Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 20, No. 5, Nov-Dec 2012
Pages: 571-581

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۰ ، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۱
صفحه: ۵۸۱-۵۷۱

نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز

علی اکبر پیراسته مطلق*[1]، زهرا نیک‌منش[2]

۱- دبیر آموزش و پرورش شهرستان بویراحمد، سازمان آموزش و پرورش استان کهگیلویه و بویراحمد
۲ - استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۱۱

چکیده

مقدمه: بیماری ایدز مسیر زندگی افراد مبتلا به بیماری را تغییر می‌دهد و باعث کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری و افکار آشفته در آنها می‌شود. هدف مطالعه حاضر بررسی نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش در یک نمونه ۴۳ نفری از بیماران مبتلا به ایدز استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۹۰ که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام شد. معنویت از طریق پرسشنامه سنجش معنویت (SQ) و کیفیت زندگی از طریق پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام، t تست و آزمون ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که بین معنویت و کیفیت زندگی (r=۰.۵۶ ؛p=۰.۰۰۱) ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد، ولی بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن و مدت زمان ابتلا به بیماری) و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مؤلفهٔ خودآگاهی بهترین پیش‌بینی کننده ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی است. همچنین، بین بیماران زن و مرد در کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان استنباط کرد که معنویت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز مؤثر است. معنویت را می‌توان به عنوان یک روش مقابله‌ای، برای ارتقاء سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز مورد استفاده قرار داد.

واژه‌های کلیدی: معنویت، کیفیت زندگی، ایدز/ اچ آی وی

*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۳۸۲۹۹۱۸۷۱، پست الکترونیکی: aapirasteh88@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18]

مقدمه

از سال ۱۹۸۱ که اولین مورد بیماری ایدز تشخیص داده شد تا به امروز، ایدز یک اپیدمی جهانی به شمار می‌آید(۱) و با وجود پیشرفت در دارودرمانی، این بیماری همچنان به عنوان یکی از علل عمده مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود(۲). ایدز بیماری است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و برچسب اجتماعی، نه تنها از جنبه جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی نیز وضعیت بیماران را متأثر کرده و منجر به بروز مشکلات فراوان در فعالیت‌های مفید و علایق بیماران می‌گردد(۳). این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و باعث کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، علایم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود. عملکرد روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند و در عوض نقش‌های جدیدی را مطرح می‌سازد. تمامی این مشکلات به علاوه مراجعات مکرر به پزشک و هزینه‌های بالای درمان و عوارض دارویی باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود(۴). علاوه بر این، بسیاری از این بیماران با مشکلات بی‌شماری، از جمله ننگ و بدنامی، فقر، افسردگی، سوء مصرف مواد و ناامیدی ناشی از مرگ قریب‌الوقوع مقابله می‌کنند که می‌تواند از طریق بر هم زدن جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی، سلامت و کیفیت زندگی‌شان را تحت تأثیر قرار دهد(۳). Carr و همکاران بیان داشتند مسئله عمده‌ای که در مورد مبتلایان به بیماری ایدز وجود دارد، طرد شدن آنها از اجتماع و تبعیض می‌باشد که به نحوی تکامل فردی آنها را که ارتباط مستقیم با سلامت روانی دارد تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. در این ارتباط می‌توان فشارهای روانی متحمل شده در اثر بیماری، میزان تطابق و سازگاری با این فشارها در شرایط متفاوت را نام برد. تغییرات شغلی، فشارهای اقتصادی ناشی از درمان و سایر روش‌هایی که فرد برای تأمین هزینه‌های درمان از آنها بهره می‌گیرد، به طور بارزی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا تأثیر مهمی دارد(۵). از این رو همه این عوامل دست به دست هم می‌دهند تا بیمار مبتلا به ایدز دچار نابسامانی و از دست دادن کیفیت زندگی شود.

