

تبیین سبک زندگی زنان مبتلا به HIV (مورد مطالعه؛ زنان مبتلا به HIV در باشگاه مثبت شهر کرمان)

اله امیری^۱، علی احمد رفیعی‌راد^۲، نسرین رفیعی‌صدر^۳، حمید شریفی^۴

^۱ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و بیماری‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۲ دکتری جامعه‌شناسی فرهنگی، مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و بیماری‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۳ کارشناس ارشد ریاضی، اداره آموزش و پرورش، معمولان، لرستان، ایران

^۴ استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و بیماری‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده رابط: علی احمد رفیعی‌راد، نشانی نویسنده رابط: علی احمد رفیعی‌راد، نشانی: کرمان، بلوار هفت باغ- پردیس دانشگاه علوم پزشکی - مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های

آمیزشی، تلفن: ۰۲۱۸۷۵۵۴۴۷۶، پست الکترونیک: a.ahmad.r.rad@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۰۱؛ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۸

مقدمه و اهداف: گرچه اتخاذ سبک زندگی سلامت محور لازمه تداوم مطلوب زندگی برای همه افراد است ولی چنین رویه‌ای برای افراد دارای بیماری‌های مزمن مانند اچ‌آی‌وی/ایدز به دلیل شکنندگی وضعیت آن‌ها ضرورت بیشتری دارد. وابسته به چنین فهمی مطالعه حاضر به بررسی سبک زندگی زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در شهر کرمان پرداخته است.

روش کار: روش کار مطالعه حاضر به صورت پیمایش پرسشنامه‌ای با استفاده از پرسشنامه استاندارد شده سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت انجام گرفت. پرسشنامه مذکور مشتمل بر شش بعد مسئولیت پذیری، رشد معنوی، ورزش، تغذیه، روابط بین فردی و مدیریت استرس می‌باشد. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز باشگاه مثبت شهر کرمان در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۶۹ نفر بوده است و ۳۵ نفر آن‌ها که شرایط مصاحبه را داشته به این مطالعه وارد شدند.

یافته‌ها: از میان نمونه مورد مطالعه، ۳۷/۱۴ درصد سبک زندگی سلامت مثبت و ۶۲/۸۶ درصد سبک زندگی سلامت منفی بوده‌اند. مبتنی بر نتایج به دست آمده، تفاوت میانگین نمرات سبک زندگی زنان مورد مطالعه تنها بر حسب دو متغیر میزان درآمد خانوار و وضعیت اشتغال (با میانگین بیشتر در سبک زندگی سلامت مثبت) از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است. تفاوت آنها بر حسب سایر متغیرها (وضعیت تاهل، گروه سنی، تحصیلات و سال‌های ابتلا به اچ‌آی‌وی) معنی‌دار نبوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به تفاوت میانگین نمرات سبک زندگی بر اساس متغیرهای شغل و درآمد، تقویت وضعیت اقتصادی مبتلایان از طریق خوداشتغالی و یا حمایت مالی می‌تواند آن‌ها را به سوی سبک زندگی سلامت مثبت سوق دهد. ارتقاء سبک زندگی این افراد می‌تواند به زندگی بهتر این افراد کمک شایان توجهی نماید.

واژگان کلیدی: اچ‌آی‌وی، ایدز، سبک زندگی، زنان

مقدمه

جهت جوانانه‌تر شدن، جنسی‌تر شدن و زنانه‌تر شدن است (۲) زیرا هر کدام از مسیرهای سه گانه اخیر با مشکلات عمیق دیگری نیز هم‌پیوندی دارند. در کانون تغییرات جدید جمعیتی، زنان مبتلا قرار دارند. نسبت ابتلا زنان به مردان در دهه آغازین شیوع بیماری در ایران (۱۳۷۵-۱۳۶۵) ۲ درصد به ۹۸ درصد در دهه دوم (۱۳۸۵-۱۳۹۵) ۵ درصد به ۹۵ درصد و در دهه سوم به ۱۵ درصد در برابر ۵ درصد رسیده است (۲). در وضعیت کنونی بیماری، که از حالت مرگ‌آور غیرقابل درمان به بیماری مزمن قابل کنترل تبدیل شده است، جنبه‌های قابل تامل و بررسی پژوهشی نیز نمودار گشته است که «سبک زندگی» یکی از بنیانی‌ترین این موضوعات می‌باشد.

