بیماران مطرح می باشد و از سوی دیگر به واسطه ویژگی های این بیماری مانند نسبت دادن انحرافات اخلاقی به این بیماران در بین توده مردم، راه های خاص انتقال عفونت و تا حدی ناشناخته بودن بیماری، این افراد در معرض فشارهای روحی - روانی ویژه ای قرار می گیرند. این افراد همچنین باید با ترس مرتبط با بیماری، مانند ناتوانی، افزایش وابستگی، کاهش مهار بدنی و درد مبارزه کنند. ماهیت عوامل فشارزا، یکی از جنبه های اساسی افراد مبتلا به HIV مثبت و ایدز می باشد. هر چند دوران انتظار نیست که گستره ای از آشفتگی های روانی از حالت نسبتاً "سبک مانند بی تفاوتی بیمارگون، احساس گناه، درماندگی و ناامیدی تا حالت های شدید مانند اختلال های اضطرابی، افسردگی و گاهی افکار خودکشی در این افراد دیده می شود (شاکری، پرویزی فرد و امین زاده، ۱۳۸۰). نجومی و عنبری (۱۳۸۶) در

مطالعه ای به مقایسه کیفیت زندگی بیماران، مبتلا به ایدز و HIV مثبت با افراد سالم تحت پوشش مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری غرب تهران پرداختند. مطالعه به صورت مقطعی - مقایسه ای با روش نمونه گیری آسان بر روی ۱۳۹ بیمار و

سوئد بر روی افراد مبتلا به ایدز نشان داد که بین تحصیلات بالاتر و شاغل بودن و کیفیت زندگی بهتر، ارتباط معنی دار دیده می شود.

پژوهش های گرین وهج<sup>۵</sup> (۱۹۹۱)، لوتکندر<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۹۷) نشان داد مداخلاتی همچون ورزش، ملاقات گروهی، شناخت درمانی و مداخلات مشابه دیگر، عملکرد دستگاه ایمنی را بهبود می بخشد و اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به ایدز و HIV را کاهش می دهد.

ایچی کاوا و نت<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان دادند که محیط اجتماعی حمایت کننده، صرف نظر از مرحله بالینی بیماری روی جنبه های روانی - اجتماعی و زندگی بیماران مبتلا به ایدز تاثیر مطلوبی می گذارد.

پرادو<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۴) در تحقیقی که بر روی بیماران ایدزی انجام دادند، دریافتند نمرات افراد مبتلا به ایدز در تمام ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی به شدت پایین می آید و کیفیت زندگی این بیماران در مقایسه با افراد عادی و حتی افراد مبتلا به سایر بیماری های مزمن نیز پایین تر است. با توجه به اهمیت موضوع و مطالب گفته شده بیماری ایدز و آلودگی به این ویروس شاید مهمترین چالش نظام های سلامت و بهداشت روان طی دو دهه گذشته بود. طوری که اپیدمی ایدز، آن را تا حد یک بحران سلامت عمومی ارتقاء داده است. با این همه، هنوز جنبه های روانشناختی و تاثیراتی که این بیماری، بر زندگی مبتلایان می گذارد به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفت. بنابراین، به نظر می رسد پرداختن به این پژوهش به منظور بررسی و مقایسه کیفیت زندگی، حمایت

۸۳ تایید شده و خانواده هایشان از بیماریشان اطلاع داشتند، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۵۶/۵ درصد از حمایت اجتماعی ضعیف خانواده برخوردار بودند و میزان حمایت اجتماعی خانواده افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد بود. در این پژوهش ارتباط معنی داری بین حمایت اجتماعی و احساس مسئولیت، در پیشگیری از ابتلا سایرین و گوشزد کردن مشکل خود به دیگران در مواقعی که امکان ابتلا وجود داشت، بدست آمد.

گریسون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴) در تحقیقی که روی بیماران ایدزی انجام دادند، دریافتند، نمرات افراد مبتلا به ایدز در تمام ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی به شدت پایین می آید و کیفیت زندگی این بیماران در مقایسه با افراد عادی و حتی افراد مبتلا به سایر بیماری های مزمن نیز پایین تر است. مطالعات کروک، برون و رابرت<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) روی افراد مبتلا به ایدز و HIV نشان داد کسانی که از مراقبت های چندجانبه خانواده هایشان برخوردارند، کیفیت زندگی مطلوب تری دارند و نوع پرستاری خانواده و مراقبت از این بیماران اثرات مطلوبی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها دارد.

