فصلنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال پانزدهم، شماره ۲، صفحه ۱۲۶ - ۱۱۹ (تابستان ۱۳۹۱)

بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران اچ آی وی

کتایون وحدت[۱*]، فهیمه هداوند[۱]، پریا ربیعیان[۲]، لیلا فرهنگ‌پور[۳]

[۱] مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۲] مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۳] دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

زمینه: درحال حاضر با توجه به استراتژی‌های درمانی و پیشگیرانه‌ی جدید در HIV، این بیماران از طول عمر بیشتری برخوردار هستند. لذا اخیراً بررسی کیفیت زندگی (Quality of life) این بیماران به‌عنوان یک معیار مهم نتیجه‌ی درمان معرفی شده است. در این بررسی سعی شده تا کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری یا عفونت HIV استان بوشهر مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۵۴ بیمار HIV مثبت مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره رفتارهای پرخطر بوشهر (در سال ۱۳۸۸) انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL-Brief) بود که علاوه‌بر اطلاعات دموگرافیک، جنبه‌های مختلف زندگی بیماران که شامل عملکرد فیزیکی، روانی می‌شد نیز مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: ۵۴ بیمار با میانگین سنی ۷/۴۲±۳۸/۱ که شامل ۸ زن و ۴۶ مرد بودند در این مطالعه شرکت داده شدند که از این میان ۳۶ نفر تحت درمان ضد رتروویروسی قرار داشتند و ۱۵ نفر تحت درمان نبودند. ۳۷ نفر بیکار، ۱۵ نفر متأهل و ۵ نفر کاملاً بیسواد بودند. از فاکتورهای مورد بررسی وضعیت اشتغال، متأهل بودن، مرحله‌ی بیماری و سطح سواد با میزان لذت از زندگی رابطه‌ی معناداری داشتند و رضایتمندی بیشتری از توانایی‌های خود و همچنین دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی داشتند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه نیز همانند مطالعات دیگر دنیا مشخص شد که فاکتورهای مؤثر بر کیفیت پایین زندگی این بیماران شامل بیکاری، عدم تأهل و مرحله‌ی پیشرفته‌ی بیماری می‌باشد. همچنین بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت استفاده از فاکتورهای کیفیت زندگی (Quality of life) در بررسی و پیگیری درمانی بیماران HIV/AIDS در کشورهایی با منابع محدود اساسی می‌باشد.

واژگان کلیدی: اچ آی وی/ ایدز، کیفیت زندگی، درمان ضد رتروویروس، وضعیت سلامت

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۸- پذیرش مقاله: ۹۰/۱۰/۱۵

* بوشهر، مرکز تحقیقات طب عفونی و گرمسیری خلیج فارس، پژوهشکده زیست پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
Email: k.vahdat@bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه

بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یک نشانگر بسیار مهم در کسانی است که دچار بیماری‌های مزمن هستند. مطالعات مختلف دو بعد مهم در کیفیت زندگی را، مسایل فیزیکی و روانی عنوان می‌کنند (۱).

بررسی سلامت، تنها شامل تخمین میزان و شدت بیماری نیست، بلکه برخورداری از شرایط خوب و کیفیت مناسب زندگی نیز است (۲). طبق تعریف دیگر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، بر اساس تأثیر کمبودها، نحوه عملکرد و احساس فرد از خود و فرصت‌های اجتماعی ارزیابی می‌شود (۳).

بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، در سال‌های اخیر به‌طور گسترده در بسیاری از تحقیقات بالینی در مرکز توجه قرار گرفته است. همچنین برای ارزیابی تأثیر یک بیماری مزمن و درمان آن بر روی بیمار اهمیت بسزایی دارد و نشان می‌دهد که بسیاری از روش‌های درمانی بیماری‌های مزمن قادر به ایجاد بهبودی نیستند و سودمندی درمان‌های موجود محدود می‌باشد (۴).

این امر، خصوصاً برای بیماران AIDS/HIV (به‌دلیل طبیعت مزمن و ناتوان‌کننده بیماری، ننگ ناشی از آن و میزان بالای مرگ‌های زودرس در این بیماری) صادق می‌باشد. با افزایش مرحله‌ی بیماری، هم عملکرد فیزیکی و هم عملکرد روانی کاهش پیدا می‌کند.