با وجود پیشرفت‌های دو دهه اخیر که برای کنترل اچ‌آی‌وی/ایدز در جهان انجام شده است، آمار مبتلایان در برخی از کشورها و یا گروه‌های اجتماعی همچنان رو به افزایش و نگران کننده است. ایران از جمله کشورهایی است که با افزایش آمار مبتلایان مواجه می‌باشد. مبتنی بر آمارها در ۵ سال منتهی به ۱۳۹۷ به طور میانگین هر سال ۲۰۰۰ نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی در ایران شناسایی شده‌اند و از اینرو در مجموع تعداد مبتلایان به بیش از ۳۸ هزار نفر رسیده است (۱). آنچه که در این خصوص مایه نگرانی بیشتر شده است تغییرات ترکیب جمعیتی مبتلایان با

جامعه‌شناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به ایدز انجام دادند، یافته‌ها بیانگر آن است که مشکلات ناشی از بیماری بویژه انگ و داغ ننگ آن بر سبک زندگی آنان بسیار موثر است. رفیعی‌راد (۱۰) در پژوهشی از راهبردهای ۵گانه (مدیریت روابط، مشارکت در راستای بیماری، مدیریت افشاء، تقویت خود، پناه بردن به مذهب) افراد اچ‌آی‌وی مثبت برای بازسازی زندگی خود پس از بیماری سخن گفته است.

در واقع کنترل اچ‌آی‌وی و بهبودی نسبی از شرایط پیش آمده برای افراد مبتلا به میزان بسیار زیادی وابسته به سبک زندگی می‌باشد. به گونه‌ای که سبک زندگی سلامت مثبت می‌تواند با پایبندی به درمان و تقویم سیستم ایمنی به کاستن از بار ویروسی انجامیده، از ایجاد تشدید عفونت‌های فرصت طلب جلوگیری نموده و امکان انتقال ویروس به دیگری را نیز کاهش دهد. مبتنی بر دلایل پیش‌گفته (تاثیر سبک زندگی بر سلامت مبتلایان، تاثیر شدیدتر اچ‌آی‌وی بر زنان) و کمبود مطالعات در خصوص سبک زندگی زنان مبتلا، در مقاله حاضر اضافه با بررسی وضعیت سبک زندگی مبتلایان، تفاوت افراد بر حسب متغیرهای اساسی نیز سنجیده شده است.

روش کار

مقاله حاضر برگرفته از داده‌های یک پیمایش پرسشنامه‌ای بوده که به صورت مقطعی انجام شده است و از نظر هدف کاربردی و از نظر دامنه یا سطح تحلیل خرد می‌باشد. جامعه آماری تمامی زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز شهر کرمان در سال ۱۳۹۸ بوده است. با توجه به انگ بیماری و عدم افشاء بیماری، با مشورت مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری کرمان، باشگاه مثبت این شهر به عنوان تنها مرکز جامع دسترسی مناسب در نظر گرفته شده است. بر اساس شرایط پژوهش، شیوه نمونه‌گیری به صورت غیراحتمالی و در دسترس بوده است. آمار کل زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی در باشگاه مثبت کرمان در زمان انجام پژوهش ۶۹ نفر بوده است که با توجه به غیبت طولانی تعدادی از آنها و معیارهای ورود به مطالعه (تمایل و توانایی کامل برای پر کردن پرسشنامه) در نهایت ۳۵ نفر از آنها به عنوان نمونه نهایی انتخاب و به سوالات پرسشنامه در حضور پرسشگر پاسخ گفتند.

برای گردآوری داده‌ها از نسخه اصلاح شده (HPLP) پرسشنامه استاندارد «سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت (HPLP-II/ Health Promoting Lifestyle Profile)» استفاده شد. پرسشنامه دارای ۵۲ گویه و مشتمل بر شش بعد مسئولیت‌پذیری درباره سلامت (۱۰)

سبک زندگی (life style)؛ مجموعه‌ای نسبتاً هماهنگ از همه‌ی رفتارها و فعالیت‌های یک فرد معین در جریان زندگی روزمره است که مستلزم مجموعه‌ای از عادت‌ها و جهت‌گیری‌هاست، که از نوعی وحدت نیز برخوردار است (۳). به طور کلی، سبک زندگی ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادت فردی در سراسر زندگی می‌باشد که طی آن فرایندهای اجتماعی شدن به وجود آمده است. سبک زندگی از طریق روابط متقابل در بین همسالان، خانواده، مدرسه، رسانه‌ها و در کل جامعه آموخته می‌شود (۴). روابط اجتماعی، سرگرمی، مصرف، مد و پوشش را در برمی‌گیرد و حتی نگرش‌ها، ارزش‌ها و جهان‌بینی فرد و گروهی که عضو آن است را نمایان می‌سازد. سازمان جهانی بهداشت، سبک زندگی را یکی از عوامل بسیار مهم در سلامت می‌داند که با اصلاح آن می‌توان آمار بسیاری از مرگ و میرها را تقلیل داد (۵). اینکه یک نفر چگونه زندگی می‌کند که خود به این معناست که فرد از چه محصولاتی استفاده می‌کند و راجع به آن‌ها چه احساسی دارد. سبک‌های زندگی بیان برداشت فرد از خویش و ارزش‌های فردی‌اند که در انتخاب‌ها و رفتارهای مصرفی افراد انعکاس می‌یابند و الگوهای واقعی رفتارند که با فعالیت‌ها، علایق و عقاید فرد تبلور می‌یابند (۶).

