ORIGINAL ARTICLE

Effect of Health, Medical, and Social Care on Quality of Life in a Group of HIV Positive Patients in Mazandaran Province, Iran

Farhang Babamahmoodi[1],
Ghasem Abedi[2],
Mohammad Reza Haghshenas[3],
Asghar Nadi Ghara[4]
Nadia Pedramfar[5],
Fatemeh Kohkan[6]

[1] Professor, Department of Infectious Diseases, Antimicrobial Resistance Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Department of Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Associate Professor, Department of Microbiology, Molecular and Cell Biology Research Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] PhD Student in Biostatistics, Health Sciences Research Center, Student Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] BSc in Nursing, Behavioral Health Counseling Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[6] Resident in Infectious Diseases, Antimicrobial Resistance Research Center, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received August 4, 2019 Accepted December 28, 2019)

Abstract

Background and purpose: AIDS, can cause psychological and social problems in patients and affects their quality of life. Therefore, infected people need more care. This study was conducted to investigate the effect of different care methods in quality of life of HIV+ patients.

Materials and methods: HIV-positive patients in Mazandaran were divided into two groups of intervention (n=34) and control (n=17). Patients in intervention group received medical and social care for one year. Quality of life was assessed in both groups before and after the intervention using WHOQOL-Brief and a researcher-made questionnaire.

Results: The study population included 49 patients including 56.67% males and 43.33% females. Before the intervention there was no significant difference in quality of life between the two groups. But after the intervention, satisfaction from personal relationships decreased significantly while social-occupational worries and concerns about the disease showed significant increase in intervention group. Compared to the control group, after one year, satisfaction from current treatment (P=0.02), concerns about the disease (P=0.0009), and quality of social life (P=0.02), showed significant increases in the intervention group.

Conclusion: The participants in this study had low levels of quality of life and physical and mental health care could be of great benefit in improving quality of life of HIV+ patients. In designing care protocols for these patients, all aspects of life should be considered.

Keywords: quality of life, health care, patients, HIV, AIDS

J Mazandaran Univ Med Sci 2020; 29 (181): 94-106 (Persian).

* **Corresponding Author: Fatemeh Kohkan** - Antimicrobial Resistance Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: koohkan.fa@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۸۱ بهمن سال ۱۳۹۸ (۱۰۶-۹۴)

بررسی تاثیر مراقبت های بهداشتی، درمانی و اجتماعی انجام شده بر کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بیماران HIV مثبت تحت درمان استان مازندران

فرهنگ بابامحمودی[۱]
قاسم عابدی[۲]
محمدرضا حق شناس[۳]
اصغر نادی قرا[۴]
نادیا پدرام فر[۵]
فاطمه کوه کن[۶]

چکیده

سابقه و هدف: ایدز به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی و روانی، کیفیت زندگی بیماران را متأثر می‌کند. به همین دلیل مبتلایان نیازمند مراقبت و توجه می‌باشند. این مطالعه جهت بررسی تاثیر مراقبت‌های مختلف برکیفیت زندگی بیماران HIV مثبت انجام شد.

مواد و روش‌ها: بیماران شناسایی شده HIVمثبت استان مازندران به ۲ گروه مداخله و شاهد تقسیم شده و بر گروه مداخله، به مدت یکسال، مراقبت‌های مختلف بهداشتی و اجتماعی انجام شد. قبل و بعد از شروع مراقبت‌ها نیز ۲ گروه به وسیله پرسشنامه WHO-QOL-Brief و پرسشنامه محقق ساخته، تحت سنجش کیفیت زندگی قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۴۹ بیمار بررسی شدند که ۳۴ بیمار (۵۶/۶۷ درصد)، در گروه مداخله (دریافت Care) و ۱۷ بیمار (۴۳/۳۳ درصد) نیز در گروه شاهد قرار گرفتند. کیفیت زندگی بیماران ۲ گروه در ابتدای مطالعه تفاوت معناداری با هم نداشت. پس از یکسال ارائه خدمات به گروه مداخله، رضایت از روابط شخصی و نگرانی اجتماعی- شغلی، کاهش معناداری نسبت به قبل از مداخله داشتند. همچنین نگرانی از بیماری و محدودیت‌های موجود در زندگی نیز به شکل معناداری افزایش داشتند. از نظر مقایسه ۲ گروه نیز، پس از انجام مراقبت‌ها، میزان رضایت از درمان فعلی (P=۰/۰۲)، نگرانی از بیماری (P=۰/۰۰۰۹) و کیفیت زندگی عمومی (P=۰/۰۲) در گروه مداخله به شکل معناداری نسبت به گروه شاهد افزایش یافت.

استنتاج: کیفیت زندگی بیماران، در سطح مناسبی نبود و Care جسمی و روحی می‌تواند در بهبود آن موثر باشد. با این حال در طراحی مراقبت‌های این بیماران، توجه به همه جنبه‌های دخیل در زندگی، الزامی است.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، مراقبت سلامت، بیماران HIV/ایدز

مقدمه

بیماری ایدز سندرمی است که در اثر ورود رتروویروس HIV به بدن ایجاد می‌شود(۱). در واقع ایدز مجموعه نشانه‌های ناشی از این ویروس است. ویروس HIV اولین بار در سال ۱۹۸۰ به عنوان عامل ایدز شناخته

مولف مسئول: فاطمه کوه کن- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات مقاومت ضد میکروبی E-mail: koohkan.fa@gmail.com
۱. استاد، گروه بیماری های عفونی، مرکز تحقیقات مقاومت دارویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری ، ایران
۲. دانشیار، گروه علوم بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار، گروه میکروبیولوژی، مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. دانشجوی دکتری آمار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. کارشناس پرستاری، مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. رزیدنت بیماری های عفونی، مرکز تحقیقات مقاومت ضد میکروبی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۵/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۵/۲۲ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۱۰/۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

شد و با آن‌که کم‌تر از ۴ دهه قدمت دارد، به‌صورت یکی از معضلات پزشکی و اجتماعی درآمده است(۳،۲). هم اکنون ۲۰-۱۷ میلیون نفر در جهان آلوده به این ویروس می‌باشند و این تعداد روز به روز افزایش می‌یابد. ایدز از جمله بیماری‌هایی است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و انگ اجتماعی، نه تنها از جنبه سلامت جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی و اجتماعی نیز وضعیت بیماران را متأثر کرده و منجر به بروز مشکلات عدیده در فعالیت‌های مفید و علایق بیماران می‌گردد(۴). HIV/AIDS ضربات مهلکی را بر سلامت جامعه وارد نموده و موجب ایجاد مشکلات و مصائب اقتصادی و اجتماعی برای افراد، خانواده‌ها، جوامع و دولت‌ها در بسیاری از کشورها می‌شود(۵). این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و باعث کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود. تمامی این مشکلات به علاوه مراجعات مکرر به پزشک و هزینه‌های بالای درمان و عوارض دارویی باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود(۶). در طی دو دهه گذشته، وضعیت روانی و کیفیت زندگی یکی از موضوعات بسیار مهم در تحقیقات بالینی بوده و به‌عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران مورد تأکید قرار گرفته و بررسی آن از نظر تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است(۷،۶). سازمان بهداشت جهانی (WHO) کیفیت زندگی را بدین صورت تعریف می‌کند: «درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ و سیستم‌های ارزشیابی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است»(۸). این مسأله، به ویژه در افراد مبتلا به HIV/AIDS به دلیل مزمن بودن و خصلت ناتوان کنندگی این بیماری و به دنبال آن افزایش میزان مرگ و میر زودرس اهمیت بیش‌تری دارد. با پیشرفت‌های اخیر در زمینه آزمون‌های بالینی و روش‌های درمانی برای افراد مبتلا به HIV/AIDS، میزان بقای این بیماران افزایش یافته است و کیفیت زندگی آن‌ها یکی از موضوعات جدی و قابل بحث برای پژوهشگران و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی شده است(۹).

