

## تعیین وضعیت سلامت روان در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی مراجعه کننده به مرکز ارایه دهنده خدمت به منظور ارایه الگوی حمایتی مناسب

آتوسا صادقی زربسفی، زهرا زین الدینی

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان. کرمان. ایران.

گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان. کرمان. ایران.

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی وضعیت سلامت روان در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی مراجعه کننده به مرکز ارایه دهنده خدمت در شهر کرمان و ارائه الگوی حمایتی مناسب در سال ۱۳۹۵ بوده است. پژوهش حاضر از نوع همبستگی و زمینه‌ای بوده است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان که به دلیل مثبت بودن عامل اچ‌آی‌وی مراجعه کننده به مرکز ارایه دهنده خدمات اجتماعی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ بوده است. نمونه پژوهش حاضر بر اساس نمونه گیری در دسترس، به زنان واجد شرایط بود و مطالعه تا زمان دسترسی به حداقل ۷۵ درصد از زنان ثبت شده در مرکز ادامه یافت. ابزار این پژوهش ابزاری برای جمع‌آوری اطلاعات زمینه‌ای، ابزاری برای ارزیابی سلامت عمومی گلدنبرگ (GHQ) (۱۹۷۹) بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی استفاده گردید. نتایج نشان داد که وضعیت سلامت روان زنان مبتلا به ویروس اچ‌آی‌وی بعد از مراجعه به مراکز ارائه دهنده خدمت بسیار بهبود یافته است

کلید واژه‌ها: سلامت روان، زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی

## مقدمه

ایدز<sup>۱</sup> مهمترین چالش زمان ما در برابر توسعه است. مجمع عمومی سازمان ملل در ششمین آرمان توسعه هزاره، رهبران جهان را به توقف و معکوس کردن روند گسترش ایدز تا سال ۲۰۱۵، تأمین کمک های ویژه به کودکان یتیم شده بر اثر ایدز، کمک به آفریقا برای تقویت توانایی خود برای برخورد با گسترش ایدز متعهد می سازد. مجمع عمومی با درک وخامت اوضاع، اجلاس هایی را جهت تضمین و دست یابی به تعهدی جهانی برای اقدام جدی و هماهنگ در سطوح بین المللی و ملی تشکیل داده است.<sup>۱</sup> از طرفی شورای امنیت، ایدز را به عنوان موضوعی مربوط به امنیت بشر شناخته و بر تأثیر فزاینده آن بر بی ثباتی روز افزون منطقه ای و مسائل امنیت ملی اذعان نموده است.<sup>۲</sup> در واقع سازمان ملل به دنبال کسب اطمینان از تعهدی جهانی برای تقویت هماهنگی و تشدید تلاش های ملی، منطقه ای و بین المللی برای مبارزه با ایدز است.

ایدز بیماری است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و برجسب اجتماعی، نه تنها از جنبه های جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی نیز وضعیت بیماران را متأثر کرده و منجر به بروز مشکلات عدیده در فعالیتهای مفید و علایق بیماران می گردد (آراند و نارنجو<sup>۲</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، فعالیتهای اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می کند و در عوض نقش های جدیدی را مطرح می سازد. تمامی این مشکلات به علاوه مراجعات مکرر به پزشک و هزینه های بالای درمان و عوارض دارویی باعث کاهش کیفیت زندگی آن ها می شود (اولیو، روا و دل لیانو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). افراد مبتلا به ویروس HIV به واسطه گرفتار شدن به یک بیماری خطرناک، کشنده و درمان ناپذیر در گستره ی-فعالیت های اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی محدود می شوند که از یک سو به عنوان عامل تنش زا در این بیماران مطرح می باشد و از سوی دیگر به واسطه ی 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 دور از 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، برهم خوردن تعادل هیجانی و تغییرات خلقی و گاهی افکار خودکشی در این افراد دیده می شود (شاکری، پرویزی فرد و امین زاده، ۱۳۸۰).