با توجه به تاثیر سبک زندگی بر سلامت و مدیریت بیماری‌های مزمن از جمله اچ‌آی‌وی/ایدز ضروری است ابعاد مساله مورد بررسی پژوهشی و بهره‌برداری سیاستگذاری قرار گیرد. در ارتباط با سبک زندگی مبتلایان بیماری‌های مزمن در جهان و ایران پژوهش‌های بسیاری انجام گرفته است، در تحقیقات جهانی سبک زندگی زنان اچ‌آی‌وی مثبت نیز زیاد است ولی پژوهش‌های از این دست در ایران محدود می‌باشند. ابراهیم بابایی و همکاران (۷) در پژوهشی با عنوان مقایسه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی شهر تهران به این نتیجه رسیدند که با توجه به نبود اطلاعات در مورد سبک زندگی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در ایران، آگاهی از سبک زندگی این افراد در جنبه‌های مختلف می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را برای ارتقای وضعیت زندگی در میان افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی تمرکز بیشتری داشته باشند. مبتنی بر یافته‌های ابراهیم بابایی و همکاران (۷) در مقایسه سبک زندگی سلامت مثبت مبتلایان اچ‌آی‌وی و غیر مبتلایان بین دو گروه در متغیر سبک زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. آنگونه که دی بروین (۸) می‌گوید؛ تاثیر اچ‌آی‌وی بر زنان بسیار شدیدتر از مردان است. و از اینرو سبک زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. احمدنیا و همکاران (۹) پژوهشی با عنوان

نتایج به دست آمده سابقه ابتلا به اچ‌آی‌وی ۷۴/۳ درصد افراد مطالعه بیش از ۵ سال بود و میانگین ابتلای افراد ۱۰/۶ سال بوده است. از نظر تحصیلی بیش از ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان سواد دیپلم یا پایین‌تر و بیشتر شرکت‌کنندگان (حدود ۵۴/۳ درصد) در گروه سنی کمتر یا مساوی ۴۰ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت تاهل نیز ۴۰ درصد (۱۴ نفر) متاهل و ۶۰ درصد (۲۱ نفر) غیر متاهل بودند. زنان غیرمتاهل مشتمل بر مجرد، مطلقه، بیوه یا متارکه کرده بودند. از نظر شغلی حدود سه چهارم افراد مطالعه شغل نداشتند و در زمان انجام مصاحبه وضعیت درآمد خانوار ۸۵ درصد افراد نمونه، ۱ میلیون تومان یا پایین‌تر بوده است.

در جدول شماره ۲، میانگین نمرات افراد در هر کدام از ابعاد شش‌گانه سبک زندگی و مجموع آنها آمده است. بر اساس نتایج به دست آمده در بعد مسئولیت‌پذیری دامنه نمرات بین ۱۴ و ۵۶ بوده است که بر اساس یافته‌ها میانگین ۴۰/۱ با انحراف معیار ۹/۴ به دست آمده است. بعد دیگر رشد معنوی (با دامنه نمرات ۹ تا ۳۶) می‌باشد که میانگین آن برابر با ۲۶/۳ و با انحراف معیار ۶/۳ بوده است. در بعد روابط بین فردی ۸ سوال وجود داشته که با توجه به شیوه نمره‌گذاری، دامنه نمرات بین ۸ و ۳۲، انحراف معیار برابر با ۵/۸ و میانگین نمرات ۲۲/۴ بوده است. در بعد ورزش ۶ سوال وجود داشته که با توجه به شیوه نمره‌گذاری دامنه نمرات بین ۶ و ۲۴ بوده است. در این بعد کمترین نمره کسب شده برابر با ۶ و بیشترین نمره کسب شده با ۲۴ برابر است. انحراف معیار در این بعد ۴/۷ و میانگین نمرات ۱۴/۱ بوده است. در بعد تغذیه ۷ سوال وجود داشته که با توجه به شیوه نمره‌گذاری، دامنه نمرات ۷ تا ۲۸ بوده است. در این بعد کمترین نمره ۹ و بیشترین نمره برابر با ۲۸ بوده است. انحراف معیار ۵/۰ و میانگین نمرات نیز ۱۸/۴ بوده است. در بعد کل پرسشنامه ۴۹ سوال وجود داشته است که با توجه به شیوه نمره‌گذاری، دامنه نمرات بین ۴۹ و ۱۹۶ بوده است. در این بعد میانگین نمرات برابر با ۱۳۴/۱ و انحراف معیار نیز ۲۸/۶ بوده است. در این بعد کمترین نمره کسب شده برابر با ۸۵ و بیشترین نمره کسب شده نیز برابر با ۱۹۴ بوده است. برای مقایسه در قالب نمره‌گذاری ۰ تا ۲۰ میانگین نمرات پاسخگویان در پرسشنامه برابر با ۱۳/۶۸ بوده است. از میان ابعاد شش‌گانه نیز میانگین نمرات در سه بعد رشد معنوی (با میانگین ۱۴/۶۱)، مسئولیت‌پذیری (با میانگین ۱۴/۳۲)، و روابط بین فردی (با میانگین ۱۴) بیشتر از میانگین پرسشنامه و سه بعد دیگر یعنی تغذیه (با میانگین ۱۳/۱۴)، ورزش و فعالیت جسمانی (با میانگین ۱۱/۷۵) و مدیریت استرس (با میانگین

