

تأثیر خدمات دریافتی بر وضعیت سلامت روان، امید به زندگی و حمایت اجتماعی زنان مبتلا به

اچ آی وی مراجعه کننده به مرکز ارائه خدمت شهر کرمان

آتوسا صادقی زریسی^۱، زهرا زین الدینی میمند^۲، علی اکبر حق دوست^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران

^۲ استادیار، عضو هیات علمی گروه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران

^۳ استاد، مرکز تحقیقات مراقبت اچ آی وی و عفونت های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
نویسنده رابط: زهرا زین الدینی میمند، نشانی: کرمان، بلوار ولی عصر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی.

تلفن: ۰۳۴-۳۳۲۱۰۰۲۳، پست الکترونیک: zeinaddy@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۲؛ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۰۴

مقدمه و اهداف: با توجه به فشار روانی سنگینی که افراد مبتلا به عفونت اچ آی وی در جامعه متحمل می شوند که البته در این بین زنان آسیب پذیرتر هستند، لازم است ابعاد فشارهای روانی و جنبه های حمایت روانی-اجتماعی از ایشان به خوبی رصد شود. در این راستا، هدف پژوهش بررسی وضعیت سلامت روان، امید به زندگی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به اچ آی وی مراجعه کننده به مرکز ارائه خدمت در شهر کرمان و ارائه الگوی مناسب حمایت اجتماعی به این قشر آسیب پذیر بوده است.

روش کار: این مطالعه از نوع تلفیقی و دارای اجزای کیفی و کمی بود. مطالعه کیفی به شیوه اکتشافی برای شناخت بهتر محیط پژوهش و قسمت کمی به شیوه مقطعی-تحلیلی بر روی زنان مبتلا مراجعه کننده به یکی از مراکز حمایتی شهر کرمان انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات علاوه بر مصاحبه زمینه ای، پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ (۱۹۷۹) پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون (۱۹۹۸) و پرسشنامه امید به زندگی میلر (۱۹۸۸) بوده است.

یافته ها: نتایج نشان داد بعد از مراجعه، وضعیت ایشان به شکل قابل ملاحظه ای ارتقا یافته به شکلی که امید به زندگی ۹۲ درصد، سلامت عمومی ۸۰ درصد و حمایت اجتماعی ۹۳ درصد بهبود پیدا کرده بود. همچنین نتایج نشان داد بین نمره سلامت عمومی و امید به زندگی ارتباط قوی مثبت وجود داشت ($r=0.61, P<0.001$)

نتیجه گیری: نتایج نشان داد احتمالاً مراکز ارائه دهنده خدمت از این دست می توانند نقش مؤثری در بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی و ارتقا سلامت خانم های مبتلا به این عفونت در جامعه داشته باشند و به نیازهای اجتماعی ایشان تا حد زیادی پاسخ دهند.

واژگان کلیدی: زنان مبتلا به اچ آی وی، مرکز ارائه خدمات اجتماعی، سلامت روان، امید به زندگی، حمایت اجتماعی

مقدمه

سراسر دنیا با چالش های مهم و جدی در جهت کنترل این بیماری به ویژه در گروه های در معرض بیشترین خطر که در ایجاد، پیشرفت و تداوم اپیدمی عفونت اچ آی وی نقش مهمی دارند، روبرو می باشند (۲). این امر نشان می دهد که ارائه حمایت های اجتماعی مناسب از افراد شناسایی شده، کمک شایانی به ترغیب افراد در معرض خطر برای مراجعه و تشخیص سریع تر می نماید.

تعداد فراوانی از بیماران شناسایی شده در موج سوم اپیدمی اچ آی وی در ایران، همسران و یا شرکای جنسی افراد مصرف کننده مواد به صورت تزریقی هستند که به ویروس ایدز آلوده بوده اند؛ بنابراین در سوق گرفتن مسیر انتقال بیماری به سمت موج سوم، همسران، شرکای جنسی و مادران حاصل از موج دوم نقش کلیدی

عفونت اچ آی وی و به دنبال آن ایدز یکی از مهم ترین چالش زمان ما در برابر توسعه است. مجمع عمومی سازمان ملل، رهبران جهان را به توقف و معکوس کردن روند گسترش این عفونت، تأمین کمک های ویژه به کودکان یتیم شده بر اثر ایدز، کمک به آفریقا برای تقویت توانایی خود برای برخورد با گسترش متعهد می سازد (۱).

پنهان کردن بیماری که به دلیل ترس از افشاگری و انگ اجتماعی حاصل از آن است و نیز عدم دسترسی کافی افراد به خدمات مشاوره، آزمایش، تشخیص عفونت اچ آی وی ایدز، موجب شده که درصد پائینی از افرادی که با اچ آی وی زندگی می کنند شناسایی شوند. به همین سبب، نظام های بهداشتی-درمانی در

صرف‌نظر از مرحله بالینی بیماری روی جنبه‌های روانی - اجتماعی و زندگی بیماران مبتلا به ایدز تأثیر مطلوبی می‌گذارد.

با توجه به توضیحات داده‌شده در این مطالعه سعی شد میزان تأثیر خدمات ارائه‌شده در فضای یکی از مراکز حمایتی از زنان اچ‌آی‌وی مثبت در شهر کرمان بر ارتقا سلامت عمومی و کیفیت و امید به زندگی بررسی گردد.

