

بررسی همبستگی وضعیت سلامت با راحتی بیماران مبتلا به ایدز مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۹۱ زهرا صفوی بیات^{۱*}، طاهره اشک تراب^۲

^۱ دانشجوی دکترای پرستاری، مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۲ دکترای پرستاری، دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
■ نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا صفوی بیات zahrasb16@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: فرآیند بیماری ایدز بسیار پیچیده است و می تواند ابعاد مختلف وضعیت سلامت فیزیکی، اجتماعی، معنوی و روحی - روانی فرد را درگیر سازد. بر همین اساس این پژوهش با هدف تعیین همبستگی سطح راحتی کلی با وضعیت سلامت در بیماران مبتلا به HIV/AIDS در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی بود که بر روی ۲۵ بیمار مبتلا به HIV/AIDS مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۹۱ با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های جمعیت شناسی، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 که دارای سه بعد سلامت جسمی، بعد سلامت روحی - روانی و بعد اجتماعی - اقتصادی می باشد. بخش سوم نیز، ابزار استاندارد شده بر اساس تئوری راحتی کولکابا بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. جهت بررسی همبستگی متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون و برای بررسی رابطه متغیرهای کیفی از آزمون تی مستقل استفاده گردید.

یافته ها: براساس یافته های پژوهش میانگین نمره سلامت جسمی $13/56 \pm 41/68$ ، میانگین نمره سلامت روانی $17/38 \pm 36/84$ و میانگین نمره سلامت اجتماعی - اقتصادی $14/61 \pm 31$ ، میانگین نمره سلامت کلی $34/86 \pm 109$ و میانگین نمره راحتی کلی $22/63 \pm 85/48$ به دست آمد. ضریب همبستگی پیرسون بین مرحله بیماری و سلامت جسمی ($r=0/4$)، $p=0/02$ و همچنین وضعیت تاهل و سلامت کلی ($r=0/6$)، $p=0/001$ رابطه معنی داری را نشان داد، همچنین بین سلامت جسمی و سلامت روانی و سلامت کلی ($r=0/9$)، $p=0/001$ رابطه معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: براساس نتایج حاصل از این مطالعه می توان ادعا نمود که برخی ویژگی های فردی و خصوصیات مربوط به ماهیت بیماری در مبتلایان به ایدز می تواند با ابعاد مختلف وضعیت سلامت مرتبط باشد که نهایتاً ممکن است راحتی و آسایش کلی آنان را تحت تاثیر قرار دهد و لذا می توان برنامه ریزی برای ارتقاء راحتی این بیماران را که سبب بهبود کیفیت زندگی آنان می شود را توصیه نمود.

کلمات کلیدی: وضعیت سلامت، کیفیت زندگی، راحتی، ایدز.

مقدمه

حتی اخیراً در بسیاری از کشورهای آسیایی نیز روبه افزایش می باشد (Nowgesic, 2010). بیماری ایدز در مراحل آخر عفونت و پیروسی نقص ایمنی انسانی^۲ ظاهر می شود که بطور

سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)^۱ همچنان به صورت یک اپیدمی در حال گسترش جهانی می باشد بطوریکه در برخی کشورهای آفریقایی از بالاترین میزان شیوع برخوردار بوده و

پیشرونده‌ای به سیستم ایمنی فرد آسیب رسانده و گاهی باعث مرگ می‌شود (Odundo, et al., 2013). فرآیند بیماری‌آیدز بسیار پیچیده‌است بطوریکه می‌تواند ابعاد مختلف وضعیت سلامت فیزیکی، اجتماعی، معنوی و روحی - روانی فرد را درگیر سازد (Rivero-Mendez, et al., 2010).