در رابطه با این مسأله که ایدز تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی افراد مبتلا دارد، تحقیقات مختلفی به انجام رسیده است(۱۱،۱۰). به عنوان مثال، Naveet و همکاران نشان دادند که میانگین نمرات کیفیت زندگی افراد مبتلا به ایدز در ابعاد اجتماعی، روانی و فیزیکی به صورت بارزی پایین است(۱۲).

همچنین Wiese و همکاران در مطالعه ای که بر روی ۱۱۲ بیمار زن مبتلا به ایدز انجام دادند، نشان دادند تعداد زیادی از بیماران دارای کیفیت زندگی پایین و خیلی پایین هستند(۱۳). با توجه به مطالب ارائه شده در خصوص کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز، لزوم توجه به افزایش کیفیت زندگی این بیماران قابل اهمیت می‌باشد. اخیرا یکی از مواردی که در مورد افزایش کیفیت زندگی این بیماران مطرح گردیده است، ارائه مستمر مراقبت‌های مختلف بهداشتی، درمانی و اجتماعی به این بیماران و پیگیری آن‌ها می‌باشد. نتایج یک آنالیز روی چند مطالعه نشان داد که در بسیاری از مطالعات، استراتژی‌های جامع درمان و ارائه مدل‌های مراقبتی متنوع و مستمر اعم از درمانی، سرویس‌های توانبخشی جسمی و روحی- روانی و ارائه خدمات در منزل می‌تواند تا حدودی پیامدهای بیماری را بهبود بخشیده و تأثیر مطلوبی بر روی کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد. اما این موضوع و شیوه اجرای صحیح این مراقبت‌ها نیازمند بررسی بیش‌تر است(۱۴). بنابراین این پرسش پیش می‌آید که آیا واقعا انجام مراقبت‌های متنوع و مستمر، تاثیری در بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی این بیماران خواهد داشت یا خیر؟ با توجه به این مسئله و هم‌چنین ذکر این نکته که تا کنون مطالعه‌ای در این زمینه در منطقه انجام نگرفته است، این مطالعه با هدف

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

انجام مراقبت‌های مختلف جهت بیماران HIV مثبت و بررسی تاثیر این مراقبت‌ها بر کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی آن‌ها در استان مازندران انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه با کد IR.MAZUMS.REC.94-1577 مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران قرار گرفت و به صورت نیمه تجربی و به روش قبل و بعد انجام شد. جامعه آن را بیماران HIV مثبت شناسایی شده در استان مازندران که دارای پرونده در معاونت بهداشتی بوده و تحت درمان بودند، با برآورد اولیه ۶۰ نفر تشکیل داد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به‌صورت سرشماری نمونه‌های در دسترس بود. به این شکل که در زمان اجرای طرح، از بین ۶۰ بیمار شناسایی شده در استان، به ۱۱ نفر به دلیل نداشتن آدرس و اطلاعات ارتباطی مشخص، هیچ‌گونه دسترسی وجود نداشته و به این ترتیب ۴۹ بیمار باقی مانده وارد مطالعه شدند. معیار خروج از طرح نیز عدم رضایتمندی، فوت و مهاجرت بود.

این مطالعه در دو مرحله طراحی شد. مرحله اول شامل گردآوری اطلاعات براساس دو پرسشنامه زیر بود:

الف- پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی WHO-QOL-Brief برای سنجش کیفیت زندگی عمومی مشتمل بر ۲۶ سوال در ابعاد سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط(۱۵).

ب- پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی ایجاد شده توسط محقق مشتمل بر ۳۳ سوال در مورد احساسات موجود در زندگی، رضایت از روابط شخصی، رضایت از درمان فعلی، نگرانی از بیماری، نگرانی اجتماعی شغلی و محدودیت‌های موجود در زندگی بوده است. برای بررسی روایی این پرسشنامه به صورت کیفی از نظر خبرگان استفاده شد و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده که به ترتیب برای مولفه‌های بیان شده، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۷ و ۰/۸۱ بوده است. هم‌چنین خصوصیات دموگرافیک افراد شامل سن، میزان تحصیلات، محل زندگی، شغل و وضعیت درآمد ماهیانه، وضعیت مسکن و وضعیت تاهل، وضعیت آزمایشات، معاینات، بیماری‌ها، عوارض و واکسیناسیون نیز در چک لیست بررسی وضعیت عمومی و طبی بیماران ثبت گردید.

در مرحله دوم مطالعه از بین بیماران شناسایی شده، به بیمارانی که حاضر به همکاری در مرحله دوم و دریافت Care بودند (۳۲ نفر)، خدماتی بر اساس مدل کیفیت دونابدیان در سه مرحله ساختار، فرایند و نتیجه به مدت یکسال ارائه شد که این بیماران گروه مداخله نامیده شدند. هم‌چنین بیمارانی که حاضر به همکاری در Care نشدند، نیز گروه شاهد نامگذاری شدند.

خدمات ارائه شده به صورت ارزیابی نحوه شروع درمان، پایش پاسخ به درمان، بررسی عوارض درمان، تغییر درمان و دلایل آن، پروفیلاکسی عفونت‌های فرصت طلب و بررسی عفونت‌های همزمان و درمان آن‌ها، Care به مادر باردار جهت کاهش انتقال به جنین (در مطالعه ما چنین موردی نبوده است) و Care به نوزاد متولد شده از لحاظ تجویز دارو و بررسی ابتلا، توصیه به عدم شیردهی مادر و تجویز کوپن شیر خشک جهت جلوگیری ازعوارض ناشی ازعدم استفاده از شیرمادر و جلسه روانشناسی جهت حمایت روانی و اجتماعی توسط روانشناس در هر جلسه ویزیت بود.

BMI بیماران در ۴ نوبت ویزیت طی یکسال چک شد و در صورت ریسک فاکتور قلبی عروقی، ارجاع انجام می‌شد. بیماران از نظر TB با CXR و PPD بررسی شدند. در صورتیکه تحت درمان Anti TB قرار داشتند، از جهت تداخل با داروی ART و در صورتی که تحت درمان با متادون بودند، اقدامات لازم جهت تداخل دارویی اندیشیده شد. بیماران هر سه ماه، برای ارزیابی تعداد CD4، سدیم، پتاسیم و غلظت اوره خون، کراتینین و قند و بیلی روبین (توتال و مستقیم) AST و ALT و ALK و CBC، diff فرستاده شدند و آزمایشات U/A و TG و کلسترول دو نوبت طی یکسال انجام شدند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