سوال)، رشد معنوی (۱۳ سوال)، ورزش و فعالیت بدنی (۵ سوال)، تغذیه (۶ سوال)، روابط بین فردی (۱۲ سوال) و مدیریت استرس (۷ سوال) بوده است. در این پرسشنامه سوالات بر اساس طیف لیکرت با گزینه‌های پاسخ هرگز تا همیشه نمره‌گذاری می‌شوند. در این پژوهش میانگین نمرات کمتر از میانه (نقطه ۵۰ درصدی) بیانگر سبک زندگی سلامت منفی و مساوی و بالاتر از آن بیانگر سبک زندگی سلامت مثبت است.

روایی و پایایی پرسشنامه توسعه یافته از نسخه اولیه در تحقیقات بعدی (۱۱) تأیید شده است و در ایران نیز مجدد مورد ارزیابی قرار گرفته و با اصلاحات جزئی روا و پایا شده (۱۲) و مورد استفاده قرار گرفته است. در تحقیق حاضر مجدداً پایایی (Reliability) آن مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار برابر با ۰/۸۲ و برای ابعاد آن نیز بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ بوده است. نتایج به دست آمده بیانگر ثبات برای پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و زیر مقیاس‌های آن بوده است. مقادیر بالای آلفای کرونباخ و عدم ناهماهنگی چشمگیر در بین آیتم‌ها، دلیلی بر مناسب بودن پرسشنامه می‌باشد. لازم به توضیح می‌باشد طرح پژوهشی با رعایت اصول و ملاحظات اخلاقی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و بهداشتی کرمان با کد اخلاق IR.KMU.REC.1398.094 مجوز اجرا گرفته است. بر اساس اصول اخلاقی راهنما ورود و ادامه داوطلبانه و آگاهانه به مطالعه با رعایت گمنامی کاملاً رعایت شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات) و آمار استنباطی (آزمون تی) استفاده شد. با توجه به هدف پژوهش و داده‌های جمع‌آوری شده برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه سبک زندگی سلامت مثبت و سلامت منفی از آزمون تی مستقل بر حسب متغیرهای وضعیت تاهل، گروه سنی، تحصیلات، سالهای ابتلا، وضعیت درآمد خانوار و وضعیت اشتغال پرداخته شده است. همچنین توان مطالعه در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت. پیش از انجام توصیف و تحلیل داده‌ها، وضعیت نرمال بودن داده‌ها با استفاده از نمودار هیستوگرام مورد ارزیابی قرار گرفت که داده‌ها در کل و در هر زیرگروه دارای توزیع نرمال بودند. تحلیل‌های مورد نظر با استفاده از نرم‌افزار آماری Stata نسخه ۱۴،۲ انجام گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۳۵ نفر در مطالعه شرکت داشته‌اند که اطلاعات جمعیت‌شناختی آنها در جدول شماره ۱ آمده است. بر اساس

آمده، تفاوت میانگین نمرات سبک زندگی زنان مورد مطالعه تنها بر حسب دو متغیر میزان درآمد خانوار و وضعیت اشتغال از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است و تفاوت آنها بر حسب سایر متغیرها (وضعیت تاهل، گروه سنی، تحصیلات و سال‌های ابتلا به اچ‌آی‌وی) معنی‌دار نبوده است. ضمن اینکه در بین شاغلین نیز میانگین نمرات افراد تحصیلکرده بیشتر بوده است.

پائین‌تر از میانگین پرسشنامه بوده‌اند. مبتنی بر یافته‌ها، ۳۷/۱۴ درصد افراد مورد مطالعه دارای سبک زندگی سلامت مثبت و مابقی (۶۲/۸۶ درصد) دارای سبک زندگی سلامت منفی بوده‌اند. در جدول شماره ۳ یافته‌های مرتبط با تفاوت میانگین نمرات بر حسب متغیرهای اصلی آمده است. مبتنی بر نتایج به دست

جدول شماره ۱- اطلاعات جمعیت شناختی زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی در باشگاه مثبت شهر کرمان