در حقیقت زندگی با HIV چالشی پایدار است زیرا که فرد مبتلا، با مشکلات مرتبط با بیماری‌های مزمن روبروست. با اینکه وی سعی در سازگار نمودن خود با شرایط ناخوشی فعلی را دارد ولی به علت پیچیدگی رژیم درمانی در حال تغییر و متابعت کردن از آن، مشکلاتی از جمله تعداد قرص‌های مصرفی، تعداد دفعات مصرف دارو، عوارض مربوط به آنها پدید می‌آید. به هر حال تاثیر این نوع درمان روی کیفیت زندگی او می‌تواند حائز اهمیت باشد (Erah and Arute, 2008). در کشورهای غربی مصرف ترکیبی از داروهای ضد ویروسی زندگی روزمره افراد مبتلا به HIV را دگرگون نموده است. بطوریکه آنها دیگر برای مدت طولانی با یک تشخیص سریع و کشنده روبرو نمی‌مانند، ولی همچنان با یک بیماری مزمن مقابله می‌کنند که به عنوان یک مشکل عمده در سلامت عموم مردم تلقی می‌شود (Aragones, et al., 2011). تجویز داروهای ضد ویروسی^۳ از زمان معرفی آنها در سال ۱۹۹۶ افزایش یافته است. در حال حاضر ۹۴٪ از مبتلایان به HIV که در کشورهای غربی زندگی می‌کنند به چنین درمان‌هایی دسترسی می‌یابند. اثرات مفید این درمان‌های جدید روی بار ویروسی و سطوح CD4 سبب توسعه وضعیت سلامت بیماران و کاهش بیماری‌زایی، مرگ و میر و میزان بستری شدن آنان شده است (Soo Hon and Kerr, 2012). با این وجود بنابه نظر بسیاری از محققین تاثیر بیماری HIV/AIDS بر وضعیت سلامت، بهبودی و کیفیت زندگی بر خود بیمار و درمانگران وی پوشیده نیست. در واقع کیفیت زندگی یک ساختار چند بعدی است که به ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی یک فرد اشاره می‌کند. اینها شاخص‌هایی از نحوه خوب بودن، عملکرد یک فرد در زندگی روزمره، همینطور ادراکات وی از چگونگی وضعیت سلامت تاثیر گذار بر زندگی‌اش می‌باشند (Côté, et al., 2009). در این بیماران متغیرهای جسمی، روانی، اجتماعی، وضعیت سلامت کلی و کیفیت زندگی که از ویژگی‌های روان شناختی فرد می‌باشند، در جهت ایجاد پیامدهای ناشی از آیدز با یکدیگر در تعامل می‌باشند (Bhowmik, et al., 2012). اخیرا اندازه گیری وضعیت سلامت و پیامدهای متمرکز روی بیماران به عنوان یک عامل حیاتی و با اهمیت در کنترل کیفیت، اثربخشی و ارزیابی

سودمندی خدمات مراقبت بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است (Lasser, et al., 2006). سلامتی مفهوم وسیعی دارد. هر شخص تعریف خاصی از سلامتی دارد که وابسته به اعتقادات و ارزش‌های اوست. سلامتی یک شخص تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله محیط، نیازهای اولیه، خانواده و فرهنگ شخص قرار دارد (Taylor, et al., 2005). مراقبت جامع‌نگر مستلزم مراقبت از بدن، روان و روح بوده و بر پایه این ذهنیت بنا شده است که هریک از این اجزاء به یکدیگر وابسته بوده و از یکدیگر تاثیر می‌پذیرند. وجود هماهنگی میان این سه جزء در وجود آدمی، لازمه تندرستی است (Rassouli, 2008). سلامتی یک مفهوم چند بعدی است که شامل ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، روحی، عاطفی و شغلی می‌شود. این مفهوم با توجه به همه ابعاد وجودی کل فرد از جمله جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی، اخلاقی و محیطی تعریف می‌شود (Taylor, et al., 2005). بطور مثال نشان داده شده است که معنویت تاثیر مثبتی بر سلامت جسمی و روانی داشته است و بدر مطالعات چندی تاثیر معنویت بر هدفمند نمودن زندگی و بهبودی در اشخاص مبتلا به HIV/AIDS نشان داده شده است (Litwinczuk and Groh, 2007).

هر فرد دارای معیارهای مخصوص به خود برای ارزیابی وضعیت سلامتی خویش می‌باشد و هیچ تعریف ثابتی از آن در دست نیست. مطالعات کیفیت زندگی و وضعیت سلامت راهای جامع و دقیقی برای گسترش اطلاعات در رابطه با بیماری و تاثیر درمان بر فرد می‌باشند (Stanhope and Lancaster, 2002). دو مفهوم وضعیت سلامت و کیفیت زندگی شایع‌ترین برآیندهای مورد اندازه‌گیری در حیطه سلامت هستند. کیفیت زندگی برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از آن است (Hamidizadeh, et al., 2008). به همین علت برخی از پژوهشگران وضعیت سلامت را جزء اصلی کیفیت زندگی می‌دانند و سنجش آن را بهترین روش برای تعیین سطح کیفیت زندگی می‌دانند.