بر اساس بررسی اجمالی انجام شده؛ کمتر از دیدگاه روانشناسی به مشکلات این خانمها و نقش و تاثیر این مراکز حمایتی در کشور کار تحقیقاتی انجام شده است. بر این اساس در این مطالعه سعی شده است در فضای یکی از مراکز حمایتی از خانمهای اچ آی وی مثبت در شهر کرمان تحلیل علمی آرایه گردد تا بر اساس نتایج آن بتوان ضمن پاسخ به بعضی سوالات تحقیقاتی راهنماییهای کاربردی برای مسئولین مرتبط در سطح کشور آرایه نمود.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه تجربی، پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان که به دلیل مثبت بودن عامل اچ ای وی مراجعه کننده به مرکز آرایه دهنده خدمات اجتماعی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ می باشند. نمونه گیری به شیوه آسان<sup>۴</sup> و از نمونه های در دسترس انجام خواهد شد. حجم نمونه نیز بر اساس دسترسی به زنان واجد شرایط خواهد بود و مطالعه تا زمان دسترسی به حداقل

<sup>1</sup> Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV)

<sup>2</sup> Arand, Naranjoo

<sup>3</sup> Oliuoo, Rova, DelLeanoo

<sup>4</sup> convenience



سطح میزان سلامت عمومی



نمودار ۲. نمره سلامت عمومی نمونه‌های مورد مطالعه به تفکیک مدت زمان دریافت خدمات

نمره سلامت عمومی



بحث و نتیجه گیری

" وضعیت سلامت عمومی زنان بر اساس مدت زمان دریافت خدمات چگونه است؟ "

نتایج نشان می دهد میزان سلامت عمومی نمونه‌ها بعد از مراجعه بیش از ۸۰٪ نسبت به قبل از مراجعه رشد داشته است که این تفاوت از نظر آماری به شدت معنی دار می باشد.

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های آلدائو، نولنهوکسما و شویزر<sup>۸</sup> (۲۰۱۰)، تال<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، تال و رومر<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۷)، سیچتی، آکرمن و ایزارد<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۷)، حق دوست و همکاران (۱۳۹۰) همسو و همخوان می باشد.

<sup>۸</sup> Aldaoo, Nolnohokesma, Shoizer

<sup>۹</sup> Tall

<sup>۱۰</sup> Tall, Romer

<sup>۱۱</sup> Sichtee, Akerman, Izard

البته با توجه به بررسی انجام شده می توان گفت وارد شدن به مرکز دریافت ارائه خدمات به سرعت سلامت عمومی می افزاید ولی در طول زمان تغییر محسوسی ایجاد نشده است و از بین مولفه های مورد بررسی تنها میزان امید به زندگی با سلامت روان رابطه معناداری داشته است.

در پاسخگویی به این سؤال می توان گفت ایدز پدیده ای پزشکی، بهداشتی است که ابعاد اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی آن بسیار گسترده است. فرد مبتلا به اچ ای وی علاوه بر زندگی توأم با ترس و وحشت، احساس ناامیدی از آینده بیماری و تصویری نزدیک از مرگ، یک نوع احساس طرد شدن، پیش داوری، تحقیر و تبعیض را از جانب جامعه دریافت می کند.

از طرفی حمله ویروس اچ ای وی، سیستم ایمنی بدن تضعیف و فرد را مستعد مبتلا شدن به انواع عفونت ها می کند. اختلالات روحی و روانی در هر فردی ممکن است دیده شود، اما این عوارض، به مراتب در بیماران مبتلا به ایدز بیشتر بروز می کند. شایع ترین این اختلالات، تنش های روانی شدید، افسردگی می باشد که می توانند در پی هر شرایط ناگواری بروز کنند. گاهاً مصرف بعضی داروهای ضد ویروس هم با عوارض روحی همراه می باشند. بسیاری از افراد، به محض روبرو شدن با هر واقعیتی تلخی، واکنش های هیجانی شدیدی نشان می دهند که به آن شوک روحی می گویند. این واکنش ها با ترس و انکار واقعیت شروع و سپس به عصبانیت، غم و اندوه، و ناامیدی می انجامد. به دلیل همین احساس ناامیدی و ترس از مرگ، بعضی از بیماران حتی اقدام به خودکشی می کنند.