طبق کتاب مندل(۳) و پروتکل کشوری، ویرال لود بیماران در دو نوبت به فاصله ۶ ماه و با هزینه خود طرح چک شد (CD4 نیز طبق همین ۲ منبع، هر۳ ماه یکبار چک گردید). نمونه خون بیماران که جهت ویرال لود گرفته شده بود، به آزمایشگاه شهید بابایی شهر ساری جهت سانتریفیوژ و ذخیره در فریزر ۷۰- درجه سانتی‌گراد فرستاده شد. سپس نمونه‌ها بعد از هر دوره با رعایت زنجیره سرما به آزمایشگاه مرکز تحقیقات HIV تهران فرستاده شد. وضعیت HBV (HBsAg، HBCAb، HBSAb) و HCV و HAV بیماران و وضعیت واکسیناسیون بیماران جهت هپاتیت A و B و در صورت واکسیناسیون، وضعیت مصون بودن آن‌ها به همراه وضعیت بیماران از نظر توکسوپلاسموزیز و سیفلیس مشخص گردید. سرولوژی توکسو در آزمایشگاه خصوصی فجر شهر ساری بررسی شد. پروفیلاکسی عفونت فرصت طلب براساس شمارش CD4 انجام شد. بیماران خانم به طور منظم و پارتنر بیماران آقا در صورت مراجعه تحت بررسی وضعیت STI و در صورت وجود آن درمان و پاپ اسمیر و ارجاع به متخصص زنان در دستور کار قرار گرفت. جهت پیشگیری پارتنر آموزش‌های لازم صورت گرفت و کاندوم به صورت رایگان تجویز گردید. Care به نوزاد نیز شامل آزمایشات فوق و چک ۴ نوبت ویرال لود و تجویز شیر خشک و بررسی عفونت های همزمان بوده است. Care روان شناسی هر سه ماه توسط روانشناس به بیماران داده شد و بیماران در صورت نیاز به روان پزشک ارجاع شدند.

در نهایت بیماران گروه مداخله و شاهد پس از یکسال ارائه خدمت به گروه مداخله، مجددا تحت ارزیابی کیفیت زندگی قرار گرفتند و بررسی شد که آیا care ارائه شده در بالا بردن کیفیت زندگی مبتلایان به HIV تحت درمان که در مداخله شرکت کردند، موثر بوده است یا خیر؟

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت. هم‌چنین نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک تایید شد و با توجه به نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی استفاده شد.

یافته ها

اطلاعات اولیه بیماران

۴۹ بیمار وارد مطالعه گردیدند که ۳۴ بیمار (۵۶/۶۷ درصد)، حاضر به دریافت Care شده و در گروه مداخله قرار گرفته و ۱۷ بیمار (۴۳/۳۳ درصد) نیز در گروه شاهد (بدون دریافت خدمات) قرار گرفتند. با توجه به جدول شماره ۱، بیش‌ترین گروه سنی در هر ۲ گروه، ۳۰ تا ۴۰ سال بود. هم‌چنین در هر ۲ گروه، بیش‌ترین میزان درآمد، ۵۰۰ هزار تومان بوده و ۵۶ درصد گروه مداخله و ۸۱ درصد گروه شاهد ساکن شهر بودند.

جدول شماره ۱: اطلاعات دموگرافیک بیماران مورد بررسی

متغیر		گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه شاهد تعداد (درصد)
سن	کمتر از ۳۰ سال	۳ (۹)	۵ (۱۹)
	بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۱۴ (۴۱)	۱۵ (۵۸)
	بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۱۲ (۳۵)	۲ (۸)
	بالاتر از ۵۰ سال	۵ (۱۵)	۴ (۱۵)
	کل	۳۴ (۱۰۰)	۲۶ (۱۰۰)
محل سکونت	شهر	۱۸ (۵۶)	۲۱ (۸۱)
	روستا	۱۴ (۴۴)	۵ (۱۹)
	کل	۳۲ (۱۰۰)	۲۶ (۱۰۰)
میزان درآمد ماهیانه	۵۰۰ هزار تومان	۳۲ (۹۷)	۱۱ (۷۹)
	۵۰۰ هزار الی ۱ میلیون تومان	۰ (۰)	۲ (۱۴)
	۱ میلیون الی ۱۵۰۰ هزار تومان	۱ (۳)	۱ (۷)
	کل	۳۳ (۱۰۰)	۱۴ (۱۰۰)

از ۳۴ بیمار گروه مداخله، ۲۳ نفر از طریق سوءمصرف تزریقی مواد مخدر، ۹ نفر از طریق رابطه جنسی، یک نوزاد از طریق مادر و یک بیمار هم به دلیل نامشخص، مبتلا به HIV شده بودند.

بررسی انواع Care در گروه مداخله

قبل از شروع مطالعه حاضر، نحوه شروع درمان در ۳۰ نفر (۸۸/۲ درصد) بر اساس صرفاً تعداد CD4، ۱ نفر(۳ درصد) براساس ویرال لود و ۳ نفر (۸/۸ درصد) بر اساس هر دو معیار ویرال لود و تعداد CD4 بوده است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

پس از شروع مطالعه، پاسخ به درمان بر اساس ویرال لودها که به فاصله ۶ ماهه چک شد و براساس تعداد CD4ها که هر ۳ ماه چک می‌شد، مورد ارزیابی قرار گرفت که در ۱۹ نفر (۵۵/۹ درصد) پاسخ به درمان مشاهده شد و درمان اولیه ادامه یافت. در ۱۵ نفر (۴۴/۱ درصد) نیز، اندیکاسیون تغییر درمان وجود داشت که تحت تغییر درمان قرار گرفتند. در این ۱۵ نفر، ۷ نفر (۲۰/۶ درصد) دچار شکست شده و ۸ نفر نیاز به بررسی مجدد تعداد CD4 و ویرال لود به ترتیب به فاصله ۳ ماه و ۶ ماه داشتند تا بتوان نتیجه‌گیری کرد. در نهایت مشخص شد که تغییر درمان در ۸ نفر (۲۳/۵ درصد) به‌دلیل توکسیسیتی ترکیبی دارویی بوده است، در ۳ نفر (۸/۸ درصد) به دلیل عدم پاسخ بالینی بوده است و در ۲ نفر بر اساس ترکیبی دارویی و عدم پاسخ بالینی و ۲ نفر (۵/۸ درصد) دیگر براساس کاهش واضح و دائمی CD4 بوده است. در نوبت اول چک CD4، یک نفر (۲/۹ درصد) CD4<100 و ۶ نفر (۱۷/۶ درصد) CD4<200 داشتندکه براین اساس تحت پروفیلاکسی قرار گرفتند. در مرحله بعد، ۵ نفر (۱۴/۷ درصد) از بیماران CD4<200 و در مرحله سوم، ۲ نفر (۵/۹ درصد) و در مرحله چهارم و آخر نیز ۲ نفر (۵/۸ درصد) CD4<100 و ۵ نفر (۱۴/۷ درصد) CD4<200 داشتند که بنابراین براساس سیر CD4 و ویرال لود در طول یکسال، ۷ نفر شکست درمان در نظر گرفته شدند. مقدار لنفوسیت به طور میانگین در عرض یکسال بین ۳۵/۱ الی ۳۸/۷ بود. بیش‌ترین درمان اولیه مورد استفاده زیدوودین+لامیوودین+نویراپین بود که در ۱۶ نفر (۴۷ درصد) مورد استفاده قرار گرفت و پس از آن زیدوودین+لامیوودین+اناویرنز در ۹ نفر (۲۶/۴ درصد) مورد استفاده قرار گرفت و در سومین رتبه، Vonovir قرار داشت که در ۳ نفر (۸/۸ درصد) مورد استفاده قرار گرفت. بر طبق اندیکاسیون تغییر درمان، فراوان‌ترین درمان ثانویه مورد استفاده تنونویر+لامیوودین+ افاویر (۱۱/۶ درصد) و پس از آن به‌ترتیب وونوویر (۸/۸ درصد)، تنونویر+لامیوودین+ نویراپین (۵/۹ درصد) و لامیوودین+اناویرنز+تنونویر (۵/۹ درصد) بیش‌ترین موارد کاربرد را به عنوان درمان‌های ثانویه داشتند. ۵ نفر هم به دلیل عوارض دارویی، دو بار تعویض دارو قرار گرفتند (درمان ثالثیه).