فلورانس نایتینگل اولین فرد از بین کارکنان مراقبت بهداشتی است که راحتی را برای بیماران ضروری شناخت. وی بیان داشت: "هرگز نباید دامنه دید خود را نسبت به آنچه مشاهدات برای آن انجام می‌شود را کاهش دهیم. این امر برای کمک به کسب اطلاعات وسیع یا یادگیری حقایق نیست، بلکه برای کمک به نجات زندگی و افزایش ارتقاء سلامتی و راحتی می‌باشد. در این پیام فلورانس بنظر می‌رسد که رابطه بین سلامتی و راحتی را بطور برابر و وابسته به یکدیگر دانسته و بر

آن تاکید نموده است (Peterson & Bredow 2004). بنابراین مفهوم راحتی (آسایش)^۴ رابطه‌ای تاریخی و مداوم با پرستاری داشته است. پیامدهای مطلوب و فوری مربوط به ارتقاء راحتی، در راستای یک هدف بیمار مدار و واقعی حاصل می‌شوند (Kolcaba, 2001).

بعلاوه بهبود راحتی، پیامدهای مطلوبی از قبیل افزایش عملکرد بیمار، ترخیص سریعتر وی، پذیرش مجدد کمتر، افزایش میزان رضایتمندی از مراقبت و میزان اثربخشی بیشتری را برای موبسسه به همراه می‌آورد. راحتی شامل جنبه جسمی و روانی می‌شود، و لذا مسئولیت یک پرستار با ارائه مراقبت جسمی خاتمه نمی‌یابد (Wilson and Kolcaba, 2004). در حال حاضر، پرستاران بر این باورند که فراهم ساختن راحتی (آسایش) وظیفه منحصر به فردشان می‌باشد و ارتقاء راحتی بیمار به عنوان یک هدف مثبت پرستاری در نظر گرفته می‌شود که باید از طریق انجام مداخلات جسمی، عاطفی و محیطی حاصل شود (Peterson & Bredow 2004). بنابراین با توجه به آنکه تاکنون چنین پژوهشی در محیط‌های بالینی ما انجام نگردیده پژوهشگر با هدف تعیین همبستگی سطح راحتی کلی با وضعیت سلامت در بیماران مبتلا به HIV/AIDS درصدد انجام آن برآمد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود که بر روی ۲۵ بیمار مبتلا به HIV/AIDS مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۹۱ با روش نمونه گیری در دسترس و با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن سن ۱۸ سال یا بالاتر، نبودن در حالت کوما یا عدم هوشیاری و مرحله بحران بیماری همچنین نداشتن سابقه ابتلا به بیماری روانی یا جسمی حاد بود. لازم بذکر است این تعداد نمونه با برآورد کل مراجعه کنندگان قابل دسترس به مرکز مربوطه در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های جمعیت شناسی، پرسشنامه SF-36 که دارای سه بعد سلامت جسمی با ۱۷ سوال و حداکثر ۸۵ امتیاز، بعد سلامت روحی - روانی با ۱۶ سوال و حداکثر ۸۰ امتیاز و بعد اجتماعی - اقتصادی با ۱۴ سوال و حداکثر ۷۰ امتیاز همچنین پرسشنامه راحتی عمومی^۵ کوتاه شده با ۲۸ سوال که با مقیاس لیکرت ۶ امتیازی با حداکثر ۱۶۸ بود. پایایی ابزار نخست قبلاً توسط محقق در یک مطالعه قبلی از طریق همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۸ سنجیده شده است (Safavi Bayat, 2010). پرسشنامه کوتاه شده راحتی عمومی نیز توسط

ابداع کننده آن پس از آنکه توسط ۲۰۶ مشارکت کننده بستری در کلیه بخش‌های دو بیمارستان و ۵۰ نفر در سطح جامعه بطور همزمان تکمیل و با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ مور تأیید گردیده و پس از آن بارها در مطالعات متعددی توسط ایشان و همکارانشان مورد استفاده قرار گرفته است (Kolcaba, 2001).