نتایج مطالعات متعدد نشان داده است که فراهم آوردن تدابیر درمانی وسیع شامل توان بخشی روانی و جسمی به بیماران و همچنین مراقبت در منزل، پیامد خوبی برای این بیماران داشته و همچنین نقش مؤثری بر کیفیت زندگی آنها خواهد داشت و در صورتی‌که مراقبت مناسب و طولانی مدت برای این بیماران در نظر گرفته نشود؛ اکثر این بیماران، از بیماری و پیامدهای آن بر کیفیت زندگی‌شان رنج خواهند برد. به همین دلیل، بررسی کیفیت زندگی این بیماران، نه تنها برای تعیین نیازهای جسمی و درمانی آن‌ها لازم است؛ بلکه برای تعیین نیازهای روانی، اجتماعی، محیطی و معنوی آنها نیز ضروری است و تعیین این نیازها می‌تواند در جهت انتخاب روش درمانی مؤثر و انجام بهترین درمان برای این بیماران کمک‌کننده باشد و بدین‌ترتیب میزان سودمندی درمان آن‌ها افزایش می‌یابد (۷). ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، جهت استفاده پزشکان و سیاست‌گزاران برنامه‌های سلامت اهمیت بسزایی دارد. چون به‌طور مقطعی، تخمینی از وضعیت سلامت افراد ارایه می‌دهد.

در این مطالعه، سعی بر این است که ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی/ ایدز مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره رفتارهای پر خطر شهر بوشهر سنجیده شود.

مواد و روش‌کار

این مطالعه‌ی مقطعی از نوع مجموعه‌ی موارد (Case series) بر روی ۸۰ نفر از بیماران اچ‌آی‌وی مثبت مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی رفتارهای پرخطر در سال ۱۳۸۸ انجام شد. افراد در صورت عدم تمایل شخصی، داشتن مسایل شدید روانی و یا شناختی و همچنین افراد با سن کمتر از ۱۸ سال از مطالعه خارج شدند. تمامی مراحل مطالعه به‌صورت محرمانه انجام شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه، خلاصه پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت در مورد بررسی کیفیت زندگی بیماران اچ‌آی‌وی/ایدز بود (WHOQOL-HIV BREIF) که قبلاً توسط اساتید دانشگاه تهران به زبان فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن تأیید شده بود، توسط ۵۴ بیمار مراجعه‌کننده به مرکز

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

مشاوره رفتارهای پرخطر بوشهر (از ۸۰ نفر) به‌صورت مصاحبه (چهره به چهره) پر شد. افراد کاملاً به‌طور داوطلبانه وارد مطالعه شدند و بعضی از سؤالات محرمانه توسط خود بیماران تکمیل گردید.

این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال در مورد جنبه‌های مختلف زندگی بیماران (وضعیت جسمی، روانشناختی، روابط اجتماعی و وضعیت زندگی آنها) بود و رضایتمندی را از خدمات بهداشتی درمانی بررسی می‌کرد.

پرسشنامه که قبلاً با ترجمه‌ای روان، به زبان فارسی برگردانده شده بود در اختیار بیماران قرار گرفت و در صورت قابل فهم نبودن هر کدام از سؤالات برای بیماران، مفهوم سؤال توسط پرسشگر برای آنها توضیح داده می‌شد. البته محدودیت‌هایی نظیر عدم همکاری برخی از بیماران در پرکردن فرم‌ها در قسمت‌های محرمانه به دلیل نداشتن سواد وجود داشت که به وسیله‌ی اطمینان به بیماران در مورد محرمانه بودن اطلاعات شخصی آنها و پرکردن پرسشنامه با کمک پرسشگر برای بیسوادها، این مشکلات مرتفع گردید.

اطلاعات دموگرافیک، هم در قالب سؤالات کلی در پرسشنامه مطرح شد و هم به‌طور کاملاً منسجم در پرونده بیماران درج شده بود. اولین پاسخ کمترین امتیاز و آخرین پاسخ بیشترین امتیاز را به‌خود تخصیص می‌دادند، نهایتاً داده‌های حاصله توسط نرم‌افزار آماری SPSS (SPSS Inc،Chicago،Il،USA) ویرایش ۱۸ و آزمون مجذور کای و ANOVA و T-test آنالیز شد. مقادیر کمتر از ۰/۰۵ معنادار تلقی شد.