هرچه بر شدت این واکنش ها از طرف بیماران افزوده شود آنها با تاخیر طولانی تری با واقعیت بیماری خود کنار آمده و تا پذیرش بیماری، پیگیری برنامه های درمانی خود را به تعویق می اندازند. افراد آلوده به ویروس ایدز از حمایت اجتماعی ضعیف خانواده و اطرافیان برخوردارند. بسیاری از افراد آلوده به ویروس ایدز در ارتباط با مشکل سلامتشان احساس شرم می کنند. یا حتی خود را از بابت بیماری، انگ 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.

بنابراین افراد مبتلا به ویروس اچ ای وی 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 زا در 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 های 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 اچ ای وی مثبت و ایدز می باشد. هر چند دور از 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، برهم خوردن تعادل هیجانی و تغییرات خلقی و گاهی افکار خودکشی در این افراد دیده می شود (شاگری، پرویزی فرد و امین زاده، ۱۳۸۰). در چنین شرایطی، کمک و حمایت دوستان و خانواده می تواند خیلی موثر باشد. در این راستا، ارتباط صمیمانه پزشک، روان شناس، دوستان آگاه، خانواده و افرادی که مورد علاقه بیمارانند و همچنین مددکارانی که در مراکز حمایتی هستند می تواند بسیار موثر باشد.

#### منابع

احمدی، ق (۱۳۸۸). بررسی هدفمندی زندگی و سطح استرس در معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون، مجله روانشناسی بالینی، ۳ (۳)، ۱۱.

احمدزاده، س (۱۳۸۷) کاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی، فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶ (۴)

افشاری، ن (۱۳۸۶). بررسی امید به زندگی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مصرف مواد افیونی. رساله دکترای روانشناسی سلامت. دانشگاه تهران: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

الهامی، ح (۱۳۸۹) بررسی فرآیند برچسب زنی به بیماران اچ ای وی (ایدز) و پیامدهای آن. جامعه شناسی ایران ۱۲.

حقدوست، ع ا (۱۳۹۳) بررسی کیفی تجربه زیسته مادران ایدز از مسیر بیماری، در باشگاه مثبت کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه باهنر کرمان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، بخش علوم اجتماعی گرایش جامعه شناسی. صفحات ۲-۴.

سلامی، ع.، زاده کفیر، ح (۱۳۹۰). مطالعه اکتشافی وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران مبتلا به ایدز در ایران (مورد مطالعه: بیماران بخش عفونی بیمارستان امام خمینی تهران). بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۴ (۱): ۱۲-۴۳

سیم بر، م.، محمدی غ (۱۳۸۷) استیگماتیزه شدن، رابطه پزشک-بیمار و درمان در بیماران مبتلا به اچ. آی. وی/ایدز. مجله روانشناسی کاربردی. (۱۳)۵.

شریفی، ح (۱۳۸۸) پیامدهای زندگی با اچ آی وی: پژوهشی کیفی. فصلنامه پیش، سال دوازدهم ۳ (۴) ۲۴۳-۲۵۳.  
شاکری، ف، امین زاده، ت.، پرویزی فرد، ح (۱۳۸۰) مثبت از خدمات بهداشتی درمانی و عوامل موثر بر آن اچ آی وی بررسی میزان بهره مندی افراد. پایان نامه دریافت دکترای عمومی. دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.  
علی پور، ق (۱۳۸۵) بررسی وضعیت سلامت روانی و حمایت اجتماعی معتادان تزریقی در مراکز گذری روزانه ی استان آذربایجان شرقی، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۲ (۳)، ۴۰-۴۶.

عبدی فرد، ح (۱۳۸۴) بررسی امید به زندگی و حمایت اجتماعی افراد وابسته به مواد افیونی، مجله علوم پزشکی کرمان، ۶ (۹)، ۱۳-۱۹.  
کاشی، ف (۱۳۸۸) بهره مندی بیماران آلوده به ایدز از خدمات تعیین شده دستورالعمل کشوری بیماری ایدز. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۶ (۹) 670-676.