جهت تعیین اعتبار محتوا، پس از مطالعه کتب و مقالات پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه وضعیت سلامت و پرسشنامه راحتی عمومی در اختیار ۲ پرستار با تجربه در زمینه مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز و ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی قرار گرفت. برای گردآوری داده‌ها پس از کسب مجوز از مسئولین مربوطه و ارائه به واحد پژوهش، و کسب رضایت آگاهانه شفاهی از مشارکت کنندگان ضمن اطمینان دادن به آنان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه‌ها توسط خود آنان تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها:

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $43/10 \pm 36/44$ ، که دامنه آن از ۲۳ تا ۶۷ سال متغیر بود. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۴ درصد) به همراه همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند. علت ایجاد بیماری در اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۴۰ درصد) اعتیاد تزریقی و در کمترین موارد (۸ درصد) تزریقات وریدی و یا تزریق خون بود. اکثریت (۴۴ درصد) آنان عارضه‌ای نداشتند ولی در کمترین موارد (۸ درصد) از عوارض پوستی و بدخیمی‌های ناشی از ایدز رنج می‌بردند. بیشترین آنان (۵۲ درصد) دارویی بر علیه بیماری فعلی مصرف نمی‌کردند. اکثریت (۶۸ درصد) قبل از بروز بیماری از سوی والدین حمایت می‌شدند که این حمایت‌ها در اکثریت موارد یعنی (۴۴ درصد) بعد از بروز بیماری بیشتر شده بود. همچنین در بیشترین موارد (۵۶ درصد) تحت حمایت هیچ گروهی قرار نداشتند (جدول شماره ۱). در رابطه با بررسی وضعیت سلامت یافته‌ها نشانگر آن بود که حداقل امتیاز سلامت جسمی ۱۷ و حداکثر امتیاز آن ۶۴ با میانگین $56/13 \pm 41/68$ بود. حداقل امتیاز سلامت روانی ۹ و حداکثر امتیاز آن ۷۴ با میانگین $38/17 \pm 84/36$ درصد بود. حداقل امتیاز سلامت اجتماعی - اقتصادی ۱۴ و حداکثر آن ۵۶ با میانگین $61/14 \pm 31$ بود. حداقل امتیاز سلامت کلی ۵۰ و حداکثر آن ۱۷۷ با میانگین $86/34 \pm 109$ بود (جدول شماره ۲).

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی بیماران مبتلا به HIV/AIDS مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۹۱

متغیرهای جمعیت شناختی	فراوانی	درصد	متغیرهای جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
جنس:			شغل:		
مرد	۱۷	۶۸	شاغل	۱۳	۵۲
زن	۸	۳۲	بیکار	۱۰	۴۰
			سایر موارد	۲	۸
وضعیت تاهل:			تحصیلات:		
متاهل	۱۵	۶۰	بیسواد	۲	۸
مجرد	۹	۳۶	متوسطه	۱۸	۷۲
جدا شده	۱	۴	عالی	۵	۲۰
محل سکونت:			مرحله بیماری:		
تهران	۱۸	۷۲	آ. آی. وی	۱۱	۴۴
شهرستان	۷	۲۸	ایدز	۱۴	۵۶

جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی - اقتصادی و سلامت کلی با رابطه معنی داری را نشان نداد.

جهت تعیین همبستگی بین جنس با سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی - اقتصادی و همچنین شغل وافرادی که وی را قبل از بروز بیماری حمایت می کردند با سلامت اجتماعی - اقتصادی، و بین مرحله بیماری و سلامت روانی، از آزمون آماری t مستقل استفاده گردید که رابطه معنی داری مشاهده نشد. درحالیکه بین جنس و سلامت کلی ($t=2/2$ ، $P=0/04$) و سلامت جسمی و مرحله بیماری ($t=2/13$ ، $P=0/04$) رابطه معنی داری وجود داشت.

