

## مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادان مبتلا به HIV، غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم

جلال فیض الهی<sup>۱</sup>

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه

دکتر سعید عسکری<sup>۲</sup>

استادیار روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه

نوشین خسروی پور<sup>۳</sup>

کارشناس بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادان و غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم صورت گرفته است. این پژوهش از جمله پژوهش های توصیفی و مقایسه ای بوده که جامعه آماری آن شامل تمامی مردان معتاد مبتلا به HIV، غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم ۵۰-۲۵ ساله شهرستان سنقر بودند. نمونه پژوهش از بین نمونه های در دسترس در مرکز مراقبت از بیماران HIV انتخاب

<sup>۱</sup> Jalal.feiz@ymail.com

<sup>۲</sup> Dr.saeadaskari@yahoo.com

<sup>۳</sup> Nushin.khosravipoor@yahoo.com

مقیاسه حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادان مبتلا به HIV، غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم

شدند. گروه سالم نیز از نمونه های در دسترس در سطح شهر و با تاکید بر همانند بودن متغیرهای جمعیت شناختی با گروه های تحت بررسی وارد پژوهش شدند. حجم هر گروه ۲۵ نفر و در مجموع سه گروه ۷۵ نفر بود. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده ی چند بعدی (MSPSS) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری تحلیل واریانس (ANOVA) و نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که در حمایت اجتماعی ادراک شده بین سه گروه معتادان و غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معنی دار وجود دارد و افراد معتاد مبتلا به HIV از حمایت اجتماعی ادراک شده ی پایین تری نسبت به دو گروه غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم برخوردار هستند. بنابراین ابتلا همزمان به اعتیاد و HIV می تواند بیشترین تاثیر منفی را بر دریافت و ادراک حمایت اجتماعی افراد داشته باشد.

**کلید واژه ها:** اعتیاد، ایدز، حمایت اجتماعی ادراک شده

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## **Comparison of perceived social support among drug users with HIV, non-drug users and people living with HIV healthy**

### **Said Askari, PhD**

Assistant philosopher of Psychology in Razi University, Kermanshah

### **Jalal Feizalahi**

M.A of Psychology in province health center. Medicine Science University. Kermanshah

### **Nushin khosravipoor**

M.A of Enviroment health in medicine Science University. Kermanshah

### **Abstract**

This study aimed to compare perceived social support of addicts and non-addicts were HIV-infected and healthy subjects. The study included descriptive and comparative studies that include all men addicted population with HIV, non-drug users were HIV-infected and healthy subjects 50-25 years old sonqor city. The sample from the samples available in the care of HIV patients were selected. Healthy group of samples available in the city, with an emphasis on demographic variables such as the groups under study were selected. Each of the three groups of 25 people and 75 people. The instrument used in this study included perceived social support scale multi-dimensional (MSPSS), respectively. In order to analyze the test data analysis of variance (ANOVA) and SPSS version 16 was used. The results showed that perceived social support between the three groups of addicts and non-addicts affected by HIV and healthy people there are significant differences in the level of 0/001 And addicts with HIV, the lower the perceived social support than non-drug users are HIV-infected and healthy subjects. At the same time having the greatest impact on addiction and HIV can be received and perceived social support.

**Keywords:** Addiction, AIDS, perceived social support

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادان مبتلا به HIV، غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم

## مقدمه

ایدز یک بیماری کشنده است که عامل آن ویروسی است به نام HIV که قدرت آلوده کنندگی و سرایت پذیری بالایی دارد و موجب ضعف دستگاه دفاعی و ایمنی بدن انسان می شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳). میلیونها انسان در کره زمین به این بیماری مبتلا شده اند و بخش عمده‌های از این افراد احتمالاً خواهند مرد. ایدز تاکنون برای همه مبتلایان کشنده بوده و افراد مبتلا به ایدز اغلب در سال اول یا دوم پس از اندکی پس از ۵ سال هنوز زنده و فعالند (اسمیت، ۲۰۰۷). طبق گزارش سال ۲۰۱۰ برنامه مشترک سازمان ملل متحد در برابر ایدز (UNAIDS) با گذشت سی سال از شروع بیماری، تاکنون ۳۳ میلیون نفر با این آلودگی یا ابتلا به این بیماری زندگی می کنند ده میلیون نفر از آنها باید درمان دریافت کنند و رویکرد جدید در این کشورها بر روی دارو درمانی و محافظت زندگی بیماران متمرکز است. همچنین بر اساس گزارش منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت در تاریخ ۲۱ ژوئن ۲۰۱۲، تعداد موارد جدید ابتلا به عفونت اچ ای وی در کل اروپا در سال ۲۰۱۰ حدود ۳/۲ میلیون نفر بر آورد شده است که حدود ۵/۱ میلیون نفر آن ها ساکن اروپای شرقی و آسیای میانه بوده اند. بر اساس آمار جمع آوری شده از دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تا تاریخ اول فروردین ۱۳۹۱ مجموعاً ۲۴۲۹۰ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده اند که ۹۰/۸٪ آنان را مردان ۹/۲٪ را زنان تشکیل میدهند. تا کنون ۳۴۵۵ نفر مبتلا به ایدز شناسایی شده و ۴۷۲۲ نفر از افراد مبتلا فوت کرده اند ۴/۴۶ درصد از مبتلایان به HIV در زمان ابتلا در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال قرار داشته اند که بالاترین نسبت در بین گروه های سنی را به خود اختصاص میدهند (آسیب پنهان، ۱۳۹۱).

علل ابتلا به HIV در بین کل مواردیکه از سال ۱۳۶۵ تا کنون در ایران به ثبت رسیده اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد (۶/ ۶۹ درصد)، رابطه جنسی (۵/ ۱۰ درصد)، دریافت خون و فراورده های خونی (۱ درصد) و انتقال از مادر به کودک (۱ درصد) بوده است. راه انتقال در ۱۷/۹٪ از این گروه

نامشخص مانده است. در مقایسه این آمار با مواردیکه ابتلا آنان در سال ۱۳۹۰ گزارش شده است، اعتیاد تزریقی ۶۲/۵ درصد، برقراری روابط جنسی ۲۱/۲ درصد، و انتقال از مادر مبتلا به کودک ۳/۹ را تشکیل داده است. در ۴/۱۲ درصد از موارد شناسایی شده در این سال راه انتقال نامشخص بوده و هیچ مورد جدید ابتلا از راه خون و فرآورد ههای خونی گزارش نشده است (آسیب پنهان، ۱۳۹۱).

از دیدگاه روان‌شناختی، افراد مبتلا به عفونت HIV با محدودیت‌های زیادی در محیط اجتماعی و فرهنگی روبه‌رو هستند. این افراد با تجربه‌هایی مواجه می‌شوند که اغلب تنیدگی زاست (۵). بطور کلی عفونت HIV بر روی تمام جنبه‌های زندگی اعم از روانی، جسمی، اجتماعی و معنوی تاثیر می‌گذارد و می‌تواند موجب ترس از زندگی با این عفونت شود. افراد خانواده و مراقبین این بیماران نیز ممکن است تحت تاثیر این مشکل قرار بگیرند. ابتلا به این عفونت موجب از دست دادن موقعیت اجتماعی، اقتصادی، اشتغال و سکونت می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳).

وقتی عضوی از خانواده به بیماری مزمنی مبتلاست، خانواده با تصمیم‌گیریهای مشکلی رویاروست و باید در مورد بیماری و نحوه مراقبت از بیمار آموزش ببیند. روابط میان اعضای خانواده نیز ممکن است دستخوش آشفتگی شود. از طرفی آگاهی ناکافی و غلط افراد در معرض خطر بیماری و افراد آلوده به HIV از یک سو و از طرف دیگر آگاهی و شناخت ناکافی و نادرست جامعه از بیماری و به ویژه راه‌های انتقال آن، سبب ایجاد این احساس در بیماران می‌گردد که سایر افراد به دلیل ترس از انتقال بیماری از طریق روابط اجتماعی روزمره از آن‌ها کناره‌گیری می‌کنند. این موضوع سبب گوشه‌گیری بیماران و کاهش تدریجی اعتماد به نفس آنان می‌گردد. ترس از طرد شدن از جامعه و عواقب سوء آن باعث بروز مشکلات روحی در بیماران می‌شود بخصوص اگر آلودگی به این عفونت با سوء مصرف مواد همراه باشد. همزمانی این دو مقوله بسیاری از مولفه‌های کیفیت زندگی را تخریب کرده و سطح کیفیت زندگی بیماران را پایین می‌آورد. کیفیت زندگی و سلامت روانی در معتادان تزریقی مبتلا به HIV، پایین‌تر از افراد سالم و حتی پایین‌تر از افراد غیرمعتاد مبتلا به