درصد	فراوانی	ابعاد	
۵۴/۳	۱۹	۴۰ سال و پائین‌تر	گروه سنی
۴۵/۷	۱۶	بالتر از ۴۰ سال	
۱۰۰	۳۵	مجموع	
۴۰	۱۴	متاهل	وضعیت تاهل
۶۰	۲۱	غیرمتاهل	
۱۰۰	۳۵	مجموع	
۴۲/۹	۱۵	زیر دیپلم	تحصیلات
۲۸/۹	۱۳	دیپلم	
۸/۶	۳	کاردانی	
۱۱/۴	۴	لیسانس	
۱۰۰	۳۵	مجموع	
۳۱/۴	۱۱	زیر ۵۰ هزار	وضعیت درآمد خانوار
۵۴/۳	۱۹	۵۰۱ هزار تا ۱ میلیون	
۱۴/۳	۵	بین ۱ و ۲ میلیون	
۱۰۰	۳۵	مجموع	
۲۵/۷	۹	کمتر از ۵ سال	سال‌های ابتلا به اچ‌آی‌وی
۷۴/۳	۲۶	بیش از ۵ سال	
۱۰۰	۳۵	مجموع	
۵/۷	۲	شغل تمام وقت	وضعیت اشتغال
۱۴/۳	۴	شغل نیمه وقت با درآمد نامنظم	
۲/۹	۱	بازنشسته	
۵/۸	۲	در حال تحصیل	
۷۴/۳	۲۶	بیکار	
۱۰۰	۳۵	کل	

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف سبک زندگی در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی در باشگاه مثبت شهر کرمان

دامنه نمرات	تعداد سوالات	انحراف معیار	میانگین از ۲۰	میانگین	بعد
۵۶-۱۴	۱۴	۹/۴	۱۴/۳۲	۴۰/۱	مسئولیت پذیری
۳۶-۹	۹	۶/۳	۱۴/۶۱	۲۶/۳	رشد معنوی
۳۲-۸	۸	۵/۸	۱۴	۲۲/۴	روابط بین فردی
۲۴-۶	۶	۴/۷	۱۱/۷۵	۱۴/۱	ورزش
۲۸-۷	۷	۵/۰	۱۳/۱۴	۱۸/۴	تغذیه
۲۴-۶	۶	۳/۲	۱۰/۵۸	۱۲/۷	مدیریت استرس
۱۹۶-۴۹	۴۹	۲۸/۶	۱۳/۶۸	۱۳۴/۱	کل پرسشنامه

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی بر حسب متغیرهای اصلی تحقیق

متغیر	ابعاد	فراوانی	نمره سبک زندگی	انحراف معیار	فاصله اطمینان	سطح معنی‌داری	توان مطالعه
وضعیت تاهل	متاهل	۱۴	۱۲۹/۳	۵/۹	۱۱۶/۴ - ۱۴۲/۱	۰/۴۲	۹۴,۱٪
	غیرمتاهل	۲۱	۱۳۷/۳	۷	۱۲۲/۷ - ۱۵۲/۰		
گروه‌های سنی	کمتر یا مساوی ۴۰ سال	۱۹	۱۲۸/۶	۲۸/۰	۱۱۵/۱ - ۱۴۲/۱	۰/۲۲	۲۳,۰٪
	بیشتر از ۴۰ سال	۱۶	۱۴۰/۷	۲۸/۷	۱۲۵/۴ - ۱۵۵/۹		
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۵	۱۲۴/۱	۲۹/۴	۱۰۷/۹ - ۱۴۰/۴	۰/۰۷	۴۲,۲٪
	دیپلم و بالاتر	۲۰	۱۴۱/۶	۲۶/۲	۱۲۹/۳ - ۱۵۳/۹		
مدت زمان ابتلا	کمتر یا مساوی ۵ سال	۹	۱۳۰/۸	۳۲/۵	۱۰۵/۸ - ۱۵۵/۸	۰/۶۹	۴۲,۲٪
	بیش از ۵ سال	۲۶	۱۳۵/۳	۲۷/۷	۱۲۴/۱ - ۱۴۶/۵		
میزان درآمد خانوار	کمتر ۵۰۰ هزار تومان	۱۱	۱۱۹/۳	۲۷/۲	۱۰۱/۰ - ۱۳۷/۵	۰/۰۳	۵۴,۶٪
	بیش از ۵۰۰ هزار تومان	۲۴	۱۴۰/۹	۲۷/۱	۱۲۹/۵ - ۱۵۲/۳		
وضعیت اشتغال	شاغل	۷	۱۵۶/۴	۲۴/۷	۱۳۳/۶ - ۱۷۹/۳	۰/۰۳	۶۵,۷٪
	غیرشاغل	۲۸	۱۲۸/۵	۲۷/۰	۱۳۹/۰ - ۱۱۸/۱		

