



بررسی الگوی آشکارسازی و وضعیت حمایت اجتماعی افراد HIV مثبت

زهرا جرجران شوشتری^۱ (M.Sc.)، حمیرا سجادی^{۲*} (Ph.D.)، آمنه ستاره فروزان^۳ (Ph.D.)، یحیی سلیمی^۴ (M.Sc.)، مریم ملکی^۵ (M.D.)

۱- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران- گروه مدیریت رفاه اجتماعی- کارشناس ارشد رفاه اجتماعی. ۲- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران- مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت- متخصص پزشکی اجتماعی. ۳- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران- مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت- گروه مدیریت رفاه اجتماعی. ۴- دانشگاه علوم پزشکی تهران- گروه آمار و اپیدمیولوژی- دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی. ۵- دانشگاه علوم پزشکی تهران- شبکه بهداشت جنوب تهران- مرکز مشاوره رفتاری بیمارستان امام خمینی- پزشک عمومی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۲۷، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۶/۱۵

چکیده

مقدمه: آشکارسازی وضعیت ابتلا به HIV از عوامل مهم در پیشگیری و کنترل این بیماری به‌شمار می‌آید. هدف از پژوهش حاضر، تعیین الگوی آشکارسازی وضعیت HIV و وضعیت حمایت اجتماعی درک شده افراد مبتلا می‌باشد.

مواد و روش‌ها: ۱۱۶ نفر از افراد HIV مثبت مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره رفتاری به‌طور تصادفی انتخاب شدند. وضعیت حمایت اجتماعی با پرسش‌نامه خودایفای نوربک و وضعیت آشکارسازی با دو سؤال بررسی گردید.

نتایج: میانگین سنی افراد تحت مطالعه 36.7 ± 7.7 سال بود و 72.4% از افراد نمونه مرد بودند. 42.2% از افراد، آلودگی از طریق رابطه جنسی، 44% از طریق تزریق با سرنگ آلوده و 13.8% نیز دیگر موارد انتقال را ذکر نمودند. از میان این افراد، 62.1% وضعیت HIV خود را آشکار کرده بودند. در تحلیل رگرسیون لجستیک، آشکارسازی، با متغیرهای سن، جنس، تعداد CD4، تحصیلات بالاتر از دیپلم و حمایت اجتماعی کارکردی رابطه معناداری نشان داد.

نتیجه‌گیری: بیش از نیمی از افراد، وضعیت خود را برای حداقل یکی از اعضای شبکه ارتباطی خود آشکار کرده بودند. آشکارسازی کمتر زنان می‌تواند ناشی از نگرش جامعه درباره این بیماری باشد. حمایت اجتماعی کارکردی می‌تواند از عوامل مهم در آشکارسازی وضعیت ابتلا باشد. نتایج این پژوهش لزوم توجه بیشتر به برنامه‌های آموزشی در افراد مبتلا و شبکه ارتباطی آن‌ها، در مورد اهمیت آشکارسازی را نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: آشکارسازی، حمایت اجتماعی، HIV مثبت.

Original Article

Knowledge & Health 2012;7(3): 101-106

Pattern of Disclosure and Social Support among People with Positive HIV

Zahra Jorjoran Shushtari¹, Homeira Sajjadi^{2*}, Ameneh Setareh Forouzan³, Yahya Salimi⁴, Maryam Maleki⁵

1- M.Sc. of Social welfare, Dept of Social Welfare Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. 2- Associate professor, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. 3- Associate professor, Social Determinants of Health Research Centre, Dept. of Social Welfare Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. 4- Ph.D. Student in Epidemiology, Dept. of Biostatistics & Epidemiology, Tehran University of medical sciences, Tehran, Iran. 5- M.D., Behavioral Counseling Center of Imam Khomeini Hospital, South Tehran Health Center, Tehran University of medical sciences, Tehran, Iran.

Abstract:

Introduction: Disclosure of HIV status is one of the important factors in prevention and control of HIV. The aim of this study was to determine Pattern of HIV-status disclosure and perceived social support among people with HIV.

Methods: From the patients, who refer to behavioral counseling centers 116 people were randomly selected. Norbeck self administration questionnaire was used to assess their social support. Disclosure of HIV status was assessed with two questions.

Results: The mean age of the participants was 36.7 (SD= 7.7) years. 72.4% of them were male and 27.6% female. The mean of CD4 count was 278.9 (SD =161.4). 42.2% of participants were infected through sexual relationship, 44% were infected through injection with a syringe (Drug abusers), 13.8%, were infected through other ways. Among the participants, 62.1% disclosed their HIV status. In the logistic regression analysis, age, sex, number of CD4, education higher than high school diploma and functional social support showed significant associations with disclosure.

Conclusion: The findings highlight that over half of participants disclosed their infection. Less disclosure by women can be due to public attitude toward HIV. Functional social support is an important factor for the disclosure of HIV infection. Then, it is necessary to pay more attention to educational programs for persons with HIV and their social network.

