

اثربخشی گروه درمانی امید محور بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت

مهدی قزلسفلو^۱ و مهرنوش اثباتی^۲

دریافت مقاله 2012, 09 Dec

تاریخ انتشار مقاله 2012, 25 March

بیماری ایدز، در قرن گذشته مهمترین تهدید برای سلامت مردم جهان بود. به گونه ای که به گزارش سازمان بهداشت جهانی در هر یک دقیقه، ۶ نفر در دنیا بر اثر ابتلا به این ویروس جان خود را از دست می دهند. در این مدت، متخصصان به دنبال معرفی راه های جدیدی برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران بوده اند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه درمانی امید محور بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی، مثبت بود. بدین منظور، طی یک مطالعه ی نیمه آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل، ۲۰ مرد با اچ آی وی مثبت که در سال ۱۳۸۹ به بیمارستان امام خمینی مراجعه کرده بودند، به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی و از نظر کیفیت زندگی در ابتدا و انتهای پژوهش مورد سنجش قرار گرفتند، سپس گروه آزمایشی در ۸ جلسه ی ۲ ساعته تحت گروه درمانی امید محور قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس، نشان داد که نمره های کیفیت زندگی گروه آزمایش بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل، بهبود داشته و گروه درمانی امید محور باعث بهبود کیفیت زندگی در مردان مبتلا به HIV+ شده است.

واژه های کلیدی: امید درمانی، کیفیت زندگی، اچ آی وی مثبت

مقدمه

بیماری ایدز، در قرن گذشته مهمترین تهدید برای سلامت مردم جهان بوده است. در واقع، پس از مشاهده ی اولین مورد ابتلا به ویروس ایدز در سال ۱۹۸۱، بحث درباره ی شناسایی مکانیسم عملکرد، کنترل و درمان آن با سرعت در مجامع پزشکی آمریکا در شهر لس آنجلس و سپس

۱. دپارتمان خانواده درمانی علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده ی مسوول) mehdi.gazelselflo@gmail.com

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

دیگر نقاط دنیا گسترش یافت اما سرعت گسترش ویروس ایدز، بیشتر از تلاش های آنها بود به گونه ای که تا امروز به گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱، در هر یک دقیقه، ۶ نفر در دنیا بر اثر ابتلا به این ویروس، جان خود را از دست می دهند (اوون، ۱۹۸۹). ماهیت مرگبار این بیماری توانایی تغییر ژنتیکی بسیار بالا، شیوع افسارگسیخته ی آن در تمام کشورها و در نتیجه خسارات بسیار سنگین آن، باعث شده تا در یک دهه، همه ی کشورها با هماهنگی سازمان های بین المللی علیه این بیماری متحد شوند و حتی در سال ۲۰۰۰ شورای امنیت سازمان ملل متحد برای بررسی وضعیت آن تشکیل جلسه دهد (هابلی، ۲۰۰۳).

نبودن درمان قطعی یا واکسن موثر برای بیماری ایدز، آموزشیاران امور بهداشتی را متوجه ی این امر کرده است که تنها راه مقابله با این بیماری، تغییر دادن رفتارهای پرخطر افراد است. علیرغم وقت و سرمایه ی بسیار برای درمان بیماری ایدز، متخصصین در این زمینه به نتیجه ی قابل ملاحظه ای نرسیده اند به طوری که بعد از سال ۲۰۰۰، سازمان بهداشت جهانی (WHO) و دیگر سازمانهای درگیر در این باره، توجه به پیشگیری و کاهش عوارض و خسارات ناشی از ابتلا به این بیماری را بیشتر از قبل مورد تاکید قرار دادند (سوکن و کارسون، ۱۹۸۷). اگر چه در دو دهه ی آخر قرن بیستم، بیشتر تلاش ها با دید پزشکی صورت گرفت اما مشخص شدن ماهیت چند بعدی (زیستی، روانی، اجتماعی و اقتصادی) بیماری ایدز، از جمله تاثیر منفی بسیار شدید بر سلامت روانی و کیفیت زندگی در مبتلایان به آن، متخصصان را بر آن داشته است تا پژوهش ها را به سمتی هدایت کنند که علاوه بر متغیرهای زیستی موثر در بیماری ایدز به شناسایی و کنترل متغیرهای روانی و رفتاری حاصل از تشخیص این اختلال در افراد پردازند تا شاید بتوانند از طریق آنها از بروز و گسترش رفتارهای که منجر به انتشار ویروس نقص ایمنی بدن می شود، جلوگیری کرده و تدابیری اتخاذ کنند تا بیماران، زندگی خود را با حداقل رنج سپری کنند (آراندا، ۲۰۰۴).