یافته های مطالعه ای و اجتل و پیت<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) در جنوب آفریقا روی ۲۰۲ بیمار آلوده به ویروس ایدز حاکی از بدتر بودن کیفیت زندگی بیماران در بعد تحرک، فعالیت فیزیکی، مراقبت از خود و نیز جنبه های روحی - روانی نسبت به افراد سالم بوده است.

مطالعات اریکسون و نوردسترم<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) در

5 Green & Hedge

6 Lutgendorf

7 Ichikawa & Nat

8 Prado

1 Grierson

2 Crook·Brown & Robert

3 Wachtel & Piette

4 Eriksson & Nordstrom

ایران این پرسشنامه توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) ترجمه و استانداردسازی شده است. این ابزار حاوی ۲۶ سوال بوده و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می سنجد. دو سوال هم به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد و در تمام حیطه ها بالای ۰/۷ بدست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می تواند به علت تعداد کم سوالات در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه ها بالاتر بود (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی قرار گرفت و در حیطه های مختلف اختلاف معنی دار داشتند. نجومی و عنبری (۱۳۸۶) در پژوهشی که بر روی ۱۳۹ بیمار مبتلا به ایدز و HIV و ۱۳۹ فرد سالم انجام دادند پایایی پرسشنامه مذکور را با استفاده از آلفای کرونباخ در حدود ۰/۹۲ بدست آوردند. در تحقیق حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس ۰/۹۵ می باشد که به طور کلی، بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است.

ب- پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس  
به منظور سنجش میزان حمایت اجتماعی بیماران آلوده به ویروس ایدز از پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس استفاده شده است. این

اجتماعی و سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز با افراد عادی به منظور برنامه ریزی صحیح و ارائه خدمات متناسب با نیاز بیماران حائز اهمیت فراوان باشد.

### فرضیه های پژوهش

- کیفیت زندگی افراد آلوده به ویروس ایدز از افراد عادی پایین تر است.  
- حمایت اجتماعی افراد آلوده به ویروس ایدز از افراد عادی کمتر است.  
- سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز از افراد عادی پایین تر است.  
نمونه آماری و روش نمونه گیری:  
این مطالعه با روش نمونه گیری دردسترس، روی ۱۰۰ بیمار آلوده به ویروس ایدز تحت پوشش مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری و زندان کارون شهر اهواز و ۱۰۰ فرد عادی در یک مقطع زمانی ۸ ماهه در سال ۸۸-۱۳۸۷ انجام گرفته است. معیار انتخاب حجم نمونه بر اساس میانگین تحقیقات امامی پور و همکاران (۱۳۸۷)، ویژه و مرادی (۱۳۸۵) و علیلو و اسمعیلی کولانه (۱۳۸۵) بود. همچنین انتخاب گروه کنترل از بین همراهان بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری انتخاب گردید.

### ابزارهای پژوهش

الف- مقیاس سنجش کیفیت زندگی  
در این پژوهش جهت سنجش کیفیت زندگی، از پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> استفاده شد. این ابزار در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت همزمان طراحی و به زبان های مختلف ترجمه شد. در

1 WHOQOL-BREF

می باشد. در خصوص اعتبار پرسشنامه (GHQ) مطالعات متعددی صورت گرفته است. گلدبرگ (۱۹۷۲) اعتبار پرسشنامه GHQ را از طریق همبسته کردن نمره های آن با پرسشنامه سلامت روانی SCL-90 برابر ۰/۷۸٪ به دست آورد. تقوی (۱۳۸۰) برای اعتبار پرسشنامه GHQ از سه روش اعتباریابی سازه، تحلیل عوامل و همبستگی بین خرده مقیاس های آزمون با یکدیگر و با کل آزمون استفاده نمود. در روش اعتباریابی سازه از اجرای همزمان پرسشنامه (GHQ) و پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (MHQ)<sup>۱۰</sup> استفاده شد. ضریب همبستگی بین نمره های ۷۵ آزمودنی مورد مطالعه در دو پرسشنامه GHQ و MHQ برابر با ۰/۵۵ بود که در سطح  $p < ۰/۰۰۰۱$  معنی دار می باشد. تقوی (۱۳۸۰) پایایی GHQ را محاسبه کرد. نتایج باز آزمایی GHQ بر روی ۷۵ آزمودنی به فاصله ۳ تا ۴ هفته برابر با ۰/۷۲ بود و پایایی به روش آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۹۰ گزارش کرد. در تحقیق حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس ۰/۹۵ می باشد که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است.