در طول این مطالعه، عوارض دارویی در ۹ نفر (۲۶/۵ درصد) از بیماران گروه مداخله مشاهده گردید. شایع‌ترین عوارض دارویی شامل آنمی که در ۳ نفر (۸/۸ درصد) و اختلال آنزیم‌کبدی که در ۳ نفر (۸/۸ درصد) رویت شد، ۱ بیمار نیز، هم آنمی و هم اختلال آنزیم کبدی داشت. سایر عوارض منجر به تغیر دارو، نوتروپنی و هایپرتری گلیسیریدمی بوده است. داروهایی که باعث عارضه شدند، بیش‌تر از همه نویراپین بوده که در ۳ نفر باعث اختلال آنزیم کبدی شده و بعد از آن زیدوودین قرار داشته که در ۲ نفر باعث آنمی شده است. تداخلات دارویی نیز در این مطالعات مورد ارزیابی قرار گرفت که فقط در ۴ نفر (۱۱/۸ درصد) به دلیل مصرف افاویرنز همزمان در ایجاد سندروم withdrawal دوز متادون افزایش یافت و در ۳۰ نفر (۸۸/۸ درصد) باقی مانده، تداخل دارویی اتفاق نیافتد. یکی دیگر از Careهای ارائه شده به بیماران گروه مداخله، بررسی عفونت‌های همزمان بود که براساس نتایج، ۲ نفر (۵/۹ درصد) همزمان هپاتیت B هم داشتند (Coinfection HIV&HBV) و HBSAg مثبت بودند و ۳۲ نفر هم، ایمن بودند. به دلیل واکسیناسیون هپاتیت B انجام شده و ایجاد مصونیت در مطالعه حاضر، تیتر HBSAb بیماران چک گردید که ۳۲ نفر (۹۴/۱ درصد) تیتر قابل قبول داشته و ۲ نفر (۵/۹ درصد) منفی بودند. وجود HBCAb نیز در بیماران بررسی شد که دو بیمار دچار عفونت همزمان با هپاتیت B و ۴ نفر عفونت بهبود یافته هپاتیت B، با Anti-HBS-Ab مثبت و HBC-Ab مثبت بودند و مابقی بیماران (۲۸ نفر) در مقابل هپاتیت B واکسینه و ایمن شدند. در بررسی وضعیت عفونت HCV همزمان، HCV-Ab بیماران ارزیابی شدکه از کل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

بیماران ۲۰ نفر (۵۸/۸ درصد) HCV مثبت و ۱۴ نفر (۴۱/۲ درصد) از نظر HCV-Ab منفی بودند که از این ۲۰ نفر، فقط ۲ نفر درمان HCV با هزینه خود گرفتند. دریک نفر از آن‌ها، درمان یکسال کامل دریافت گردید و در بیمار دوم که همانند نفر اول بر روی درمان PEGInfa و ریباویرین قرار داشت، درمان را بعد از ۶ ماه قطع کرد که آخرین HCVRNADCR=288000000 بوده و ژنوتیپ HCV وی، ژنوتیپ ۱ بود.

در بررسی عفونت همزمان هپاتیت A، ۱۴ نفر (۴۱/۲ درصد) از بیماران HAV-Ab مثبت داشته و در برابر هپاتیت A مصون بودند، در حالی که در ۲۰ نفر (۵۸/۸ درصد) باقیمانده، HAV-Ab منفی بوده و در مقابل بیماری مصون نبودند. ۲ نفر نیز عفونت همزمان HIV و HCV و HBV داشتند. با توجه به شمارش CD4 بیماران، جهت بیماران، پروفیلاکسی در نظر گرفته شد که با توجه به $CD4^{+}$<۲۰۰، ۷ نفر تحت پروفیلاکسی کوتریموکسازول و ۱ نفر تحت پروفیلاکسی کوتریموکسازول و فلوکونازول قرار گرفت. ۳۳ بیمار نیز تحت واکسیناسیون آنفولانزا قرار گرفتند. PPD در همه بیماران انجام شد که منفی بود. با این حال یکی از بیماران سابقه TB داشته که تحت درمان کامل قرار گرفته بود و ۱ بیمار نیز در حال درمان TB بود. بیماران در ابتدای Care تحت CXR نیز قرار گرفتند که یک نفر دارای وضعیت غیر طبیعی بوده که شخصا پیگیری انجام نداد. پیگیری مامایی به صورت پاپ اسمیر در ۲ نوبت در خانم‌های مبتلا به HIV در گروه مداخله انجام گردید که از ۹ نفر خانم، یک نفر نوزاد بوده و ۸ بیمار باقیمانده مورد بررسی از لحاظ پاپ اسمیر و عفونت‌های همزمان و در صورت لزوم درمان و یا ارجاع به متخصص زنان قرار گرفتند که اطلاعات در جدول شماره ۲ موجود می باشد. بیماران با عفونت همزمان تحت درمان قرار گرفتند و ۲ نفر به متخصص زنان ارجاع شدند.

بیماران از نظر سرولوژی توکسوپلاسی نیز مورد بررسی قرارگرفتند که ۵ نفر(۱۴/۷ درصد) آن‌ها toxo IgG مثبت داشته و هر ۳۴ نفر (۱۰۰ درصد) toxo IgM منفی داشتند. هم‌چنین از نظر سرولوژی سفیلیس، همه بیماران منفی بودند. جهت پیشگیری از ابتلا پارتنر جنسی، تمهیداتی اندیشیده شد که شامل دادن کاندوم، تجویز دارو به پارتنر درصورت exposure و درمان STD پارتنر بوده است که براساس تمایل بیمار و وضعیت داشتن پارتنر یا خیر، به ۱۸ نفر (۵۲/۹ درصد) از بیماران، کاندوم داده شد. هیچ‌کدام از بیماران جهت مواجهه پارتنر تقاضای دارو نداشته و تنها ۱ پارتنر از بیماران گروه مداخله، به دلیل واژینوز باکتریال مراجعه داشته و تحت درمان قرار گرفت. برای بیماران، ۲ نوبت PCR طی این یکسال انجام شد. هم‌چنین ۱ نفر از بیماران گروه مداخله نوزاد بود که تحت ۳ نوبت PCR و بررسی ویرال لود قرار گرفت. BMI نیز در همه بیماران در ۲ نوبت بررسی شد که محدوده BMI بیماران در نوبت اول، بین Kg/m^2 ۱۸/۳-۲۷/۳ و در نوبت دوم بین Kg/m^2 ۱۸-۳۰/۴ قرار داشت. در نوزاد بیمار نیز که از ۶ ماه الی ۱۶ ماهگی تحت نظر بود، در ۶ ماه تا یکسالگی بین صدک ۳ و ۱۵

جدول شماره ۲: نتایج پاپ اسمیر اولیه و ثانویه در بیماران گروه مداخله

متغیر	پاپ اسمیر اولیه تعداد (رصد)
مردان (تست انجام نشد)	۲۶ (۷۶/۵)
التهاب شدیدAscus .	۱ (۲/۹)
التهاب شدید. باکتریا واژینوز. متاپلازی	۱ (۲/۹)
کاندیدیازیس Ascus .	۱ (۲/۹)
متاپلازی	۱ (۲/۹)
متاپلازی45-18-52-44-42-68. +HPV .	۱ (۲/۹)
متاپلازی. التهاب شدید Ascus .	۱ (۲/۹)
متاپلازی ascus.مشکوک به HPV مثبت	۱ (۲/۹)
منوپوز و آتروفی.یائسه	۱ (۲/۹)
کل	۳۴ (۱۰۰)

متغیر	پاپ اسمیر ثانویه تعداد (رصد)
مردان (تست انجام نشد)	۲۶ (۷۶/۳)
خانم هایی که مراجعه نکردند	۳ (۸/۷)
باکتریاز واژینوز ژنوتیپ HPV ۱۶،۱۸،۵۶،۵۲،۴۳ مثبت	۱ (۲/۹)
آتروفیک متاپلازی	۱ (۲/۹)
عفونت شدید کاندیدیایی	۱ (۲/۹)
نرمال	۲ (۵/۹)
کل	۳۴ (۱۰۰)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

و در بین ۱۲ ماهگی تا ۱۶ ماهگی روی صدک ۵۰ قرار داشت. این نوزاد با شیرخشک و غذای کمکی تحت تغذیه قرار گرفت و درمان ART نیز از بدو تولد برای وی آغاز گشت.