روش کار

این مطالعه مقطعی و به شکل تلفیقی با هدف تعیین وضعیت سلامت روان، امید به زندگی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی مراجعه‌کننده به مرکز ارائه‌دهنده خدمت به‌منظور ارائه الگوی حمایتی مناسب در شهر کرمان انجام شد. مطالعه کیفی به شیوه اکتشافی و قسمت کمی به شیوه مقطعی-تحلیلی بود.

در قسمت کیفی، مصاحبه‌های باز با نمونه‌ها صورت گرفت تا محقق ابتدا درک بهتری از شرایط عمومی مرکز ارائه‌دهنده خدمت بیابد و در خصوص طراحی پرسشنامه و شیوه پرسشگری و روش‌های احتمالی برای افزایش دقت پاسخ‌ها برنامه‌ریزی نماید.

جامعه آماری در این پژوهش حدود ۱۲۰ خانمی بودند که به دلیل آلودگی به اچ‌آی‌وی به مرکز ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ مراجعه می‌کردند. نمونه‌گیری به شیوه آسان و از نمونه‌های در دسترس انجام شده است. حجم نمونه نیز بر اساس دسترسی به زنان واجد شرایط بود و مطالعه تا زمان دسترسی به حداقل ۷۵ درصد از زنان ثبت‌شده در مرکز ادامه یافت. زنان واجد شرایط زانی بودند که به دلیل مثبت بودن از مرکز ارائه‌دهنده خدمت بیش از دو هفته خدمت دریافت نموده و آماده پاسخ به سؤالات تحقیق بودند. لازم به ذکر است که از ۱۲۰ خانم مراجعه‌کننده به مرکز کمتر از ۹۰ نفر به‌صورت مستمر و در دو هفته از خدمات استفاده و باقیمانده خانم‌هایی بودند که قبلاً مراجعه‌کننده مرکز بوده و به هر دلیلی در ماه‌های اخیر مراجعه نداشتند.

تیم تحقیق بعد از هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی کرمان و کسب مجوزهای لازم و در مراجعه به مرکز مذکور و جلب نظر مدیران با اجرای این تحقیق، با هماهنگی قبلی با تک‌تک خانم‌ها مصاحبه و بعد از کسب اجازه و رضایت از ایشان پرسشنامه‌های تحقیق را پر نموده و بعدازآن یک مصاحبه نیمه ساختارمند ترتیب دادند تا در این مصاحبه‌ها در خصوص شیوه مثبت شدن و وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی سؤالات بازی نیز مطرح گردد. مصاحبه‌ها در محیطی آرام و به‌صورت فردی انجام و توسط خانم‌ها

را ایفا می‌کنند. درواقع این افراد، زانی هستند که در نتیجه رفتارهای پرخطر و محافظت نشده جنسی، خواسته یا ناخواسته به این بیماری مبتلا شده‌اند. نقش زنان در اپیدمی اچ‌آی‌وی /ایدز، به دلیل انتقال ویروس در زمان بارداری، زایمان و یا تولد به نسل‌های بعد، اهمیت دوچندان پیدا می‌کند (۳، ۴).

ورود به عرصه این بیماری، نوع متفاوتی از زندگی و چالش‌های اجتماعی، روانی و اقتصادی فراوانی را برای زنان، مادران و کودکان آن‌ها به وجود خواهد آورد (۵). از آنجاکه زنان به‌نوعی قربانیان خاموش عفونت اچ‌آی‌وی /ایدز به شمار می‌آیند و نیز با توجه به اینکه مسیر این بیماری وارد موج سوم خود شده است بنابراین، توجه به مشکلات روحی-روانی این افراد، یکی از مسائل برجسته و قابل‌بررسی در فرایند بیماری اچ‌آی‌وی /ایدز است. بررسی ابعاد روانی و اجتماعی این بیماری که جزو یکی از ۴ علت اصلی مرگ در جهان به شمار می‌رود، به بیماران کمک می‌کند که با ادراک خود از بیماری بتوانند به پذیرش بیماری و مدیریت بیماری و درنهایت مدیریت زندگی خود بپردازند و امید به زندگی در آن‌ها بالا رود (۶-۸).

در خصوص میزان انگ اجتماعی در شهرهای ایران تحقیقات متعدد نشان داده که انگ اجتماعی یک مشکل اساسی برای افراد آلوده در ابعاد مختلف زندگی اجتماعی بوده به طرد شدن ایشان منجر و کیفیت زندگی آن‌ها را به می‌کاهد (۹)؛ این امر به‌خصوص در خانم‌ها چشم‌گیر بوده است و لذا ضرورت دریافت حمایت‌های اجتماعی-عاطفی را پررنگ می‌نماید (۱۰). البته در خصوص انگ اجتماعی افراد مرتبط به اچ‌آی‌وی و خانواده ایشان مطالعات متعدد زیادی در سطح دنیا و کشور انجام و به‌صورت کمی و کیفی شدت و ابعاد این موضوع بررسی گردیده است (۱۱-۱۳).