بررسی رابطه راحتی با وضعیت سلامت جسمی، روانی، اجتماعی - اقتصادی و سلامت کلی، همچنین دریافت حمایت قبل و بعد از بیماری با امتیاز سلامت کلی با ضریب همبستگی پیرسون^۶ معنی دار نبود. درحالیکه بین سلامت کلی با سلامت جسمی و سلامت روانی ($r=0/9$ ، $P=0/01$)، همچنین ضریب همبستگی پیرسون بین وضعیت تاهل و سلامت اجتماعی - اقتصادی ($r=0/6$ ، $P=0/01$)، و وضعیت تاهل و سلامت کلی ($r=0/6$ ، $P=0/01$)، و سلامت روانی با وضعیت اجتماعی - اقتصادی ($r=-0/5$ ، $P=0/08$)، و بین مرحله بیماری و سلامت جسمی ($r=0/4$ ، $P=0/02$) رابطه معنی داری را نشان داد. همچنین ضریب همبستگی پیرسون بین سن با وضعیت سلامت

جدول ۲: ابعاد وضعیت سلامت بیماران مبتلا به HIV/AIDS مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۹۱

ابعاد وضعیت سلامت	حداقل امتیاز	حداکثر امتیاز	درصد میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمی	۱۷	۶۴	۴۱/۶۸	۱۳/۵۶
سلامت روانی	۹	۷۴	۳۶/۸۴	۱۷/۳۸
سلامت اجتماعی - اقتصادی	۱۴	۵۶	۳۱	۱۴/۶۱
سلامت کلی	۵۰	۱۷۷	۱۰۹	۳۴/۸۶
راحتی کلی	۲۵	۱۱۷	۸۵/۴۸	۲۲/۶۳

بحث :

سلامت و راحتی کلی بیماران مبتلا به HIV/AIDS مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهر تهران، تحت عنوان ۳ متغیر اصلی مشخصات فردی، وضعیت سلامت و راحتی مورد بررسی قرار گرفت. در رابطه با تعیین مشخصات فردی بیماران

اندازه گیری وضعیت سلامت و پیامدهای متمرکز روی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن به عنوان یک عامل حیاتی سلامتی در کنترل کیفیت و اثربخشی و سودمندی خدمات مراقبت بهداشتی شناخته شده است. در این پژوهش ارتباط بین وضعیت

یافته ها نشانگر آن است که اکثریت واحدهای مورد پژوهش را مردان تشکیل می دادند و میانگین سنی آنان نیز $10/43 \pm$ ۳۶/۴۴ بود. (Rodkjar et al., 2014) در بررسی میزان خودکارآمدی در مبتلایان به ایدز با مقابله بالا که درجاتی از افسردگی را نیز گزارش کرده بودند، اظهار نمودند که اکثریت مبتلایان در مطالعه آنان را مردان تشکیل می دادند که در رده سنی ۴۵-۵۹ سال بودند. شاید تفاوت سنی اندک موجود در این دو مطالعه مربوط به تفاوت الگوی ابتلا در دو جامعه مختلف اروپایی و آسیایی باشد. از طرفی یافته های مطالعه (Nojomi, et al., 2008) که به بررسی وضعیت سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در مبتلایان به ایدز پرداخته بودند مشابه مطالعه حاضر می باشد بطوریکه اکثریت (۸۸/۵ درصد) واحدهای مورد پژوهش آنان مرد بودند و بیشترین بیماران در گروه سنی ۲۴-۵۴ سال با میانگین $35/4 \pm 6/4$ قرار داشتند.