در رابطه با این مسئله که ایدز تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی افراد مبتلا دارد، تحقیقات مختلفی به انجام رسیده است. به عنوان مثال، Wig و همکاران نشان دادند که میانگین نمرات کیفیت زندگی افراد مبتلا به ایدز در ابعاد اجتماعی، روانی و فیزیکی به صورت بارزی پایین است(۶). همچنین Wiese و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی ۱۱۲ بیمار زن مبتلا به ایدز انجام دادند، نشان دادند که ۱۷٪ از بیماران دارای کیفیت زندگی خیلی پایین، ۵۱/۸٪ دارای کیفیت زندگی پایین و ۳۱/۲٪ دارای کیفیت زندگی متوسط هستند. علاوه بر این، مشخص گردید که کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ایدز بر حسب طول مدت ابتلاء، وضعیت روانی، استرس‌های محیطی، اعتقادات مذهبی و رضایت زناشویی دارای رابطه معنی‌داری می‌باشد. اما بر حسب نحوه ابتلاء و سن دارای رابطه معنی‌داری نمی‌باشد(۷). از سوی دیگر، بعضی تحقیقات تفاوت‌های جنسیتی را در کیفیت زندگی افراد مبتلا به ایدز نشان داده‌اند. به عنوان مثال، Holzemer و همکاران نشان داده‌اند که مردان نسبت به زنان مبتلا به ایدز(HIV) از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند(۹،۸). این در حالی است که Mayo نشان داده است که در کیفیت زندگی افراد آلوده به این ویروس تفاوت‌های جنسیتی وجود ندارد(۱۰). Coreless وهمکاران نیز در تحقیقی بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به ایدز نشان دادند که کیفیت زندگی در زنان به طور معنی‌داری پایین‌تر از مردان مبتلا می‌باشد(۱۱).

با وجود این، مسائل مربوط به کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن اغلب مورد غفلت قرار گرفته، در حالی که اهمیت این مسائل می‌تواند در بیماری‌های مزمن و تهدید کننده زندگی مورد توجه باشد. اگر چه تعدادی از تحقیقات کیفیت زندگی به ویژه سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به ایدز مورد بررسی قرار داده‌اند(۱۶-۱۲)، ولی تنها تعداد کمی از تحقیقات نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا را مورد مطالعه قرار داده‌اند. از جمله این مطالعات می‌توان به پژوهش‌های زیر اشاره داشت. Basavaraj و همکاران با بررسی کیفیت زندگی در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18]

بیماران مبتلا به ایدز نشان دادند که بهزیستی روانی، سیستم‌های حمایت اجتماعی، استراتژی‌های کنار آمدن و بهزیستی معنوی پیش‌بینی کننده‌های مهمی برای کیفیت زندگی در این بیماران هستند(۱۷). نتایج پژوهش PrislaÜcker و همکاران در رابطه با کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی در افراد مبتلا به ایدز نشان داد که ابعاد جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی با بهزیستی معنوی ارتباط معنی‌داری دارد(۱۸). همچنین Trevino و همکاران نشان دادند که سازگاری مذهبی- معنوی موجب بهزیستی روانی و نیز احساس رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به ایدز می‌شود(۱۹). علاوه بر این، Cotton و همکاران، Mrus و همکاران نتایج مشابهی را به دست آوردند(۲۰،۲۱). بر اساس یافته‌های نظری و پژوهشی فوق‌الذکر، در این تحقیق سعی بر آن است تا نقش معنویت را در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز مورد بررسی قرار گیرد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی ـ همبستگی جهت پیش‌بینی متغیر ملاک است. متغیر پیش‌بینی معنویت و متغیرهای ملاک، کیفیت زندگی می‌باشند. در این مطالعه ۴۳ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۳۹۰ که به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری سه شهر زاهدان، سراوان و ایرانشهر مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. این افراد دارای تست HIV مثبت یا در حال حاضر مبتلا به ایدز تشخیص داده شدند و تحت مراقبت‌های ویژه قرار داشتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل: الف) پرسشنامه سنجش معنویت (SQ) و ب) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) بود.