بی توجهی به وضعیت زندگی مبتلایان به ایدز و از دست دادن جایگاه اجتماعی، از جمله دریافت انگ اجتماعی باعث شده است تا مبتلایان به انجام رفتارهای غیر مسوولانه پردازند که منجر به انتشار ویروس و آلوده شدن افراد جدید می شود (لاکمن و سورنسن، ۱۹۹۶). در این میان بعد از ناامیدی متخصصان از درمان قطعی بیماری، از جمله مفاهیمی که مورد توجه ی پژوهشگران قرار گرفته، مفهوم کیفیت زندگی است. اگر چه در بین متخصصان، توافق روی تعریف مفهوم کیفیت

زندگی وجود ندارد اما دانان جایا (۲۰۰۶) کیفیت زندگی را مجموعه ای چند بعدی از رفاه اقتصادی، شرایط محیطی و وضعیت سلامتی تعریف کرده است که به وسیله ی شخص یا گروهی از افراد درک می شود. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به عنوان درک فرد از موقعیت خود در زندگی، در متن فرهنگ و سیستم ارزشی جامعه می داند که با اهداف، انتظارات و استانداردهای وی در ارتباط است (نقل از نجومی و عنبری، ۲۰۰۷). نتیجه ی پژوهش های مختلف حاکی از آن است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اچ آی وی و ایدز در ایران نامطلوب است و در پژوهش ویژه و مرادی (۲۰۰۷) ۶۹ درصد زنانی که به پرسشنامه ی کیفیت زندگی ویژه ی بیماران اچ آی وی پاسخ داده اند، کیفیت زندگی خود را پایین و ۳۱ درصد نیز آن را متوسط گزارش کرده اند. عنبری و نجومی (۲۰۰۷) نشان داده اند که کیفیت زندگی بیماران اچ آی وی و ایدز در مقایسه با افراد سالم در تمام ابعاد روانی، اجتماعی، محیطی و جسمانی دارای وضعیت نامطلوبی است.

روان شناسی بالینی، به طور سنتی بر کمبودها و ناتوانی روانی تاکید داشته است و انعطاف پذیری تدبیر و توان مراجعان را برای ارزیابی تغییر، به ندرت مدنظر قرار داده است اما در چند دهه ی اخیر روان شناسی مثبت گرا و روان شناسی سلامت به افزایش شادمانی، سلامت و مطالعه ی علمی در مورد نقش نیرومندی های شخصی و سامانه های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه تاکید کرده است. مضامین اصلی روان شناسی مثبت گرا شامل شادمانی، امید، خلاقیت و خردمندی است (کار، ۲۰۰۶). یکی از شاخه های سلامت، ایمنی شناسی روانی - عصبی است که به بررسی تاثیر عوامل روان شناختی بر دستگاه ایمنی بدن و افزایش خطر بیماری می پردازد. یافته های اساسی در این حوزه، نشان می دهد که شخصیت، رفتار، هیجان و شناخت، همگی می تواند پاسخ ایمنی بدن را تغییر داده و از این رو، خطر ابتلا به بیماری را تغییر دهد. متخصصان، امیدوارند که روان درمانی بتواند برای پیشگیری و درمان بیماری های جسمانی مفید واقع شود (سارافینو، ۲۰۰۵).

