

Article

Profil Demografi dan Sokongan Sosial dalam kalangan *People Living with HIV/AIDS (PLHIV)* di Lembah Klang
(*Demographic Profile and Social Support among People Living with HIV/AIDS (PLHIV) in Klang Valley*)

Najwa Afiqa Roshaizad^{1,2}, Firdaus Mukhtar^{1*}, Sindhu Nair Mohan¹, Norhayati Ibrahim¹
& Nasrudin Subhi²

¹Jabatan Psikiatri, Fakulti Perubatan dan Sains Kesihatan, Universiti Putra Malaysia, 43400 UPM Serdang, Selangor, Malaysia

²Pusat Kajian Psikologi dan Pembangunan Manusia, Fakulti Sains Sosial dan Kemanusiaan, Universiti Kebangsaan Malaysia, 43600 Bangi, Selangor, Malaysia

*Pengarang Koresponden: drfirdaus@upm.edu.my

Diserah: 01 Jun 2024

Diterima: 01 Ogos 2024

Abstrak: *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* adalah virus yang menyerang sistem imun dalam badan manusia dan penghidap HIV positif (*PLHIV*) perlu bergantung kepada ubat-ubatan seumur hidup bagi menjalani kehidupan seperti manusia yang normal. Kebergantungan kepada ubat HIV banyak memberikan kesan negatif kepada mereka samada dari segi kelesuan fizikal, emosi, kewangan serta perubahan rutin. Maka, sokongan sosial adalah sesuatu yang sangat penting bagi mereka dalam berhadapan dengan situasi ini dan seterusnya meningkatkan kualiti kehidupan. Kajian ini bertujuan untuk meneroka profil demografi serta tahap sokongan sosial yang diterima oleh *PLHIV* di Lembah Klang. Seramai 165 orang peserta yang menyertai kajian berbentuk keratan rentas ini. Kaedah pensampelan bertujuan digunakan dan melibatkan responden yang berumur 18 hingga 60 tahun. Bahagian pertama soal selidik melibatkan bahagian demografi (penempatan, jantina, umur, bangsa, status perkahwinan, tahap pendidikan, pekerjaan, tempoh menghidap HIV, cara transmisi HIV, tempoh rawatan HAART, penyakit selain HIV) dan bahagian kedua ialah soal selidik Skala Multidimensional untuk Sokongan Sosial (*MSPSS-M*). Hasil kajian mendapati bahawa 94.5% responden adalah lelaki dan majoriti - 32.1% dalam lingkungan umur 40 hingga 50 tahun. Cara transmisi HIV melalui hubungan seksual adalah yang paling tinggi iaitu 49.1% berbanding penggunaan jarum, 44.2%. Selain itu, kajian menunjukkan tahap sokongan sosial yang diterima oleh responden adalah tinggi - 50.9%, 38.2% mendapat sokongan sosial yang sederhana dan hanya 10.9% mendapat sokongan sosial yang rendah. Justeru, tahap sokongan sosial bagi golongan *PLHIV* menunjukkan peningkatan yang baik namun perlu diperhalusi dengan lebih teliti dalam usaha menurunkan stigma sendiri serta meningkatkan keyakinan diri *PLHIV* agar kehidupan mereka lebih baik secara keseluruhannya.

Kata kunci: HIV; *PLHIV*; demografik; sokongan sosial; HAART

Abstract : *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* is a virus that attacks the immune system in the human body, and people living with HIV (*PLHIV*) need to rely on lifelong medication to lead a life similar to that of a normal people. Dependence on HIV medication has many negative effect on individuals, including physical fatigue, emotional strain, financial strain, and changes in routines. Hence, social support is crucial for them to cope with this situation and improve their quality of life. This study aims to explore the demographic profile

and level of social support received by PLHIV in the Klang Valley. A total of 165 participants took part in this cross-sectional study. A purposive sampling method was used, involving respondents aged 18 to 60 years. The first part of the questionnaire involved demographic information (location, gender, age, ethnicity, marital status, education level, occupation, duration of HIV infection, mode of HIV transmission, duration of HAART treatment, other illnesses besides HIV), and the second part was the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS-M) questionnaire. The study found that 94.5% of respondents were male, with the majority 32.1% in the age range of 40 to 50 years. The most common mode of HIV transmission was through sexual contact, accounting for 49.1% compared to needle use - 44.2%. Additionally, the study revealed that the level of social support received by respondents was high - 50.9%, 38.2% received moderate social support, and only 10.9% received low social support. Therefore, the level of social support for PLHIV shows a positive trend but needs to be further refined in efforts to reduce self-stigma and enhance the confidence of PLHIV for an overall better quality of life.