چنین ارتباطی در مطالعات سایر کشورها نیز دیده شده است. گنزالس و همکاران (۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که بین درماندگی روانی و کارآمدی اجتماعی در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. هرچه کارآمدی اجتماعی این افراد پایین‌تر باشد درماندگی روانی این افراد بیشتر است. هلزمر و همکاران (۱۵) نشان دادند که در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی کسانی که از مراقبت‌های چندجانبه خانواده‌هایشان برخوردارند، کیفیت زندگی مطلوب‌تر و سلامت روانی بیشتری دارند. اکچینو و همکاران (۱۶) در پژوهش خود با عنوان «اثر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی، افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی» نشان دادند که حمایت اجتماعی باعث ارتقای سلامت عمومی افراد مبتلا می‌شود. مو و همکاران (۱۷) نیز نشان دادند که محیط اجتماعی حمایت‌کننده

اجتماعی افراد را می‌سنجد.

اطلاعات کسب‌شده بعد از بررسی اجمالی و اطمینان از تکمیل بودن فرم‌ها وارد نرم‌افزار MS-excel version 2013 شده و سپس به نرم‌افزار SPSS version 18 منتقل و تجزیه و تحلیل‌های لازم صورت گرفت. ابتدا بر اساس کدهای تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها، برای هر فرد سه نمره برای امید به زندگی، سلامت روان و حمایت اجتماعی دریافتی محاسبه گردید و به نمره‌ای در مقیاس صفر تا صد تبدیل شد. البته علاوه بر اصل نمره محاسبه‌شده، سطح نمرات بر اساس خط برش‌های ۲۵، ۵۰ و ۷۵ به گروه‌های ضعیف، متوسط، خوب و عالی نیز تقسیم شد. بعد از توصیف این متغیرها، رابطه بین آن‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسن بررسی گردید تا مشخص گردد که احتمالاً تغییرات کدامیک از این سه شاخص همراهی بیشتری با تغییرات سایر شاخص‌ها دارد. همچنین با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندمتغیره، اثرات متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان و مدت دریافت خدمت از مراکز بررسی و در این مدل‌ها اثرات متقابل سه متغیره اصلی نیز بررسی گردید. در این مدل‌ها متغیر سن به چهار گروه (زیر ۳۰، ۳۱-۳۵، ۳۶-۴۰ و بالای ۴۰ سال)، طول مدت دریافت خدمات به چهار گروه (زیر یک، یک تا سه، سه تا پنج و بالای پنج سال) و تحصیلات به سه گروه (بی‌سواد و ابتدایی، سیکل و دبیرستان و دیپلم و بالاتر) تقسیم و این متغیرهای رتبه‌بندی شده در مدل وارد شدند. به جهت قابل‌مقایسه بودن تأثیرات متغیرها با توجه به تفاوت طیف عددی، از ضریب رگرسیون استاندارد شده استفاده و در جداول گزارش شد و سطح معنی‌داری در تمامی آنالیزها ۰,۰۵ در نظر گرفته شد. قبل از انجام تجزیه و تحلیل‌های آماری شروط لازم مانند نرمال بودن نسبی نمرات مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک نمونه

در این مطالعه ۶۸ پرسشنامه با اطلاعات کامل جمع‌آوری شد (درصد پاسخ‌دهی تقریباً ۸۰ درصد بود). میانگین سنی نمونه‌های مورد بررسی ۳۷ سال با انحراف معیار ۸/۳ سال بود و کمترین و بیشترین سن به ترتیب ۱۷ و ۶۰ سال بود. میانگین مدت استفاده از خدمات مراکز ۳۶ ماه و انحراف معیار ۳۰/۱ ماه بود. کمترین و بیشترین مدت استفاده از خدمات نیز ۱ و ۱۴۴ ماه بود. از نظر سطح سواد ۴۴/۸ درصد دیپلم و یا مدرک دانشگاهی داشتند و ۳۱/۳ درصد سیکل و ۲۳/۹ درصد بی‌سواد و یا سواد ابتدایی

انجام شد تا نمونه‌ها با اطمینان بیشتری به سؤالات پاسخ دهند. قبل از شروع جمع‌آوری اطلاعات به ایشان اطمینان خاطر داده می‌شد که کلیه اطلاعاتشان کاملاً محرمانه باقی‌مانده و صرفاً برای همین تحقیق مورد استفاده خواهد بود. همچنین هیچ اسم و مشخصات فردی نیز در فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات ثبت نمی‌شد تا بدون نام بودن ایشان محترم شمرده شود.