Keywords: Disclosure, Social support, HIV-positive.

Conflict of Interest: No

Received: 18 December 2011

Accepted: 26 August 2012

*Corresponding author: H. Sajadi, Email: Safaneh_s@yahoo.com

*نویسنده مسئول: تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار- مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تلفن:

Email: Safaneh_s@yahoo.com, ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۸۲

مقدمه

علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در دهه اخیر در درمان بیماری ایدز صورت گرفته است، این بیماری هنوز به‌عنوان یک نگرانی بزرگ سلامتی در سراسر جهان مطرح می‌باشد. ابتلا به این بیماری، به‌عنوان یکی از مخرب‌ترین اپیدمی‌ها در تاریخ جهان ثبت شده و انتظار می‌رود که همه کشورها با تهدید این بیماری ویرانگر، به‌طور همه‌جانبه با آن مقابله نمایند. ابتلا به HIV/AIDS، از جمله بیماری‌هایی است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و انگ اجتماعی نه فقط از جنبه سلامت جسمانی، بلکه از بعد سلامت روانی و اجتماعی نیز وضعیت بیماران را متأثر می‌سازد (۱). افراد مبتلا به HIV، با عوامل استرس‌زای متعددی در زندگی؛ همچون پیامدهای فیزیولوژیک بیماری، تغییر شکل ظاهری بدن، تبعیض به‌خاطر تشخیص ابتلایشان، از دست‌دادن پایگاه و نقش اجتماعی، نیاز به تغییر الگوهای روابط (صمیمیت) فیزیکی، از دست‌دادن شغل و منابع مالی و مشکلات مرتبط با تهیه دارو مواجه هستند (۲ و ۳). بسیاری از این استرس‌ها ممکن است در میان بیمارانی که از سایر بیماری‌های مزمن رنج می‌برند نیز مشترک باشد، اما استرس‌های مرتبط با انزوا و انگ اجتماعی، جدایی از همسالان و گروه‌های حمایتی، به‌ویژه خانواده، به‌طور بسیار شدید و منحصر به فردی افراد مبتلا به HIV/AIDS را تهدید می‌کند (۲). این بیماران، نه تنها در معرض آسیب‌های ناشی از بیماری قرار می‌گیرند، بلکه ممکن است خانواده و دوستانشان را به‌خاطر ابتلا به بیماری از دست‌دهند (۱). آشکار شدن وضعیت ابتلا به HIV/AIDS اغلب ممکن است با نتایج اجتماعی زیان‌باری مانند طردشدگی، تحریم، حتی توهین و حملات فیزیکی نسبت به این بیماران همراه باشد. نتیجه پژوهش گلین و همکاران نشان داد که از هر ۵ زنی که وضعیت HIV آنان آشکار شده است، یک زن، واکنش‌های منفی را که نهایتاً منجر به از دست‌دادن حمایت اجتماعی شده است، تجربه کرده‌اند (۴)، بنابراین آشکار شدن وضعیت HIV برای دیگران که دارای نتایج مهم و سودمندی از نظر پیشگیری در ابعاد فردی و اجتماعی می‌باشد، بر موانع و نیازهایی متکی است که با انواع گوناگون روابط پیوند خورده است و حمایت اجتماعی در این زمینه می‌تواند نقش بسیار مهمی داشته باشد. اعضای شبکه اجتماعی این افراد ممکن است نسبت به سرایت بیماری و مسئولیت‌داشتن در قبال یک فرد مبتلا به HIV احساس خطر کنند. این عوامل می‌توانند زمینه را برای محرومیت بیشتر فرد بیمار از حمایت‌های لازم فراهم نموده و آن‌ها را از فواید حمایت اجتماعی بی‌نصیب سازد. عدم وجود حمایت اجتماعی ممکن است منجر به کاهش سطح مسئولیت‌پذیری و افزایش سطح بدبینی افراد آلوده نسبت به جامعه و در نتیجه گسترش نهفته این ویروس در سطح وسیع‌تر گردد (۵).

مفهوم حمایت اجتماعی و تأثیرات بالقوه آن بر سلامتی، به‌طور گسترده از دهه ۱۹۷۰ بررسی شده است. پژوهش‌های انجام‌شده، بر نقش

تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی بر استرس تأکید دارند و این اعتقاد وجود دارد که حمایت اجتماعی، اثر رویدادهای استرس‌زا را بر فرد کاهش می‌دهد و به تجربه عواطف مثبت می‌انجامد (۶ و ۷)، لذا حمایت اجتماعی می‌تواند یک جنبه مهم سازگاری روان‌شناختی برای بسیاری از افرادی که با HIV زندگی می‌کنند نیز باشد؛ و بر استرس‌های مرتبط با زندگی همراه با HIV اثر ضربه‌گیر داشته و به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده، احساس به زیستن را ارتقا دهد (۵). میزان بالای استرس و کمبود حمایت اجتماعی در بین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن گزارش شده است، ولی در زمینه ابتلا به HIV این مشکل از اهمیت بسیار بیشتری برخوردار است زیرا این عوامل می‌توانند در تسریع پیشرفت بیماری از مرحله HIV به ایدز مؤثر باشند (۱). حمایت روانی و اجتماعی از افراد مبتلا به HIV/AIDS، می‌تواند در تطابق بهتر آنان با بیماری کمک می‌کند. در واقع حمایت مناسب خانواده، آن‌ها را قادر خواهد ساخت که پاسخ مناسب‌تری به استرس ناشی از عفونت داده و مشکلات روانی کمتری در آن‌ها بروز کند. همچنین باعث افزایش تمایل فردی آنان برای تمکین به درمان و پیشگیری از انتقال عفونت می‌شود (۸). مطالعات متعدد، اثرات مثبت آشکارسازی وضعیت ابتلا به ویروس HIV را بر حمایت کارکردی، دریافت مراقبت، همدردی و پذیرش بیماری نشان داده‌اند (۵، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲). بر این اساس، پژوهش حاضر سعی در شناخت الگوی آشکارسازی وضعیت HIV و حمایت اجتماعی درک‌شده در افراد مبتلا به HIV/AIDS دارد. مقایسه وضعیت حمایت اجتماعی درک‌شده افراد مبتلا بر اساس الگوی آشکارسازی ابتلا به HIV می‌تواند فرضیات متفاوتی را جهت مطالعات بعدی مطرح نماید. امید است نتایج این پژوهش به‌عنوان مبنایی برای مطالعات بعدی و نیز اجرای مداخلات مناسب، مورد استفاده سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به‌صورت مقطعی، در فاصله زمانی بهار تا تابستان ۱۳۹۰ در افراد دارای HIV/AIDS شهر تهران انجام شد. جامعه پژوهش، مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۵ سال، سپری‌نمودن حداقل ۶ ماه آگاهی از وضعیت ابتلا به HIV/AIDS و دارا بودن سواد خواندن و نوشتن بود. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی از بین مراجعان روزانه طبق برنامه معمول تعیین‌شده مراکز بود. بدین‌صورت که پس از تهیه لیست شماره پرونده‌های افراد بیمار مراجعه‌کننده به مراکز، با استفاده از جدول اعداد تصادفی، افراد شرکت‌کننده در مطالعه انتخاب می‌شدند. در صورت عدم مراجعه بیمار به مرکز در زمان تعیین‌شده یا مراجعه یکی از اطرافیان او، نفر بعدی لیست در مطالعه وارد می‌شد. ۱۱۶ نفر از افراد واجد شرایط ورود به مطالعه پس از کسب رضایت آگاهانه، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی نوربک (Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)) را

افراد مذکور، رابطه معناداری بین نسبت افراد آگاه شده از وضعیت ابتلا و جنسیت ($P=0/009$) وجود دارد. چنین رابطه‌ای با دو متغیر سطح تحصیلات ($P=0/123$) و نحوه آلودگی ($P=0/09$) دیده نشد. نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد، افرادی که همه اعضای شبکه ارتباطی خود را آگاه می‌سازند، به‌طور معناداری مسن‌تر از سایر بیماران با آشکارسازی هستند ($P=0/04$).

در افرادی که آشکارسازی داشتند، به‌طور متوسط (\pm انحراف معیار) هر فرد وضعیت ابتلا به ویروس HIV خود را به $4/7 \pm 3/5$ نفر از افراد موجود در شبکه ارتباطی خود اطلاع داده بود. همچنین همبستگی مثبت و معناداری بین تعداد افراد شبکه ارتباطی و افراد آگاه از وضعیت ابتلا به ویروس HIV وجود داشت ($r=0/23$, $P=0/01$). در میان افرادی که آشکارسازی داشتند، میانگین (\pm انحراف معیار) حمایت کارکردی $121/7 \pm 74/3$ و حمایت ساختاری $73/1 \pm 37/6$ بود (جدول ۳).

در آنالیز تک‌متغیره، تفاوت آماری معناداری از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، نحوه آلودگی به ویروس و تعداد افراد در شبکه ارتباطی بین افراد با آشکارسازی در مقایسه با عدم آشکارسازی مشاهده نگردید. در مقایسه میانه درآمد ماهیانه دو تعداد