Keywords: HIV; PLHIV; demographic; social support; HAART

Pengenalan

HIV ataupun *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang sistem imun manusia. Individu yang dijangkiti oleh virus ini boleh hidup dengan HIV ataupun menjadi HIV positif untuk jangka masa yang lama tanpa menjadi sakit ataupun menunjukkan simptom. Walau bagaimanapun, HIV kekal di dalam badan dan merosakkan sistem imun dan individu mampu untuk menyebarkan virus kepada orang lain jika langkah berjaga-jaga tidak diambil (Fullick, 2009). Dalam jangka masa tertentu, HIV boleh merosakkan sistem imun kepada satu tahap di mana bermulanya jangkitan sebagai hasil kepada sistem imun yang lemah. Akhirnya, individu akan mengalami pelbagai penyakit kerana kerosakan yang dilakukan oleh virus HIV. Apabila ini berlaku, ia dikenali sebagai AIDS ataupun *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (WHO, 2013). AIDS adalah fasa terakhir jangkitan HIV dan dikenalpasti apabila bilangan sel T-darah putih CD4 yang merupakan sejenis antibodi di dalam sistem imun adalah rendah, kurang daripada 200 sel/ μ l dan jumlah virus (*Viral Load-VL*) yang tinggi. AIDS juga selalunya akan menyebabkan kejadian lebih 20 jenis jangkitan ataupun kanser yang berkaitan. Tanda-tanda awal kepada jangkitan HIV adalah demam, ruam dan sakit tekak yang teruk. Simptom ini selalunya akan hilang selepas dua hingga tiga minggu. Sesetengah orang mungkin tidak mengalami simptom-simptom ini dan mereka tidak mengetahui bahawa mereka sedang dijangkiti HIV (Hopkins, 2013; Maqutu & Zewotir, 2011; WHO, 2006).

HIV boleh ditransmisikan melalui banyak cara. Cara yang pertama ialah hubungan seksual yang tidak selamat (vaginal ataupun anal) ataupun seks oral dengan seseorang yang telah dijangkiti HIV. Selain daripada itu, pemindahan darah yang telah dijangkiti juga merupakan salah satu cara bagaimana HIV boleh dipindahkan. Perkongsian jarum, picagari, ataupun alat-alatan tajam lain yang telah dicemari virus HIV juga boleh menyebabkan seseorang itu mendapat HIV. Penagih dadah yang mengambil dadah melalui suntikan mendapat HIV kerana perkongsian jarum sebagai punca utama. Selain itu, pemindahan antara ibu dan anak di dalam kandungan, semasa melahirkan dan juga semasa menyusu juga merupakan cara kuman HIV merebak dan dipindahkan (WHO, 2013; Fullick, 2009).

Apabila wabak HIV bermula di Malaysia, populasi yang berisiko tinggi adalah pengguna dadah suntikan (IDU), diikuti oleh pekerja seks wanita (FSW), transgender (TG), dan lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (MSM). Walau bagaimanapun, *Country Progress Report - Malaysia 2023* untuk HIV/AIDS meramalkan populasi utama menjelang tahun 2030 adalah MSM kerana jangkitan baru dalam kalangan populasi ini meningkat setiap tahun, demikian juga dengan peningkatan peratusan jangkitan seksual. Selain itu, lebih daripada 70% jangkitan baru HIV dilaporkan dalam kalangan individu berusia 20 hingga 39 tahun (Anita & Chai, 2019; Choy, 2014). Walaupun terdapat penurunan dalam bilangan kes HIV sejak akhir-akhir ini, pandemik Covid-19 telah menyebabkan negara berpendapatan rendah dan sederhana tidak dapat menggunakan sumber kewangan sepenuhnya dalam membanteras kes HIV. Hal ini menyebabkan kadar

penurunan jangkitan kes HIV pada 2020 hingga 2021 adalah yang terendah sejak 2016 iaitu sebanyak 3.6% sahaja (Nazmi et al., 2017).

Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) diperkenalkan pada tahun 2006 sebagai salah satu rawatan untuk HIV. Walau bagaimanapun, individu yang hidup dengan HIV perlu memahami bahawa tidak ada penawar yang kekal untuk HIV. HAART hanya akan membantu menekan beban virus ke tahap tidak boleh dikesan, membolehkan mereka untuk hidup hampir normal (Hoogbruin, 2011). Selain itu, kepatuhan kepada ubat yang tinggi sepanjang hayat diperlukan untuk memastikan rawatan berjaya (Choy, 2014; Jemison et al., 2019). HAART secara umumnya didefinisikan sebagai beberapa ubat antiretroviral yang digunakan untuk melambatkan kadar replikasi HIV dalam badan manusia. Jika pembiakan HIV berhenti, sel sistem imun dapat hidup dan berfungsi lebih lama (Harper et al, 2024).

Terdapat pelbagai isu yang dibincangkan mengenai PLHIV antaranya ialah stigma dan diskriminasi (Nasrullah et al., 2017). Apabila PLHIV menghadapi stigma dan diskriminasi, sokongan sosial daripada orang sekeliling sangat diperlukan dan menjadi perkara penting dalam memberi mereka semangat untuk terus hidup. Definisi sokongan sosial berbeza mengikut kajian-kajian yang telah dijalankan. Secara umumnya, sokongan sosial didefinisikan sebagai ‘persepsi ataupun pengalaman seseorang disayangi dan diambil berat oleh orang lain, dihargai, dihormati dan menjadi sebahagian daripada jaringan sosial’ (Taylor, 2007). Konsep sokongan sosial juga telah memfokuskan kepada sumber sokongan sosial iaitu keluarga, pasangan, kawan, rakan sekerja, doktor dan persatuan komuniti. House, Landis dan Umberson (1981) dalam WHO (2013) menyatakan bahawa terdapat empat jenis sokongan sosial iaitu:

- i. Sokongan informasi/maklumat : merangkumi peruntukan informasi, pendidikan ataupun tunjuk ajar untuk digunakan dalam menguruskan masalah yang berkaitan kesihatan serta peribadi.
- ii. Sokongan instrumental / harta benda : merangkumi peruntukan untuk bantuan harta benda dalam bentuk kewangan, barangan, tenaga buruh, masa ataupun apa-apa pertolongan secara terus. Ini juga termasuklah bekalan makanan dan juga bantuan kewangan.
- iii. Sokongan emosi : merujuk kepada peruntukan empati, kasih sayang, cinta, kepercayaan, memberikan semangat, sedia mendengar dan diambil berat oleh individu lain yang berada dalam jaringan sosial yang sama.
- iv. Sokongan Penilaian : juga dikenali sebagai sokongan jaringan dan integrasi sosial. Sokongan ini merangkumi hubungan sosial yang dipunyai oleh individu dengan individu lain yang mempunyai minat yang sama. Jenis sokongan ini juga memberikan maklum balas dan penilaian terhadap pesakit HIV positif.