آزمایشات لازمه بیماران گروه مداخله نیز هر ۳ ماه و ۶ ماه یکبار درخواست شد که در ادامه بیان گردیده است. به این شکل که طی یکسال میانگین سدیم بیماران ۱۳۸/۶ mEq/L الی ۱۳۹/۸ mEq/L و میانگین پتاسیم ۴/۴۸ mEq/L الی ۵/۱۷ mEq/L بوده و اختلال الکترولیتی مشاهده نگردید. قندخون، BUN، Cr و بیلی روبین توتال و دایرکت بیماران طی یکسال، ۴ نوبت چک شد که هیچ مورد غیر طبیعی، یافت نشده و طی این مدت میانگین Cr بیماران بین ۰/۹۳ الی ۱، میانگین قندخون بین ۸۵/۷ الی ۹۲/۴، میانگین بیلی‌روبین توتال بین ۰/۵ الی ۰/۷۵ و میانگین بیلی‌روبین دایرکت بین ۰/۲۶ الی ۰/۳۹ بود. AST و ALT و ALK نیز هر ۳ ماه چک گردید که در ۴ مورد AST و ALT افزایش داشت که منجر به تغییر دارو شد. در ۳۰ بیمار باقیمانده گروه مداخله، میانگین AST طی یکسال بین ۴۴/۸ الی ۴۷/۱، میانگین ALT بین ۳۷/۸ الی ۴۳/۴ و میانگین ALK بین ۲۸۷/۲ الی ۳۲۷/۵ بود که مشکلی نداشت. هم‌چنین CBC بیماران طی یکسال ۴ نوبت چک شد که در ۴ بیمار به دلیل افت هموگلوبین و در یک بیمار به دلیل نوتروپنی، تعویض دارو انجام گرفت. میانگین WBC بیماران بین ۵۱۱۴ الی ۸۷۸۶، میانگین Hg بین ۱۲/۳ الی ۱۲/۴ و میانگین Plt بین ۲۵۰۰۰۰ الی ۲۹۶۰۰۰ بود که Plt بیماران طی یکسال تغییری نداشته و در رنج نرمال بود. ادرار بیماران طی این مدت در ۲ نوبت به فاصله ۶ ماه اندازه‌گیری شد که در هر دو نوبت نرمال بود. هم‌چنین میزان تری‌گلیسرید و کلسترول بیماران نیز در ۲ نوبت به فاصله ۶ ماه ارزیابی شد که فقط یک بیمار دچار هایپرتری گلیسمی بود که منجر به تغییر درمان شد. در بقیه بیماران میانگین TG بین ۱۲۸/۵ الی ۱۳۳/۸ و میانگین Chol بین ۱۶۵/۶ الی ۱۶۵/۷ بود.

مقایسه کیفیت زندگی در گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از انجام Care :

از ۳۴ بیماری که تحت Care مراقبت‌های بهداشتی قرار گرفتند، یکی از بیماران تمایلی به تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی نداشت. بیمار دیگر نیز نوزاد بود که بررسی کیفیت زندگی در او غیر ممکن بود. بنابراین پرسشنامه کیفیت زندگی در ۳۲ بیمار گروه مداخله تکمیل و بررسی گردید.

در مورد مقایسه متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی قبل و بعد از مراقبت‌های پزشکی یک ساله در گروه مداخله با توجه به جدول شماره ۳، در این گروه، رضایت از روابط شخصی به همراه نگرانی اجتماعی- شغلی، بعد از اعمال مداخله کاهش معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله داشتند. هم‌چنین نگرانی از بیماری و محدودیت‌های موجود در زندگی نیز به شکل معناداری افزایش داشتند. در متغیرهای احساسات، رضایت از درمان فعلی و کیفیت زندگی عمومی هم تغییری مشاهده نشد.

جدول شماره ۳: مقایسه متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی قبل و بعد از مراقبت های پزشکی یک ساله در گروه مداخله

متغیر	زمان	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	آماره تی	سطح معنی داری
احساسات	بعد از مداخله	۳۲	۱۹/۱۶ ± ۳/۳۶	۰/۲۶	۰/۷۹۹
	قبل از مداخله	۳۲	۱۸/۹۴ ± ۳/۳۶		
رضایت از روابط شخصی	بعد از مداخله	۳۲	۱۳/۱۶ ± ۲/۶۰	-۲/۴۸	۰/۰۱۹
	قبل از مداخله	۳۲	۱۴/۹۴ ± ۳/۰۸		
رضایت از درمان فعلی	بعد از مداخله	۳۲	۱۲/۴۱ ± ۲/۰۵	۰/۱۱	۰/۹۱۴
	قبل از مداخله	۳۲	۱۲/۳۴ ± ۱/۸۱		
نگرانی از بیماری	بعد از مداخله	۳۲	۱۴/۵۰ ± ۱/۱۱	۲/۵۱	۰/۰۱۸
	قبل از مداخله	۳۲	۱۳/۳۸ ± ۲/۴۵		
نگرانی اجتماعی-شغلی	بعد از مداخله	۳۲	۱۲/۶۳ ± ۲/۵۶	-۳/۶۳	۰/۰۰۱
	قبل از مداخله	۳۲	۱۵/۳۱ ± ۲/۹۲		
محدودیت ها	بعد از مداخله	۳۲	۱۴/۴۴ ± ۱/۸۱	۵/۴۶	۰/۰۰۰
	قبل از مداخله	۳۲	۱۲/۰۶ ± ۱/۶۴		
کیفیت زندگی عمومی	بعد از مداخله	۳۲	۲/۷۱ ± ۰/۵۸	-۰/۳۵	۰/۷۳۲
	قبل از مداخله	۳۲	۲/۷۵ ± ۰/۵۸		

هم‌چنین در مورد مقایسه متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی قبل و بعد از مراقبت‌های پزشکی یک ساله در گروه شاهد نیز با توجه به جدول شماره ۴، در این گروه به جز نگرانی از بیماری و کیفیت زندگی عمومی که کاهش معناداری داشتند، سایر موارد تغییری نکردند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

جدول شماره ۴: مقایسه متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی قبل و بعد از مراقبت های پزشکی یک ساله در گروه شاهد