بحث

شده، تأیید گردیده است (۱۵). ضمن اینکه باید در نظر داشت سوالات پرسشنامه حاضر در خصوص بعد روابط بین فردی، برقراری روابط را بر اساس افراد هم‌درد (مبتلا) و غیر هم‌درد تفکیک نکرده است و ممکن است چنان‌که در تحقیقات پیشین به آن اشاره شده است؛ برای افراد انگ خورده مساله این است که آیا در جهانی عادی غیرعادی تلقی شوند و یا در جهانی غیرعادی، عادی شوند (۱۶) یعنی اینکه انگ خورده‌ها در مقابل درونی‌سازی انگ در یک موقعیت متناقض قرار دارند. اگر ایشان بکشند که در جامعه عادی به زندگی ادامه دهند، چه آنها بخواهند و چه نخواهند، داغ ننگ آنها را از سایرین جدا می‌کند و اگر انگ خورده‌ها بین خودشان گروه‌هایی تشکیل دهند و هویت خویش را در آن گروه‌ها جستجو کنند باز هم از جامعه جدا می‌افتند. از این-رو می‌توان گفت طرد نتیجه قطعی و غیرقابل اجتناب فرایند انگ‌زنی است (۱۷). بر این اساس پیشنهاد می‌شود تفکیک روابط بر حسب نوع افراد مرتبط در پژوهش‌های دیگر لحاظ و در تحلیل نتایج به آن توجه شود.

از نظر وضعیت تغذیه میانگین نمرات پائین‌تر از میانگین کل بوده است که با در نظر گرفتن متغیرهای دموگرافیک مشارکت‌کنندگان پژوهش قابل درک می‌باشد. بر اساس خوداظهاری مبتلایان در زمان انجام تحقیق (سال ۱۳۹۶)؛ از نظر شغلی حدود سه چهارم افراد مطالعه شغل نداشتند و وضعیت درآمد خانوار ۸۵ درصد افراد مطالعه ۱ میلیون یا پایین‌تر بوده است. چنین فرضی در پیوند با نتیجه فرضیه تفاوت میانگین

بر اساس یافته‌ها میانگین نمره سبک زندگی مبتلایان بالای نقطه پنجاه درصدی بوده است، با این حال میانگین نمرات در تمام ابعاد سبک زندگی بالای پنجاه درصد نبوده است. مطلوب‌ترین وضعیت مربوط به بعد رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری بوده است. این نتایج با یافته‌های برخی تحقیقات پیشین ناهمخوان است (۷). به نظر می‌رسد دلیل برتری میانگین نمرات مبتلایان اچ‌آی‌وی در پژوهش حاضر وابسته به گروه انتخابی مبتلایان به عنوان اعضای باشگاه مثبت کرمان است که برنامه‌های متنوعی برای کیفیت بخشی به زندگی خود از جانب مرکز دریافت کرده‌اند و محتوای بسیاری از این برنامه‌ها مرتبط با دو بعد ذکر شده می‌باشد. مشابه با این وضعیت، را یافته‌های خانی (۱۳) با دو گروه کنترل و مداخله از مبتلایان نشان داده‌اند؛ بر اساس یافته‌های تحقیق مذکور ارائه آموزش سبک زندگی باعث اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از سوی بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی می‌شود.

در روابط بین فردی نیز میانگین نمرات افراد، مشابه با تحقیق دیگری در ایران (۱۴)، بالاتر از موارد خارجی و بالاتر از میزان مورد انتظار بوده است. چنین نتیجه‌ای با توجه به انگ اجتماعی بسیار شدیدی که پیرامون بیماری در ایران وجود دارد، ممکن است به دلیل عدم افشاء بیماری و پرده پوشی از آن در روابط بین فردی باشد که در تحقیقی که در این خصوص در ایران انجام

نمرات بر حسب عوامل اقتصادی و شغل است که در پژوهش حاضر تأیید شده است.

کمترین میانگین افراد مورد مطالعه به ترتیب در دو بعد ورزش و مدیریت استرس می‌باشد. کم بودن میانگین نمرات فعالیت‌های جسمانی و ورزش در بین افراد نمونه، مشابه با یافته‌های اسمیت و همکاران (۱۸) و اسمیت و همکاران (۱۹) است. دلیل کلی مرتبط با کم تحرکی مبتلایان اچ‌آی‌وی که برخی از تحقیقات پیشین نیز به آن اشاره داشته‌اند (۲۰)، محدودیت‌های اجتماعی و مشکلات روحی بعد از ابتلا به این بیماری باشد. البته برای نمونه حاضر و با توجه به بالا بودن میانگین نمرات روابط بین فردی باید دلایل محیطی دیگری مانند محدودیت‌های مرتبط با فعالیت‌های زنان در جامعه ایران را نیز در تحقیقات بعدی در نظر گرفت.