به‌صورت خودایفا تکمیل نمودند. پرسشنامه NSSQ، دو بعد اصلی حمایت اجتماعی (ساختاری و کارکردی) را سنجش می‌نماید. هرکدام از این ابعاد، شامل چند خرده‌مقیاس می‌باشند. حمایت کارکردی از مجموع خرده‌مقیاس‌های "حمایت عاطفی و حمایت مادی" و حمایت ساختاری از تجمع سه خرده‌مقیاس "تعداد افراد شبکه ارتباطی، مدت ارتباط و فراوانی تماس" حاصل می‌شود. روایی و پایایی آن در ایران مورد تأیید است (۱۳). در مطالعه حاضر منظور از آشکارسازی این است که افراد مبتلا، وضعیت آلودگی به HIV را حداقل به یک نفر از اعضای شبکه ارتباطی خود اطلاع داده باشند. وضعیت آشکارسازی HIV با دو سؤال اندازه‌گیری شد: «آیا شما وضعیت ابتلا به بیماری خود را با کسی در میان گذاشته‌اید؟» و در صورت مثبت‌بودن پاسخ، سؤال بعدی مطرح می‌گردد: «نسبت افرادی را که در شبکه ارتباط شخصی شما از وضعیت بیماری‌تان اطلاع دارند، ذکر نمایید». چک‌لیستی نیز در زمینه مشخصات دموگرافیک افراد شامل: جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد اعضای شبکه اجتماعی، نحوه آلودگی و وضعیت دستگاه ایمنی بدن نیز به‌صورت خودایفا تکمیل گردید.

به‌منظور دستیابی به اهداف پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از روش‌های آماری، شامل آمار توصیفی و استنباطی، انجام شد. در بخش آمار توصیفی جداول فراوانی تهیه و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، در آنالیز تک‌متغیره برحسب نوع متغیر از آزمون‌های آنالیز واریانس، کای اسکور، t مستقل، دقیق فیشر و همبستگی پیرسون استفاده گردید. برای تعیین عوامل مؤثر بر وضعیت آشکارسازی افراد آلوده به ویروس HIV از رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده گردید. وضعیت آشکارسازی فرد به‌عنوان متغیر وابسته و متغیرهای مستقل شامل: جنس، سن، سطح تحصیلات، تعداد سلول‌های ایمنی، حمایت اجتماعی کارکردی و حمایت اجتماعی ساختاری وارد مدل شدند. متغیر سطح تحصیلات، به‌عنوان متغیر شاخص وارد مدل گردید و سطح پایه برای این متغیر زیر دیپلم در نظر گرفته شد. برازش کلی مدل با استفاده از آزمون هازمر-لمشو بررسی گردید ($P=0/628$). سطح معناداری $0/05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه $36/7 \pm 7/7$ سال بود. اکثر افراد، متأهل و مرد بودند. از لحاظ نحوه آلودگی به ویروس HIV، $42/2\%$ آلودگی از طریق رابطه جنسی، 44% از طریق تزریق با سرنگ آلوده و $13/8\%$ نیز انتقال از طریق دیگر موارد (انتقال از طریق دندان‌پزشکی، تاتوی ابرو، انتقال خون و ...) را ذکر نمودند. میانگین تعداد سلول‌های ایمنی (CD4) این افراد $278/9 \pm 161/4$ بود (جدول ۱).

در بین واحدهای پژوهش، $63/1\%$ وضعیت HIV خود را آشکار کرده بودند و این الگوی آشکارسازی براساس نسبت اعضای شبکه شخصی‌شان متفاوت بود (جدول ۲). آزمون دقیق فیشر نشان داد که در

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش ($n=116$)

متغیر	
سن (سال)*	$36/7 \pm 7/7$
CD4*	$278/9 \pm 161/4$
تعداد افراد در شبکه شخصی**	$8/0 \pm 4/08$
جنس**	
مرد	$84/0 \pm 72/4$
زن	$32/0 \pm 27/6$
وضعیت تأهل**	
متأهل	$49/1 \pm 57/0$
مجرد	$31/9 \pm 37/0$
بی‌همسر بر اثر فوت	$6/0 \pm 5/2$
بی‌همسر بر اثر طلاق	$16/0 \pm 13/8$
وضعیت اشتغال**	
بیکار	$21/0 \pm 18/1$
کارمند	$10/0 \pm 8/6$
آزاد	$57/0 \pm 49/1$
خانه‌دار	$28/0 \pm 24/1$
سطح تحصیلات**	
زیر دیپلم	$61/0 \pm 52/6$
دیپلم	$38/0 \pm 32/8$
بالتر از دیپلم	$17/0 \pm 14/7$
نحوه آلودگی**	
رابطه جنسی	$49/0 \pm 42/2$
تزریق با سرنگ مشترک	$51/0 \pm 44/0$
موارد دیگر	$16/0 \pm 13/8$

* میانگین \pm انحراف معیار
** تعداد (درصد)