یافته‌ها

پرسشنامه توسط ۵۴ نفر از بیماران اچ‌آی‌وی/ایدز مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره رفتارهای پرخطر با میانگین سنی (۵۶-۲۷) ۷/۴۷ ±۳۸/۱ پر شد که از بین این‌ها ۸ نفر زن (۱۴/۸ درصد) و ۴۶ نفر مرد (۸۵/۲ درصد) بودند. ۵ نفر کاملاً بیسواد بودند، ۲۰ نفر در حد ابتدایی و ۲۹ نفر در حد راهنمایی و دبیرستان سواد داشتند. ۳۷ نفر بیکار و ۱۷ نفر شاغل بودند. ۲۵ نفر متأهل، ۱۸ نفر مجرد، ۸ نفر طلاق گرفته و سه نفرشان همسر مرده بودند. از نظر مرحله بیماری ۲۴ نفر در مرحله ایدز (CD4<۲۵۰) و ۳۰ نفر در مرحله قبل از ایدز (CD4>۲۵۰) بودند.

از نظر سطح CD4، ۳۶ نفر CD4 زیر ۲۵۰ و ۱۸ نفر CD4 بالای ۲۵۰ داشتند. از بین این ۵۴ نفر، ۳۶ نفر تحت درمان ضد رتروویروسی (HAART) بودند و ۱۸ نفر درمان نمی‌گرفتند.

از نظر راه انتقال، ۱۲ نفر از راه رابطه جنسی آلوده شده بودند. ۱۹ نفر از راه تزریق وریدی و ۲۳ نفر هم سابقه تزریق و هم سابقه روابط جنسی پرخطر داشتند.

از نظر زمان مثبت شدن آزمایش HIV، ۳۹ نفر کمتر از ۵ سال از زمان تشخیص بیماری‌شان گذشته بود و ۱۵ نفر بیش از ۵ سال از زمان تشخیص بیماری‌شان گذشته بود.

از نظر وضعیت سلامتی، ۴ نفر وضعیت سلامتی خود را خیلی بد، ۱۱ نفر بد، ۲۹ نفر نه خوب و نه بد، ۹ نفر خوب و ۱ نفر خیلی خوب توصیف کرده بودند.

سطح تحصیلات با نگرانی از مرگ ارتباط داشت. بیماران با سطح سواد کمتر، نسبت به کسانی که سواد بیشتر داشتند، نگرانی بیشتری از مرگ داشتند.

وضعیت اشتغال بیماران با لذت از زندگی ارتباط داشت. بیمارانی که بیکار بودند، لذت کمتری از زندگی می‌بردند.

وضعیت تأهل بیماران، با لذت از زندگی و رضایتمندی از روابط جنسی ارتباط داشت. افراد متأهل لذت بیشتری از زندگی می‌بردند و افراد مجرد رضایتمندی کمتری از

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

روابط جنسی خود داشتند.

مرحله بیماری نیز با وضعیت مالی و رضایتمندی از روابط شخصی و حمایت دوستان ارتباط داشت. بیماران در مرحله ایدز، وضعیت مالی بدتری داشتند و رضایتمندی کمتری از روابط شخصی و از حمایت دوستان خود ذکر می‌کردند.

سطح CD4 با هیچ‌کدام از قسمت‌های مورد بررسی در پرسشنامه ارتباط معناداری نداشت. تعداد مطلق لنفوسیت‌ها (TLC) با مشکلات فیزیکی و روانی ارتباط واضح داشت (P<۰۵/). افراد با TLC بیشتر از ۱۲۰۰ مشکلات فیزیکی کمتری نظیر درد جسمی و عدم توانایی کار داشتند، زندگی برایشان معنا و مفهوم بیشتری داشت و لذت بیشتری می‌بردند. همچنین، رضایتمندی بیشتری از توانایی خود در انجام کار، از خود و از دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی داشتند و احساسات منفی مثل افسردگی، اضطراب و خلق تنگ را کمتر احساس می‌کردند. وضعیت ظاهری بدن خود را بیشتر قبول داشتند و اطلاعات مورد نیاز زندگی روزمره خود را بیشتر در دسترس می‌دانستند.