پایین‌ترین میانگین در بین ابعاد شش‌گانه مورد پژوهش مربوط به مدیریت استرس بوده است. هکمن و همکاران (۲۱) هم در یافته‌های خود به نتیجه مشابهی رسیده‌اند. ابتلا به اچ‌آی‌وی با داغ ننگ اجتماعی بالا بویژه برای زنان که این وضعیت تحقیر (۲۲) و طرد (۲۳) بیشتری برای آنها به بار می‌آورد بالطبع با استرس بیشتری نیز همراه می‌باشد و همانگونه که یافته‌ها بیانگر آن هستند زنان مورد مطالعه در مدیریت آن توانایی مطلوبی نداشته‌اند. نتایج تحقیق خانی و همکاران (۲۴) نشان داده است؛ می‌توان با ارائه آموزش‌های مناسب در خصوص هر کدام از ابعاد شش‌گانه با سوق دادن مبتلایان اچ‌آی‌وی/ایدز به سبک زندگی سلامت مثبت زندگی آنها را کیفیت بخشید.

مبتنی بر نتایج به دست آمده، تفاوت میانگین نمرات سبک زندگی زنان مورد مطالعه تنها بر حسب دو متغیر میزان درآمد خانوار و وضعیت اشتغال از لحاظ آماری معنی دار بوده است و تفاوت آنها بر حسب سایر متغیرها (وضعیت تاهل، گروه سنی، تحصیلات و سال‌های ابتلا به اچ‌آی‌وی) معنی‌دار نبوده است. یافته‌های پژوهش الهیاری و اسلامیان (۲۵) مشابه نتایج اخیر است که موید تأثیر عوامل اقتصادی بر کیفیت زندگی مبتلایان

می‌باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به طراحی مقطعی آن اشاره نمود که وابسته به آن نمی‌توان رابطه علیتی بین متغیرهای مستقل و سبک زندگی را به‌خوبی اثبات نمود. محدودیت بعدی پژوهش مرتبط با حجم نمونه پایین مورد مطالعه می‌باشد که به‌علت حجم نمونه در دسترس برای ورود افراد به مطالعه بوده است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش بیانگر آن بوده است که هر چند در مجموع میانگین نمرات تمام افراد نمونه بالاتر از میانگین نقطه ۵۰ درصدی می‌باشد ولی میانگین نمره بیشتر افراد در گروه سبک زندگی سلامت منفی قرار گرفته است. این وضعیت نامناسب می‌تواند بر زندگی مبتلایان، خانواده‌ها و جامعه تأثیرگذار باشد. تمامی افرادی که دارای سبک زندگی سلامت مثبت بوده‌اند از وضعیت اقتصادی بهتری برخوردار بوده‌اند، ضمن اینکه بیشتر این افراد وضعیت اقتصادی متوسط و رو به بالایی داشته‌اند. با توجه به تأثیر اساسی عوامل اقتصادی (داشتن شغل و درآمد خانوار) بر سبک زندگی سلامت مثبت مبتلایان، تقویت وضعیت اقتصادی مبتلایان از طریق خوداشتغالی و یا حمایت مالی بیشتر از هر چیز دیگر می‌تواند آنها را به سوی سبک زندگی سلامت مثبت سوق دهد. تقویت این یافته‌ها با تکرار تحقیق در جغرافیا و فرهنگ‌های دیگر از کشور توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان (شماره طرح: ۹۷۰۰۱۰۳۹) انجام شده است که بدینوسیله از زحمات دست‌اندرکاران آن مجموعه سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Yahyazadeh H, Mohahammadi M. Social Work of in crisis intervention (intervention in HIV crisis). Tehran: 2019, 175 P.
2. Rafiei-Rad AA, Mohahammadi M. A study of changes in the demographic composition of people living with HIV / AIDS in Iran. Tehran: isa, 2018, 536 .
3. Giddens A, Modernity and self - Identity: Self and society in the late modern age. Translated by movafaghiyan N, Ney Press, 2000, 224 p.
4. Mc Ewen M. Community-Based Nursing: An Introduction 2nd Edition, sage publication Ltd. London :2002, 189 p.
5. Ahmadi P, Vahedi H. Comparison of Life Style in Migraine Patients and Normal Subjects, Modern psychological research, 2015; 11(41): 1-14.
6. Li G, et al, The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. The Lancet, 2008; 371: 1783-89.
7. Ebrahimbabaie F, Habibi M, Ghodrati, Comparison of Health Promoting Lifestyle in HIV- positive and HIV- negative Individuals in Tehran, Educ Community health, 2017; 4(3): 34-43.