د- پرسشنامه عوامل جمعیت شناختی این فرم توسط پژوهشگر به منظور بررسی عوامل جمعیت شناختی نظیر: جنسیت، سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، اشتغال ... مورد استفاده قرار می گیرد.

پرسشنامه توسط واکس<sup>۱</sup>، فیلیپ<sup>۲</sup>، هلی<sup>۳</sup>، تامسون<sup>۴</sup>، ویلیامز<sup>۵</sup>، استوارت<sup>۶</sup> (۱۹۸۶)، نقل از علیمرادزاده، (۱۳۸۵) تهیه گردید. این مقیاس دارای ۲۳ سوال و ۳ خرده، مقیاس خانواده، دوستان و سایرین می باشد. ناخداناك (۱۳۷۷) ضرایب پایایی این پرسشنامه را در سه روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶، تنصیف ۰/۵۵ و گاتمن ۰/۸۴ محاسبه نموده است. در نمونه دانشجویان ایرانی ضرایب پایایی خرده مقیاس های خانواده، دوستان و سایرین به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۶۴، ۰/۵۴، است. ضرایب اعتبار کل مقیاس حمایت اجتماعی ۰/۷۰ است (نقل از باوی، ۱۳۸۳). اما در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی مقیاس حمایت اجتماعی از دوروش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ می باشد و حاکی از ضرایب مطلوب مقیاس یاد شده می باشد.

ج- مقیاس سلامت عمومی (GHQ)<sup>۷</sup>

به منظور سنجش سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویروس ایدز از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شده است. این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) تنظیم گردید. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه (GHQ) استفاده شده است. فرم ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلیر<sup>۹</sup> (۱۹۷۹) از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شد و شامل چهار خرده مقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد و افسردگی

10 Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)

1 Wax  
2 Phillip  
3 Helly  
4 Tohmson  
5 Williamms  
6 Stwart  
7 Genral Health Questionnaire (GHQ)  
8 Gohdberg  
9 Hillier

جدول شماره ۱: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بر روی میانگین نمرات کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز و افراد عادی

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۴۵۴	۳	۱۹۶	۵۴/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۴۶	۳	۱۹۶	۵۴/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۰/۸۳۳	۳	۱۹۶	۵۴/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۸۳۳	۳	۱۹۶	۵۴/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰

### یافته‌های پژوهش

همان طور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می شود سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین افراد آلوده به ویروس ایدز و افراد عادی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و می شود بیانگر آن هستند که بین افراد آلوده به ویروس ایدز و افراد عادی از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F = ۱۳/۶۷$  و  $p < ۰/۰۰۰۱$ ). همچنین بین افراد آلوده به ویروس ایدز و افراد عادی از لحاظ حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده می شود ( $F = ۷۵/۴۹$  و  $p < ۰/۰۰۰۱$ ).

جدول شماره ۲: نتایج اثرات بین آزمودنی ها روی میانگین نمرات کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز و افراد عادی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میلگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
کیفیت زندگی	۳۰۹۷۳/۱۱	۱	۳۰۹۷۳/۱۱	۱۳۷/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰
حمایت اجتماعی	۲۰۸۰/۱۲	۱	۲۰۸۰/۱۲	۷۵/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷	۱/۰۰
سلامت عمومی	۲۶۵۶۹/۷۳	۱	۲۶۵۶۹/۷۳	۱۲۴/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۱/۰۰

سلامت عمومی) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج اثرات بین آزمودنی ها، در جدول ۲ نشان داده شده است. همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین ها، افراد آلوده به ویروس ایدز نسبت به افراد عادی از حمایت اجتماعی پایین تری برخوردارند. بین افراد آلوده به ویروس ایدز و افراد عادی از لحاظ