Objektif kajian adalah untuk meneroka profil demografi serta tahap sokongan sosial yang diterima oleh penghidap HIV positif di Lembah Klang. Kajian ini diharapkan agar dapat membantu beberapa golongan dalam mengenali PLHIV dan mendalami isu sokongan sosial yang sangat diperlukan oleh mereka. Selain itu, kajian ini juga penting untuk dilakukan bagi membantu PLHIV dalam memahami keperluan sokongan daripada orang sekeliling mereka. Masyarakat juga boleh menjadikan kajian ini sebagai rujukan untuk mengetahui latar belakang PLHIV dengan lebih mendalam.

Sorotan Literatur

Kajian oleh Sushil (2010) menyatakan bahawa penjagaan, rawatan dan sokongan psikososial boleh menggalakkan kualiti hidup penghidap HIV positif. Oleh sebab itu, keluarga, rakan-rakan dan komuniti boleh menjadi sumber sokongan kepada golongan ini. Menurut Sushil juga, terdapat dua sumber sokongan sosial yang dibincangkan. Pertama ialah yang berkaitan dengan keluarga dan rakan dan yang kedua ialah sokongan komuniti, agensi kerajaan dan industri kesihatan. Manakala sokongan yang bukan daripada keluarga selalunya daripada jururawat, pembimbing rakan sebaya dan pekerja kesihatan. Mereka juga sering memberikan golongan ini maklumat berkaitan penyakit (sokongan informasi). Sokongan daripada keluarga dan rakan sangat penting untuk penghidap HIV positif berhadapan dengan stigma. Selain daripada itu, pasangan kepatuhan (*adherence partner*) bagi penghidap HIV yang menjalani rawatan HAART juga boleh menyalurkan sokongan sosial dengan mengingatkan mereka tentang tarikh temujanji dan juga masa untuk mengambil ubat (Ndubuka dan Ehlers 2011). Hasil kajian ini disokong dengan penemuan kajian oleh Maqutu dan Zewotir

(2011) yang mendapati bahawa pesakit yang tinggal bersama pasangan mempunyai tahap kepatuhan yang lebih baik berbanding yang tinggal berseorangan dan tidak mempunyai sokongan sosial. Di sini dapat dilihat sokongan sosial juga memainkan peranan yang penting dalam mengekalkan kesihatan yang baik dalam kalangan penghidap HIV positif.

Sokongan sosial kepada penghidap HIV positif adalah berkorelasi secara signifikan dengan kualiti kehidupan mereka (Nunes et al., 1995). Kajian mengenai penghidap HIV positif juga menunjukkan persekitaran yang menyokong, terutamanya penerimaan rakan-rakan dan keluarga berkait rapat dengan kualiti hidup penghidap HIV positif. Pemuluan, penolakan dan pengasingan boleh mengancam harapan serta kesejahteraan penghidap HIV positif. Kajian oleh Remor (2002) juga mendapati tahap sokongan sosial yang rendah boleh membuatkan fungsi fizikal penghidap semakin menurun. Tambahan pula, jenis sokongan sosial mempengaruhi tahap kualiti kehidupan di mana sokongan emosi mengurangkan tekanan fizikal, mental, limitasi aktiviti, simptom kemurungan, simptom kebimbangan, kekurangan tidur dan juga kesakitan. Manakala sokongan fungsi ataupun sokongan yang nyata dilihat lebih relevan kepada penghidap HIV positif.

Tambahan pula, penghidap HIV dan AIDS yang berpuas hati dengan jumlah sokongan sosial yang diterima lebih cenderung untuk mengalami tekanan psikologikal yang lebih rendah, kualiti kehidupan yang lebih baik dan keyakinan diri yang lebih tinggi manakala penghidap yang kurang mendapat sokongan sosial mengalami keadaan yang sebaliknya. Kajian ini juga mendapati bahawa wanita yang merupakan penghidap HIV positif mendapat sokongan sosial yang jauh lebih rendah berbanding lelaki dan ini menyebabkan mereka lebih tertekan (Murri et al., 2003). Malahan terbukti bahawa penghidap HIV mempunyai kualiti hidup yang lebih baik apabila menerima sokongan sosial kerana ianya mampu meredakan tekanan dalam kalangan orang yang hidup dengan HIV dan menggalakkan rasa kesejahteraan emosi (Kalichman et al., 2003). Tambahan pula, kajian lepas juga membuktikan bahawa jika penghidap HIV positif terutamanya kanak-kanak yang mendapat sokongan dari segi tempat perlindungan lebih gembira kerana keperluan asas mereka terjamin dan boleh hidup dengan lebih berdisiplin serta selesa (Aishah et al., 2011).