8. De Bruyn, M, Women and AIDS in developing countries, *Social Science and Medicine*, 1992; 34(2): 249-278.
9. Ahmadneya S, Zahedi MJ, Kazemee SZ, *The Sociology of Existing experience between women living with HIV, Studies and research in iran*, 2016; 6(4): 633-660.
10. Rafiei-Rad AA, *The Experience Of HIV/AIDS And Ways Of Coping With It Among The Infected People In Iran*, PHD Thesis in cultural sociology, Allameh Tabataba'i University, Tehran: 2021, 325 p.
11. Chen MY, Wang EK, Yang RJ, Liou YM. Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. *Public Health Nurs.* 2003; 20(2): 104-110.
12. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health promoting lifestyle profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(1): 102-113.
13. Khani F, *The effect of lifestyle education based on Pender's model on health promoting behaviors in people living with HIV* Thesis submitted as partial fulfillment of the requirements of Master of Science Degree in community Health Nursing, Tehran University of Medical Science, 2017, 253 p.
14. Katibaei Z, Hamidi H, Yarian S, G. Sadat, S M (2010). Comparison Of Quality Of Life, Stress And Mental Health Of Addict And Non-Assicts Affected BY HIV AND healthy S individual, *international journal of behavioural sciences*, 2010; 4(2): 135 – 139.
15. Shahabi M, Rafiei AA, haghdoost AA, ahmadnia S (2021). Experience the disclosure of illness among people living with HIV / AIDS (Qualitative study in Tehran), *cultural and communication studies* , Accepted: 10.22034/jcsc.2020.110960.1948
16. Armestrang D, *Medical Sociology*, translated to Persian by Tavakol M, Tehran: 2007, 324 p.
17. Tavakol M, Nekaeen D, *Stigmatization of relation between the physician and HIV/AIDS-positive patient*, *Bioethic Journal*, 2016; 2 (5): 11-43.
18. Smit E, Crespo C, Semba R, Jaworowicz D, Vlahov D, Ricketts E, et al. Physical activity in a cohort of HIV-positive and HIV-negative injection drug users. *AIDS Care*, 2006; 18(8): 1040-1045.
19. Phillipas S, Bowtell-Harris C, Oldmeadow LB, Cicuttini F, Holland AE, Cherry CL. Physical activity uptake in patients with HIV: who does how much? *Int J STD AIDS*. 2008; 19(8): 514-518.
20. Rabkin JG. HIV and depression, Review and update. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2008; 5(4): 163-171.
21. Heckman BD, Catz SL, Heckman TG, Miller JG, Kalichman SC. Adherence to antiretroviral therapy in rural persons living with HIV disease in the United States. *AIDS Care*. 2004; 16(2): 219-230.
22. Mohammadi M, Rafiei-rad AA, *Experience of social humiliation in women living with HIV / AIDS*, 2020, *Quarterly Journal of Social Work*, 2020, *Quarterly of Social Work research*, 2020, 7(24): 189-226. Sattar P, Eslamian A. *The Lived Experience of Social Relations in Women Living with HIV*, *Woman indevelopment and politic*, 2013; 2(12): 207-223.
23. Khani F, Shahzad Pashaeypoor S, Nikpeyma N, Kazemnejad A. Effect of lifestyle education based on Pender model on health-promoting behaviors in HIV positive individuals: A randomized clinical trial study. *NPT*. 2020; 7(1): 45-52.
24. Allahyari T, Eslamian A. Influencing Factors on Social Health Among People Living With HIV/AIDS Focused on Social Support, *Quarterly Journal of Social Work*, 2014; 1(4): 99-130.

Lifestyle of Women Living with HIV (Case Study: Women Living with HIV in the Positive Club of Kerman)

Elahe Amiri¹, AliAhmad RafieiRad², Nasrin RafieiSadr³, Hamid Sharifi⁴

1- MA in Sociology, 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

2- PHD in Cultural Sociology, 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

3- MA in Mathematics, Department of Education, Mamolan, Lorestan, Iran

4- Professor in epidemiology, 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: AliAhmad RafieiRad; a.ahmad.r.rad@gmail.com

(Received 23 July 2021; Accepted 18 January 2022)

Abstract

Background and Objectives: Although everyone needs to adopt a healthy lifestyle, it is absolutely important for people living with chronic diseases like HIV/AIDS to lead a positive lifestyle because these people are more vulnerable than others. Considering this fact, the present study was conducted to investigate the lifestyle of women living with HIV/AIDS in Kerman.

Methods: The Health-promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) was used in this survey, which includes six aspects as follows: responsibility, moral development, workout, nutrition, individual relations and stress management. Statistical population included 35 women living with HIV/AIDS in Kerman in 2019.

Results: According to the findings of this study, 34.14% of people who participated in this study had a positive lifestyle and the remaining 62.86% had a negative lifestyle. Based on the findings related to the women's lifestyle, there was a significant difference in family income and job status. No significant difference was found in other variables such as marital status, age group, education and years living with HIV.

Conclusion: As economic variables (family income and job status) play an important role in adopting a positive lifestyle for people living with HIV/AIDS, it is necessary to help them become self-employed or support them financially so that they can lead a healthy lifestyle.

Keywords: HIV, Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), Lifestyle, Women