در این مطالعه، عدم مصرف داروهای ضد رتروویروسی با کمتر بودن مشکلات جسمی مرتبط با عفونت HIV همراه بود. بیمارانی که شیوه‌ی آلودگی خود را تزریق وریدی ذکر کرده بودند؛ وضعیت ظاهری بدن خود را کمتر قبول داشتند. بیمارانی که هم تزریق وریدی و هم رابطه جنسی پرخطر داشتند؛ احساس مقبولیت کمتری میان مردم می‌کردند.

بیمارانی که از زمان تشخیص بیماری‌شان کمتر از ۵ سال می‌گذشت؛ از توانایی خود برای کار کردن و از خود رضایت کمتری داشتند. بیمارانی که از زمان تشخیص بیماری‌شان بیشتر از ۵ سال می‌گذشت؛ قدرت تمرکز کمتری در انجام کارهای خود داشتند.

بیمارانی که وضعیت سلامت خود را بهتر می‌دانستند؛ ممانعت درد جسمی از انجام کارهای‌شان را کمتر ذکر کرده بودند، مشکلات جسمی مرتبط با عفونت HIV را کمتر احساس می‌کردند، نیاز کمتری به درمان دارویی برای انجام کارهای روزانه خود احساس می‌کردند، لذت بیشتری از زندگی می‌بردند و زندگی برایشان معنا و مفهوم بیشتری داشت. همچنین میزان انرژی خود را برای انجام کارهای روزانه بیشتر می‌دانستند، وضعیت ظاهری بدن خود را بیشتر قبول داشتند، اطلاعات مورد نیاز زندگی روزمره خود را بیشتر در دسترس داشتند.

بیماران با وضعیت سلامت بهتر، همچنین از توانایی خود برای کار کردن، از خود و از دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی راضی‌تر بودند. احساسات منفی مثل خلق تنگ، افسردگی و اضطراب را کمتر احساس می‌کردند.

بحث

به‌طور کل، برای تعیین این که کیفیت زندگی بیماران اچ‌آی‌وی/ایدز در سطح مناسبی می‌باشد یا نه؛ می‌باید کیفیت زندگی این بیماران را با گروه کنترلی مثل افراد سالم یا سایر بیماری‌های مزمن مقایسه کرد. مانند آنچه در مطالعه هایس (Hays) و همکاران در آمریکا (۸) ذکر شد که کیفیت زندگی این بیماران با سایر بیماری‌های مزمن مثل دیابت، افسردگی و با جمعیت معمولی مقایسه شد و نسبت به تمامی آنها به‌جز بیماران دچار افسردگی، بدتر بود.

در این مطالعه، کیفیت زندگی بیماران تنها در یک فاکتور با جنسیت ارتباط داشت. آقایان احساس مقبولیت کمتری میان مردم داشتند ولی در مطالعات نجومی (Nojomi) و همکاران در ایران (۹)، سدرفجال (Cederfjäll) و همکاران در سوئد (۱۰) و سابرمانیان (Subramanian) و همکاران در هند (۱۱)، خانم‌ها در

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

مقایسه با آقایان کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند و از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند و احساس ننگ ناشی از بیماری را بیشتر احساس می‌کردند. البته در این مطالعه تعداد خانم‌های شرکت‌کننده در مطالعه بسیار محدود بود. همچنین پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه با مطالعات سوئد و هند متفاوت بود.

در این مطالعه، سطح تحصیلات کمتر با کیفیت بدتر زندگی بیماران همراه بود همان‌طور که در مطالعه نجومی (۹) ذکر شد، سطح تحصیلات کمتر با پایین‌تر بودن کیفیت زندگی بیماران ارتباط داشت. البته در مطالعه حاضر، سطح تحصیلات بیماران شرکت‌کننده در مطالعه بالاتر از مقطع دبیرستان نبود و تقریباً همگی بیماران از وضعیت اجتماعی برخوردار بودند.

وضعیت اشتغال، از دیگر فاکتورهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران بود که در این مطالعه بررسی شد. در سایر مطالعات ذکر شده در متون، ارتباط این متغیر با کیفیت زندگی این بیماران ذکر نشده بود.