از آنجایی که مطالعه مقطعی بوده و امکان انجام مصاحبه در بدو ورود به مرکز وجود نداشت، سؤالاتی از نمونه‌ها در خصوص شرایط ایشان قبل از مراجعه به مرکز نیز پرسیده شد تا نشان دهد که میزان تأثیر خدمات دریافتی در ارتقا سلامت روان و کیفیت و امید به زندگی‌شان چه میزان بوده است. البته با توجه به خطاهای اندازه‌گیری (خصوصاً recall bias) امکان پر کردن کامل پرسشنامه‌ها برای شرایط قبل از مراجعه وجود نداشت ولی در مصاحبه‌های بازی که بعد از پرسشگری صورت گرفت از نمونه‌ها سؤال می‌شد که میزان تأثیر خدمات دریافتی بر هر یک از سه شاخص اصلی مورد بررسی چه میزان بوده و با دقت سعی می‌شد تا اثرات خدمات دریافتی به صورت درصد از ایشان سؤال شود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات بعد از کسب اطلاعات زمینه‌ای، پرسشنامه سلامت روان (پرسشنامه سلامت عمومی) گلدنبرگ (۱۹۷۹) پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون (۱۹۹۸) و پرسشنامه امید به زندگی میلر (۱۹۸۸) بودند. تمامی این پرسشنامه‌ها در مطالعات مجزایی در سطح کشور مورد استفاده قرار گرفته و اعتبارسنجی نسخه‌های فارسی آن‌ها انجام شده بوده است. پرسشنامه سلامت روان دارای ۲۸ سؤال در طیف لیکرت (بسیار کمتر از حد معمول تا بسیار بیش از حد معمول) بوده که ۷ سؤال اول به علائم جسمی، ۷ سؤال بعد به علائم اضطرابی و اشکالات خواب، ۷ سؤال بعدی به کارکردهای اجتماعی و ۷ سؤال آخر به علائم خلقی توجه دارد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی نیز دارای ۲۷ قسمت است که در هر قسمت فضا و شرایط خاصی اعلام و پاسخ‌دهنده باید نشان دهد که در این شرایط از چه کسانی می‌تواند کمک بگیرد و این افراد چه میزان در کمک به وی راغب هستند. شرایط مطرح شده در این قسمت‌ها مواردی مانند بروز یک تصادف، مرگ یکی از نزدیکان، نیاز شدید به درد دل نمودن و یا چیزهایی از این دست می‌باشند.

و نهایتاً پرسشنامه امید به زندگی نیز دارای ۴۸ سؤال در طیف لیکرت (بسیار موافق تا بسیار مخالف) بوده که عواطف، علاقه به زندگی، اعتماد به دیگران، تلاش برای زندگی بهتر و ارتباطات

داشتند. درصد نمونه‌های متأهل ۵۸/۸ درصد مجرد ۱۷/۶ درصد و بیوه و مطلقه روی هم ۲۳/۶ درصد نمونه‌ها را شامل می‌شدند. در کل ۲۸/۸ درصد نمونه‌ها فرزند نداشتند و درصد تک‌فرزندی نیز ۳۰/۳ درصد بود. بیشترین تعداد فرزند نیز ۴ عدد بود.

وضعیت سلامت عمومی

در مجموع نمره سلامت عمومی نمونه‌ها ۶۴/۱ با انحراف معیار ۱۹/۲ به دست آمد که تقریباً سطح مذکور متوسط به سمت خوب بوده است و بیش از هفتاد درصد نمونه‌ها نمره سلامت بالای ۵۰ (خوب و متوسط) داشته‌اند. 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 معنی‌دار است ($P < 0.001$). البته رابطه خطی بین مدت‌زمان استفاده از خدمات و نمره سلامت عمومی به دست نیامد و ضریب همبستگی پیرسون بین این دو متغیر برابر با ۰/۹۹ بود که از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/47$). این نتایج نشان داد که وارد شدن به مراکز دریافت ارائه خدمت به سرعت سلامت عمومی را می‌افزاید ولی در طول زمان تغییر محسوسی ایجاد نشده است.

تحلیل‌های آماری و نتایج رگرسیون خطی نشان داد که سن، مدت دریافت خدمت، تعداد فرزندان، تحصیلات و نمره حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری با سلامت عمومی نمونه‌ها نداشته و تنها امید به زندگی به صورت معنی‌داری رابطه مثبت با نمره سلامت عمومی داشته است به شکلی که با افزایش یک نمره به میزان امید به زندگی میزان سلامت عمومی ۰/۷۹ افزایش یافته است ($P < 0/001$) (جدول شماره ۱).

وضعیت امید به زندگی

در مجموع نمره امید به زندگی نمونه‌ها ۶۵/۷ با انحراف معیار ۱۴/۲ به دست آمد که تقریباً سطح مذکور متوسط به سمت خوب بوده است و بیش از هشتاد و سه درصد نمونه‌ها نمره امید به زندگی بالای ۵۰ (خوب و متوسط) داشته‌اند. میزان امید به زندگی نمونه‌ها بعد از مراجعه بیش از ۹۲٪ نسبت به قبل از مراجعه رشد داشته است که این تفاوت از نظر آماری به شدت معنی‌دار است ($P < 0.001$). البته رابطه خطی بین مدت‌زمان استفاده از خدمات و نمره امید به زندگی به دست نیامد و ضریب همبستگی پیرسون بین این دو متغیر برابر با ۰/۰۲ بود که از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/83$). این آمار نشان داد که وارد شدن به مراکز دریافت ارائه خدمت به سرعت امید به زندگی را افزوده ولی در طول زمان تغییر

محسوسی ایجاد نشده است.