بحث

براساس جستجوهای انجام شده، این پژوهش جزء اولین پژوهش‌هایی است که با هدف تعیین الگوی آشکارسازی ابتلا به HIV و وضعیت حمایت اجتماعی در افراد مبتلا در ایران انجام شده است. نتایج این پژوهش نشان داد که بیش از نیمی از افراد (۶۲/۱٪)، وضعیت ابتلای خود را حداقل به یکی از اعضای شبکه ارتباطی خود اطلاع داده بودند که این یافته با نتایج دیگر مطالعات در آفریقا، امریکا و تایلند مطابقت دارد (۵، ۱۴-۲۰). آنچه که در موضوع آشکارسازی دارای اهمیت می‌باشد، اطلاع‌دادن به اعضای کلیدی و مهم در شبکه ارتباطی است (۱۴-۱۶ و ۲۱-۲۴). در این زمینه، در پژوهش حاضر مشخص گردید که اکثر افراد با آشکارسازی، وضعیت ابتلای خود را برای اعضای خانواده و دوستانشان آشکار کرده‌اند و اینکه این آشکارسازی برای اعضای خانواده بیشتر از آشکارسازی برای دوستان و سایر اعضای شبکه بوده است. این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات که افراد مبتلا به ویروس HIV (به ویژه مردان همجنس‌باز HIV مثبت) جهت آگاه‌سازی از وضعیت ابتلای خود، دوستان را بیشتر از اعضای خانواده قابل اعتماد ذکر کرده بودند، همخوانی ندارد (۵ و ۲۵). در توجیه این عدم همخوانی نتایج باید اشاره نمود که به‌طور کلی در میان تعیین‌کننده‌های مختلف رفتار آشکارسازی، شرایط فرهنگی هر جامعه در زمینه سطح و الگوی آشکارسازی، نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (۱۷ و ۲۶).

در پژوهش حاضر، آشکارسازی وضعیت ابتلا در میان اعضای خانواده نیز از تفاوت قابل توجهی برخوردار بود. واحدهای پژوهش مشکل خود را به ترتیب با مادر، خواهر و همسر (در صورت تأهل) بیشتر از برادر و پدر خود در میان گذاشته بودند که این یافته با نتیجه پژوهش کلیچمن و همکارانش همخوانی دارد (۵). همچنین زنان کمتر از مردان، وضعیت ابتلا به HIV خود را با برادرانشان در میان گذاشته بودند که این موضوع، اهمیت شرایط فرهنگی حاکم بر جامعه را در طرز برخورد با آشکارسازی وضعیت ابتلای افراد مبتلا بازگو می‌نماید. به‌طور کلی به‌نظر می‌رسد وقتی که افراد تجربه تلخی از آشکارسازی قبلی به افراد داشته باشند، با احتمال کمتری سایر اعضای شبکه ارتباطی خود را از وضعیت ابتلای خود آگاه می‌نمایند (۲۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در سنین بالاتر شانس عدم آشکارسازی (هرچند اندک) افزایش می‌یابد که می‌تواند ناشی از تفاوت درک افراد از شرایط فرهنگی جامعه باتوجه به هم‌گروه تولد آنها و یا تغییر الگوی برچسب اجتماعی درباره ابتلا به ویروس HIV در جامعه باشد.

مطالعات متعددی به نقش جنسیت در آشکارسازی اشاره داشته‌اند (۲۷ و ۲۸). در این پژوهش نیز جنس مؤنث به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده در عدم آشکارسازی وضعیت ابتلا به HIV مشاهده گردید.

جدول ۲- الگوی آشکارسازی واحدهای پژوهش براساس نسبت اعضای شبکه ارتباطی

وضعیت آشکارسازی	فراوانی	درصد
عدم آشکارسازی	۴۴	۳۷/۹
وجود آشکارسازی خانواده	۷۲	۶۲/۱
پدر	۱۸	۲۵
مادر	۴۲	۵۸/۳
برادر	۳۵	۴۸/۶
خواهر	۴۱	۵۶/۹
همسر*	۴۰	۷۶
دوستان	۳	۴/۲
خانواده و دوستان	۲۶	۳۶/۱
تمام افراد شبکه ارتباطی	۲	۲/۸

* با حذف افراد مجرد و با در نظر گرفتن همسر کنونی یا سابق افراد

جدول ۳- مقایسه میانگین خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی بر حسب وضعیت آشکارسازی

حمایت اجتماعی	آشکارسازی	
	ندارد	دارد
حمایت کارکردی	۱۶۳/۷±۷۷/۷*	۱۲۱/۷±۷۴/۳
حمایت عاطفی	۱۰۷/۸±۵۰/۸	۸۰/۸±۴۹/۲
حمایت مادی	۵۵/۹±۲۸/۹	۴۰/۹±۲۶/۸
حمایت ساختاری	۸۸/۸±۴۱/۵	۷۳/۱±۳۷/۷
حمایت از دست‌رفته	۶/۴±۶/۳	۸/۹±۷/۶

* مقادیر به ترتیب شامل میانگین و (انحراف معیار) می‌باشند.