شاید فلورانس نایتینگل اولین فرد از بین کارکنان مراقبت بهداشتی باشد که راحتی را برای بیماران ضروری شناخت. وی بیان داشت: "هرگز نباید دامنه دید خود را نسبت به آنچه مشاهدات برای آن انجام می شود را کاهش دهیم. این امر برای کمک به کسب اطلاعات وسیع یا یادگیری حقایق نیست، بلکه برای کمک به نجات زندگی و افزایش ارتقاء سلامتی و راحتی می باشد. در این پیام فلورانس نایتینگل بنظر می رسد که رابطه بین سلامتی و راحتی را بطور برابر و وابسته به یکدیگر دانسته و بر آن تاکید نموده است (Kolcaba, et al., 2006) بر همین اساس در این مطالعه نیز امتیاز راحتی کلی مشارکت کنندگان $86/48 \pm 22/63$ بود، در مطالعه توصیفی - مقطعی (Kim and Kwon, 2007) که با هدف تعیین متغیرهای مرتبط با سطح راحتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام داده بودند میانگین امتیاز راحتی کلی شرکت کنندگان را $61/50 \pm 12/20$ گزارش کردند. در این مطالعه نیز مانند مطالعه حاضر برای بررسی وضعیت راحتی کلی از پرسشنامه راحتی کلی کولکابا استفاده شده بود و این نشانگر اهمیت توجه به بررسی وضعیت آسایش و راحتی مبتلایان به اختلالاتی است که در تداوم روند بیماری می تواند ابعاد گوناگون وضعیت سلامت آنان تحت تاثیر قرار گیرد که نهایتاً منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان شود. این نکته اهمیت توجه به وضعیت سلامتی در گروه های سنی و موقعیت های مختلف مرتبط با وضعیت سلامت افراد را آشکار می سازد که این پرسشنامه برای گردآوری داده ها می تواند بطور موفقیت آمیزی مورد استفاده قرار گیرد.

در بررسی ابعاد مختلف وضعیت سلامت در این مطالعه نتایج

نشانگر آن بود که امتیاز بعد سلامت کلی در بالاترین سطح و پس از آن بترتیب بعد سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی - اقتصادی قرار گرفت. در مطالعه (Imam et al., 2011) نیز که ابعاد مختلف کیفیت زندگی در مبتلایان به ایدز مورد بررسی قرار گرفته است سطوح ابعاد مختلف کیفیت زندگی به ترتیب شامل سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، سلامت کلی و سلامت جسمی گزارش گردید. این تفاوت در تعیین ترتیب سطوح ابعاد مختلف سلامت شاید با تفاوت های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و حتی وضعیت بهداشتی و درمانی این دو جامعه مختلف مرتبط باشد. در تعیین همبستگی ابعاد مختلف سلامت با یکدیگر؛ رابطه معنی داری بین سلامت کلی با سلامت جسمی، سلامت کلی با سلامت روانی، و همچنین وضعیت تاهل با سلامت اجتماعی - اقتصادی، وجود داشت که به نظر می رسد وضعیت تاهل به صورت یک راهبرد مقابله ای می تواند بر سلامت جسمی از جمله درک و تحمل درد تاثیرگذار باشد. (Rafii, et al., 2009) نیز بر این باورند که اولین منبع حمایتی همسر و پس از آن فرزندان می باشند و حضور همسر به عنوان فردی که احساس همبستگی و تعلق فرد به دیگران را افزایش می دهد می تواند بر سلامت و عملکرد فرد و همچنین کیفیت و درک حمایت اجتماعی وی موثر باشد یافته های حاصل از پژوهش (Vosvick, et al., 2003) نیز تأیید کننده این یافته هاست، زیرا که آنها نیز دریافتند درد و کاربرد راهبردهای مقابله ای نامناسب با کاهش عملکرد جسمی، خستگی و سطح انرژی فرد، عملکرد اجتماعی و عملکرد در نقش افراد مبتلا به HIV/AIDS مرتبط می باشد. آنان در افراد تحت مطالعه رابطه ای بین درد و کاربرد اشکال نامناسب مقابله را تشخیص دادند که دامنه تغییرات آن ۳۴ تا ۵۰٪ می باشد، به این مفهوم که با افزایش درد کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمانی کاهش بارزی می یافت.

از یافته های مهم دیگر این پژوهش وجود رابطه معنی دار بین راحتی کلی با سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی - اقتصادی و سلامت کلی بود. یافته های (Vosvick, et al., 2003) نیز موید نتایج پژوهش حاضر می باشد، زیرا آنان دریافتند بیماران مبتلا به ایدز که درد بیشتری را تجربه می نمودند کیفیت زندگی آنان کاهش می یافت و بنابراین با کاهش عملکرد جسمی، کاهش انرژی، خستگی، کاهش عملکرد اجتماعی و تغییر در ایفای نقش های خود در زندگی روزمره مواجه می شدند. بدین ترتیب آنان نتیجه گرفتند که درمان و مقابله با درد ممکن است در ارتقاء کیفیت زندگی موثر باشد. بعلاوه با کمک به توسعه راهبردهای مقابله ای در افراد مبتلا به