تحقیقات بهداشتی شناخته شده و به کار می رود. دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی نه تنها راه گشای درمانهای مؤثرتر و پیشرفت های آینده است، بلکه در ارتقای برنامه های حمایتی و اقدامات توانبخشی بسیار مؤثر می باشد. عوامل متعددی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماریهای مزمن مؤثر است. از جمله عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ایدز، سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و اشتغال آنها می باشد. هرچند که بررسی وضعیت جمعیت شناختی افراد آلوده به ویروس ایدز جزو اهداف این پژوهش نبود. ولی نشان می دهد که افراد آلوده به ویروس ایدز از نظر سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و شغل وضعیت رضایت بخشی ندارند. به طوری که اکثر بیماران، مردان جوان با تحصیلات در حد ابتدایی و راهنمایی بودند و فقط ۲ درصد مدرک دانشگاهی داشتند. همچنین در مقایسه با افراد عادی ۶۷ درصد مجرد و در صد قابل توجهی در حدود ۶۵ درصد بیکار بوده یا شغل هایی با درآمد پایین داشتند. مسلماً برای اقدامات پیشگیرانه موثر و مبارزه کارآمد با آلودگی به HIV و بالا بردن سطح کیفیت زندگی این واقعیات اهمیت بسزایی خواهد داشت. بنابراین در راستای تبیین این فرضیه می توان گفت علت این تفاوتها قسمتی به خاطر ماهیت خاص بیماری و تبعات اجتماعی ناشی از آن و قسمتی به علت وضعیت خاص اکثریت بیماران مورد مطالعه به لحاظ اعتیاد به مواد مخدر، هپاتیت و تاثیر آن روی وضعیت شغلی و تاهل بیماران می باشد. همچنین ارتباط مستقیم و نزدیکی بین میزان تحصیلات و وضعیت مطلوب اقتصادی، حمایتهای مطلوب خانوادگی و سازگاری بهتر با بیماری است که می توان از جمله عوامل مهم و تاثیر گذار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد عادی باشد. فرضیه دوم به صورت زیر بود:

سلامت عمومی نیز تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F = 124/91$  و  $p < 0/0001$ ). به عبارت دیگر، با توجه به میانگین ها، افراد آلوده به ویروس ایدز نسبت به افراد عادی از سلامت عمومی پایین تری برخوردارند.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز با افراد عادی شهر اهواز می باشد. در این پژوهش ۳ فرضیه مورد آزمون قرار گرفته که در ادامه به ترتیب هر فرضیه ارائه و سپس مورد بررسی و تبیین قرار می گیرد. اولین فرضیه این بود: کیفیت زندگی افراد آلوده به ویروس ایدز از افراد عادی پایین تر است.

نتایج نشان داد بین افراد آلوده به ویروس ایدز با افراد عادی از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی دار مشاهده می شود ( $F = 137/67$  و  $p < 0/0001$ ). به عبارت دیگر، با توجه به میانگین های دو گروه (۵۳/۴۰) و (۷۶/۲۹)، افراد آلوده به ویروس ایدز نسبت به افراد عادی از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند. نتایج حاصل از فرضیه اول با پژوهش های هندفورد و همکاران (۲۰۰۶)، گریسون و همکاران (۲۰۰۴)، گالوا و همکاران (۲۰۰۴)، پرادو و همکاران (۲۰۰۴)، کورلس و همکاران (۲۰۰۴)، کامپ اسمیت و همکاران (۲۰۰۳)، و واچتل و پیت (۱۹۹۲)، امامی پور و همکاران (۱۳۸۷) و نجومی و عنبری (۱۳۸۶) همخوانی دارد. کیفیت زندگی، سازه بسیار ارزشمندی است که احساس فرد را درباره وضعیت جایگاه سلامتی اش می سنجد. در حال حاضر کیفیت زندگی، یکی از نگرانی های عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت در



عمل می کند. نه تنها حمایت اجتماعی طی دوره فشار روانی بسیار یاری کننده است، بلکه در موارد آرامش نسبی غیر مفید است. حمایت اجتماعی به ما امنیت و اعتماد به خود می دهد تا رویکردهای دیگر را بسنجیم و مهارتهای مقابله اضافی را کسب کنیم. با توجه به اثرات مطلوب حمایت اجتماعی بر زندگی افراد، بخصوص بیماران مبتلا به ایدز و نقشی که در کاهش اضطراب و افسردگی آنها ایفا می کند، مطالعات متعدد نشان می دهد که افراد آلوده به ویروس ایدز از حمایت اجتماعی ضعیف خانواده و اطرافیان برخوردارند که در راستای تبیین این فرضیه شاید بتوان گفت، چون این بیماری در کشورهای صنعتی، اغلب همراه با همجنس بازی و مصرف مواد مخدر بوده است، بیماران مبتلا به ایدز و خانواده های شان اغلب احساس بی آبرویی می کنند. خیلی از بیماران آلوده به ویروس ایدز موضوع را حتی به خانواده نزدیک خود هم نمی گویند. آنها نگران این مسئله اند که خانواده، دوستان، همسایه ها و همکاران طردشان کنند. این مسئله به انزوای این افراد می انجامد؛ در نتیجه، از حمایت های اجتماعی که در هنگام شدت یافتن بیماری به آنها نیاز دارند، محروم می مانند. بعضی از خانواده ها زمانی متوجه بیماری فرزندان یا همسرشان می شوند که پی می برند، وی همجنس باز یا هرزه یا معتاد بوده است. حتی گاهی اوقات از احتمال انتقال ویروس به خود می ترسند. همه این عوامل، بر تکان روحی حاصل از تشخیص برای خانواده و دوستان بیمار می افزاید. گاهی اوقات، بی آبرویی همراه با بیماری یا عصبانیتی که در این افراد ایجاد می شود، باعث می شود بیمار را ترک گویند. بسیاری از افراد آلوده به ویروس ایدز در ارتباط با مشکل سلامتشان احساس شرم می کنند. یا حتی خود را از بابت بیماری، انگ