تحلیل‌های آماری و نتایج رگرسیون خطی نشان داد که سن، مدت دریافت خدمت، تعداد فرزندان، تحصیلات و نمره حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری با امید به زندگی نمونه‌ها نداشتند و تنها نمره سلامت عمومی به صورت معنی‌داری رابطه با امید به زندگی داشته است به شکلی که با افزایش یک نمره به میزان سلامت عمومی میزان امید به زندگی ۰/۴۲ افزایش یافته است ($P < 0.001$) (جدول شماره ۲).

حمایت اجتماعی احساس شده

نتایج نشان داد میزان حمایت اجتماعی احساس شده نمونه‌ها بعد از مراجعه بیش از ۹۳٪ نسبت به قبل از مراجعه رشد داشته است که این تفاوت از نظر آماری به شدت معنی‌دار بود ($P < 0.001$). البته رابطه خطی بین مدت‌زمان استفاده از خدمات و نمره حمایت اجتماعی درک شده به دست نیامد و ضریب همبستگی پیرسون بین این دو متغیر برابر با ۰/۰۴ بود که از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/71$). این آمار نشان داد که وارد شدن به مراکز دریافت ارائه خدمت به سرعت حمایت اجتماعی درک شده را می‌افزاید ولی در طول زمان تغییر محسوسی ایجاد نشده است.

تحلیل‌های آماری و نتایج رگرسیون خطی نشان داد که سن، مدت دریافت خدمت، تحصیلات، نمره سلامت عمومی و نمره امید به زندگی ارتباط معنی‌داری با حمایت اجتماعی درک شده در نمونه‌ها ندارند و تنها تعداد فرزندان به صورت معنی‌داری رابطه معکوس با حمایت اجتماعی درک شده داشته است به شکلی که با افزایش یک فرزند به میزان ۴/۵ نمره حمایت اجتماعی درک شده کاهش یافته است ($P = 0/02$) (جدول شماره ۳).

نهایتاً ضرایب همبستگی بین سه متغیر اصلی این مطالعه در جدول چهار نمایش داده شد و نشان می‌دهد که تنها رابطه قوی و مثبت قابل‌ملاحظه‌ای بین امید به زندگی و سلامت عمومی وجود داشته است ($r = 0/61$, $P < 0/001$). اگرچه رابطه خفیف‌تر ولی معنی‌داری نیز بین حمایت اجتماعی و دو متغیر دیگر وجود داشت.

جدول شماره ۱ - خروجی مدل رگرسیون خطی عوامل مؤثر بر نمره سلامت عمومی

متغیرها	ضریب رگرسیون استاندارد و دامنه اطمینان ۹۵٪	مقدار P
میزان امید به زندگی	۰/۴۶؛۱،۰۶	<۰/۰۰۱
اثر خطی گروه سن	-۱/۹۸؛۶،۶	۰/۸۲
اثر خطی گروه تحصیلات	-۱/۷؛۳،۷	۰/۹۵
اثر خطی مدت دریافت خدمات	-۱/۲؛۵،۷	۰/۳۵
تعداد فرزندان	-۷/۷؛۲،۷	۰/۱۲
میزان حمایت اجتماعی	-۲/۱؛۳،۷	۰/۴۲

جدول شماره ۲ - خروجی مدل رگرسیون خطی عوامل مؤثر بر نمره امید به زندگی

متغیرها	ضریب رگرسیون استاندارد و دامنه اطمینان ۹۵٪	مقدار P
سلامت عمومی	۰/۲۵؛۰،۵۷	<۰/۰۰۱
اثر خطی گروه سن	-۲/۳؛۴،۱	۰/۵۵
اثر خطی گروه تحصیلات	-۲/۵؛۵،۴	۰/۴۸
اثر خطی مدت دریافت خدمات	-۴/۶؛۱،۲	۰/۸۵
تعداد فرزندان	-۱/۶؛۴،۳	۰/۵۲
میزان حمایت اجتماعی	-۰/۹؛۳،۳	۰/۳۴

جدول شماره ۳ - خروجی مدل رگرسیون خطی عوامل مؤثر بر نمره حمایت اجتماعی درک شده

متغیرها	ضریب رگرسیون استاندارد و دامنه اطمینان ۹۵٪	مقدار P
تعداد فرزندان	-۵/۶؛۱،۷	۰/۰۲
اثر خطی گروه سن	-۶/۶؛۱،۲	۰/۱۷
اثر خطی گروه تحصیلات	-۰/۸۳؛۸،۹	۰/۱
اثر خطی مدت دریافت خدمات	-۲/۵؛۴،۸	۰/۶۱
نمره سلامت عمومی	-۰/۱۸؛۰،۳۱	۰/۵۸
میزان امید به زندگی	-۰/۱۴؛۰،۵۲	۰/۲۵

بحث

همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد، خانم‌های مراجعه‌کننده به مرکز بعد از مدت کوتاهی از نظر روانی و سلامت عمومی بهبود قابل‌ملاحظه‌ای یافته بودند و عملاً نشان می‌دهد که چنین مراکزی می‌تواند حتی در کوتاه‌مدت اثرات قابل‌ملاحظه‌ای داشته باشند و در صورت ادامه دریافت خدمات، این ارتقا سلامت عمومی حفظ خواهد ماند. اما به نظر می‌رسد ارتباط قوی و معنی‌دار دیده‌شده بین امید به زندگی و سلامت عمومی از اهمیت بالایی برخوردار باشد چراکه این همبستگی نشان از ارتباط قوی بین سلامت جسمی و سلامت روانی دارد و می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با حمایت‌های روانی مؤثر از ایشان می‌توان انتظار داشت که از نظر جسمی نیز به سرعت وضعیتشان بهتر شود. همچنین نکته

مهم دیگری که مشاهده شد کم شدن حمایت اجتماعی احساس شده با افزایش تعداد فرزندان بود که باید در تحلیل آن دقت نظر به عمل آید.