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادان مبتلا به HIV، غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم

HIV است (اسپایر، ۲۰۰۷). آثار سوء مصرف مواد در سطح فردی و اجتماعی قابل مطرح شدن است. از آثار فردی سوء مصرف مواد و اعتیاد می توان به کاهش انگیزه اختلالات شناختی و خلقی و آسیب های بدنی اشاره کرد و در سطح اجتماعی بزهکاری شکست های تحصیلی آشفتگی در روابط بین فردی از جمله پیامدهای آن است. اعتیاد به مواد مخدر نقش عمده ای در ابتلا به بیماری ایدز دارد (مارک و همکاران، ۲۰۰۹).

شوپر و همکاران (شاپر و همکاران ۲۰۱۰) طی مطالعه ای مروری به بررسی روابط علی میان مصرف الکل و احتمال ابتلا به HIV پرداختند و اینگونه نتیجه گیری کردند که ارتباط کاملاً مستقیمی بین مصرف الکل و افزایش احتمال آسیب پذیری نسبت به عفونت HIV وجود دارد.

کار و گراملین (۲۰۰۴) ذکر می کنند مسأله عمده ای 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، تحت تأثیر خود قرار می دهد. در این ارتباط میتوان فشارهای روانی متحمل شده در اثر بیماری و میزان تطابق و سازگاری با این فشارها را نام برد. فلدمن (۱۹۹۶) دریافت که انسجام پایین در خانواده می تواند منجر به افسردگی و کاهش پذیرش اجتماعی شود.

خانواده می تواند با حمایت اجتماعی و روانی امکان زندگی آنها را در کنار خانواده فراهم کند که موجب تطابق مناسب با بیماری شان می شود (کلینز، ۲۰۰۳). خانواده هایی که روابط بین افراد خانواده بر اساس عشق، اعتماد و اطمینان است؛ بهترین مکان برای حمایت از افراد آلوده و مبتلا به ایدز است (هیروشی، ۱۹۹۴). خانواده، محل انتقال افکار، عقاید، باورها و ارزشهای مختلف زندگی است و رشد عاطفی و هیجانی فرزندان در آن تأمین می شود، بنابراین والدین در رشد عاطفی و هیجانی فرزندان خود نقش اساسی دارند. حمایت اجتماعی و از جمله حمایت عاطفی، اثر فشارها و استرس های زندگی را کم می کند و برخورد مناسب و صحیح خانواده ها با نیازهای عاطفی، احساسات و هیجانات آنها، نیاز فرزندان به احترام و ارزش را تأمین می کند. حذف

یا کمرنگ کردن نقش های خانوادگی به خصوص نقش والدی به شدت صدمه زننده و آسیب زاست و عواقب و پیامدهای بسیار منفی و پیچید های به دنبال خواهد داشت که روی آوردن فرزندان به رفتارهای پرخطر نمون های از آن است. بعضی از عوامل خطر از خانواده ریشه می گیرند مثل نداشتن صمیمیت در خانواده، روابط سرد خانوادگی و تنش در خانواده. با بذل توجه کافی به فرزندان و ایفای درست و بموقع نقش والدی، احتمال بروز رفتارهای پرخطر منجر شونده به اچ آی وی / ایدز، در فرزندان کاهش می یابد (کلینز، ۲۰۰۳).

هدف از این پژوهش مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده افراد آلوده به HIV با افراد سالم می باشد. فرضیه این پژوهش عبارت است از:  
بین افراد آلوده به HIV با افراد سالم از نظر حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنی دار وجود دارد.