حمایت اجتماعی افراد آلوده به ویروس ایدز از افراد عادی کمتر است. همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود بین افراد مبتلا به ویروس ایدز و افراد عادی از لحاظ حمایت اجتماعی تفاوت معنی دار وجود دارد ( $F=75/49$  و  $p<0/0001$ ). به عبارت دیگر با توجه به میانگین های دو گروه (۱۱/۶۵) و (۱۸/۱۰)، افراد آلوده به ویروس ایدز نسبت به افراد عادی از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند. نتایج حاصل از فرضیه دوم با یافته های تحقیقات کروک و همکاران (۲۰۰۵)، موریس و ویلیامز (۲۰۰۵)، کالواو سرکویر (۲۰۰۴)، هانگ یانگ و همکاران (۲۰۰۴)، فیدو و الکاظمی (۲۰۰۲)، مورفی (۲۰۰۲)، باستارد و کیمبرلین (۲۰۰۰) و مسعودی و فرهادی (۱۳۸۴) همخوانی دارد.

امروزه اغلب محققان بر این عقیده اند که افراد در هر فرهنگی نه تنها برای حفظ بقا، بلکه برای افزایش سلامت خود به حمایت اجتماعی نیاز دارند. حمایت اجتماعی برای هر فرد یک رابطه امن و اطمینان بخش به وجود می آورد که احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگی های اصلی آن است. پژوهشهای جدید درباره حمایت اجتماعی، توجه را بر جنبه مثبت روابط اجتماعی متمرکز کرده است. شبکه اجتماعی ما مردمی را در بر می گیرد که می توانیم به آنها تکیه کنیم، مردمی که به ما اجازه می دهند بدانیم آنها نگران ارزشها هستند و ما را دوست دارند. هر کس که متعلق به شبکه بهداشت اجتماعی است، حمایت اجتماعی موجود شخصی هم در آسیب پذیری و هم در مقابله وی نقش دارد. آسیب پذیری جسمی و شناختی به موازات کاهش حمایت اجتماعی افزایش می یابد. به این معنی که، حمایت اجتماعی به عنوان سپری در مقابل آشفتگیهای زندگی در دنیای پیچیده

مهارت های مدیریت خشم و استرس این افراد ضعیف است و توانایی مهارت واکنش ها و هیجانات منفی خود را ندارند. در چنین حالتی اغلب آنها به رفتارهای اطرافیان خود بیش از اندازه حساس یا کم طاقت می شوند، به گونه ای که تحمل کمترین مخالفت یا عدم اطاعت از سوی اطرافیان را ندارند و با کوچکترین نافرمانی از کوره در می روند. از سوی دیگر مشکلات سلامت عمومی می تواند به کاستی هایی در زمینه روابط اجتماعی، شغلی و احساس رضایت کلی منجر شوند. بسیاری افراد آلوده به ویروس ایدز از لحاظ اجتماعی منزوی هستند. انزوای تنهایی این افراد منجر به فقدان حمایت اجتماعی می شود. بیماران که حمایت اجتماعی دریافت می کنند و کمک و راهنمایی جهت اجرای نقش خود دارند و یا دوستانی دارند که بتوانند شنونده نقش های آنان باشند و علائم و نشانه های غیر عادی رفتاری آنان را به ایشان گوشزد نمایند، کمتر ممکن است دچار تنش و اضطراب شوند. انزوای اجتماعی و معاشرت محدود با همسایه های دوستان و آشنایان مساله ای که در جوامع قرن بیستم و همچنین جامعه ما به طور روز افزون افزایش می یابد. عدم دسترسی به سیستم های حمایتی و وجود استرس های تحمیل شده بواسطه نوع بیماری و خطرات ناشی از آن، فرد آلوده به ویروس ایدز را در معرض فشار مضاعف قرار می دهد. بنابراین در راستای تبیین این فرضیه می توان گفت: مواجهه فرد از اینکه وی به بیماری ایدز مبتلا است، موجب بروز یک شوک روانی در وی می شود. چرا که بیماری ایدز به خاطر ماهیت نحوه ابتلا، از لحاظ اجتماعی بسیار نامطلوب بوده و موجب می گردد که دوستان و اطرافیان از وی اجتناب کنند و فرد مبتلا از لحاظ اجتماعی منزوی گردد. علاوه بر این آگاهی فرد از اینکه بیماری وی غیر قابل درمان است، می تواند موجبات ناامیدی و افسردگی در فرد شود. بسیاری از بیماران مبتلا به ایدز به دنبال حمله ویروسی به