آلودگی به ویروس اچ‌آی‌وی پدیده‌ای پزشکی و بهداشتی است که ابعاد اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی آن بسیار گسترده است. فرد مبتلا علاوه بر زندگی توأم با ترس و وحشت، احساس ناامیدی از آینده بیماری و تصویری نزدیک از مرگ، یک نوع احساس طرد شدن، پیش‌داوری، تحقیر و تبعیض را از جانب جامعه دریافت می‌کند. از طرفی ویروس سیستم ایمنی بدن تضعیف و فرد را مستعد مبتلا شدن به انواع عفونت‌ها می‌کند (۱۹، ۱۸، ۱۴، ۸). اختلالات روانی در هر فردی ممکن است دیده شود، اما این عوارض، به‌مراتب در بیماران مبتلا به این عفونت بیشتر بروز می‌کند. شایع‌ترین این اختلالات، تنش‌های روانی شدید و

اما در خصوص حمایت درک شده نیز نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مو و همکاران (۱۷) و رحمتی و همکاران (۱۸) همخوان است. چراکه همه این مطالعات نشان داده‌اند بسیاری از افراد آلوده به ویروس زلزله‌ای منزوی هستند. انزوا و تنهایی این افراد منجر به فقدان حمایت اجتماعی می‌شود. لذا بیمارانی که حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند و کمک و راهنمایی جهت اجرای نقش خود می‌یابند و یا دوستانی دارند که شنونده نقش‌های آنان باشند کمتر دچار تنش و اضطراب شوند.

حمایت اجتماعی مفهومی است که عموماً به‌عنوان درک کمک دیگران در شرایط دشوار زندگی است. در مراکز حمایتی حمایت دریافت شده بیماران مبتلا به شدت افزایش یافته است و این نشان می‌دهد که حمایت دریافت شده ایشان صرفاً از طریق مددکاران و تیم درمانی مراکز نیست بلکه به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم ایشان دریافت بیشتری از حمایت سایرین را درک می‌کنند حتی اگر به‌واقع در بیرون از مراکز برخورد سایرین تغییر زیادی نکرده باشد (۲۱). به عبارتی احتمالاً با بهبود شرایط روانی، خانم‌ها نگاهشان به دیگران تغییر می‌یابد و عینک بدبینی را کنار زده و احساس بد و منفی‌شان نسبت به دیگران تحلیل می‌رود و لذا درنهایت رضایتمندی بیشتری خواهند داشت. در همین راستا ممکن است بتوان رابطه منفی بین تعداد فرزندان و حمایت اجتماعی درک شده را تفسیر کرد. شاید وجود فرزندان توقع ایشان را بالا برده و انتظاراتشان از همراهی و حمایت اجتماعی فزونی یابد و در نتیجه احساس رضایت کافی از میزان حمایت دریافتی کاهش یابد. بدین شکل، آنچه ریشه مشاهده این ارتباط منفی است کم شدن حمایت واقعی جامعه از خانم‌های دارای فرزند نیست بلکه افزایش انتظار و توقع خانم‌های دارای فرزند است که احتمالاً برآورده نمی‌شود. اما شک نیست که جامعه و همه باید در قبال خانم‌های دارای فرزند بیشتر احساس مسئولیت نموده و حمایت واقعی خود را از تمامی افراد مثبت به‌خصوص این دسته از خانم‌ها بیفزاید.

اما از نظر ساختاری مراکزی که مشابه این مرکز به ارائه خدمات اقدام می‌کنند لازم است تا با ارائه خدمات درمانی و پزشکی، مشاوره روانی، ترغیب خیرین و سازمان‌های مرتبط به حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی، کارآفرینی و بالا بردن اعتماد به نفس ایشان به انجام کار و ایجاد و تقویت شبکه اجتماعی افراد، زمینه ارائه خدمت جامع و کامل را فراهم نمایند تا اثربخشی و تأثیرگذاری خدمات به حداکثر شکل ممکن فراهم گردد. فلوجارت ۱ خلاصه تحلیل‌هایی است که در این مطالعه انجام شده و نشان می‌دهد یک

افسردگی است که می‌توانند در پی هر شرایط ناگواری بروز کنند. گاهی مصرف بعضی داروهای ضدویروس نیز با عوارض روحی همراه می‌باشند (۱۹).