Nwachukwu (2007) menyatakan bahawa sikap yang ditunjukkan oleh masyarakat mungkin merupakan penyebab mengapa penghidap HIV positif gagal untuk mendedahkan status HIV mereka ataupun mencari perubatan yang sesuai dengan diri mereka. Misalnya, sikap sesetengah individu yang berkaitan dengan penjagaan kesihatan membuatkan penghidap HIV dilihat sebagai orang luar dan ini akan membawa kepada penurunan dalam kualiti kesihatan mereka. Antara kesan HIV/AIDS kepada penghidap adalah hilang kehormatan, maruah, boikot daripada rakan sebaya, dan masyarakat secara umumnya. Olawale (2001) juga menyatakan persepsi, sikap dan kepercayaan mengenai isu HIV/AIDS ini membuatkan pasangan dan pekerja kesihatan menunjukkan sokongan sosial yang rendah kepada pesakit HIV. Sokongan sosial memainkan peranan yang penting dalam berdaya tindak dengan HIV/AIDS. Kajian lepas mendapati bahawa semakin tinggi tahap puas hati penghidap terhadap sokongan sosial yang diterima, semakin cenderung untuk mereka menyesuaikan diri dengan HIV. Selain itu, kemurungan juga semakin berkurangan, lebih banyak strategi daya tindak dan kurang kadar pertumbuhan simptom-simptom berkaitan HIV (Kenneth, 2007). Individu yang hidup dengan HIV/AIDS menghadapi cabaran sosial, emosi dan psikologikal melebihi cabaran fizikal. Menurut survei terkini di US, lebih 80% informan yang mempunyai prejudis dan diskriminasi terhadap penghidap HIV positif. Maka dalam keadaan masyarakat sebegini, pengkaji mendapati bahawasanya internet boleh menjadi sumber sokongan maklumat dan emosi yang baik dan fleksibel kepada penghidap HIV positif.

Kerangka Teoritik

Teori Ekologi diasaskan pada 1977 oleh Urie Bronfenbrenner yang merupakan Professor Emeritus dalam bidang Pembangunan Manusia dan bidang Psikologi dalam Jabatan Ekologi Manusia di Universiti Cornell. Teori Ekologi memberi penekanan bahawa individu yang melalui proses pertumbuhan dan perkembangan itu terangkum di dalam sistem persekitaran yang mementingkan interaksi di antara satu sama lain. Model Ekologikal mempunyai enam tahap yang saling berkait antara satu sama lain. Tahap-tahap tersebut ialah : Tahap Individu, Mikrosistem, Mesosistem, Eksosistem, Makrosistem dan Kronosistem.

Teori ini boleh diaplikasikan dalam kehidupan seharian PLHIV dari segi sokongan sosial yang diperlukan dan diterima. Individu dijangkiti oleh virus HIV kerana diri sendiri. Tingkah laku maladaptif

seperti perkongsian jarum semasa penagihan telah menyebabkan mereka dijangkiti oleh virus ini dan merosakkan imun badan. Selain daripada itu, tahap individu dalam teori ini juga boleh diaplikasikan dalam keadaan di mana pesakit itu ingin berubah kepada keadaan yang lebih baik. Ia adalah kesedaran yang timbul daripada diri sendiri. Mikrosistem melibatkan persekitaran yang terdekat di mana individu mempunyai interaksi secara langsung dan menghabiskan paling banyak masa. Dalam konteks kajian tentang HIV positif ini, ia meliputi keluarga, rakan-rakan, masyarakat dan kaunselor. Semua ini adalah sumber sokongan sosial yang penting dalam kehidupan pesakit dan mempunyai pengaruh yang besar ke atas pesakit HIV positif.

Seterusnya, tahap mesosistem adalah hubungan antara beberapa mikrosistem seperti hubungan keluarga dan kaunselor serta kawan dan masyarakat. PLHIV yang merasa diri dipinggirkan oleh keluarga mungkin hadapi masalah dalam hubungan dengan masyarakat. Eksosistem pula merangkumi persekitaran yang tidak berhubung secara langsung dengan PLHIV tetapi tetap memberikan kesan kepada mereka seperti sistem ekonomi, politikal, polisi kerajaan dan sistem keagamaan. Manakala tahap makrosistem pula adalah perubahan keadaan dalam satu tempoh masa dan dipengaruhi oleh norma, nilai dan amalan masyarakat. Masyarakat di Malaysia sekarang semakin terbuka dan faham mengenai HIV berbanding dahulu di mana PLHIV akan dipulaukan dan disisihkan. Tahap terakhir iaitu kronosistem menjelaskan bahawa persekitaran kita tidak kekal sama dan berubah mengikut peredaran masa. Teknologi perubatan yang baru membawa kepada perubahan dalam kehidupan PLHIV dan membawa sinar baru.

Metodologi

1. Rekabentuk Kajian

Kajian ini berbentuk keratan rentas dan menggunakan kaedah kuantitatif (soal selidik) bagi meneroka profil demografi atau latar belakang penghidap HIV positif serta tahap sokongan sosial yang diterima oleh mereka. Penggunaan kaedah kuantitatif lebih sesuai kerana bilangan responden yang diperlukan melebihi 100 orang dan akan menghasilkan analisis yang lebih direktif, bersesuaian dengan objektif kajian. Melalui rekabentuk ini juga, pengkaji dapat menggunakan masa untuk pengumpulan data dengan lebih efektif.