خورده یا لکه دار می دانند و سعی در پنهان کردن آن از دیگران دارند. همچنین برچسب بیماری ایدز مانعی برای دریافت مراقبت های درمانی در مراکز بهداشتی و درمانی است. این بیماران طرد شدن به وسیله اعضای خانواده، دوستان، مراقبان بهداشتی، کارفرمایان را تجربه می کنند. این امر منجر می شود که آنها حمایت های درمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی لازم را کسب نکنند. فرضیه سوم نیز به صورت زیر بود:

سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز از افراد عادی پایین تر است.

با توجه به جدول شماره ۲ بین افراد آلوده به ویروس ایدز و افراد عادی از لحاظ سلامت عمومی تفاوت معنی دار مشاهده می شود ( $F=124/91$  و  $p<0/001$ ). به عبارت دیگر، با توجه به میانگین های دو گروه (۴۳/۸۵) و (۲۰/۸۰)، افراد آلوده به ویروس ایدز نسبت به افراد عادی از سلامت عمومی پایین تری برخوردارند. نتایج حاصل از فرضیه سوم با پژوهش های پندو و همکاران (۲۰۰۳)، بال و اسکوتنفلد (۱۹۹۷)، جک بسبرگ و همکاران (۱۹۹۵)، امامی پور و همکاران (۱۳۸۷)، علیلو و اسمعیلی (۱۳۸۵) و شاکری و همکاران (۱۳۸۰) همخوانی دارد.

هرچند ویژگی اساسی عفونت HIV به فروریزی تدریجی توان جسمی برای رسیدن به یک پاسخ ایمنی متناسب با میانجی گری سلولی توام با عوارض پزشکی ملازم آن است، پدیده های عصبی - روانی آن نیز می تواند بارز باشند. بیمارانی که از مشکلات جسمانی یا روانی به ویژه افسردگی و اضطراب رنج می برند، اغلب دارای سطح تحمل کم بوده و قادر به انعطاف پذیری در برابر مشکلات و مسائل نیستند. غالباً این بیماران فاقد اعتماد به نفس اند و قادر به کنترل عواطف و تعاملات استرس زا خود با اطرافیان نیستند.

سیستم عصبی مرکزی، دچار ضایعات مغزی می شوند. جسمانی بر روی تمام جنبه های زندگی اعم از روانی، این حملات سبب اختلال در کار مغز می شود و این بیماران عملکرد شناختی خود را به تدریج از دست می دهند. گیج و سردرگم می شوند. این عوامل سبب می شود که در کوتاه مدت، فرد از لحاظ روانشناختی و اجتماعی دچار مشکلات زیادی گردد. همچنین سبب می شود که انطباق فرد با بیماری ایدز به مدت زمان زیادی نیاز داشته باشد. این بیماری علاوه بر جنبه اجتماعی و معنوی تاثیر می گذارد و می تواند موجب ترس از زندگی با این عفونت شود. ابتلا به این عفونت موجب از دست دادن موقعیت اجتماعی، اقتصادی، اشتغال و سکونت می شود. مجموع این عوامل منجر به بروز مشکلات عدیده در فعالیت های مفید و علاقی بیماران می گردد و سلامت عمومی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد.