پرسشنامه معنویت (Spirituality Questionnaire: SQ) در سال ۲۰۰۹ توسط Parsian و Dunning به منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد مختلف آن ساخته شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴) میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات آن را مشخص سازد. پرسشنامه معنویت دارای ۲۹ عبارت بوده و ۴ زیر مقیاس: خودآگاهی (۱۰ عبارت)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی (۴ عبارت)، فعالیت‌های معنوی (۶ عبارت) و نیازهای معنوی (۹ عبارت) را می‌سنجد. ضریب آلفای کلی آزمون ۰/۹۴ و ضریب آلفای زیرمقیاس خودآگاهی ۰/۹۱، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی ۰/۹۱، فعالیت‌های معنوی ۰/۸۰ و نیازهای معنوی ۰/۸۹ گزارش شده است. نتایج حاصل از روش بازآزمایی نیز در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای هیچ تفاوت معنی‌داری بین نمرات مرتبه اول و دوم نشان نداد، که این امر حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه معنویت است(۲۲). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳، برای خرده مقیاس‌های معنویت، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی به ترتیب ضرایب ۰/۹۱، ۰/۹۲، ۰/۷۸ و ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life): حاوی ۲۶ سؤال بوده و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد. دو سؤال نیز به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در هر حیطه امتیازی معادل ۲۰- ۴ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۱۰۰- ۰ می‌باشند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به دست آمد، ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود(۲۳). Nojomi و همکاران در پژوهشی پایایی پرسشنامه مذکور را با استفاده از آلفای کرونباخ در حدود ۰/۹۲ به دست آوردند(۲۴). همچنین در پژوهشی دیگر که Heydari و Jafari بر روی ۱۰۰ نفر بیمار آلوده به ویروس HIV و ۱۰۰ نفر از افراد عادی شهر اهواز انجام دادند،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18]

ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آوردند(۲۵).

روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که بعد از مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و مرکز بهداشت استان سیستان و بلوچستان و جلب موافقت آنها برای همکاری، پرسشنامه‌ها آماده شد. به دلیل اهمیت رازداری در تشخیص و درمان بیماران مبتلا به ایدز، اجازه دسترسی مستقیم به بیماران برای محققین امکان‌پذیر نبود. کارشناسان مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری مسئولیت همکاری در خصوص تکمیل پرسشنامه‌ها را پذیرفتند و آموزش‌های لازم را در این زمینه دریافت نمودند. پس از اطمینان از آمادگی و توانایی لازم برای پاسخدهی به پرسشنامه‌ها و ارائه توضیحات لازم در مورد نحوه پاسخدهی، به افراد مبتلا به ایدز اجازه داده شد تا پرسشنامه را تکمیل نمایند. بیماران به ترتیب به سؤالات مربوط به پرسشنامه‌های معنویت و کیفیت زندگی پاسخ دادند. همچنین، برای بیماران بی‌سواد سؤالات پرسشنامه‌ها خوانده می‌شد و از بین پاسخ‌های خوانده شده پاسخی که بیمار انتخاب می‌کرد، علامت زده می‌شد.

نتایج

داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام، t تست و آزمون ANOVA استفاده شد. یافته‌های توصیفی مربوط به آزمودنی‌ها نشان داد که، ۵۵/۸٪ (۲۴ نفر) مرد، ۴۴/۲٪ (۱۹ نفر) زن؛ ۱۴٪ (۶ نفر) مجرد ۶۵/۱٪ (۲۸ نفر) متأهل، ۲۰/۹٪ (۹ نفر) مطلقه یا همسر فوت شده داشتند؛ ۹/۳٪ (۴ نفر) بین ۱۵- ۱ سال، ۵۲/۲٪ (۲۲ نفر) بین ۳۰- ۱۶ سال، ۳۹/۵٪ (۱۷ نفر) بین ۵۰- ۳۱ سال بودند. از گروه سنی ۱۵- ۱ ساله، یک نفر نه ساله، یک نفر ده ساله و دو نفر ۱۳ ساله بودند. که با توجه به سن پایین این گروه سنی و عدم پاسخگویی آنها به همه سؤالات پرسشنامه‌ها، داده‌های حاصل از این بیماران در تجزیه و تحلیل داده‌ها لحاظ نشده‌اند. افزون بر این، ۱۱/۶٪ (۵ نفر) از بیماران بین ۳-۱ سال است که به بیماری مبتلا شده‌اند، ۲۵/۶٪ (۱۱ نفر) بین ۷-۴ سال، ۴۴/۲٪ (۱۹ نفر) بین ۱۱-۷ سال و ۱۸/۶٪ (۸ نفر) سابقه بیش از ۱۲ سال ابتلاء به بیماری را داشتند. همچنین میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرها و زیر مقیاس‌های آنها در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس‌های معنویت و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز

متغیرها	زیر مقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
معنویت	خود آگاهی	۲۷/۶۹	۶/۹۴
	اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی	۱۲/۲۷	۲/۹۶
	فعالیت‌های معنوی	۱۷/۵۵	۳/۷۲
	نیازهای معنوی	۲۶/۰۶	۵/۵۳
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	۱۹/۵۸	۶/۴۰
	سلامت روانی	۱۷/۴۴	۵/۳۵
	سلامت محیط	۲۵/۷۲	۱۰/۴۷
	روابط اجتماعی	۸/۹۵	۲/۶۸

جهت بررسی ارتباط بین معنویت و مؤلفه‌هایش با کیفیت زندگی و ابعاد آن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۲).