جدول ۴- رگرسیون لجستیک متغیرهای مرتبط با وضعیت آشکارسازی ابتلا به HIV

متغیرهای مؤثر بر آشکارسازی	OR تطبیق داده‌نشده (٪۹۵ CI)	OR تطبیق داده‌شده (٪۹۵ CI)
سن	۱/۰۴ (۱/۰۲-۰/۹۹۲۸)	۱/۰۶ (۱/۱۳۶-۱/۰۰۵)
جنس	۰/۵۴۷۸ (۱/۳۶۶-۰/۲۲۶۲)	۰/۲۲۲۵ (۰/۶۸۹۶-۰/۰۷۱۸)
CD4	۰/۹۹۶۴ (۰/۹۹۹۰-۰/۹۹۳۸)	۰/۹۹۷۰ (۰/۹۹۹۷-۰/۹۹۴۳)
تحصیلات دیپلم*	۱/۰ (۲/۳۶۹-۰/۴۳۰۱)	۱/۲۳۲۲ (۳/۳۴۰-۰/۴۵۴۹)
تحصیلات بالای دیپلم	۰/۳۶۷۵ (۱/۱۰۴-۰/۱۲۲۲)	۰/۲۷۶۷ (۰/۹۶۳۹-۰/۰۷۹۴)
حمایت کارکردی	۰/۹۹۲۸ (۰/۹۹۸۰-۰/۹۸۷۷)	۰/۹۸۶۳ (۰/۹۹۹۲-۰/۹۷۳۳)
حمایت ساختاری	۰/۹۸۹۹ (۰/۹۹۹۷-۰/۰۹۸۰)	۱/۰۱۲ (۱/۰۳۸-۰/۹۸۷۷)

* گروه زیر دیپلم به‌عنوان گروه پایه در نظر گرفته شد.

تعداد سلول‌های ایمنی (CD4) در افراد با آشکارسازی به‌طور معناداری با افراد بدون آشکارسازی تفاوت داشت ($P=0/005$).

در زمینه وضعیت حمایت اجتماعی، اختلاف معناداری در بین افراد با آشکارسازی و عدم آشکارسازی از نظر حمایت کارکردی ($P=0/004$) و نیز حمایت ساختاری ($P=0/039$) وجود داشت. عوامل مؤثر بر وضعیت آشکارسازی پس از حذف اثر مخدوش‌کنندگی سایر متغیرها با استفاده از تحلیل رگرسیون لجستیک تعیین و در جدول ۴ متغیرهای نهایی مدل ارائه گردیده است.

پیشگیری کارآمدتر گردند. باید توجه داشت که فرایند آشکارسازی به کل دوره عمر افراد مبتلا مربوط می‌باشد (۵) و همیشه شرایط و ارتباطات جدیدی پیش خواهد آمد که در آن فرد، نیاز به تصمیم‌گیری برای آشکارسازی وضعیت بیماری خود دارد. از آنجاکه آشکارسازی، یک عامل مهم (البته به شرط پذیرش از طرف دیگران) در پیشگیری از انتقال بیماری (به‌طور مستقیم) و تسهیل‌کننده پذیرش ابتلا به HIV (به‌طور غیرمستقیم از طریق دریافت حمایت اجتماعی) می‌باشد، به همین دلیل توجه به ضرورت آموزش در این زمینه و برنامه‌ریزی برای مداخلات، ضروری به‌نظر می‌رسد. در نهایت، توصیه می‌گردد الگوی آشکارسازی افراد دارای HIV را با توجه به بافت فرهنگی، اجتماعی و وابستگی اقتصادی افراد مبتلا در همان جامعه در نظر گرفت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه و پرسنل محترم مراکز مشاوره رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تهران و دیگر عزیزانی که در انجام این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

References

- Charkheyan A. Relationship between social support and quality of life in HIV-infected people referred to Imam Khomeini Hospital in Tehran: University of Social welfare & Rehabilitation 2008.[Persian].
- Roberts Pittman B. An analysis of the social support network of gay men living with HIV [dissertation]. Indiana State Univ.;2006.
- Hall VP. The relationship between social support and health in gay men with HIV/AIDS: an integrative review. The association of Nurses in AIDS care 1999;10(3):74-86.
- Gielen AC, O'Campo P, Faden RR, Eke A. Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an urban setting. Women Health 1997;25(3):19-31.
- Kalichman SC, DiMarco M, Austin J, Luke W, DiFonzo K. Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. Journal of Behavioral Medicine 2003;26(4):315-320.
- Strating MM, Suurmeijer TP, Van Schuur Wh. Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: results from a thirteen year prospective study. Arthritis & Rheumatism 2006;55(5):736-744.
- Lunsky Y, Benson BA. Association between perceived social support and strain, and positive and negative outcome for adults with mild intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research 2001;45(2):106-114.
- Masoodi M, Farhadi A. Levels of family social support to people of HIV positive. AIDS Journal of Lorestan University of Medical Sciences 2005;26:437.[Persian].
- Zea M, Reisen C, Poppen P, Bianchi F, Echeverry J. Disclosure of HIV status and psychological well-being among latino gay and bisexual men. AIDS and Behavior 2005;9(1):15-26.