### منابع

- باوی، ساسان. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین خودبیمارانگاری و حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان شهرستان اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- الهی، نسرین، و کردانی، مریم السادات. (۱۳۸۵). مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز و عفونت با HIV در منزل. اهواز: انتشارات معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز.
- احمدی، فضل الله؛ سالار، علی رضا، فقیه زاده، سقراط. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. مجله علمی حیات دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲۲، ۶۱-۶۷.
- امامی پور، سوزان؛ شمس اسفند آبادی، حسن؛ صدرالسادات، سید جلال الدین، و نژاد نادری، سمیرا. (۱۳۸۷). مقایسه اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه مردان معتاد مبتلا به ایدز، معتاد غیر معتاد به ایدز، غیر معتاد مبتلا به ایدز و سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، ۱۰ و ۱، ۶۹-۷۷.
- تقوی، سید محمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله تربیتی و روان شناسی، ۴ و ۳۸۱-۳۹۸، ۵.
- شاکری، جلال؛ پرویزی فرد، علی اکبر، و امین زاده، صابر. (۱۳۸۰). وضعیت روانی بیماران HIV مثبت مراجعه کننده به مراکز مشاوره مرکز بهداشت کرمانشاه. فصل نامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۰ و ۱، ۳۹-۳۱.
- علیمرادزاده، ژاله. (۱۳۸۵). مقایسه سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی در نوجوانان (پسر و دختر) بزهکار و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- مسعودی، مژگان، و فرهادی، علی. (۱۳۸۴). میزان حمایت اجتماعی خانواده از افراد HIV مثبت و مبتلایان به ایدز. فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۷ و ۴، ۴۷-۴۳.
- ناخداناک، حسن. (۱۳۷۷). رابطه ساده و چند گانه سرسختی روان شناختی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی و جسمانی دبیران مرد شهرستان شوشتر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

اهواز.

- نجات، سحر ناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کورش؛ محمد، کاظم، و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴، ۱۲-۱ و ۴.
- نجومی، مرضیه، و عنبری، خاطره. (۱۳۸۶). مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز و HIV مثبت با افراد سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۵ و ۵۸، ۱۷۶ - ۱۶۹.
- ورکوهی، امیر خشایار، و گرانقدر، پریرسا. (۱۳۸۰). ایدز و عفونت HIV. لرستان: انتشارات سازمان علوم پزشکی.
- ویزه، اورزولا، و مرادی، شهرام. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به ایدز شهر تهران. فصلنامه خانواده پژوهی، ۲ و ۸، ۳۲۳-۳۱۰.
- هابلی، جی. (۱۳۸۶). ایدز: پیدایش، نشانه ها، انتقال، پیشگیری و امید به درمان (ترجمه علی غفاری). تهران: جوانه رشد. (۲۰۰۲).

- Aranda, A., & Naranjo, B. (2004). Quality of life in HIV positive-patient. *J Assoc Nurses AIDS care*, 15, 265-273.
- Ball, S.A., & Schottenfeld, R.S. (1997). A five factor mode of personality and addiction, pregnant and postpartum cocaine misusers. *Substance use and Misuse*, 32, 25-41.
- Bastardo, M.Y., & Kimberlin, L.C. (2000). Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in venezuela. *AIDS Care*, 12(5), 673-684.
- Calvao, T.M., & Cerqueira, A.T. (2004). Evaluation of quality of life among women with HIV/using HAT - QOL. *Gad Sude Publica*, 20(2), 430-7.
- Campsimith, M.L., Kakashima, A. K. & Davidson, A. J. (2003). self-reported health- related quality of life in persons with HIV infection: results from a multi-site inter view project. *Health and Quality of life Outcomes*, 12(10), 1186-1477.
- Chan, C.W., Molassiotis, A., Yam, B.M., Chang, S.J., & Lam, C.S. (2001). Traveling through the cancer trajectory: social support perceived by women with gynecologic cancer in Hong Kong. *Cancer Nurs*, 24(5), 387-394.
- 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.
- Crook, J., Browne, G., & Robert, J. (2005). Impact of support service provided by a community - based AIDS service organization on persons living with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 16(4), 39-49.
- Eriksson, L.E., & Nordstrom, G. (2000). The health related quality of life in a swedish sample of HIV infected person. *J Adv Nurs*, 32(5), 1213-23.
- Fido, A., & Alkazemi, R. (2002). Survey of HIV/ AIDS knowledge and attitudes of Kuwaiti Family physician. *Fam pract*, 19(6), 682 -684.
- Grant, M.M., & Rivera, L.M. (1998). Evaluation of quality of life in oncology and oncology nursing. In: King CR, Hinds P, editors. *Quality of Life from Nursing and Patient Perspective Theory, Research Practice*. 1st ed Philadelphia: jones and Bartlett publishers Sudbury Massachusetts, 37-53.
- Goldberg, D.P. (1972). The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. *Maudsley Mono-*