متعاقب گسترش ایدز و تلاش های پزشکی و روان شناختی برای کنترل و کاهش تبعات آن، اخیرا متغیر دیگری تحت عنوان امید^۱ در بیماران مبتلا به اچ آی وی و ایدز مد نظر قرار گرفته است (اشنایدر و اندرسون، ۱۹۹۱). اولین تلاش ها برای تبیین و سنجش امید، به کارهای اشنایدر و همکاران در دو دهه ی گذشته مربوط می شود. اشنایدر و همکاران، امید را مرکب از مولفه های

قدرت اراده یا تفکر، قدرت راهیابی یا تفکر برنامه ریزی، هدف و تشخیص موانع می دانند (اشنایدر و اندرسون، ۱۹۹۱). اشنایدر در بین درمان های روان شناختی، امید را به عنوان هدف اصلی درمان مدنظر قرار داده است. او به عنوان بنیان گذار نظریه ی امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه ای شامل توانایی طراحی گذرگاههایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و پدیدآوری انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاهها (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۳) تعریف کرده است. امید درمانی، از درمان شناختی- رفتاری، درمان راه حل مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می شود. هدف این روش درمانی به مراجعان در جهت فرمول بندی اهداف و ساختن گذرگاه های متعددی برای رسیدن به آنها، برانگیختن خود برای دنبال کردن اهداف چارچوب بندی مجدد موانع به صورت چالش هایی برای غلبه و پیروزی است (اشنایدر، ۲۰۰۰).

به گفته ی اشنایدر، امید مفهومی شناختی است که متوجه ی آینده است، بنابراین، بیماران اچ آی وی و ایدز اگر به آینده امید داشته باشند ممکن است در ابعاد مختلف کیفیت زندگی خویش وضعیت بهتری را احساس کنند و در صورت تحقق این امر، برخورداری از زندگی مطلوب به نوبه ی خود، احساس امید را در این بیماران افزایش خواهد داد. گزارش ها، حاکی از آن است بیمارانی که کیفیت زندگی بهتری را گزارش می دهند درمان دارویی را بهتر پیگیری می کنند، از رفتار های پر خطر اجتناب می ورزند و مراقب اند تا از انتقال ویروس به سایرین پیشگیری شود (اشنایدر و اندرسون، ۱۹۹۱).

روش

این پژوهش، به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه ی مورد نظر در این پژوهش، شامل مردان مبتلا به HIV+ بود که هنوز به مرحله ی ایدز نرسیده و به بیمارستان امام خمینی تهران مراجعه کرده بودند. ابتدا از این جامعه، ۲۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و با پرسشنامه ی سنجش کیفیت زندگی مورد آزمون قرار گرفتند. سپس آزمودنیها با روش گزینش تصادفی در دو گروه آزمایش و انتظار کاربندی شدند.

پرسشنامه ی سنجش کیفیت زندگی، فرم خلاصه شده ی مقیاس ۱۰۰ ماده ای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO) است که جنبه های مختلف کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می دهد (کوت، گریگور و هین، ۲۰۰۰). این پرسشنامه به چندین زبان دنیا از جمله زبان فارسی

ترجمه شده و در تحقیقات متعدد ایران و خارج از کشور، رایج ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی است. در ایران، اعتبار این پرسشنامه ارزیابی و تایید شده است (اشاقي، رضانی، شاه ثنایی و پوریا، ۲۰۰۶؛ منتظری، گشتاسبی، وحدانی نیا و گندک، ۲۰۰۵). مقیاس کیفیت زندگی دارای ۲۶ سوال است که دو سوال آن در مورد رضایتمندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود و بقیه ی سوال ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفته ی اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه گیری می کند. مقادیر پایایی در این تحقیق، در بعد سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در بعد روانی ۰/۷۷، در بعد اجتماعی ۰/۷۵ و در بعد محیطی برابر با ۰/۸۴ بوده و همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است.

بعد از تقسیم تصادفی شرکت کنندگان به دو گروه آزمایش و انتظار، گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ی ۲ ساعته به مدت ۲ ماه در معرض متغیر مستقل قرار گرفت. روش درمان، شامل مراحل زیر بود: معرفی امید و جنبه های مختلف آن، رفع موانع ذهنی امید، تقویت اجزای امید، تکنیک های کمک به افراد برای یافتن امید در خود از قبیل فنون راه حل مدار، آشنایی با شیوه های افزایش انگیزه، تغییر خودگویی های منفی و ارایه ی جملات مثبت به خود. در جدول ۱، شیوه ی درمانی به کار رفته در این پژوهش با استفاده از راهبردهای مطرح شده در درمان امید محور (اشنايدر و همکاران، ۱۹۹۱؛ اشنايدر، هرین، اندرسون، هولران، لروینگ و همکاران، ۱۹۹۱؛ اشنايدر و لوپر، ۲۰۰۳؛ اشنايدر و رند، ۲۰۰۵؛ اشنايدر، ۲۰۰۰) ارایه شده است.