متغیر	زمان	تعداد	انحراف معیار ±میانگین	آماره تی	سطح معنی داری
احساسات	بعد از مداخله	۱۷	۱۸/۱۲ ± ۴/۸۷	−۱/۲۳	۰/۲۳۵
	قبل از مداخله	۱۷	۱۹/۵۹ ± ۲/۵۰		
رضایت از روابط شخصی	بعد از مداخله	۱۷	۱۲/۰۶ ± ۳/۲۹	۰/۸۱	۰/۴۳۱
	قبل از مداخله	۱۷	۱۳/۰۶ ± ۳/۶۸		
رضایت از درمان فعلی	بعد از مداخله	۱۷	۱۱/۰۰ ± ۱/۹۷	−۱/۵۲	۰/۱۴۹
	قبل از مداخله	۱۷	۱۲/۴۷ ± ۳/۶۸		
نگرانی از بیماری	بعد از مداخله	۱۷	۱۲/۳۵ ± ۲/۲۶	−۲/۲۱	۰/۰۴۲
	قبل از مداخله	۱۷	۱۴/۴۱ ± ۳/۰۰		
نگرانی اجتماعی-شغلی	بعد از مداخله	۱۷	۱۲/۵۹ ± ۵/۲۹	−۰/۳۰	۰/۷۶۸
	قبل از مداخله	۱۷	۱۳/۱۲ ± ۴/۰۱		
محدودیت ها	بعد از مداخله	۱۷	۱۲/۸۲ ± ۴/۳۸	−۱/۰۵	۰/۳۱۰
	قبل از مداخله	۱۷	۱۴/۴۱ ۴/۶۲		
کیفیت زندگی عمومی	بعد از مداخله	۱۷	۲/۴۰ ± ۰/۳۱	−۴/۱۷	۰/۰۰۱
	قبل از مداخله	۱۷	۲/۹۳ ± ۰/۴۸		

در مورد مقایسه ۲ گروه مداخله و شاهد در متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی قبل از شروع مراقبت‌های پزشکی نیز، طبق جدول شماره ۵، میانگین متغیر احساسات، رضایت از روابط شخصی، رضایت از درمان فعلی، نگرانی از بیماری، نگرانی اجتماعی، محدودیت‌ها و کیفیت زندگی عمومی در بیماران ۲ گروه اختلاف معناداری نداشت. به بیان دیگر بیماران حاضر در ۲ گروه قبل از اعمال مداخله تقریباً در یک سطح از کیفیت زندگی و شاخص‌های رضایتمندی قرار داشته‌اند.

جدول شماره ۵: مقایسه متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی قبل از مراقبت های پزشکی یک ساله در بین گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه	انحراف معیار ±میانگین	آماره تی	سطح معنی داری
احساسات	مداخله	۱۸/۹۴ ± ۳/۳۶	−۰/۷	۰/۴۹
	شاهد	۱۹/۵۹ ± ۲/۵۰		
رضایت از روابط شخصی	مداخله	۱۴/۹۴ ± ۳/۰۸	۱/۹۰	۰/۶۰
	شاهد	۱۳/۰۶ ± ۳/۶۸		
رضایت از درمان فعلی	مداخله	۱۲/۳۴ ± ۱/۸۱	−۰/۱۳	۰/۸۹
	شاهد	۱۲/۴۷ ± ۳/۶۸		
نگرانی از بیماری	مداخله	۱۳/۳۸ ± ۲/۴۵	−۱/۳۰	۰/۲۰
	شاهد	۱۴/۴۱ ± ۳/۰۰		
نگرانی اجتماعی-شغلی	مداخله	۱۵/۳۱ ± ۲/۹۲	۱/۹۹	۰/۰۶
	شاهد	۱۳/۱۲ ± ۴/۰۱		
محدودیت ها	مداخله	۱۲/۰۶ ± ۱/۶۴	−۲/۰۳	۰/۰۶
	شاهد	۱۴/۴۱ ± ۴/۶۲		
کیفیت زندگی عمومی	مداخله	۲/۷۵ ± ۰/۵۸	−۱/۱۵	۰/۲۹
	شاهد	۲/۹۳ ± ۰/۴۸		

از نظر مقایسه ۲ گروه مداخله و شاهد در مورد متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی بعد از شروع مراقبت‌های پزشکی نیز طبق جدول شماره ۶، پس از انجام مراقبت‌ها میزان رضایت از درمان فعلی، نگرانی از بیماری و کیفیت زندگی عمومی در گروه مداخله به شکل معناداری نسبت به گروه شاهد افزایش یافته بود. اما در سایر متغیرهای احساسات، رضایت از روابط شخصی، نگرانی اجتماعی و محدودیت‌ها در بیماران دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود نداشته و بیماران حاضر در دو گروه بعد از اعمال مداخله نیز تقریبا در یک سطح قرار داشته‌اند.

جدول شماره ۶: مقایسه متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی بعد از مراقبت های پزشکی یک ساله در بین گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه	انحراف معیار ±میانگین	آماره تی	سطح معنی داری
احساسات	مداخله	۱۹/۱۶ ± ۳/۳۶	۰/۷۹	۰/۴۴
	شاهد	۱۸/۱۲ ± ۴/۸۷		
رضایت از روابط شخصی	مداخله	۱۳/۱۶ ± ۲/۶۰	۱/۲۸	۰/۲۱
	شاهد	۱۲/۰۶ ± ۳/۲۹		
رضایت از درمان فعلی	مداخله	۱۲/۴۱ ± ۲/۰۵	۲/۳۲	۰/۰۲
	شاهد	۱۱/۰۰ ± ۱/۹۷		
نگرانی از بیماری	مداخله	۱۴/۵۰ ± ۱/۱۱	۳/۶۹	۰/۰۰۰۹
	شاهد	۱۲/۳۵ ۲/۲۶		
نگرانی اجتماعی-شغلی	مداخله	۱۲/۶۳ ± ۲/۵۶	۰/۰۳	۰/۹۸
	شاهد	۱۲/۵۹ ± ۵/۲۹		
محدودیت ها	مداخله	۱۴/۴۴ ± ۱/۸۱	۱/۴۶	۰/۱۶
	شاهد	۱۲/۸۲ ± ۴/۳۸		
کیفیت زندگی عمومی	مداخله	۲/۷۱ ± ۰/۵۸	۲/۴۳	۰/۰۲
	شاهد	۲/۴۰ ± ۰/۳۱		

بحث

مهم‌ترین هدفی که این مطالعه به‌دنبال آن بود، پاسخ به این پرسش بود که آیا انجام مراقبت‌های متنوع، مستمر و درازمدت در بیماران HIV مثبت، تاثیری در بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی آن‌ها خواهد داشت یا خیر؟ موضوعی که در حال حاضر کم‌تر توجهی به آن شده و حداقل در منطقه، بحثی بر روی آن انجام نگرفته بود. یکی از ابعاد مربوط به کیفیت زندگی این بیماران که در پرسشنامه اختصاصی مورد سنجش قرار گرفته بود، بحث "نگرانی‌های اجتماعی- شغلی" این بیماران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

بود. این فاکتور بیش‌تر به اطلاعاتی مربوط به ازدواج، روابط خانوادگی و اجتماعی، تحصیلات، اشتغال و بیمه می‌پرداخت. نتایج مطالعه ما نشان داد که پس از انجام مراقبت‌ها، نگرانی‌های اجتماعی-شغلی در بیماران HIV مثبت به شکل معناداری کاهش یافته بودند. این موضوع می‌تواند نشان‌دهنده تاثیر مستقیم قسمت‌هایی از مراقبت‌ها که شامل مراقبت‌های روانشناختی و هم‌چنین مراقبت‌های مربوط به پارتنر بودند را نشان دهد. البته اختلاف گروه مداخله و شاهد در این متغیر پس از ارائه مراقبت‌ها، معنی‌دار نبود. با این حال باز هم این میزان در گروه مداخله کم‌تر از گروه شاهد بوده و در طول این یکسال کاهش معنی‌داری داشت. Tramarin و همکاران دریافتند که مشکلات اقتصادی از نگرانی‌های عمده و مهم بیماران ایدزی است و هرچه میزان این نگرانی‌ها بالاتر باشد، کیفیت زندگی در مبتلایان به این بیماری پایین و شدت علائم بیماری بالاتر می‌رود(۱۶). وحدت نیز در مطالعه‌ای بیان کرد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران HIV/AIDS در افرادی که نگرانی بابت وضعیت تأهل، اشتغال و سطح سواد خود دارند، کاهش بیش‌تری دارد(۱۷). بنابراین اگر بتوان نگرانی‌ها در مورد ازدواج، روابط خانوادگی و اجتماعی، تحصیلات، اشتغال را با مشاوره‌های روانشناختی و حمایت‌های لازم در زمینه روابط شخصی و اجتماعی به حداقل رساند، می‌توانند در ارتقاء وضعیت زندگی این افراد کمک‌کننده باشد که این موضوع در مورد بیماران HIV مثبت نیز در مطالعه حاضر اثبات گردید.