در مطالعه کنونی، اکثریت بیماران بیکار بودند و حتی کسانی که شاغل بودند از مشاغل پایینی برخوردار بودند. اما به‌هر حال، بیکاران لذت کمتری از زندگی داشتند.

در این مطالعه نیز به مانند مطالعات نجومی (۹)، سابرمانیان (۱۱) و خومسائن (Khumsaen) و همکاران در تایلند (۱۲) وضعیت تأهل با کیفیت زندگی بیماران ارتباط داشت. افراد متأهل لذت بیشتری از زندگی می‌بردند و مجردها رضایتمندی کمتری از روابط جنسی خود داشتند.

در این مطالعه مرحله بیماری هم با کیفیت زندگی بیماران ارتباط داشت. اما این ارتباط به‌صورت قوی نبود. در صورتی که در مطالعه‌ی نجومی و همکاران، مهم‌ترین فاکتور مرتبط با کیفیت زندگی بیماران، مرحله بیماری بود (۹). در مطالعه‌ی هایس و لوپز باستیدا (Lopez-Bastida) و همکاران در اسپانیا، هزینه‌های مصرفی بیماران و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها به‌طور قوی با مرحله بیماری ارتباط داشت (۸ و ۱۷).

البته بیماران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر در مرحله ایدز، در زمینه‌های مالی و اجتماعی به مراتب حمایت دولتی بیشتری داشتند؛ چون با رسیدن به مرحله ایدز تسهیلات خاصی برای بیماران نظیر برخورداری از مستمری ماهانه و رایگان شدن هزینه دارویی و آزمایشگاهی بیماران در نظر گرفته می‌شود و این امر باعث می‌شود کیفیت زندگی بیماران در مرحله ایدز چندان تفاوتی با بیماران در مرحله قبل از ایدز نداشته باشد. برخلاف مطالعات فوق که با بیماران در مرحله ایدز کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به بیماران در مرحله قبل از ایدز داشتند.

در این مطالعه، سطح CD4 هیچ ارتباطی با کیفیت زندگی بیماران نداشت. در حالی‌که در مطالعه نجومی، سطح CD4 با کیفیت زندگی بیماران ارتباط داشت (۹). در مطالعه اوگاندای غربی نیز، سطح CD4 زیر ۲۰۰ با کیفیت بدتر زندگی بیماران ارتباط داشت (۱۳). اما در مطالعه هایس سطح CD4 کمترین ارتباط را با کیفیت زندگی بیماران داشت (۸). در مطالعه سافرن (Safren) و همکاران که در آمریکا انجام شد مقایسه بین ۱۵۶۳ بیمار آمریکایی با ۱۳۶۰ بیمار انتخاب شده از آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین نشانگر این مطلب بود که استفاده از درمان کامل و بهتر موجب بالاتر بودن CD4 و نتیجه افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۱۴). البته در مطالعه حاضر، سطح CD4 تمامی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه در تمام مدت بیماری در دسترس نبود. شاید این نقص دلیل عدم ارتباط سطح CD4 با کیفیت زندگی بیماران باشد.

در این مطالعه سطح بالای TLC (که البته مارکر چندان

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

اختصاصی برای این بیماری نیست)، ارتباط معناداری با بهبود کیفیت زندگی بیماران داشت. به‌طور ابتکاری برای بیمارانی که سطح CD4شان در طی بیماری‌شان دسترس نبود، از سطح TLC استفاده شد و ارتباط قوی آن با کیفیت زندگی بیماران جای بررسی بیشتری در مطالعات بعدی دارد.

در این مطالعه، بیمارانی که داروهای آنتی‌رتروویرال را دریافت نمی‌کردند؛ مشکلات جسمی کمتری مرتبط با عفونت اچ‌آی‌وی داشتند. برخلاف مطالعه‌ی بانجونیرو (Bajunirwe) و همکاران در اوگاندای غربی، خاچانی (Khachani) و همکاران در مراکش و تایلر (Taylor) و همکاران در زیمباوه، که استفاده از درمان ضد رتروویروسی بهبود کیفیت زندگی بیماران نقش مؤثری داشت (۱۳، ۱۵ و ۱۶).