جدول ۱: طرح درمان مبتنی بر امید

امید یابی: در جلسات امید درمانی، به مراجعان کمک شد تا امیدی را که از قبل داشته اند، دریابند. ابزار لازم در این مرحله، اعتماد ورزی، احترام متقابل درمان جو و احساس تعهد دو جانبه بین بیمار و درمانگر بود. در این مرحله به مراجعان کمک شد تا دیدگاه های مثبت تری درباره ی وجود امید در خود پیدا کنند، ارزش و اهمیت امید را بفهمند، آثار و عواقب ناامیدی را درک و امید را در خود تقویت کنند.

تحکیم امید: اتحاد درمانی بین مراجع و درمان گر، مولفه ی اصلی جهت تحکیم امید در مراجع است. اتحاد درمانی موثر، باعث ایجاد همدلی، اعتماد و درک بیشتر مراجع از قابلیت های وجودی خود می شود و امید را در مراجعان القا می کند. امید درمانگر با ایجاد اتحاد درمانی با مراجع، نه با زبان بلکه با عمل و رفتار خود، درمان جو را در موضع و شرایط درمانی امید بخشی قرار می دهد و امید موجود در مراجع را تحکیم می کند.

بالا بردن امید: طبق نظر امید درمانگران، درمانگر فقط با استفاده از بینش و بصیرت نمی تواند جریان امید افزایی را در مراجع تسهیل کند بلکه، عمل تمرین برای دست یابی و افزایش امید، ضروری است. در این مرحله، به

مراجع کمک می شود تا با افزایش و درک توان جسمی و روانی خود، به موانع موجود در جهت دست یابی به هدف غلبه کند. مکانیزم هایی مانند خنده، شادی، ورزش و تفریحات، به مراجع کمک می کند تا قدرت و توان خود را در دست یابی به اهداف برنامه ریزی شده مورد سنجش قرار دهد.

۴. ابقای امید: ابقای امید، حلقه ی بازخوردی فرآیند امید درمانی و جست و جوی هدفمند و جمع آوری دوباره تلاش های قبلی امید بخش است. این راهبرد به درمان جو کمک می کند تا با تشخیص افکار هدفمند، تشخیص موانع، هدف اندیشی و مانع اندیشی مناسب و فعال، عامل افزایش امید در خود باشد. آگاهی دادن به درمان جو، در زمینه ی اهداف و شناخت موانع و دست یابی به هدف، مراجع را برای اهداف منطقی یاری می دهد.

با توجه به اینکه در این پژوهش می خواستیم تاثیر گروه درمانی امید محور را بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت مطالعه کنیم و با عنایت به نوع طرح به کار گرفته شده که یک طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود، داده ها از طریق تحلیل کواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۲، مولفه های توصیفی ابعاد کیفیت زندگی ارائه شده است.

جدول ۲، مولفه های توصیفی ابعاد کیفیت زندگی

ابعاد	گروهها	میانگین	انحراف معیار
جسمانی	کنترل	۲۰/۰۵	۳/۰۳
	آزمایش	۲۸/۱۵	۳/۹۷
روان شناختی	کنترل	۱۳/۵۵	۳/۲۳
	آزمایش	۲۳/۹۵	۳/۷۶
اجتماعی	کنترل	۸/۴۰	۲/۵۶
	آزمایش	۱۱/۸۰	۲/۰۶
محیطی	کنترل	۲۰/۳۰	۵/۰۸
	آزمایش	۲۶/۴۰	۴/۸۷

برای بررسی تفاوت های مشاهده شده در هر یک از ابعاد مربوط به کیفیت زندگی، ابتدا مفروضه های لازم جهت انجام تحلیل کواریانس را بررسی کردیم. بررسی همگنی واریانس ها