2. Lokasi Kajian

Kajian ini memfokuskan kepada kawasan Lembah Klang, khususnya negeri Selangor dan Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur. Hal ini selari dengan statistik yang dilaporkan oleh Global AIDS Monitoring – *Country Progress Report Malaysia 2023* yang mana mendapati bahawa 31% PLHIV berada di negeri Selangor dan di ikuti oleh Wilayah Persekutuan iaitu sebanyak 12%. Beberapa rumah perlindungan dan badan bukan kerajaan (NGO) untuk PLHIV dikenal pasti bagi melakukan kajian ini. Astana Budi, Darul Ukhwah, Rumah Solehah, Baitul Islah AADK dan Pertubuhan Penyayang Bersatu (PINTAS) adalah tiga buah tempat yang menawarkan perkhidmatan *in-house* kepada PLHIV yang tiada tempat tinggal dan membantu mereka untuk menjalani kehidupan seharian. Selain itu, kajian ini juga dilakukan di Pusat Pemulihan Narkotik (PUSPEN) Serendah, Kuala Lumpur AIDS Support Service Society (KLASS) dan Persatuan Insaf Murni. Beberapa rumah perlindungan dan NGO ini berada di bawah naungan Majlis Agama Islam Selangor (MAIS) dan mempunyai kerjasama dengan Kementerian Kesihatan Malaysia dalam usaha membantu golongan PLHIV untuk mendapat tempat tinggal serta memberikan kesedaran mengenai rawatan *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART).

3. Sampel Kajian dan Teknik Persampelan

Populasi sasaran kajian ini adalah individu yang dijangkiti HIV positif (PLHIV) di Lembah Klang dan berumur daripada 18 tahun hingga 60 tahun. Kajian ini meliputi kesemua PLHIV yang menjalani rawatan HAART ataupun tidak kerana fokus kajian adalah selepas diagnosis HIV, bukannya selepas memulakan rawatan. Kerangka sampel pula adalah senarai nama penghidap HIV positif di Lembah Klang dan dikumpul dengan cara menghubungi organisasi yang terlibat. Antara kriteria inklusif bagi sampel kajian adalah dijangkiti HIV positif, berumur antara 18 hingga 60 tahun. Boleh memahami dan memberikan kebenaran dengan pertolongan yang minimum daripada pengkaji dan boleh berbahasa Melayu atau Inggeris atau kedua-

duanya sekali. PLHIV yang tidak memenuhi syarat dan mempunyai penyakit yang boleh mengganggu kefungsiannya seperti kecacatan mental dan kognitif tidak layak untuk menyertai kajian. Teknik persampelan bertujuan digunakan dalam kajian ini bagi mencari responden. Hal ini kerana pengkaji telah menetapkan kriteria pemilihan responden dan mencari mereka berdasarkan lokasi kajian yang telah disenarai pendek. Kesediaan organisasi dan responden yang terhad juga menjadi faktor mengapa persampelan bertujuan telah dilakukan. Majoriti PLHIV kurang terbuka untuk mendedahkan status HIV mereka dan tidak bersetuju untuk menyertai kajian walaupun diterangkan mengenai privasi serta etika kajian. Seramai 165 orang responden yang berjaya direkrut bagi menyertai kajian ini.

4. Alat Ujian

Alat ujian yang digunakan adalah berbentuk soal-selidik. Bahagian pertama merangkumi maklumat demografi responden seperti lokasi atau organisasi mereka, jantina, umur, bangsa, status perkahwinan, tahap pendidikan, dan pekerjaan semasa. Selain daripada itu, bahagian demografi juga meliputi maklumat berkenaan HIV seperti tempoh menghidap HIV, cara transmisi atau jangkitan HIV berlaku, tempoh menjalani rawatan HAART (jika ada) serta penyakit yang dihidapi selain HIV. Bahagian seterusnya adalah mengenai sokongan sosial yang diterima oleh responden. Pengkaji menggunakan alat ujian *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* versi Bahasa Melayu (MSPSS-M) yang dibina oleh Zimet dan rakan-rakan pada 1988. Skala ini telah diterjemahkan kepada Bahasa Melayu (Ng et.al, 2010) supaya lebih sesuai digunakan dalam kajian di Malaysia. Nilai kebolehpercayaan skala ini adalah tinggi iaitu $\alpha = 0.94$. Alat ujian ini menggunakan skala Likert di mana terdapat tujuh skala pengukuran iaitu (1) Tersangat Tidak Setuju, (2) Sangat Tidak Setuju, (3) Tidak Setuju, (4) Berkecuali, (5) Setuju, (6) Sangat Setuju dan (7) Tersangat Setuju. MSPSS-M mempunyai 12 soalan berkaitan sokongan sosial dan terbahagi kepada tiga sub-skala iaitu (i) Individu yang signifikan, (ii) keluarga, (iii) rakan-rakan. Item 1,2,5 dan 10 berada di bawah sub-skala individu yang signifikan, item 3,4,8,11 adalah sub-skala keluarga dan item 6,7,9,12 merupakan item di bawah sub-skala rakan. Jumlah skor boleh dikira secara keseluruhan ataupun mengikut sub-skala yang ditetapkan. Skor 12 hingga 35 menandakan tahap sokongan sosial yang diterima adalah rendah, skor 36 hingga 60 adalah tahap sederhana, dan 61 hingga 84 bermaksud sokongan sosial yang diterima oleh responden adalah tinggi.