نتیجه‌گیری

براساس نتایج حاصل از این مطالعه و سایر پژوهش‌های مشابه می‌توان ادعا نمود که برخی ویژگی‌های فردی و خصوصیات مربوط به ماهیت بیماری در مبتلایان به ایدز می‌تواند با ابعاد مختلف وضعیت سلامت مرتبط باشد که نهایتاً ممکن است راحتی و آسایش کلی آنان را تحت تاثیر قرار دهد بنابراین یافتن راهبردهای مقابله‌ای مناسب و برنامه‌ریزی برای پیشبرد راحتی این بیماران حائز اهمیت است.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از کلیه بیماران مبتلا به ایدز که امید را سرلوحه زندگی خود قرار داده و فعالانه در این عرصه مشغول تلاش بوده و در انجام این پژوهش به من یاری رسانند تشکر و قدردانی نمایم.

پی‌نوشت‌ها

1. Acquired Immunodeficiency Syndrome(AIDS)
2. Human Immunodeficiency Virus(HIV)
3. Anti retroviral(ART)
4. Comfort
5. GENERAL COMFORT QUESTIONNAIRE
6. Pearson Correlation

HIV/AIDS می‌توان کیفیت زندگی را بهبود بخشید. با توجه به آنکه بر اساس یافته‌های این پژوهش بین مرحله بیماری و وضعیت سلامت کلی رابطه معنی داری مشاهده شده است، بنظر می‌رسد برنامه‌ریزی صحیح برای کنترل بیماری و پیشگیری از انتقال آن به دیگران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد که این امر خطیر باید به عهده کلیه اعضاء تیم مراقبت بهداشتی گذارده شود. در این رابطه (Côté, et al., 2009) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که گرچه مبتلایان به HIV/AIDS مورد مطالعه آنان که تحت درمان ضد ویروسی قرار گرفته بودند، سطح متوسطی از تنش را تجربه می‌کنند و بناچار راهبردهای مختلفی را برای سازگاری با موقعیت خود بکار می‌گیرند ولی از حمایت اجتماعی خوبی نیز برخوردار هستند. به همین ترتیب کیفیت زندگی آنان نیز در حد متوسط بود کیفیت زندگی در بعد فیزیکی تا حد زیادی بستگی به ناراحتی گزارش شده ناشی از HIV/AIDS مرتبط با علائم و درمان داشت. (۳۹٪). این یافته‌ها حاکی از آن است که حتی در بیماران مبتلا به HIV که با متابعت از درمان، بطور موفقیت آمیزی بیماری در آنان کنترل می‌شود هنوز یک جمعیت شکننده هستند و بنابراین فراهم ساختن مداخلاتی که روش‌های مقابله آنان را تقویت کند ضروری است.

REFERENCES

- Aragonés C, Sanchez L, Campos J R and Perez J (2011) Antiretroviral therapy adherence in persons with HIV/AIDS in Cuba. MEDICC review. 13 (2) 17-23.
- Bhowmik A, Ghugre P, Udipi S and Guha S K (2012) Nutritional Status and Quality of Life of Women with HIV/AIDS. American Journal of Infectious Diseases. 8 (1)
- Côté J, Delmas P, Delpierre C, Sylvain H, Delon S and Rouleau G (2009) Factors related to quality of life in treatment-adherent, successfully treated HIV patients in France. The open nursing journal. 3 10.
- Erah P O and Arute J E (2008) Adherence of HIV/AIDS patients to antiretroviral therapy in a tertiary health facility in Benin City. African Journal of Pharmacy and pharmacology. 2 (7) 145-152.
- Hamidzadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar S, Salehi K and Kordeyazdi R (2008) [Study Effect of a Group-Based Exercise Program on the Quality of Life in Older Men and Women in 2006-2007]. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 16 (1) 167-167. (Persian)
- Kim K S and Kwon S H (2007) Comfort and quality of life of cancer patients. Asian nursing research. 1 (2) 125-35.
- Kolcaba K (2001) Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. Nursing outlook. 49 (2) 86-92.
- Kolcaba K, Tilton C and Drouin C (2006) Comfort Theory: a unifying framework to enhance the practice environment. The Journal of nursing administration. 36 (11) 538-44.
- Lasser K E, Himmelstein D U and Woolhandler S (2006) Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. American journal of public health. 96 (7) 1300-7.
- Litwinczuk K M and Groh C J (2007) The relationship between spirituality, purpose in life, and well-being in HIV-positive persons. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 18 (3) 13-22.
- Nojomi M, Anbary K and Ranjbar M (2008) Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. Archives of Iranian medicine. 11 (6) 608-12.