نشان می دهد که معناداری آزمون لون در نمره ی کل کیفیت زندگی و مقیاس های مربوط به بعد جسمانی، روان شناختی، اجتماعی و محیطی از ۰/۰۵ بیشتر است. با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس ها وجود ندارد. بررسی همگنی رگرسیون نیز از معنادار نبودن شرایط و پیش آزمون حمایت می کند. بنابراین می توانیم از تحلیل کواریانس برای تحلیل نمرات کیفیت زندگی استفاده کنیم (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس برای تاثیر گروه درمانی مبتنی بر امید در ابعاد کیفیت زندگی

Sig.	F	Ms	df	Ss	منبع	متغیر
۰/۱۵۶	۲/۰۹	۲۵/۵۱	۱	۲۵/۵۱	پیش آزمون گروه	جسمانی
۰/۰۰۱	۵۶/۲۳	۶۸۵/۱۱	۱	۶۸۵/۱۱	پیش آزمون گروه	روان شناختی
۰/۰۰۱	۱۰۲/۸۹	۱۲۶۴/۹۹	۱	۱۲۶۴/۹۹	پیش آزمون گروه	اجتماعی
۰/۰۰۱	۵۸/۷۹	۳۲۱/۳۶	۱	۳۲۱/۳۶	پیش آزمون گروه	محیطی
۰/۰۰۱	۱۷/۳۶	۳۹۹/۸۸	۱	۳۹۹/۸۸	پیش آزمون گروه	سنجش کلی
۰/۰۰۱	۲۶/۹۹	۶۶/۷۱	۱	۶۶/۷۱	پیش آزمون گروه	

با توجه به نتایج جدول ۳، بعد از کنترل نمره ی پیش آزمون، نمره ی F برای ابعاد جسمانی، روان شناختی، اجتماعی، محیطی و سنجش کلی کیفیت زندگی معنادار بوده است ($p < ۰/۰۰۱$). این موضوع، نشان می دهد که گروه درمانی مبتنی بر امید، باعث افزایش ابعاد کیفیت زندگی در مردان مبتلا به HIV+ شده است.

بحث و نتیجه گیری

بیماریهای مزمن مانند ایدز، باعث پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران می شود. امروزه، دولت ها و سیستم های بهداشتی در سراسر جهان به بهبود کیفیت زندگی مردم خود توجه دارند و می کوشند تا با به کارگیری خدمات بهداشتی- درمانی و شیوه های نوین درمانی، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد و جامعه را بیشتر تامین کنند و آثار ابتلا به بیماری ها را کاهش دهند (دیو، ۲۰۰۵).

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر گروه درمانی امید محور بر بهبود کیفیت زندگی در مردان مبتلا به HIV+ انجام گرفته است. نتایج این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر امید، کیفیت زندگی را در مردان مبتلا به HIV+ افزایش داده است. یافته های پژوهش اشنایدر و آندرسن (۱۹۹۱) نیز نشان می دهد ارتقای امید راه موثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماریهای مزمن است. از نظر این محققین، امید افزایی، باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی این دسته از بیماران می شود (اشنایدر و اندرسون، ۱۹۹۱).

در تبیین یافته های ذکر شده می توان گفت که این درمان موجب افزایش امید در بیماران ایدز می شود. اوون (۱۹۸۹) خصوصياتی از جمله ترتیب دادن اهداف در زندگی، ویژگی های فردی مثبت، توصیف مجدد آینده، معنی دار بودن زندگی، آرامش و انرژی را در بیماران ایدزی امیدوار بر شمرده است. هرت (۱۹۸۹) نیز امیدواری را در بیماران ایدزی به عنوان یک عامل کلیدی جهت سازگاری، عنوان کرده است. افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی اهداف آینده از آن استفاده می کنند.