5. Proses Pengumpulan Data

Kajian ini menggunakan soal-selidik sebagai medium utama untuk pengumpulan data. Senarai rumah perlindungan dan NGO yang berkaitan dengan HIV/AIDS dikenal pasti dan dihubungi bagi meminta kebenaran. Bagi lokasi yang bernaung di bawah Majlis Agama Islam Selangor (MAIS) dan Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK), pengkaji perlu menghantar permohonan kepada pihak MAIS dan AADK terlebih dahulu. Selain itu, pertemuan pertama dengan wakil setiap lokasi dilakukan bagi menerangkan tatacara kajian serta mengenal pasti responden yang layak menyertai kajian. Proses seterusnya ialah mengedarkan soal selidik kepada responden yang telah disaring. Sebelum itu, pengkaji sekali lagi menerangkan tujuan kajian serta mendapatkan persetujuan termaklum daripada semua responden. Pengkaji akan berada bersama responden semasa mereka menjawab. Hal ini kerana, ada responden yang perlu dibantu untuk memahami item dalam soal-selidik yang diberikan. Seorang responden secara puratanya mengambil masa dalam 10-15 minit untuk menjawab keseluruhan soal-selidik, termasuk melengkapkan borang bersetujuan termaklum. Peralatan untuk menjawab soal-selidik disediakan sepenuhnya oleh pengkaji. Responden juga diberikan token penghargaan setelah selesai menjawab.

6. Analisis Data

Data yang diperoleh dianalisis menggunakan perisian *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versi 26. Analisis deskriptif digunakan bagi memaparkan hasil kajian mengikut objektif yang telah ditetapkan. Bahagian demografi dianalisis bagi mendapatkan peratusan serta bilangan bagi setiap kategori. Manakala bagi sokongan sosial, analisis merangkumi tahap rendah, sederhana, tinggi serta purata bagi setiap sub-skala.

7. Etika Penyelidikan

Kajian ini diluluskan oleh Jawatankuasa Etika Universiti Putra Malaysia (untuk penyelidikan melibatkan manusia) dengan nombor kelulusan JKEUPM-2021-158. Borang persetujuan termaklum juga telah diedarkan sebelum responden mengambil bahagian dalam kajian ini. Mereka juga telah diterangkan mengenai persetujuan termaklum dan melengkapkan borang. Privasi dan kerahsiaan responden juga dijaga dengan cara menggunakan nama samaran semasa kajian berlangsung. Data yang diperolehi akan dilupuskan setelah kajian ini selesai. Responden juga berhak menarik diri daripada kajian bila-bila masa tanpa sebarang halangan daripada pihak pengkaji. Pengkaji juga memastikan responden tidak mengalami sebarang kecederaan fizikal, tekanan emosi, ataupun kecederaan psikologikal semasa dan selepas kajian.

Hasil Kajian

1. Profil Latar Belakang Demografi Responden

Jadual di bawah menunjukkan keputusan latar belakang demografi PLHIV seramai 165 orang. Daripada Jadual 1 di bawah, dapat dilihat bahawasanya terdapat lapan lokasi berasingan yang terlibat dalam kajian ini. Majoriti responden adalah daripada Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN) Serendah iaitu 59 orang (35.8%). Diikuti oleh rumah Darul Ukhwah Puchong iaitu seramai 39 orang (23.6%). Manakala 20 orang (12.1%) responden merupakan klien daripada KLASS, 19 orang (11.5%) responden berada di Baitul Islah AADK, dan lapan orang (4.8%) masing-masing daripada Persatuan Insaf Murni serta PINTAS. Kajian ini juga melibatkan enam orang (3.6%) responden daripada dua lokasi terakhir iaitu Rumah Solehah serta Astana Budi, menjadikan jumlah keseluruhan responden adalah 165 orang.

Dari segi jantina, nampak perbezaan yang agak ketara di mana 94.5% responden adalah lelaki dan hanya sembilan orang (5.5%) sahaja responden wanita menyertai kajian ini. Responden banyak yang berada dalam golongan umur 41 hingga 50 tahun (32.1%), diikuti oleh golongan yang berumur 31 hingga 40 tahun (26.1%), 51 hingga 60 tahun (23.6%) dan yang terakhir adalah 18 hingga 30 tahun (18.2%). Sebahagian besar responden berbangsa Melayu (85.5%) dan 68.5% adalah berstatus bujang. Hanya 13.3% sahaja responden yang berkahwin dan 18.2% pernah berkahwin (bercerai ataupun pasangan meninggal dunia) semasa kajian dijalankan. Selain daripada itu, pengkaji juga meminta responden untuk berkongsi latar belakang pendidikan mereka dan 102 (61.8%) orang menyatakan pendidikan tertinggi mereka adalah Sijil Pelajaran Malaysia (SPM), 23.0% bersekolah rendah, 13.9% mempunyai kelulusan sarjana muda dan 1.2% tahap sarjana. Oleh kerana majoriti responden berada di rumah perlindungan, 48.5% tidak mempunyai pekerjaan, dan 19.4% bekerja dalam bidang pembinaan (buruh). Bidang perniagaan pula adalah sebanyak 15.8%, diikuti oleh bidang perubatan sebanyak 10.3%.