- graph NO. 21 Oxford: Oxford University press.
- Goldberg, D.P., & Hillier, V. F.(1979). A scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Green, I., & Hedge, B.(1991). Conselling and stress in HIV infection and AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 111, 128.
- Grierson, J., Pitts, M., & Whyte, M.,(2004). Living with HIV in New Zealand:-Balancing health and quality of life. *New Zealand Medical Journal*, 20, 117.
- Hnadford, C. D., Tynan, A. M., & Rackal, J. M.(2006). Setting and organization of care for persons living with HIV/AIDS. *Cochrane Data Base Sys Rev*, 16(4), 43- 48.
- Huangang, J., Constance, R. U., Samuel, W.U., Kimberly, R., Kimberly, F., & Pamela, W. D.(2004). Health –related quality of life Among Men with HIV infection, effects of social support, coping, and depression. *AIDS Patient Care and STDs*, 18(10), 594-603.
- Ichikawa, M., & Nat, C.(2006). Perceived social environment quality of life among people living with HIV/AIDS in Northern Thailand. *J AIDS Care*, 18(2), 128-3.
- Lee, E.H., Yae Chung, B., Boog Park, H., & Hong Chung, K.(2004). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *J pain Symptom Manage*, 27(5), 425-433.
- Lutgendorf, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Klimas, N., Kumar, M., Starr, K. McCabe, P., Clevon, K. (1997). Cognitive behavioral stress management decreases dysphoric mood and herpes simplex virus-type 2 antibody titers in symptomatic HIV-seropositive gaymen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 31 – 34.
- Murphy, D.A.(2002). Mothers living with HIV/AIDS: Mental, physical and Family-Fanctioning. *AIDS Care*, 14, 633 – 644.
- Hnadford, C. D., Tynan, A. M., & Rackal, J. M.(2006). Setting and organization of care for persons living with HIV/AIDS. *Cochrane Data Base Sys Rev*, 16(4), 43- 48.
- Huangang, J., Constance, R. U., Samuel, W.U., Kimberly, R., Kimberly, F., & Pamela, W. D.(2004). Health –related quality of life Among Men with HIV infection, effects of social support, coping, and depression. *AIDS Patient Care and STDs*, 18(10), 594-603.
- Ichikawa, M., & Nat, C.(2006). Perceived social environment quality of life among people living with HIV/AIDS in Northern Thailand. *J AIDS Care*, 18(2), 128-3.
- Jacobsberg, L., Frances, A., & Perry, S.(1995). Axis II diagnose among volunteers for HIV testing and counseling. *American Jorunal of Psychiatry*, 152, 1222-1224.
- Lee, E.H., Yae Chung, B., Boog Park, H., & Hong Chung, K.(2004). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *J pain Symptom Manage*, 27(5), 425-433.
- Lutgendorf, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Klimas, N., Kumar, M., Starr, K. McCabe, P., Clevon, K. (1997). Cognitive behavioral stress management decreases dysphoric mood and herpes simplex virus-type 2 antibody titers in symptomatic HIV-seropositive gaymen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 31 – 34.
- Lee, E.H., Yae Chung, B., Boog Park, H., & Hong Chung, K.(2004). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *J pain Symptom Manage*, 27(5), 425-433.
- Lutgendorf, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Klimas, N., Kumar, M., Starr, K. McCabe, P., Clevon, K. (1997). Cognitive behavioral stress management decreases dysphoric mood and herpes simplex virus-type 2 antibody titers in symptomatic HIV-seropositive gaymen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 31 – 34.

- Murphy, DA.(2002). Mothers living with HIV/AIDS: Mental, physical and Family-Functioning. *AIDS Care*, 14, 633 – 644.
- Muris, J.M.,& Williams, P.L.(2005).Gender difference in health related quality of life in patient with HIV/AIDS. *Qual LifeRes*, 14(2), 479-91.
- 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.
- Penedo, J.F., Gonzalez, J.S, Dahn, J.R, Antoni, M., Malow, R., Costa, P., et al.(2003). Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Gournal of Psychosomatic Research*, 54, 271-278.
- 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.
- Suarez, L., Ramirez, A.G., Villarreal, R., Marti, J., Mcalister, A., Talavera, G.A.,& et al.(2000). Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. *Am J Prev Med*, 19(1), 47-52.
- Taylor, S. E. (2007). Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. *Psychological Science*, 18, 800-839.
- Wachtel, T.,& Piette. J.(1992). Quality of life in person with human immunodeficiency virus infection: measurement by the medical out comes study instrument. *Ann Intern Med*, 116(2), 129.

تاریخ وصول: ۸۸/۵/۲۵

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۸