علاوه بر این، امید همبسته های زیست شناختی متعددی دارد، مثل کارکرد موثر دستگاه ایمنی افزایش اکسی توسین اندورفینی که فرد را در تحمل فشار و سختی کمک می کند. بنابراین ترکیب روان شناختی و زیست شناختی امید در مردان مبتلا به ایدز به افزایش کارآمدی، کنار آمدن موثر (ارزیابی مجدد، حل مساله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) منجر شده و رفتار ارتقا دهنده ی سلامت آنها را پیش بینی می کند. نتایج تحقیقات گروپمن (۲۰۰۵) و اشنایدر و رنک (۲۰۰۵) روی بیماران مبتلا به اختلالات بدخیم، نشان داد که باور و انتظار مانند دارونماها می تواند اثرات بالقوه مثبتی روی سیستم اعصاب مرکزی بگذارد. به همین دلیل، بیماران امیدوار به بهبود و سلامتی، به دلیل باور و انتظارات مثبت از نتیجه ی درمان، با سرعت بیشتری بهبود یافته اند. در تایید یافته ها، اشنایدر و لویز (۲۰۰۱) امید را به عنوان یک دارونما در درمان بیماریهای جسمانی و روانی مورد توجه قرار داده اند و بیان می کنند که امید باعث ایجاد تغییرات مثبت در فیزیولوژی انسان می شود.

References

- Aranda, A.(2004). Quality of life in HIV positive patient. *J Assco Nurses AIDS Care*. 15(suppl): 265-273.
- Bijari, H. (2009) . The role of hope- centered group therapy on increase of hope in life in female patients suffering from breast cancer. *Journal of Education*, Firdausi University of Mash-had.10(1): 172-185. (Persian).

- Côté, I., Grégoire, J. P., & Moisan, J. (2000). Health-related quality of life measurement in hypertension. A review of randomized controlled drug trials. *Pharmacoeconomics*, 18: 435-450.
- Deyo, R. (2005). The quality of life and research and care. *AnnInte Med*. 7(1):29-33.
- Eshaghi, S. R., Ramezani, M. A., Shahsanace, A., & Pooya A. (2006). Validity and reliability of the Short Form-36Items Questionnaire as a measure of quality of Life in elderly Iranian population. *American Journal of Applied Sciences*. 3: 1763-1766. (Persian)
- Groopman, J. (2005). The anatomy of hope: how people prevail in the face illness. *American psychologist*. 14(2), 79-91.
- Herth, K. A. (1989). The relationship between level of hope and level of copingresponses and other variables in patients with cancer, *Nephrology Nursing Journal*. 16(1).
- Hubble, J. (2003). Manual of AIDS. Translated by Ravanbakhsh, M. (2003). Tehran: Teymourzadeh publication.
- Kar, A. (2007). Positive psychology: science of happiness and human's capabilities, translated by Pasha Sharifi et al, (2008) Tehran, Sokhan publication.
- Lukman, J. Sorensen, K. (1996). Core principal & practice of medical surgical nursing. 14th edition, philadephia, E.B. Saunder co.
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B. (2005). The short Form Health Survey (SF-36); Translation and validation study of Iranian version, *QOLRes*. 14(3):875- 82. (Persian).
- Nojomi, M.; Anbari, K. (2007). Comparing quality of life in patients suffering from HIV+/ AIDS with normal patients. *Journal of medical science, Iran university of medical science*. 15(58):169-176. (Persian)
- Owen, d. (1989). Nurses: perspective on meaning of hope in patient with positive HIV. *Journal of personality*. 1(16).
- Sarafyno, A. (2002). Health psychology, translated by Mirzaee et al. (2005). Tehran: Roshd publication.
- Snyder, R. Anderson, J. (1991). "Hope and health: measuring the will and ways" *handbook of social and clinical Psychology: the Health Perspective*. New York: program press 285-305.
- Snyder, C. R. (2000). Handbook of hope: theory, measures, and applications. ACADEMIC PRESS, USA.
- Snyder, R, Rand, KL. (2005). Hopelessness and health. In N. Anderson (Ed), *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand oaks, CA: Sage.
- Snyder, R. (2000). Handbook of hope. Copyright c. 2000 by Academic Press.
- Snyder, R. Lopez, J. (2001). Handbook of positive psychology U S: *Oxford university press*.
- Snyder, R. Lopez, S. (2003). Striking a balance. A complementary focus on human weakness and strength American psychological Association.
- Soeken, K. Carson. (1987). Responding to the spiritual needs of the chronically ill. *Nursing clinics of North America*. 3 (22).
- Vizeh, A. Moradi, SH. (2007). Quality of life and related factors in women with AIDS in Tehran. *Journal of families Research Study*. 8(309-325).