Jadual 1. Demografi responden

Demografi Responden	Frekuensi (n=165)	Peratus (%)
Lokasi		
Astana Budi	6	3.6
Baitul Islah	19	11.5
Darul Ukhwah	39	23.6
Insaf Murni	8	4.8
KLASS	20	12.1
PINTAS	8	4.8
PUSPEN Serendah	59	35.8
Rumah Solehah	6	3.6
Jantina		
Lelaki	156	94.5
Perempuan	9	5.5

Umur		
18-30	30	18.2
31-40	43	26.1
41-50	53	32.1
51-60	39	23.6
Bangsa		
Melayu	141	85.5
Cina	9	5.5
India	8	4.8
Lain-lain	7	4.2
Status Perkahwinan		
Bujang	113	68.5
Berkahwin	22	13.3
Pernah Berkahwin	30	18.2
Tahap Pendidikan		
Sekolah rendah	38	23.0
SPM	102	61.8
Sarjana Muda	23	13.9
Sarjana	2	1.2
Sektor Pekerjaan		
Pendidikan	1	0.6
Perniagaan	26	15.8
Kesihatan	17	10.3
Pembinaan	32	19.4
Eksekutif	9	5.5
Tidak bekerja	80	48.5

Jadual 2 pula menunjukkan latar belakang demografi berkaitan dengan penyakit HIV yang dihadapi oleh responden kajian. Seramai 105 orang responden (63.6%) telah menghidap HIV lebih daripada lima tahun, 21.2% dalam tempoh 0 hingga 12 bulan, dan 15.2% berada dalam kategori 1 hingga 5 tahun. Tempoh ini dikira daripada diagnosis pertama mereka kerana sesetengah responden mungkin menghidap HIV lebih awal sebelum diagnosis rasmi oleh doktor perubatan. Seterusnya, bahagian transmisi HIV adalah cara bagaimana mereka dijangkiti oleh HIV. Transmisi melalui hubungan seksual samada melalui hubungan sesama jenis ataupun seks rambang mendahului dengan 49.1%. Manakala 44.2% responden dijangkiti melalui perkongsian jarum semasa penagihan dadah, 5.5% dijangkiti oleh pasangan yang mempunyai HIV, dan hanya 0.6% responden mendapat HIV daripada pemindahan darah serta transmisi ibu kepada anak semasa dilahirkan.

Selain daripada itu, soal-selidik demografi juga merangkumi tempoh responden menjalani rawatan HAART. Selari dengan tempoh diagnosis, majoriti responden juga telah memulakan HAART lebih lima tahun iaitu sebanyak 52.1%. 38 orang (23.0%) responden telah menjalani HAART dalam tempoh 1 hingga 5 tahun dan 24.8% lagi memulakan HAART kurang daripada 12 bulan. Bagi bahagian penyakit yang dihadapi selain HIV, 67.9% responden menyatakan mereka bebas daripada sebarang penyakit lain. Namun begitu, 10.3% sedang atau pernah menghidap penyakit batuk kering (TB), 6.1% hepatitis dan 15.8% penyakit lain seperti diabetes mellitus, darah tinggi, herpes dan lain-lain. Seterusnya, daripada 165 orang responden kajian, 81.8% didapati berada di pusat rehabilitasi (rumah perlindungan atau pusat pemulihan narkotik) dan baki 18.2% pula tinggal di kediaman sendiri.

Jadual 2. Demografi responden berkenaan HIV

Demografi Responden (HIV)	Frekuensi (n=165)	Peratus (%)
Tempoh menghidap HIV		
0-12 bulan	35	21.2
1-5 tahun	25	15.2
Lebih 5 tahun	105	63.6
Transmisi HIV		
Penggunaan Jarum	73	44.2
Hubungan seksual	81	49.1
Pemindahan darah	1	0.6
Pasangan	9	5.5
Transmisi ibu-anak	1	0.6
Tempoh HAART		
0-12 bulan	41	24.8
1-5 tahun	38	23.0
Lebih 5 tahun	86	52.1
Penyakit selain HIV		
TB	17	10.3
Hepatitis	10	6.1
Lain	26	15.8
Tiada	112	67.9
Penempatan Sekarang		
Rumah sendiri	30	18.2
Pusat Rehabilitasi	135	81.8

2. Tahap Sokongan Sosial

Jadual 3 menunjukkan tahap sokongan sosial yang diterima oleh responden kajian, menggunakan soal-selidik MSPSS- M versi bahasa Melayu. Tahap sokongan sosial ini telah dibahagikan kepada tiga kategori iaitu rendah, sederhana dan tinggi. Skor 12 hingga 35 menandakan tahap sokongan sosial yang diterima adalah rendah, skor 36 hingga 60 adalah tahap sederhana, dan 61 hingga 84 bermaksud sokongan sosial yang diterima oleh responden adalah tinggi. Menurut Jadual 3 di atas, lebih separuh (50.9%) responden mendapat sokongan sosial yang tinggi daripada orang sekeliling mereka. Seterusnya, 38.2% menunjukkan sokongan sosial yang sederhana dan hanya 10.9% responden mendapat sokongan sosial yang rendah.