هرچه بر شدت این واکنش‌ها از طرف بیماران افزوده شود آن‌ها با تأخیر طولانی‌تری با واقعیت بیماری خود کنار آمده و تا پذیرش بیماری، پیگیری برنامه‌های درمانی خود را به تعویق می‌اندازند. افراد آلوده به ویروس ایدز از حمایت اجتماعی ضعیف خانواده و اطرافیان برخوردارند. بسیاری از افراد در ارتباط با مشکل سلامتشان احساس شرم می‌کنند یا حتی خود را از بابت بیماری، انگ خورده یا لکه‌دار می‌دانند و سعی در پنهان کردن آن از دیگران دارند (۱۷، ۵). همچنین برچسب بیماری ایدز مانعی برای دریافت مراقبت‌های درمانی در مراکز بهداشتی و درمانی است. این طرد شدن به‌وسیله اعضای خانواده، دوستان، مراقبان بهداشتی و کارفرمایان باعث می‌شود که آن‌ها از حمایت‌های درمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی بهره‌مند نشوند. در نتیجه درجاتی از احساسات و اختلالات اضطرابی و درماندگی تا افکار خودکشی و به هم خوردن تعادل روانی در این افراد مشاهده می‌شود (۱۱، ۱۰، ۵). لذا ارائه خدمات حمایتی همراه با خدمات درمانی از ضروریات مدیریت این بیماری است و در این بین خانم‌ها نیاز به حمایت‌های جانبی بیشتری دارند.

بنابراین، وظیفه خطیر مراکز حمایت اجتماعی با پر کردن خلأهای عاطفی-اجتماعی و ارائه خدمات ساده روانی می‌توانند به‌سادگی اثربخش بوده و نتایج رضایت‌بخشی حاصل گردد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های رومر (۲۰) و دادخواه (۲۱) همسو و همخوان است و نشان می‌دهد که امید به زندگی، سلامت جسمی و روانی و رضایتمندی از زندگی و انرژی مثبت برای کار، همه باهم با همبستگی قوی و مثبت دارند. امروزه پژوهشگران معتقدند که ارتقای امید به زندگی، افراد بیمار را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گراانه سالم‌تر و درنهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد. امید به زندگی بالاتر علاوه بر اینکه افراد را به کارکردهای بهتر در سلامت رهنمود می‌سازد، با قوی‌تر کردن پاسخ سیستم ایمنی و تحمل درد، به افراد در واکنش‌پذیری روان‌شناختی در هنگام بیماری‌ها کمک می‌کند (۲۲). در نتیجه ارتباط قوی بین سلامت عمومی و امید به زندگی و به نظر می‌رسد باید در خانم‌ها امید به زندگی ارتقاء یابد تا سلامت عمومی ایشان نیز تقویت شود. همچنین قطعاً با کنترل درمان بیماری‌های جسمی ایشان و ارتقا سلامت عمومی، امید زندگی ایشان نیز اضافه می‌شود.

نمونه‌ها، اطلاعات سایر اعضای خانواده و دوستان و حتی کادر مراقبتی نیز جمع‌آوری شود.

نتیجه‌گیری

زنان از جمله اقشار بسیار آسیب‌پذیر جامعه هستند که در اثر آلودگی به عفونت اچ‌آی‌وی می‌توانند دچار معضلات شدید خانوادگی و اجتماعی شده و از نظر جسمی و روانی مشکلات جدی بیابند. این مشکل زمانی جدی‌تر جلوه می‌کند که روند افزایشی این عفونت در خانم‌ها در موج سوم این اپیدمی شتاب تندی یافته است. نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی خدمات حمایتی، عاطفی و اجتماعی مراکز جامع در ارتقا کیفیت و امید به زندگی و سلامت عمومی است و نشان می‌دهد که ایجاد چنین مراکزی می‌تواند مدل موافقی برای اصلاح وضع موجود و کمک به تأثیرگذاری بیشتر خدمات پزشکی و درمانی باشد.

مرکز فعال با چه حمایت‌ها و اقداماتی می‌تواند به ارتقا سلامت خانم‌های دریافت‌کننده خدمات کمک نماید و عملاً در مرکز مورد مطالعه اگرچه تمام این خدمات به صورت جامع ارائه نمی‌شد ولی اثرگذاری قابل ملاحظه‌ای داشت. البته این مهم مدنظر بوده که ارتباطات مشاهده شده در این مطالعه مقطعی به سادگی قابل تسری به سایر جاها نبوده و نمی‌توان بر اساس آن تفسیر علیتی داشت. اما این مطالعه با محدودیت‌های نیز مواجه بود. حجم نمونه محدود کم بود و قطعاً طراحی مطالعات بزرگ‌تر و به صورت طولی که روند تغییرات شاخص‌های مورد مطالعه را بتواند به دقت بسنجد و سطح مشاهدات را از حد مراکز ارائه خدمت به جامعه و خانواده تسری دهد لازم بوده و به شدت می‌تواند دیدگاه‌های علمی لازم را برای تقویت چتر حمایتی از خانم‌های آسیب‌پذیر بالا ببرد. همچنین در این مطالعه امکان مصاحبه و کسب اطلاعات لازم از بستگان نمونه‌ها فراهم نشد و لذا به عنوان یک پیشنهاد برای مطالعه آتی توصیه می‌شود تا علاوه بر دریافت دیدگاه‌های