## روش

این پژوهش از نوع علمی -مقایسه‌ای (پس رویدادی) است. جامعه آماری کلیه آماری کلیه مردان معتاد مبتلا به HIV غیرمعتاد مبتلا به HIV و سالم ۵۰-۲۵ ساله شهر سنقر و کلیایی بودند با توجه به مشکلات دستیابی به بیماران مبتلا به HIV نمونه پژوهش از بین نمونه های در دسترس در مراکز مراقبت از بیماران HIV انتخاب شدند. گروه سالم نیز از نمونه های در دسترس در محله های شهر سنقر و با تکیه بر همانندبودن متغیرهای جمعیت شناختی با گروه نمونه وارد پژوهش شدند. حجم نمونه برای هر یک از گروهها ۲۵ نفر و در مجموع ۷۵ نفر بود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده ی چند بعدی (MSPSS) که ۱۲ عبارتی بوده که توسط اسمیت وهمکاران (۱۹۸۸) با سه زیر مقیاس خانواده (۴ عبارت) دوستان (۴ عبارت) و افراد مهم (۴ عبارت) تهیه شده و نمره گذاری آن بر اساس درجه بندی لیکرت و از ۱ تا ۷ می باشد. ویژگی های روانسنجی این آزمون برای ۱۵۴ دانشجوی کالج (۲۲ زن و ۳۲ مرد) با میانگین سنی

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در معنادان مبتلا به HIV، غیر معنادان مبتلا به HIV و افراد سالم

۲۶/۵ محاسبه شده است. میانگین کل آزمون ۵/۵۸ با انحراف معیار ۱/۰۷ برای زیرمقیاس خانواده ۵/۳۱ با انحراف معیار ۱/۴۶ برای زیرمقیاس دوستان ۵/۵ با انحراف معیار ۱/۲۵ و برای زیرمقیاس افراد مهم ۵/۹۴ با انحراف معیار ۱/۳۴ بوده است. آلفای کرونباخ کل آزمون برابر با ۰/۹۱. وضرب آلفای زیرمقیاس هاس آن در دامنه ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری تحلیل واریانس تک متغیری (ANOVA) و آزمون تعقیبی شفه و همچنین از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ بهره گرفته شد.

### یافته ها

در مجموع ۷۵ نفر شرکت کننده پرسشنامه تحقیقاتی مطالعه را به طور کامل پاسخ دادند. همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود بیشترین فراوانی در متغیرهای دموگرافیک بدین قرار بود: از نظر توزیع سنی بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۰-۳۰ ساله (۵۴/۷ درصد) قرار داشتند. از نظر وضعیت تحصیلی بیشترین فراوانی مربوط به سطح زیر دیپلم (۵۸/۷ درصد) بودند. از نظر وضعیت شغلی ۶۴ درصد بیکار و از نظر وضعیت تاهل بیشترین فراوانی مربوط افراد مجرد (۲۹/۳ درصد) بودند.

جدول (۱): توزیع سنی، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و وضعیت تاهل افراد

شرکت کننده در پژوهش

متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)	۲۱	۵۴/۷
	۲۲	۲۹/۳
	۱۲	۱۶
وضعیت	۴۴	۵۸/۷
تحصیلی	۲۴	۳۲



۹/۳	۷	بالتر از دیپلم	
۶۴	۴۸	بیکار	وضعیت شغلی
۳۶	۲۷	شاغل	
۲۹/۳	۲۲	مجرد	
۲۵/۳	۱۹	متاهل	وضعیت تاهل
۲۸/۱	۲۱	متارکه	
۱۷/۳	۱۳	طلاق	

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده را در سه گروه معنادار مبتلا به HIV، غیر معنادار مبتلا به HIV و افراد سالم نشان می دهد که بیشترین میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده ۳۱/۳۲ با انحراف معیار ۳/۵۷ مربوط به افراد سالم و کمترین میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده ۲۴/۷۶ با انحراف معیار ۲/۰۲ مربوط به معنادار مبتلا به HIV می باشد.

جدول شماره (۲) میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد شرکت کننده در پژوهش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی ادراک شده	معنادار مبتلا به HIV	۲۴/۷۶	۲/۰۲
	غیر معنادار مبتلا به HIV	۳۰/۳۲	۴/۴۹
	افراد سالم	۳۱/۳۲	۳/۵۷

به منظور بررسی وجود یا عدم وجود تفاوت معنی دار در حمایت اجتماعی ادراک شده در بین سه گروه شرکت کننده، از تحلیل واریانس (ANOVA) استفاده گردید. چنانکه در جدول شماره ۳ مشاهده می شود با نسبت  $F = ۲۵/۲۲$  و درجه آزادی ۲ و ۷۲، بین سه گروه در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معنی دار دیده می شود. ضریب اتای

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادان مبتلا به HIV ، غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم

محاسبه شده نشان می دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده ۴۱/۱۲ تحت تاثیر سه گروه بوده و توسط آنها تبیین می شود.