- Nowgesic E (2010) Addressing HIV/AIDS among Aboriginal People using a Health Status, Health Determinants and Health Care Framework: A Literature Review and Conceptual Analysis. Brief Overview of the Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN).
- Odundo P A, Anjuri D and Odhiambo T (2013) Impact of peer education on HIV/AIDS behaviour change among secondary school youths: a static group comparison analysis of a peer education project in Rachuonyo County, Kenya. *The Lancet*. 381 S101.
- Rafii F, Rambod M and Hosseini F (2009) [Perceived social support in hemodialysis Patients]. *Hayat*. 15 (1) 5-12. (Persian)
- Rassouli M (2008). [Structural Equation Model of Spiritual institutionalized Adolescents] Tehran, Iran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences.
- Rivero-Mendez M, Dawson-Rose C S and Solis-Baez S S (2010) A Qualitative Study of Providers' Perception of Adherence of Women Living with HIV/AIDS in Puerto Rico. *Qualitative report*. 15 (2) 232-251.
- Safavi Bayat Z (2010) [Correlation between coping strategies and health status in burned patients in refer to burned centers of Tehran in 2009]. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 4 (67) 36-41. (Persian)
- Soo Hon S and Kerr C (2012) Benefits of art therapy for an adolescent living with HIV/AIDS. *ATOL: Art Therapy OnLine*. 1 (4)
- Stanhope M and Lancaster J (2002) *Foundations of community health nursing : community-oriented practice*. edition. St. Louis, Mo. ; London, Mosby.(
- Taylor C C, Lillis C and LeMone P (2005) [Fundamentals of nursing : the art and science of nursing care]. Z. e. a. Safavi Bayat. 5th ed. edition. Tehran, Boshra.(
- Vosvick M, Koopman C, Gore-Felton C, Thoresen C, Krumboltz J and Spiegel D (2003) Relationship of functional quality of life to strategies for coping with the stress of living with HIV/AIDS. *Psychosomatics*. 44 (1) 51-8.
- Wilson L and Kolcaba K (2004) Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 19 (3) 164-73; quiz 171-3.

Correlation Between Health Status And Comfort In HIV/AIDS Patients Referred To Imam Khomeini hospital In 1391

Safavi Bayat,Z^{*1}, Ashketorab T²

¹ Corresponding Author, Nursing PhD Student, Instructor, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

■ Corresponding author: zahrasb16@yahoo.com

Abstract

Background: Acquired human immunodeficiency syndrome(AIDS) is expanding as a global epidemic. AIDS is a very complicated process ,so affects different dimentions of physical health,social,spiritual and psychological aspects of an individual. The aim of this study was determine the correlation between general(overall)comfort with health status in patients with HIV/AIDS was conducted in 1391.

Methods and Material: This descriptive – correlation study was performed on 25 HIV/AIDS patient that refferd to Imam Khomeine Hospital in Tehran in 1391 by convenience sampling methods. A questionnaire with items related to demographic information,36-Item-Form Health Survey(SF-36) and general comfort questionnaire was used for data collection. Its validity was assured by content validity method. Data were analyzed using SPSS 16 software . A Pearson correlation coefficient was calculated to determine the relationship between variables.

Findings: Based on the finding average of ages was 36. 44±10. 43 who 60% were married and 64% were lived with their partner and children. The mean of physical status and psychological ,social- economic status, total health status and general comfort was 41. 68±13. 56,36. 84±17. 38,31±14. 61,109±34. 86,86. 48±22. 63. The relationship between stage of disease and physical health status and married and total health status, and Physical health and psychological health status($p=0.001$, $r = 0.9$)was significant($P= 0.02$, $r = 0.4$),($P= 0.001$, $r=0.6$).

Conclusion: According to the results, some features of AIDS can associated with different dimentions health status which eventually may be affect general comfort in HIV/AIDS patients.

Keywords: Health status, General Comfort, Comfort, HIV/AIDS.