این یافته می‌تواند بیانگر انگ اجتماعی بیشتر، واکنش‌های خشونت‌آمیز، اختلالات روحی و طردشدگی در زنان آلوده نسبت به مردان آلوده باشد. از نتایج جالب این مطالعه، بالاتر بودن شانس عدم آشکارسازی در افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم نسبت به افراد زیر دیپلم بود. به‌نظر می‌رسد با توجه به انتظارات جامعه از افراد با تحصیلات بالاتر و نگرانی ناشی از دست‌دادن جایگاه اجتماعی و موقعیت‌های شغلی، آشکارسازی وضعیت ابتلای این افراد تحت تأثیر قرار گیرد. در ضمن باید در نظر داشت که در این مطالعه تعداد افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم کمتر از دو گروه دیگر بود.

در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که وضعیت پیشرفت بیماری (تعداد سلول‌های ایمنی) افراد مبتلا، با آشکارسازی آن ارتباط دارد (۲۹ و ۳۰). به این صورت که هر چقدر تعداد سلول‌های ایمنی (CD4) کمتر می‌شود، افراد تمایل بیشتری برای آشکارسازی دارند. این یافته در مطالعه حاضر نیز مشاهده گردید. این موضوع می‌تواند بیانگر این باشد که ترس از انزوا و عدم وجود افرادی برای مراقبت و حمایت از فرد بیمار در مراحل پیشرفته بیماری، می‌تواند در افزایش شانس آشکارسازی وضعیت ابتلا با کاهش سلول‌های ایمنی مؤثر باشد.

در پژوهش حاضر، رابطه معکوسی بین اندازه حمایت اجتماعی کارکردی (عاطفی و مالی) با آشکارسازی وضعیت ابتلا وجود داشت. به این ترتیب که افراد با آشکارسازی نسبت به افراد بدون آشکارسازی از حمایت کارکردی کمتری برخوردار بودند. احتمالاً دریافت کمتر حمایت اجتماعی از طرف شبکه ارتباطی در جوامع با انگ اجتماعی در مورد HIV بیشتر نمود پیدا می‌کند؛ زیرا درک این انگ اجتماعی از طرف افراد مبتلا باعث می‌شود که آن‌ها با آشکارسازی وضعیت خود، حمایت اجتماعی کمتری دریافت کنند. پژوهش‌های متعددی بر چنین رابطه‌ای تأکید داشتند (۳۱ و ۳۲). معمولاً افراد HIV مثبتی که وضعیت ابتلای خویش را آشکار نمی‌کنند با احتمال بیشتری رفتارهای پرخطرمانند رفتارهای جنسی، استفاده از مواد مخدر تزریقی و ... دارند. بنابراین، اگر افراد وضعیت ابتلای خویش را به دلیل ترس از انگ اجتماعی، طردشدگی و واکنش خشونت‌آمیز ناشی از آن آشکار نکنند، از یک سو ممکن است در رفتار خودمراقبتی آن‌ها و در نتیجه پیشگیری از انتقال بیماری تأثیر بگذارد و از سوی دیگر قادر به دریافت و درک مزایای بالقوه حمایت اجتماعی (تمکین بالاتر از درمان، اعتماد به نفس بالاتر، کاهش اختلالات روحی و نیز کاهش درونی‌سازی انگ اجتماعی) از سوی اعضای شبکه ارتباطی خود نباشند (۳۲-۳۸).

در این پژوهش مشخص گردید که آشکارسازی وضعیت ابتلا در افراد HIV مثبت، وابسته به ویژگی‌های فردی و وضعیت حمایت درک‌شده افراد از طرف شبکه ارتباطی آن‌ها است، لذا با اعمال مداخلات مناسب بر روی فرد و شبکه ارتباطی او، می‌توان انتظار داشت برنامه‌های