نتایج نشان داد که کیفیت زندگی با معنویت ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد (r=۰/۵۶ ؛p=۰/۰۰۱). رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی با معنویت و زیرمقیاس‌های آن نشان می‌دهد که بین

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18]

خودآگاهی و همه ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت محیط ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد. اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی نیز با تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت محیط، ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد. فعالیت‌های معنوی تنها با سلامت جسمانی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد (p=۰/۰۰۱؛ r=۰/۴۷). علاوه بر این، رابطه نیازهای معنوی با تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت محیط، مثبت و معنی‌داری است.

همچنین جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن و مدت زمان ابتلا به بیماری) و کیفیت زندگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج حاصل از بررسی نشان می‌دهد که بین هیچکدام از متغیرهای جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد(جدول ۳).

جدول۲: همبستگی کیفیت زندگی و ابعاد آن با معنویت و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به ایدز

متغیرها	خودآگاهی	اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی	فعالیت‌های معنوی	نیازهای معنوی	معنویت
سلامت جسمانی	۰/۷۰**	۰/۴۹**	۰/۴۷**	۰/۳۳*	۰/۶۳**
سلامت روانی	۰/۷۱**	۰/۴۲**	۰/۲۹	۰/۳۲*	۰/۵۸**
سلامت محیط	۰/۲۴	۰/۰۰	۰/۰۳	۰/۲۵	۰/۲۰
روابط اجتماعی	۰/۵۶**	۰/۳۵*	۰/۲۳	۰/۳۶*	۰/۵۰**
کیفیت زندگی	۰/۶۴**	۰/۳۴*	۰/۳۰	۰/۳۸*	۰/۵۶**

*(P<۰/۰۵) **(P<۰/۰۱)

جدول۳: همبستگی بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز

متغیرها	جنسیت	وضعیت تأهل	سن	مدت زمان ابتلا به بیماری
کیفیت زندگی	۰/۱۱	- ۰/۰۰	۰/۱۶	- ۰/۱۴

*(P<۰/۰۵) **(P<۰/۰۱)

بر اساس جدول ۴، نتایج رگرسیون گام به گام جهت پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی) از طریق مؤلفه‌های معنویت نشان داد در هر سه بعد کیفیت زندگی تنها مؤلفه خودآگاهی وارد معادله رگرسیون گردید و برای ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی به ترتیب ۰/۴۹٪، ۰/۵۰٪ و ۰/۳۲٪ واریانس را تبیین می‌کند و بهترین پیش‌بینی کننده ابعاد سلامت جسمانی (p=۰/۰۰۰، Beta=۰/۷۰)، سلامت روانی (p=۰/۰۰۰، Beta=۰/۷۱) و روابط اجتماعی (p=۰/۰۰۰، Beta=۰/۵۶) به شمار می‌آید.

جدول۴: نتایج رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی ابعاد کیفیت زندگی بر اساس مؤلفه‌های معنویت

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	Beta	T	R	R Adjusted	pvalue
سلامت جسمانی	خودآگاهی	**۰/۷۰	۶/۲۷۲	۰/۷۰۶	۰/۴۹	۰/۰۰۰
سلامت روانی	خودآگاهی	**۰/۷۱	۶/۵۱۸	۰/۷۱۵	۰/۵۰	۰/۰۰۰
روابط اجتماعی	خودآگاهی	**۰/۵۶	۴/۴۳۴	۰/۵۶۸	۰/۳۲	۰/۰۰۰

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18]