از دیگر متغیرهای مورد بررسی، "رضایت از درمان فعلی" بود. نتایج نشان داد که این متغیر پس از اعمال مراقبت‌ها، در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد به شکل معناداری افزایش یافته بود. هر چند در خود گروه مداخله، اختلاف معنی‌داری قبل وبعد از مراقبت‌ها مشاهده نشد، اما با این حال میزان این رضایت‌مندی تا حدودی افزایش یافته بود، در حالی که در گروه شاهد این میزان تا حدودی با کاهش مواجه شده بود. با توجه به مراقبت‌های درمانی وسیعی که در مطالعه ما برای این بیماران در زمینه تجویز داروها، پیگیری عوارض دارویی، پیگیری آزمایشات لازم و هم‌چنین بیماری‌های همراه و واکسیناسیون انجام شد، دور از انتظار نبود که رضایت بیماران از درمان افزایش یابد. این مسئله سهم مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دارد. به گونه‌ای که وحدت در مطالعه‌اش بیان کرد که نوع درمان و پیگیری مصرف داروها و وضعیت سلامت بیماران، رابطه‌ی مستقیمی با کیفیت زندگی آن‌ها دارد(۱۷). Préau (۱۸)، Bengtson (۱۹) و Wu (۲۰) نیز در مطالعات جداگانه‌ای به تاثیر سیستم حمایتی درمانی در بهبود علایم و وضعیت زندگی بیماران HIV مثبت اشاره کردند. وضعیت درمانی این بیماران تاحدی قابل اهمیت است که شاید بتوان یکی از مهم‌ترین علل بهبود کیفیت زندگی این بیماران را، توجه به درمان طبی آن‌ها داتسن. زیرا عموما یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های بیماران HIV مثبت، نگرانی بابت بهبود نیافتن و پیشرفت بیماری می‌باشد(۲۱). Rouleau در تحقیق خود دریافت که برچسب بیماری ایدز در زنان مبتلا به ایدز مانعی برای دریافت مراقبت‌های درمانی در مراکز بهداشتی و درمانی است(۲۲).

متغیر دیگری که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت، "نگرانی از بیماری" بود. این متغیر با فاکتورهایی شامل نگرانی در مورد ابتلا به عوارض، ضعیف شدن ایمنی، ظاهری متفاوت از دیگران و هم‌چنین نگرانی از ضعف در توانایی‌ها مانند رانندگی سنجیده شده بود. نتایج نشان داد که نگرانی از بیماری در گروه مداخله پس از مراقبت‌ها افزایش معناداری داشته و نسبت به گروه شاهد نیز بیش‌تر بود و در گروه شاهد هم به شکل تعجب‌آوری پس از یکسال، نگرانی از بیماری کاهش یافته بود. این موضوع ممکن است ۲ دلیل داشته باشد. دلیل اول می‌تواند ضعف پژوهش حاضر در ارائه مراقبت‌های لازم جهت کاهش نگرانی بیماران بوده باشد که نیازمند بررسی می‌باشد. اما دلیل دوم ممکن است

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

این مسئله باشد که بیماران گروه مداخله پس از دریافت مراقبت‌ها نسبت به بیماری خود و عوارض احتمالی آن اطلاعات بیش‌تری کسب کرده و به نوعی افزایش نگرانی آن‌ها نسبت به بیماری خود ناشی از افزایش آگاهی آن‌ها نسبت به بیماری و عوارض آن بوده است. حال آن که گروه شاهد نسبت به بیماری خود آگاهی کم‌تری داشته و به نوعی کم‌تر باعث نگرانی آن‌ها شده است. با این حال این مسئله به طور یقین قابل اثبات نیست و حداقل نشان‌دهنده این موضوع است که در ارائه مراقب‌های سلامت به بیماران، توجه به جنبه‌های مربوط به نگرانی مبتلایان نسبت به بیماری خود از جمله نگرانی بابت عوارض بیماری، قابل اهمیت می‌باشد.

فاکتور دیگر "رضایت از روابط شخصی" بود که شامل روابط زناشویی و مسائل جنسی، کار، مدرسه و فعالیتهای درون منزل بود. براساس نتایج، هرچند پس از مراقبت‌ها در بین گروه مداخله و شاهد تفاوتی در رضایت از روابط شخصی وجود نداشت، اما در خود گروه مداخله با کاهش معناداری مواجه شده بود. البته در گروه شاهد نیز رضایت از روابط شخصی تاحدی کاهش پیدا کرده بود، با این حال این موضوع نشان‌دهنده این مسئله است که توجه به روابط شخصی بیمار نیازمند توجه بیش‌تری دارد و در صورتی‌که حتی اگر خود بیماران هم به دلایل مسایل شخصی تمایلی به مطرح کردن مشکلات مربوط به روابط شخصی خود به خصوص مسائل جنسی نداشتند، باز هم بستر لازم جهت همکاری بیش‌تر بیماران در این زمینه فراهم گردیده تا در کاهش این معضل گره‌گشا باشد. به نظر می‌رسد در این مورد کمک روانشناس و یا در صورت لزوم روانپزشک اهمیت بیش‌تری داشته و تنها صرف توجه به مسائل بهداشتی و پیگیری بیماری‌های STD گره‌گشا نمی‌باشد. وحدت نیز بیان کرد که کمک به حفظ روابط شخصی و خانوادگی این بیماران، نقش موثری در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها خواهد داشت(۱۷). مورد دیگری که بررسی شد "محدودیت‌ها" بود که شامل محدویت در جمع مردم واقع شدن، صحبت کردن و مسافرت رفتن با دیگران بود. در پژوهش حاضر هرچند پس از مراقبت‌ها تفاوتی در محدودیت‌های گروه مداخله و شاهد وجود نداشت، اما در خود گروه مداخله با افزایش معناداری مواجه شده بود. ممکن است تحت مراقبت قرار گرفتن این بیماران در این یکسال، سبب این تصور در آن‌ها شده باشد که امکان پنهان‌سازی بیماری برای آن‌ها کم‌تر شده و دیگران از وضعیت آن‌ها آگاه گردیده‌اند و با این تصور که ممکن است از طرف دیگران مورد قضاوت یا طرد شدن قرار بگیرند، محدویت‌های بیش‌تری برای حضور خود در جمع قایل می‌شدند. بنابراین توجه به این موضوع برای ارائه دهندگان خدمات قابل اهمیت می‌باشد که علاوه بر ارائه خدمات، توجیهات بیماران و اطرافیان آن‌ها در این زمینه، باید لحاظ گردد. در یک پژوهش کیفی در اصفهان، نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به ایدز به دنبال مطلع شدن دیگران از بیماری آنان طیف وسیعی از مشکلات را به علت انگ ناشی از بیماری ایدز تجربه می‌کنند. بنابراین باید در مراقبت از این بیماران، نه تنها به نیازهای جسمی آنان، بلکه باید به نیازهای روحی-روانی، اجتماعی و سایر ابعاد زندگی این بیماران نیز توجه شود. آشنایی با انگ تجربه شده در این بیماران به تیم مراقبت‌کننده کمک می‌نماید تا با آگاهی‌های لازم، مراقبت و آموزش‌های مورد نیاز جهت افزایش کیفیت زندگی و میزان بقای آنان ارائه دهند. این مطالعه بیان کرد که افزایش آگاهی و ایجاد تغییر در نگرش جامعه در برخورد با این بیماران و نحوه ارتباط صحیح با آنان نیز باید به عنوان یک امر ضروری و انکار ناپذیر مورد توجه قرار گیرد(۲۳).