در مطالعه‌ی حاضر، بیمارانی که تحت درمان ضد رتروویروسی بودند؛ تنها بیماران در مرحله ایدز، که به طبع علایم جسمی مرتبط با عفونت HIV در آنها شروع شده است، بودند و شاید رسیدن به نتیجه فوق به این امر باشد که علایم جسمی بیماری در بیماران قبل از مرحله ایدز، هنوز ایجاد نشده است.

در این مطالعه، ارتباط چگونگی ابتلاء به بیماری نیز با کیفیت زندگی بیماران بررسی شد؛ که در متون مرور شده این متغیر بررسی نشده بود. در مطالعه‌ی حاضر، شیوه‌ی ابتلاء به بیماری نیز در تفاوت کیفیت زندگی بیماران نقش داشت. در این بین کسانی که هم اعتیاد تزریقی و هم رابطه جنسی پرخطر داشتند، مقبولیت کمتری بین مردم احساس می‌کردند که این امر با توجه به هنجارهای اجتماعی جامعه ما توجیه‌پذیر است.

در این مطالعه، زمان تشخیص بیماری نیز به‌عنوان یک متغیر، برخلاف مطالعات دیگر در نظر گرفته شد. بیمارانی که اخیراً متوجه بیماری خود شده بودند، از خود و از توانایی خود برای کار کردن کمتر راضی بودند. شاید به این دلیل که هنوز فرصت کافی برای انطباق و پذیرفتن بیماری خود نداشته‌اند.

نهایتاً در مطالعه حاضر، توصیفی که بیماران از وضعیت سلامت خود داشتند؛ مهم‌ترین فاکتور مرتبط با کیفیت زندگی بیماران بود. در مطالعه آمریکا نیز، وضعیت سلامت ارتباط قوی با کیفیت زندگی بیماران داشت. در مطالعه سدرفجال، مهم‌ترین فاکتور مرتبط با کیفیت زندگی بیماران، توانایی تطابق با بیماری (۱۰) و در مطالعه نجومی و لوپز باستیدا، مرحله بالینی بیماری بود (۹ و ۱۷).

در مطالعه‌ی اخیر تعداد زیادی از بیماران به‌دلیل مشکلات حافظه و روانی ناشی از اعتیاد قابلیت شرکت در مطالعه را نداشتند ضمن اینکه تعداد زنان مبتلا بسیار کمتر از مردان مورد مطالعه بوده است، لذا فاکتورهای مربوط به جنسیت قابل بررسی نبود. عدم استفاده از شمارش تعداد ویروس در خون (HIV Viral Load) که مارکر دقیق‌تری برای تعیین مرحله‌ی بیماری اچ‌آی‌وی می‌باشد نیز از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. همچنین در این مطالعه، کیفیت زندگی بیماران با گروه کنترل خاصی مقایسه نشد.

در نهایت پیشنهاد می‌گردد بهبود کیفیت زندگی بیماران اچ‌آی‌وی/ایدز در برنامه‌های سلامت مدنظر قرار گرفته و حمایت مالی و اجتماعی بیشتری برای این بیماران در نظر گرفته شود. همچنین به ایجاد اشتغال برای این بیماران (متناسب با توانایی‌های آنها) و حفظ روابط خانوادگی آنان اهمیت داده شود. کمک به ترک اعتیاد بیماران و گسترش برنامه‌های آموزشی در جهت پیشگیری از بروز این بیماری و فرهنگ-سازی مناسب برای کاهش انگ اجتماعی آنان نیز

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

حائز اهمیت است.

تشکر و قدردانی

در پایان، محققان از همکاری صمیمانه‌ی پرسنل مرکز مشاوره‌ی رفتارهای پرخطر و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر سپاس و تشکر ویژه دارند.

References:

1.World Health Organization (WHO). Official Records of the World Health Organization: Definition of Health. Geneva 2009; 1: 100.
2.Borgaonkar MR, Irvine EJ. Quality of life measurement in GI and liver disorders. Gut 2000; 47: 444-54.
3.Edwards Tc, Partick DL,Topolski TD. Quality of life adolescents with perceived disabilities. J pediatr psychol 2003; 28: 233-410.
4.Abbasi A, Asaiesh H, Hosseini SA, et al. The relationship between functional performance in patients with heart failure and quality of life (QOL). Iran South Med J (ISMJ) 2010; 13: 31-40.
5.Oette M, Schulter E, Rosen-Zvi M, et al. Efficacy of Antiretroviral therapy in HIV infected patients: A 10-year analysis of the EuResist Cohort. Intervirology 2012; 55: 160-6.
6.Aranda-Naranjo B. quality of life in HIV-positive patient: Implications and consequences. J Assoc Nurses AIDS Care 2004; 15: 20S-7S.
7.Nicholas PK, Corless IB, Webster A, et al. A behavioral-medicine program in HIV implications for quality of life. J Holist Nurs 2003; 21: 163-78.
8.Hays RD, Cunningham WE, Sherbourne CD, et al. Health-related quality of life in patient with human immunodeficiency virus infection in United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study Am J Med 2000; 108: 714-22.
9.Nojomi M, Anbaty K, Ranjbar M. Health-related quality of life in patient with HIV/AIDS. Arch Iran Med 2008; 11: 608-12.
10.Cederfjäll C, Langius-Eklöf A, Lidman K, et al. Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection. AIDS Patient Care and STDS 2001; 15: 31-9.
11.Subramanian T, Gupte MD, Dorairaj VS, et al. Psycho- social impact and quality of life of people living with HIV/AIDS in south India. AIDS Care 2009; 21: 473-81.
12.Khumsaen N, Aoup-Por W, Thammackak P. Factors influencing Quality of life among people living with HIV (PLWH) in Suphanburi Province, Thialand. J Assoc Nurses AIDS Care 2012; 23: 63-72.
13.Bajunirwe F, Tisch DJ, King CH. Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in western Uganda. AIDS Care 2009; 21: 271-9.
14.Safren SA, Hendriksen ES, Smeaton L, et al. Quality of life among individuals with HIV starting Antiretroviral thesapy in diverse resourse-Limited areas of the world. AIDS Behav 2012; 16: 266-77.
15.Khachani I, Harmouche H, Ammouri W. Impact of a psychoeducative intervention on adherence to HAART among Low-Literacy Patients in a resource-limited setting: The case of an Arab Country-Morocco. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic) 2012;11: 47-56.
16.Taylor TN, Dolezal C, Tross S, et al. Comparison of HIV/AIDS- Specific quality of life change in Zimbabwean patients at western medicine versus traditional African medicine care sites. J Acquir Immune Defic 2008; 49: 552-6.
17.Lopez-Bastida J, Oliva-Moreno J, Perestelo-Perez L, et al. The economic costs and health-related quality of life of people with HIV/ AIDS in the Canary Islands. BMC Health Serv Res 2009; 9: 55.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

Original Article

Study of daily quality of life in patients living with HIV in Bushehr province

K. Vahdat [1*], F. Hadavand [1], P. Rabieian [2], L. Farhangpour [3]

[1] The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[2] Behavioral Disorders counselling Center (AIDS), Deputy of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
***[3] School of Medicine,* Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN**

(Received 29 Nov, 2010 Accepted 5 Jan, 2012)

Abstract

Background: Given the longevity achievable with current prophylactic and therapeutic strategies for persons with HIV infection, quality of life (QOL) has emerged as a significant medical outcome measure, and its enhancement has an important goal. This review highlights the relevance and complexity of physical, psychological, and social factors as determinants of health-related quality of life in HIV-infected person in Bushehr province.

Methods: This cross-sectional study was conducted using a convenience sampling method on 54 patients living with HIV or suffering from AIDS on 2009. The method of data collection was summarized questionnaire of World Health Organization (WHO-QOL-Brief). The main measured outcome in this study was quality of life and some related demographic and clinical variables.

Results: The majority of the patients were males (46/54) and unemployed (37).25 participants were married. The mean±SD age of the patients was 38.1±7.47 years. Employment, marital status, level of education, and clinical stage of the disease, had a significant effect on the quality of life of the patients. In multivariate analysis, the most important predictor of the quality of life was job.

Conclusion: The most important factors, association with decreased quality of life of the Patients in this study, were being separated or divorced, unemployment and being at severe stage of the disease. The relationship of these measures to treatment outcomes can and should be examined in clinical settings in resource-limited countries.

Keywords: HIV/AIDS, quality of life, HAART(antiretroviral treatment), health

*****Address for correspondence*: Research Center for Tropical and Infections Disease, The Persian Gulf Biomedical Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN; E-mail: k.vahdat@bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]