جهت بررسی تفاوت میانگین بیماران زن و مرد از آزمون t مستقل استفاده شد که نشان داد بین دو گروه بیماران زن و مرد در کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (t= -۴/۵۹۶؛p=۰/۰۱۵)، که با توجه به میانگین به دست آمده از کیفیت زندگی در دو گروه، مردان نسبت به زنان از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند (جدول ۵). علاوه بر این، نتایج حاصل از آزمون ANOVA نشان داد بین کیفیت زندگی بیماران مجرد، متأهل و مطلقه یا همسر فوت شده و همچنین بین کیفیت زندگی بیماران در گروه‌های سنی مختلف (به جز گروه سنی ۱۵-۱ سال) و در نهایت بین کیفیت زندگی بیماران بر اساس مدت زمان ابتلاء به بیماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۵: مقایسه تفاوت میانگین نمرات بیماران زن و مرد در کیفیت زندگی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	df	pvalue
کیفیت زندگی	زن	۶۹/۶۶	۱۴/۲۵	-۴/۵۹۶	۴۱	۰/۰۱۵
	مرد	۷۸/۲۵	۲۶/۵۰			

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز مطالعه شد. نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی و ابعاد آن با معنویت و مؤلفه‌هایش ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد و مؤلفه خودآگاهی معنوی بهترین پیش‌بینی کننده ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی بود. این نتیجه با یافته‌های برخی پژوهش‌های صورت گرفته همخوانی دارد(۲۱-۱۲). این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عقاید و فعالیت‌های مذهبی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی یا حائلی می‌توانند از طریق امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، استرس زندگی را کم کنند و کیفیت زندگی را در افراد مبتلا به ایدز ارتقاء بخشند. Hemmati Maslakpak و همکاران نشان دادند که چگونه اعتقادات و باورهای مذهبی می‌تواند تمامی ابعاد زندگی بیماران را از نظر جسمی، روانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد(۲۶). Omidvari بیان داشت که معنویت یک تجربه شخصی است که بسیاری از مردم از طریق اعمال مذهبی به آن دست می‌یابند(۲۷). Cotton و همکاران در یک مطالعه گزارش دادند که تعدادی از ویژگی‌های روانشناختی از جمله خوش‌بینی، اعتماد به نفس، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی با معنویت/مذهب ارتباط دارند(۲۰). علاوه بر این Mrus و همکاران بیان نموده‌اند تعدادی از همبسته‌های مرتبط با کیفیت زندگی از جمله علایم رنج، معنویت/مذهب و نشانه‌های افسردگی می‌توانند اهداف بالقوه مفیدی برای مداخلات درمانی جهت بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به ایدز باشند(۲۱). بنابراین، با توجه به رابطه مثبت بین معنویت و کیفیت زندگی و نیز نقش مثبت معنویت در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز، تقویت معنویت و نگرش مذهبی در بیماران و همچنین ترغیب و توجیه آنها به انجام دادن اعمال مرتبط با آن می‌تواند کیفیت زندگی را در آنها افزایش دهد. علاوه بر این، نتایج حاصل از بررسی نشان داد که بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن و مدت زمان ابتلا به بیماری) و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد و هیچکدام از این متغیرهای جمعیت‌شناختی نمی‌توانند یک عامل تعیین‌کننده در رابطه بین معنویت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز باشند. یافته‌های حاصل از عدم ارتباط معنی‌داری جنسیت، وضعیت تأهل و سن با کیفیت زندگی با نتایج تحقیق Wiese و همکاران همسو است ولی این یافته که بین مدت زمان ابتلا به بیماری و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد با نتایج تحقیق مذکور همسو نمی‌باشد.

افزون بر این، نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که زنان مبتلا به ایدز نسبت به مردان در اکثر جنبه‌های کیفیت زندگی شرایط بدتری دارند. این یافته با نتایج تحقیقات Holzemer و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18]

همکاران، Cederfjal و همکاران، Coreless و همکاران همخوانی دارد(۸،۹،۱۱). تحقیقات آنها در این رابطه بیانگر این است که در بیماران مبتلا به ایدز، مردان نسبت به زنان از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. این موضوع شاید از عدم ادراک مثبت نسبت به نقش زنان در جامعه، منفعل بودن از نظر اجتماعی و اقتصادی و همچنین تأثیر عواملی مانند نابرابری جنسی، خشونت علیه زنان، عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی، اعتقادات خاص فرهنگی و برچسب بیماری سرچشمه می‌گیرد. نتایج همچنین نشان داد که بین کیفیت زندگی بیماران مجرد، متأهل و مطلقه یا همسر فوت شده و همچنین بین کیفیت زندگی بیماران گروه‌های سنی مختلف (به جز گروه سنی ۱۵-۱ سال) و در نهایت بین کیفیت زندگی بیماران بر اساس مدت زمان ابتلا به بیماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در این رابطه، در تحقیقات دیگر یافته‌های موافق یا مخالف مشاهده نگردید. البته لازم به ذکر می‌باشد که این پژوهش دارای محدودیت‌هایی از جمله عدم دسترسی مستقیم و آسان به بیمارانی که به روش تصادفی انتخاب شدند، عدم همکاری همه بیمارانی که در دسترس بودند و تعداد کم بیماران شرکت کننده در پژوهش بود.