جدول شماره (۳) نتایج تحلیل واریانس (ANOVA) برای حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیر	واریانس	مجموع	میانگین	درجه	F	ضریب	سطح
		مجذورات	مجذورات	آزادی		اتا	معنی
							داری
حمایت اجتماعی	بین گروهی	۶۲۴/۵۶	۳۱۲/۲۸	۲	۲۵/۲۲	۴۱/۱۲	۰/۰۰۱
ادراک شده	درون گروهی	۸۹۱/۴۴	۱۲/۳۸	۷۲			
	کل	۶۳۷۴۲		۷۵			

به منظور بررسی کشف تفاوت واقعی در حمایت اجتماعی ادراک شده بین سه گروه معتادین مبتلا به HIV ، افراد غیر معتاد مبتلا به HIV و افراد سالم از آزمون تعقیبی شفه استفاده گردید. چنانکه جدول شماره ۴ نشان می دهد نتایج آزمون شفه مشخص کرد که در میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده بین معتادین مبتلا به HIV با افراد غیر معتاد مبتلا به HIV در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین بین معتادین مبتلا به HIV با افراد سالم نیز در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معنی دار وجود دارد و حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادین مبتلا به HIV پایین تر از افراد غیر معتاد مبتلا به HIV و افراد سالم است. بین افراد غیر معتاد مبتلا به HIV با افراد سالم در میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنی دار دیده نشد.

جدول شماره (۴) نتایج آزمون تعقیبی شفه در سه گروه شرکت کننده در پژوهش

گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی داری	حد پایین	حد بالا
معتاد مبتلا به HIV	۵/۵۶-	۰/۰۰۱	۸/۰۵-	۳/۰۷-
	افراد سالم	۰/۰۰۱	۹/۰۵-	۴/۰۷-
غیر معتاد مبتلا به HIV	۵/۵۶	۰/۰۰۱	۳/۰۷	۸/۰۵
	افراد سالم	۰/۰۶	۳/۴۹-	۱/۴۹
افراد سالم	۶/۵۶	۰/۰۰۱	۴/۰۷	۹/۰۵
	غیر معتاد مبتلا به HIV	۰/۰۶	۱/۴۹-	۳/۴۹

یافته های پژوهش نشان داد که در متغیرهای وضعیت تاهل، سطح تحصیلی و شغل بین سه گروه شرکت کننده تفاوت معنادار وجود ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادان و غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که بین سه گروه شرکت کننده در وضعیت تاهل، سطح تحصیلی و وضعیت شغلی تفاوتی وجود ندارد.

اما بین سه گروه از نظر حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنی دار بود اما این تفاوت معنی دار بین معتادان مبتلا به HIV با افراد غیر معتاد مبتلا به HIV و همچنین بین معتادین مبتلا به HIV با افراد سالم وجود دارد. در این پژوهش افراد

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادان مبتلا به HIV، غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم

سالم از بالاترین سطح حمایت اجتماعی ادراک شده و معتادین مبتلا به HIV از کمترین حمایت اجتماعی ادراک شده برخوردار بودند. چنانکه نتایج این پژوهش نشان می‌دهد بطور کلی ابتلا به HIV به تنهایی یکی از مهمترین دلایل طرد اجتماعی بیماران است بطوریکه در هر دو گروه مبتلا به HIV (گروه معتاد و گروه غیر معتاد) کمترین حمایت اجتماعی ادراک شده را می‌توان مشاهده کرد. این یافته‌ها با نتایج کار و گراملین (۲۰۰۴) و فلدمن (۱۹۹۶) همسو می‌باشد.