10. Simoni J, Demas P, Mason H, Drossman J, Davis M. HIV disclosure among women of African descent: associations with coping, social support and psychological adaptation. *AIDS and Behavior* 2000;4(2):147-158.
11. Gielen A, Fogarty L, O'Campo P, Anderson J, Keller J, Faden R. Women living with HIV: disclosure, violence, and social support. *Journal of Urban Health* 2000;77(3):480-491.
12. Derlega V, Winstead B, Greene K, Serovich J, Elwood W. Perceived HIV-related stigma and HIV disclosure to relationship partners after finding out about the seropositive diagnosis. *J Health Psychol* 2002;7(4):415.
13. Jalilian A. Validity and reliability of Social Support Persian version Questionnaire NORBECK in the student of university of social welfare & rehabilitation Tehran [dissertation]. *Social Welfare & Rehabilitation Univ.* 2008. [Persian].
14. Nachega JB, Lehman DA, Hlatshwayo D, Mthopeng R, Chaisson RE, Karstaedt AS. HIV/AIDS and antiretroviral treatment knowledge, attitudes, beliefs, and practices in HIV-infected adults in Soweto, South Africa. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2005;38(2):196.
15. Deribe K, Woldemichael K, Wondafrash M, Haile A, Amberbir A. Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in southwest Ethiopia. *BMC Public Health* 2008;8(1):81.
16. Akani C, Erhabor O. Rate, pattern and barriers of HIV serostatus disclosure in a resource-limited setting in the niger delta of Nigeria. *Tropical doctor* 2006;36(2):87-89.
17. Latkin C, Yang C, Tobin K, Roebuck G, Spikes P, Patterson J. Social network predictors of disclosure of msm behavior and hiv-positive serostatus among african american msm in baltimore, maryland. *AIDS and Behavior* 2012;16(3):535-42.
18. Lee MB, Rotheram-Borus MJ. Parents' disclosure of HIV to their children. *Aids* 2002;16(16):2201.
19. Lee SJ, Li L, Jiraphongsa C, Iamsirithaworn S, Khumtong S, Rotheram-Borus M. Regional variations in HIV disclosure in Thailand: implications for future interventions. *International journal of STD & AIDS* 2010;21(3):161-165.
20. Arnold E, Rice E, Flannery D, Rotheram-Borus M. HIV disclosure among adults living with HIV. *AIDS Care* 2008;20(1):80-92.
21. Makin JD, Forsyth BWC, Visser MJ, Sikkema KJ, Neufeld S, B. J. Factors affecting disclosure in South African HIV positive pregnant women. *AIDS Patient Care STDs* 2008;16(22):907.
22. Loubiere S, Peretti-Watel P, Boyer S, Blanche J, Abega SC, B. S. HIV disclosure and unsafe sex among HIV-infected women in Cameroon: Results from the ANRS-EVAL study. *Soc Sci Med* 2009;91(69):885.
23. Ndiaye C, Boileau C, Zunzunegui MV ea. Gender-related factors influencing HIV serostatus disclosure in patients receiving HAART in West Africa. *World Health Popul* 2008;54(10):43.
24. Visser MJ, Neufeld S, de Villiers A, Makin JD, BWC. F. To tell or not to tell: South African women's disclosure of HIV status during pregnancy. *AIDS Care* 2008;45(9):1138.
25. Titilope AA, Adediran A, Umeh C, Akinbami A, Unigwe O, Akanmu A. Psychosocial impact of disclosure of HIV serostatus in heterosexual relationship at the lagos University teaching hospital, Nigeria. *Nigerian Medical Journal: Journal of the Nigeria Medical Association* 2011;52(1):55.
26. Antelman G, Smith Fawzi MC, Kaaya S, Mbwambo J, Msamanga GI, Hunter DJ, et al. Predictors of HIV-1 serostatus disclosure: a prospective study among HIV-infected pregnant women in Dares Salaam, Tanzania. *Aids* 2001;15(14):1865.
27. Wohl AR, Galvan FH, Myers HF, Garland W, George S, Witt M, et al. Social support, stress and social network characteristics among HIV-positive Latino and African American women and men who have sex with men. *AIDS and Behavior* 2010;14(5):1149-1158.
28. Ssali SN, Atuyambe L, Tumwine C, Segujja E, Nekesa N, Nannungi A, et al. Reasons for disclosure of HIV status by people living with HIV/AIDS and in HIV care in Uganda: An exploratory study. *AIDS Patient Care and STDs* 2010;24(10):675-681.
29. Fekete EM, Antoni MH, Lopez CR, Durán RE, Penedo FJ, Bandiera FC, et al. Men's serostatus disclosure to parents: Associations among social support, ethnicity, and disease status in men living with HIV. *Brain, Behavior, and Immunity* 2009;23(5):693-699.
30. Corona R, Beckett MK, Cowgill BO, Elliott MN, Murphy DA, Zhou AJ, et al. Do children know their parent's HIV status? Parental reports of child awareness in a nationally representative sample. *Ambulatory Pediatrics* 2006;6(3):138-144.
31. Zea MC, Reisen CA, Poppen PJ, Echeverry JJ, FT B. Disclosure of HIV-positive status to Latino gay men's social networks. *Am J Community Psychol* 2004;16:107-133.
32. Waddell EN, Messeri PA. Social support, disclosure, and use of antiretroviral therapy. *AIDS and Behavior* 2006;10(3):263-272.
33. Sullivan KM. Male self-disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners: a review of the literature. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2005;16(6):33-47.
34. Crepaz N, Marks G. Serostatus disclosure, sexual communication and safer sex in HIV-positive men. *AIDS care* 2003;15(3):379-387.
35. Kalichman SC. Co-occurrence of treatment nonadherence and continued HIV transmission risk behaviors: implications for positive prevention interventions. *Psychosom Med* 2008;70(5):593-597.
36. Murphy DA. HIV-positive mothers' disclosure of their serostatus to their young children: a review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2008;13(1):105-122.
37. Neville Miller A, Rubin DL. Factors leading to self-disclosure of a positive HIV diagnosis in Nairobi, Kenya. *Qualitative Health Research* 2007;17(5):586.
38. King R, Katuntu D, Lifshay J, Packel L, Batamwita R, Nakayiwa S, et al. Processes and outcomes of HIV serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV in Uganda. *AIDS and Behavior* 2008;12(2):232-243.