در نهایت می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که با توجه به رابطه مثبت بین معنویت و کیفیت زندگی و نیز نقش مثبت معنویت در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز، تقویت معنویت و نگرش مذهبی در بیماران و همچنین ترغیب و توجیه آنها به انجام دادن اعمال مرتبط با آن می‌تواند کیفیت زندگی را در آنها افزایش دهد. همچنین نهادینه شدن باورهای معنوی- مذهبی و تقویت آنها در این بیماران موجب می‌شود که آنها مشکل خود را در متن گسترده‌ای قرار دهند و بیماری خود را بیشتر پذیرا باشند. همچنین خودباوری و عزت نفس خود را افزایش دهند و این موارد در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. بنابراین، آموزش‌های معنوی ـ مذهبی توسط دست اندرکاران و مسئولان فرهنگی، آموزشی و درمانی به منظور افزایش سلامت روانی- اجتماعی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران توصیه می‌شود.

سپاسگزاری

از کلیه عزیزانی که ما را در به ثمر رساندن این پژوهش یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را می‌نماییم.

منابع:

1- Villarruel AM, Gallegos EC, Cherry CJ, Refugio de Duran M. ***Launiendo de fronteras: collaboration to develop hiv prevention strategies for Mexican and Latino youth.*** J Transcult Nurs 2003; 14(3): 193-206.

2- Tsevat J. ***Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS.*** J Gen Intern Med 2006; 21(S5): S1-2.

3- Aranda Naranjo B. ***Quality of life in HIV positive-patient.*** J Assoc Nurses AIDS Care 2004; 15(Suppl 5): 265-73.

4- Oliva J, Roa C, Del Llano. ***Indirect costs in ambulatory patients with-HIV/AIDS in Spain: a pilot study.*** Pharmacoeconomics 2003; 21(15): 1113-21.

5- Carr RI, Gramling LF. ***Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS.*** J Assoc Nurses AIDS Care 2004; 15(5): 30-9.

6- Wig N, Lekshmi R, Pal H, Ahuja V, Mittal CM, Agarwal SK. ***The impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in north India.*** Indian J Med Sci 2006; 60(1): 3-12.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18]

7- Wieseiseh A, Moradi S. ***Quality of life and related factors in The women with HIV Tehran.*** Family Res 2006; 2(8): 309-25. [Persian].

8- Holzemer WL, Spicer JG, Skodol Wilson H, Kemppainen JK, Coleman C. ***Validation of the quality of life scale: Living with HIV.*** J Adv Nurs 1998; 28(3): 622-30.

9- Cederfjall C, Langius-Eklof A, Lidman K, Wredling R. ***Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection.*** AIDS Patient Care STDs 2001; 15(1): 31-39.

10- Mayo MR. ***Gender differences in quality of lifein persons infected with HIV.*** Research Project. Collage of Nursing, University of Illinois, Chicago, 2002.

11- Coreless IB, Nicholas PK, McGibbon CA, Wilson C. ***Weight change, body image and quality of life in HIV disease: a pilot study.*** Appl Nurs Res 2004; 17(4): 292-6.

12- Grossman HA, Sullivan PS. ***Quality of life and HIV current assessment tools and future directions for clinical practice.*** AIDS Read 2003; 13(12): 583-90. 595-7.

13- Clayson DJ, Wild DJ, Quarterman P, Duprat-Lomon I, Kubin M, Coons SJ. ***A comparative review of health-related quality-of-life measures for use in HIV/AIDS clinical trials.*** Pharmacoeconomics 2006; 24(8): 751-65.