حمایت خانواده می‌تواند موجب ارتقاء کیفیت زندگی مبتلایان و پیشگیری از انتقال عفونت شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳) و برعکس کاهش حمایت اجتماعی خانواده و جامعه می‌تواند از احساس مسئولیت افراد مبتلا به HIV در پیشگیری از ابتلا سایرین به این بیماری بکاهد و در نتیجه امکان گسترش آلودگی و عفونت را افزایش دهد. بنابراین رعایت حقوق انسانی مبتلایان به HIV به عنوان یک انسان ضروری است و از طرف دیگر عدم توجه به حقوق یاد شده سبب به حاشیه رانده شدن بیماران و زندگی زیرزمینی مبتلایان خواهد شد. زندگی حاشیه ای و اجتماع گریز بیماران، سبب دوری مبتلایان از آموزش‌ها و اطلاع‌رسانی، عدم دسترسی به خدمات سلامتی، عدم دسترسی به خدمات اجتماعی، توسل به فعالیت‌های غیرقانونی و مخاطره آمیز از جمله اعتیاد، فروش مواد مخدر، تن‌فروشی، رفتارهای جنسی غیرمحافظت شده و خارج از چارچوب زندگی زناشویی و... می‌گردد.

تجارب به دست آمده از مبارزه با شیوع ایدز در بسیاری از کشورها مؤید این نکته است که ارتقا و حفاظت از حقوق انسانی یک جزء ضروری در پیشگیری از انتقال ایدز و کاهش تأثیرات ایدز است. حفاظت و ارتقای حقوق انسان‌ها، هم برای حفظ کرامت ذاتی افراد آلوده و هم برای نیل به اهداف سلامت عمومی در راستای کاهش آسیب پذیری به عفونت ایدز، کاهش اثرات مضر ایدز بر روی مبتلایان و توانمندسازی افراد و جوامع در مقابله با آن ضروری است (عباسی، ۱۳۸۷).

به عنوان جمع بندی کلی باید خاطر نشان کرد که تشخیص عفونت HIV در کنار اعتیاد، به دلایل مختلفی همچون ننگ اجتماعی، نامعلوم بودن وضعیت بیماری و درمان قطعی، باعث به وجود آمدن مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی شدیدتری برای فرد گرفتار می شود و سطح حمایت اجتماعی ادراک شده را در بیماران کاهش می دهد، از اینرو لازم است تدابیری در جهت آموزش هرچه بیشتر خانواده های مبتلایان و محیط اجتماعی آنها اندیشه شود.

## منابع

- آسیب پنهان (۱۳۹۱)، خیرنامه مرکز مدیریت بیمار یهای واگیردر زمینه اچ آی وی و ایدز و رفتارهای مخاطره انگیز.. ۲۷-۱۰.
- محمود عباسی، لادن عباسیان و واحد ترجمه ی کمیسیون حقوق بشر اسلامی تهران (۱۳۸۷). اصول راهنمای بین المللی ایدز و حقوق بشر مؤسسه ی فرهنگی حقوقی سینا، انتشارات حقوقی: گروه اخلاق زیستی کرسی حقوق بشر، صلح و دموکراسی یونسکو.
- Both current and former injection drug users who Preau M, Spire B. Health related quality of life amongare HIV infected. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 36(2, 3): 82-175.
  - Carr, R. I., Gramling, L. F. Stigma. (2004). A health barrier for women with HIV/AIDS. *Journal of Association Nurses AIDS Care:* 15 (5), 30-39.
  - Collins S. (2003). Eight is not engouh; buckner aids grieving family. *Standard*,30(2):1-4.
  - Family Practice Examination & Board Review; Mark A. Graber, Jason K. Wilbur; Second Edition; 2009 by The McGraw-Hill Companies, Inc. (p318-331).
  - Feldman, R. T. (1996). Perceived cohesion and depression among women. *Journal of Personality & Social Psychology*, 17, 103-112.

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادان مبتلا به HIV ، غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم

- Hiroshi NJ. (1994). AIDS and Family: Families take care. World AIDS News: 2.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2010. UNAIDS Report on the global AIDS epidemic.2010. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Online]. 2010. Available from: URL: [http: www.unaids.org](http://www.unaids.org).
- Shuper, P. A., Neuman, M., Kanteres, F., Baliunas, D., Joharchi, N., Rehm, J. (2010) Causal Considerations on Alcohol and HIV/ AIDS-A Systematic Review. Alcohol & Alcoholism, 45, 159-166.
- Smit, R. (2007). Living in an Age of HIV and AIDS: Implications for families in South Africa. Nordic Journal of African Studies, 16, 161-178.
- World Health Organization.(2033). Psychosocialsupport. World Health Organization: 1-3.