لارستانی، ر (۱۳۸۹) موانع محیطی اجتماعی استفاده از کاندوم در زنان در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی/ایدز: یک مطالعه کیفی. لهستانی، ف (۱۳۸۸). ادراک و رفتار بیماران مبتلا به ایدز: یک پژوهش کیفی. مجله تازه های روانشناختی. ۴ (۹)  
میرزا زاده، ث (۱۳۹۴). تجربه زیسته زنان مبتلا به ویروس اچ آی وی از روابط اجتماعی. زن در توسعه و سیاست، ۱۲ (۲) 207-228.  
محمدی، ق (۱۳۸۸). خانواده و نقش آن در بروز رفتارهای پرخطر ایدز: یک مطالعه کیفی. مجله تازه های روانشناختی. ۱۲ (۱۰)  
محمدی، آ (۱۳۸۶) عوامل تعیین کننده سلامت روان در بیماران وابسته به الکل، مجله تازه های روانشناسی، ۶ (۱۳).  
صدق پور، ق.، سالاری. (۱۳۸۹). کاهش علائم افسردگی و تاثیر این درمان در کاهش نگرشهای ناکارآمد. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.

- . *Modelling of HIV/AIDS in Iran up to* . J AIDS HIV Res, 3(12): p. 231-9. Haghdoost, A.A., et al. 2014
- Reichman, L.B. 2005. *Defusing the global timebomb*. Journal of public health policy, 115-121
- Pakfetrat, A. and N.H. SHAHABI. 2005. *A study on general knowledge of the patients referring to Mashhad Dental School about AIDS*.
- Zareban, I., et al. 2006. *Efficacy of AIDS prevention training program on knowledge, attitude and practice of Chabahar sailors, Iran*.
- Kilmarx, P.H. 2009. *Global epidemiology of HIV*. Current Opinion in HIV and AIDS, 4(4): p. 240-246.
- Haghdoost, A., et al. 2010 *Situation analysis of attitude, knowledge and practice of Iranian populations towards AIDS: systematic review and meta analysis*. Iranian J Epidemiol 6. p. 8-20.
- Nasirian M, D.F. 2012. Gouya MM, et al., *Modeling of human immunodeficiency virus modes of transmission in Iran*. J Res Health Sci 12: p. 81-7.
- Mirzazadeh, A., et al. 2014. *HIV and related risk behaviors among female sex workers in Iran: bias-adjusted estimates from the 2010 National Bio-Behavioral Survey*. AIDS and Behavior. 18(1): p. 19-24.
- Khajehkazemi, R., et al. 2013. *HIV prevalence and risk behaviours among people who inject drugs in Iran: the 2010 National Surveillance Survey*. Sexually transmitted infections, 2013: p. sextrans-051204
- DeJong J, J.R. 2005. Mortagy I, Shepard B, *The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran*. *Reprod. Health Matters*, 15(13): 49-59.
- term estimates of adult HIV incidence by mode of* Gouws E, W.P., Stover J, Brown T. 2006. *Short transmission: Kenya and Thailand as axamples*. Sex Transm Infect., 82(3): p. 51-55
- Zamani, S., et al. 2005. *Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting centers in Tehran, Iran*. Aids, 19(7): p. 709-716
- Sharifi-Mood, B. and F. Keikha. 2008. *Seroprevalence of human immunodeficiency virus (HIV) in pregnant women in Zahedan, Southeastern Iran*. Journal of Research in Medical Sciences. 13(4): p. 186



**Psychology and Educational Sciences  
Law and Social Sciences at the beginning of Third Millennium**

- Frentz, D., C. Boucher, and D. Van De Vijver. 2012. *Temporal changes in the epidemiology of transmission of drug-resistant HIV-1 across the world*. *AIDS Rev.* **14**(1): p. 17-27
- Curran, *The evolving epidemiology of HIV/AIDS*. *Aids*, **26**(10): 2012 De Cock, K.M., H.W. Jaffe, and J.W. p. 1205-1213
- HIV and other sexually transmitted infection research in the Middle East and North Africa: promising progress?* *Sexually Transmitted Infections*, 2013. **89**(Suppl 3): p. iii1-iii4
- HIV trend among Iranian prisoners in 1990s and 2000s; analysis of aggregated data from HIV sentinel sero-surveys*. *Harm reduction journal*, **10**(1): p. 1
- modes of transmission in iran*. *Journal Modeling of human immunodeficiency virus*. 2012 Nasirian, M., et al . **12**(2): p. 81-87. of research in health sciences
- Elkerdawi. *Human rights of HIV infected persons/PLAs in Egypt*, 2012 Hasan, M., A. Farag, and M. abstract. in *Xth International Conference on AIDS, Yokohama*.