متغیر "احساسات" نیز که شامل وضعیت خواب، درد و اذیت شدن بخاطر بیماری، احساس ناخوشی جسمی و ... بود، قبل و بعد از انجام مراقبت‌ها، در گروه مداخله و شاهد تفاوتی با یکدیگر نداشت. اما به‌طور کلی، در مورد "کیفیت زندگی عمومی" که توسط پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی WHO-QOL-Brief

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

مورد سنجش قرار گرفته بود، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پس از انجام مراقبت‌ها، کیفیت زندگی عمومی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد به شکل معناداری بیش‌تر شده بود. این بدان معناست که مراقبت‌های انجام شده بر روی کیفیت زندگی عمومی موثر بوده است ومی‌توان به تاثیر این مراقبت‌ها امیدوار بود. هرچند نوع این مراقبت‌ها و میزان آن‌ها نیازمند بررسی بیش‌تری می‌باشد. Bengtson بیان داشت که در میان افراد مبتلا به HIV، بهبود دسترسی به این بیماران مراقبت‌های لازم، سبب افزایش کیفیت زندگی آن‌ها خواهد شد(۱۹).

البته با این که کیفیت زندگی عمومی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد بیش‌تر بود، اما در خود گروه مداخله، تغییر معناداری نسبت به قبل از مراقبت‌ها نداشت، با این حال این میزان در گروه شاهد پس از یکسال کاهش معناداری پیدا کرده بود.این نتیجه نشان می‌دهد که وضعیت کیفیت زندگی عمومی در بیماران HIV مثبت به خودی خود با گذشت زمان و با پیشرفت بیماری در حال سقوط می‌باشد که Care می‌تواند از سرعت سقوط کیفیت زندگی بیماران تا حدی بکاهد. در حال حاضر، کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده و به‌کار می‌رود. مطالعه حاضر نشان داد که Care جسمی و روحی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر باشد و عوامل مداخله‌ای نیز از جمله وضعیت روابط شخصی، اطرافیان و خانواده، اشتغال و ... می‌باشند که نیاز است در این زمینه‌ها پیگیری‌های لازم جهت ارتقای کیفیت زندگی این افراد صورت گیرد. هم چنین در طراحی مراقبت‌های این بیماران، توجه به همه جنبه‌های دخیل در زندگی این بیماران الزامی می‌باشد. امید است نتایج این پژوهش اطلاعات سودمند و مفیدی را در اختیار مسئولان بهداشتی و مراکزی که در جهت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران تلاش می‌کنند، قرار دهد.

References

1. Douek DC, Roederer M, Koup RA. Emerging concepts in the immunopathogenesis of AIDS. Annu Rev Med 2009; 60: 471-484.
2. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. Lancet 2013; 382(9903): 1525-1533.
3. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 7th Ed. 2014.
4. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Quality of life in HIV/AIDS. Indian J Sex Transm Dis AIDS 2010; 31(2): 75-80.
5. Briongos Figuero LS, Bachiller Luque P, Palacios Martin T, González Sagrado M, Eiros Bouza JM. Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients. HIV Med 2011; 12(1): 22-30.
6. Kabore I, Bloem J, Etheredge G, Obiero W, Wanless S, Doykos P, et al. The effect of community-based support services on clinical efficacy and health-related quality of life in HIV/AIDS patients in resource-limited settings in sub-Saharan Africa. AIDS Patient Care and STDs 2010; 24(9): 581-594.
7. Oguntibeju OO. Quality of life of people living with HIV and AIDS and antiretroviral therapy. HIV/AIDS (Auckl) 2012; 4: 117-124.
8. James SR, Nelson K, Ashwill J. Nursing care of children-E-book: principles and practice: Elsevier Health Sciences. Saunders; 4ed 2014.
9. Suárez L, Tay B, Abdullah F. Psychometric properties of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life assessment in Singapore. Qual Life Res 2018; 27(11): 2945-2952.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

10. Maheswaran H, Petrou S, MacPherson P, Choko AT, Kumwenda F, Lalloo DG, et al. Cost and quality of life analysis of HIV self-testing and facility-based HIV testing and counselling in Blantyre, Malawi. BMC Med 2016; 14(1): 34.
11. da Silva JG, da Rocha Morgan DA, Melo FCM, dos Santos IK, de Azevedo KPM, de Medeiros HJ, et al. Level of pain and quality of life of people living with HIV/AIDS pain and quality of life in HIV/AIDS. AIDS Care 2017; 29(8): 1041-1048.
12. Naveet W, Raja L, Hemraj P, Vivek A, ChanderMohan M, SunilKumar A. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in north India. Indian Journal of Medical Sciences 2006; 60(1): 3-12.
13. Viese U, Moradi Sh. Quality of Life and related factors in the women with HIV in tehran. Journal of Family Research 2007; 2(8): 309-325.
14. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. J Intellect Disabil Res 2005; 49(10): 699-706.
15. Hsiung PC, Fang CT, Wu CH, Sheng WH, Chen SC, Wang JD, et al. Validation of the WHOQOL-HIV BREF among HIV-infected patients in Taiwan. AIDS Care 2011; 23(8): 1035-1042.
16. Tramarin A, Campostrini S, Postma MJ, Calleri G, Tolley K, Parise N, et al. A multicentre study of patient survival, disability, quality of life and cost of care. Pharmacoeconomics 2004; 22(1): 43-53.
17. Vahdat K, Hadavand F, Rabieian P, Farhangpour L. Study of daily quality of life in patients living with HIV in Bushehr province. Iranian South Med J (ISMJ) 2012; 15(2): 119-126.
18. Preau M, Leport C, Salmon-Ceron D, Carrieri P, Portier H, Chene G, et al. Health-related quality of life and patient-provider relationships in HIV-infected patients during the first three years after starting PI-containing antiretroviral treatment. AIDS Care 2004; 16(5): 649-661.
19. Bengtson AM, Pence BW, O'Donnell J, Thielman N, Heine A, Zinski A, et al. Improvements in depression and changes in quality of life among HIV-infected adults. AIDS Care 2015; 27(1): 47-53.
20. Wu X, Chen J, Huang H, Liu Z, Li X, Wang H. Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Hunan, China. Appl Nurs Res 2015; 28(2): 169-174.
21. Ballester-Arnal R, Gómez-Martínez S, Fumaz CR, González-García M, Remor E, Fuster MJ. A Spanish study on psychological predictors of quality of life in people with HIV. AIDS Behav 2016; 20(2): 281-291.
22. Rouleau G, Côté J, Cara C. Disclosure experience in a convenience sample of Quebec-born women living with HIV: a phenomenological study. BMC Women's Health 2012; 12(1): 37.
23. Sassanid L, Naji A, Abedi H, TAERI K. The Experience of Social Stigma in AIDS Patients: A Phenomenological Study. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2014; 20(4): 487-495 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]