14- Robberstad B, Olsen JA. ***Thehealth related quality of life of people living with HIV /AIDS in sub-Saharan Africa - a literature review and focus group study.*** Cost Eff Resour Alloc 2010; 8: 5.

15- Fatiregun AA, Mofolorunsho KC, Osagbemi KG. ***Quality of life of people living with HIV/AIDS in kogistate, Nigeria.*** Benin J Postgraduate Med 2009; 11(1): 21-7.

16- Nojomi M, Anbary K, Ranjbar M. ***Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS.*** Arch Iran Med 2008; 11(6): 608-12.

17- Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. ***Quality of life in HIV/AIDS.*** Indian J Sex Dis 2010; 31(2): 75-80.

18- PrislaÜcker C, Marisa Campio M, Maria Lúcia NT. ***Quality of life and spiritual well being in individuals with HIV/AIDS.*** Psicolestud 2008; 13(3): 523-30.

19- Trevino KM, Pargament KI, Cotton S, Leonard AC, Hahn J, Caprini-Faigin CA, et al. ***Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings.*** AIDS Behav 2010; 14(2): 379-89.

20- Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman AH, Feinberg J, et al. ***Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS.*** J Gen Intern Med 2006; 21(S5): S5-13.

21- Mrus JM, Leonard AC, Yi MS, Sherman SN, Fultz SL, Justice AC, et al. ***Health-related quality of life in veterans and non-veterans with HIV/AIDS.*** J Gen Intern Med 2006; 21(Supple 5): S39-47.

22- Parsian N, Dunning T. ***Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: a psychometric process.*** Global J Health Sci 2009; 1(1): 2-12.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18]

23- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni C, Mohammad K, Majdzade SR. ***The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version.*** Sci J School Public Health Institute Public Health Res2006; 4(4): 1-12. [Persian]

24- Nojoomi M, Anbari KH. ***A comparison of the quality of life in HIV/AIDS patients and control group.*** Iran J Med Sci 2007; 15(58): 169-76. [Persian]

25- Heydari AR, Jafari F. ***Compare the quality of life, social support and general health of people infected with AIDS virus than normal people of Ahvaz city***. New Findings Psychol 2009: 47-60. [Persian]

26- Hemmati Maslakpak M, Ahmadi F, Anoosheh M. ***Spiritual beliefs and quality of life: a qualitative research about diabetic adolescent girls' perception.*** Koomesh 2010; 12(2): 144-51. [Persian]

27- Omidvari S. ***Spiritual health: concepts and challenges.*** J Interdisciplinary Res Quran 2008; 1(1): 5-17. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18]

The Role of Spirituality in Quality of Life Patients with AIDS/HIV

Pirasteh Motlagh AA(MA)*[1], Nikmanesh Z(PhD)[2]

[1,2]*Department of Psychology, Sistan & Baluchestan University, Zahedan, Iran*

Received: 18 Dec 2011 ***Accepted:*** 1 Nov 2012

Abstract

Introduction: AIDS will change route of life people with disease and to be cause loss of self – esteem, increased vulnerability feeling and confusion thoughts in their. The purpose of this study is investigating the role of spirituality in quality of life of patients with AIDS/HIV.

Methods: This study was conducted with a sample of 43 patients with AIDS/HIV in Sistan & Baluchestan province in 1390 that had been selected via method of available sampling. Spirituality was measured using the Spirituality Questionnaire (Parsian and Dunning, 2009) and quality of life was measured using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Data were analyzed using Pearson correlation coefficients, stepwise multiple regression, t Test and ANOVA.

Results: The study results indicated that there is a significant positive relationship between spirituality and quality of life, but there is no significant relationship between demographic variables (gender, marital status, age, and disease duration) and quality of life. Results of regression analyses indicated that component of self-awareness is best predictor of physical health, psychological health and social relationships. Also, there was a significant difference among male and female patients in quality of life.

Conclusion: According to these results, it can be deduced that spirituality has an impact on quality of life in patients with AIDS/HIV, and it can be used as a coping method for improving mental health and increasing quality of patients' life with AIDS/HIV

Keywords: Spirituality, Quality of Life, AIDS/HIV

This paper should be cited as:
Pirasteh Motlagh AA, Nikmanesh Z. ***The role of spirituality in quality of life patients with AIDS/HIV***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2012; 20(5): 571-80.

****Corresponding author: Tel: +98 9382991871, Email: aapirasteh88@gmail.com***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-02-18]