منابع

1. Coovadia HM, Hadingham J. HIV/AIDS: global trends, global funds and delivery bottlenecks. *Globalization and health*. 2005; 1: 13.
2. Kilmarx PH. Global epidemiology of HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2009; 4: 240-6.
3. Karamouzian M, Nasirian M, Sedaghat A, Haghdoost AA. HIV in Iran. *The Lancet*. 2014; 383: 1040.
4. Nasirian M, Doroudi F, Gooya MM, Sedaghat A, Haghdoost AA. Modeling of human immunodeficiency virus modes of transmission in Iran. *Journal of research in health sciences*. 2012; 12: 81-7.
5. Karamouzian M, Akbari M, Haghdoost A-A, Setayesh H, Zolala F. "I am dead to them": HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Kerman, Iran. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2015; 26: 46-56.
6. Crepaz N, Lyles CM, Wolitski RJ, Passin WF, Rama SM, Herbst JH, et al. Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. *Aids*. 2006; 20: 143-57.
7. Gómez CA, Marin BV. Gender, culture, and power: Barriers to HIV-prevention strategies for women. *Journal of Sex Research*. 1996; 33: 355-62.
8. Kelly JA, Murphy DA, Sikkema KJ, Kalichman SC. Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: new priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*. 1993; 48: 1023.
9. SeyedAlinaghi S, Paydary K, Kazerooni PA, Hosseini M, Sedaghat A, Emamzadeh-Fard S, et al. Evaluation of stigma index among people living with HIV/AIDS (PLWHA) in six cities in Iran. *Thrita*. 2013; 2: 69-75.
10. Dowshen N, Binns HJ, Garofalo R. Experiences of HIV-related stigma among young men who have sex with men. *AIDS patient care and STDs*. 2009; 23: 371-6.
11. Fallahi, Tavahian SS, Yaghmaee F, Hajizadeh E. Consequences of HIV/AIDS in people living with HIV: a qualitative research. 2014; 13: 357-365.
12. Bunn JY, Solomon SE, Miller C, Forehand R. Measurement of stigma in people with HIV: A reexamination of the HIV Stigma Scale. *AIDS Education & Prevention*. 2007; 19: 198-208.
13. Haghdoost A, Karamouzian M. Zero new HIV infections, zero discrimination, and zero AIDS-related deaths: feasible goals or ambitious visions on the occasion of the world AIDS day. *Int J Prev Med*. 2012; 3: 819-23.
14. Gonzalez A, Miller CT, Solomon SE, Bunn JY, Cassidy DG. Size matters: community size, HIV stigma, & gender differences. *AIDS and Behavior*. 2009; 13: 1205-12.
15. Holzemer WL, Human S, Arudo J, Rosa ME, Hamilton MJ, Corless I, et al. Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2009; 20: 161-8.
16. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*. 2006; 29: 377-87.
17. Mo PK, Coulson NS. Exploring the communication of social support within virtual communities: a content analysis of messages posted to an online HIV/AIDS support group. *Cyberpsychology & behavior*. 2008; 11: 371-4.
18. Rahmati-Najarkolaei F, Niknami S, Aminshokravi F, Bazargan M, Ahmadi F, Hadjizadeh E, et al. Experiences of stigma in healthcare settings among adults living with HIV in the Islamic Republic of Iran. *Journal of the international AIDS society*. 2010; 13: 27.
19. Catz SL, Kelly JA, Bogart LM, Benotsch EG, McAuliffe TL. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*. 2000; 19: 124.
20. Romer D. *Reducing adolescent risk: Toward an integrated approach*: Sage; 2003.
21. Dadkhah A, Rahgozar M. Correlation between hope and quality of life in HIV-infected patients referring to welfare clubs in Tehran and Kermanshah in 2009. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2014; 17: 657-65.
22. Herbert TB, Cohen S. Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic medicine*. 1993; 55: 364-79.

The Effect of Received Services on Mental Health Status, Life Expectancy and Social Support of HIV-infected Women Referring to the Kerman Service Center

Sadeghi Zerisfi A¹, Zeinaddiny Maymand Z², Haghdoost AA³

1- Department of Psychology & Education, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology & Education, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

3- Professor, HIV/STI Surveillance Research Center, and WHO Collaborating Center for HIV Surveillance, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding author: Zeinaddiny Z, zeinaddiny@gmail.com

(Received 2 March 2017; Accepted 26 August 2017)

Background and Objectives: People living with HIV (PLHIV) experience severe psychological pressure in most communities; however, this pressure is more prominent in women. Therefore, it is very important to monitor different aspect of psychological pressure and psychosocial supports in this group of patients. Based on this need, in this study, we assessed the status of mental health, hope, and social support in female PLHIVs visiting health centers of Kerman, Iran.

Methods: In a triangulation study comprising a combination of qualitative and quantitative components, PLHIV women were recruited and their information were collected using Goldberg's General Health Questionnaire, Sarason's Social Support Questionnaire, and the Miller's Hope Scale.

Results: Our findings showed that female patients' status improved markedly after visiting the health centers (hope: 92%, general health: 80%, social support: 93%). In addition, the results showed a strong positive the correlation between general health and hope ($r=0.61$, $P<0.0001$).

Conclusion: Our results showed that such multi-disciplinary service providing centers may substantially improve the quality of life and general health of these women who rigorously need social support.

Keywords: Women living with HIV, Social support center, Psychological health, Hope, Social support