Jadual 3. Tahap sokongan sosial yang diterima oleh PLHIV

Tahap	Frekuensi	Peratus (%)
Rendah	18	10.9
Sederhana	63	38.2
Tinggi	84	50.9
Jumlah	165	100

Jadual 4 pula menunjukkan sokongan sosial yang diterima oleh responden kajian mengikut sub-skala soal-selidik MSPSS-M. Sub-skala orang yang signifikan adalah merujuk kepada orang yang tiada kaitan kekeluargaan tetapi penting dan mempunyai hubungan yang rapat dengan responden. Antara soalan dalam sub-skala ini adalah seperti “Ada seseorang yang istimewa bersama saya bila saya dalam keadaan yang memerlukan”. Manakala item bagi sub-skala keluarga antaranya ialah “Keluarga saya bersedia menolong saya membuat keputusan”. Sub-skala yang terakhir adalah sokongan sosial daripada rakan-rakan responden seperti

“Saya boleh berharap kepada kawan-kawan saya apabila sesuatu hal yang tidak baik berlaku”. Hasil kajian menunjukkan purata bagi ketiga-tiga sub-skala tidak banyak perbezaan di mana sokongan sosial daripada orang yang signifikan ($M=20.58$, $SD=6.06$), keluarga ($M=19.78$, $SD=6.54$) dan rakan ($M=19.42$, $SD=5.94$).

Jadual 4. Purata sokongan sosial berdasarkan sub-skala

Sub-skala	Purata	SD
Orang yang Signifikan	20.58	6.06
Keluarga	19.78	6.54
Rakan	19.42	5.94

Perbincangan

Melalui dapatan kajian di atas, kita dapat melihat bahawasanya banyak badan bukan kerajaan (NGO) dan badan kerajaan yang memberikan bantuan dalam membantu PLHIV terutamanya dari segi tempat tinggal serta kesihatan. Terdapat banyak rumah perlindungan di Lembah Klang menawarkan perkhidmatan ini untuk PLHIV yang tidak mempunyai keluarga dan ingin berubah ke jalan yang lebih baik. Antara aktiviti lain yang ditawarkan adalah kelas agama, kelas memasak, kelas pemulihan, serta peluang untuk meningkatkan kemahiran kemajuan diri. Sebagai contoh, Baitul Islah mempunyai slot untuk kelas agama setiap hari dan PINTAS juga menyediakan ruang untuk PLHIV berniaga barangan seperti minyak wangi dan kuih muih. Hal ini merupakan salah satu bentuk sokongan sosial yang diperlukan bagi mereka meneruskan kehidupan. Bagi penghuni Darul Ukhwah pula, mereka juga ditawarkan rawatan bagi PLHIV yang terlantar seperti penjagaan ubatan serta temujanji ke hospital. KLASS dan Persatuan Insaf Murni lebih memfokuskan kepada peluang pekerjaan sebagai Pekerja Kesihatan Komuniti (PKK) bagi PLHIV dalam usaha mencegah dan mengenalpasi kes HIV yang lain.

Menurut Aizat et al (2012), rumah perlindungan bagi PLHIV ini boleh meningkatkan kualiti kehidupan mereka. Selain itu, tempat perlindungan juga mempromosikan penerimaan dan sokongan yang lebih baik dari keluarga, rakan-rakan, dan masyarakat. Pusat Penjagaan Komuniti (CCC), yang menawarkan perkhidmatan kesihatan kepada pesakit HIV dalam komuniti, telah berjaya dilaksanakan di pelbagai negara. Penilaian terkini di India telah mengkaji perkhidmatan yang disediakan oleh pusat-pusat ini (Sogarwal & Bachani, 2011). Bukan sahaja berperanan sebagai pautan antara kemudahan rawatan canggih dan program rawatan di rumah, pusat-pusat ini juga memberikan terapi antiretroviral kepada mereka, selari dengan pernyataan bahawasanya sokongan psikososial penting untuk meningkatkan kualiti hidup.

Majoriti responden kajian adalah berumur antara 41 hingga 50 tahun. Dapatan ini tidak selari dengan *Country Progress Report – Malaysia (2023)* yang menyatakan peratusan umur yang paling banyak adalah golongan berumur 20 hingga 29 tahun. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh lokasi kajian dijalankan iaitu rumah perlindungan di mana PLHIV yang berusia lebih ramai tinggal di rumah perlindungan berbanding PLHIV yang lebih muda. Laporan ini juga menunjukkan golongan MSM menunjukkan peningkatan dalam kes HIV positif dan ini adalah sama seperti data yang diperolehi dalam kajian di mana responden yang mendapat jangkitan HIV kerana transmisi melalui seksual adalah agak tinggi berbanding yang lain. Dapatan ini disokong oleh kajian lepas yang menyatakan mengikut trend jangkitan HIV, MSM atau golongan homoseksual kelihatan menjadi populasi utama yang menghidap HIV positif pada masa kini (Anita & Chai, 2019).

Walaupun penyakit ini kebanyakannya ditemui dalam kalangan IDU pada tahun-tahun awal, kes-kes HIV yang dilaporkan baru daripada MSM meningkat secara dramatik dari 27% pada tahun 2009 ke 40% pada tahun 2010 (Choy, 2014). Penemuan ini juga disokong oleh beberapa kajian lepas lain yang menunjukkan trend meningkatnya kes HIV dalam kalangan lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (Eluwa et al., 2019; Koh & Yong, 2014; Mirzazadeh, Noori, Shengelia, & Chikovani, 2019). Dapatan kajian bagi tempoh menghidap HIV (diagnosis) dan tempoh memulakan rawatan HAART adalah berbeza kerana tidak semua PLHIV akan terus memulakan HAART setelah mereka di diagnos. Sebelum ini, mereka akan memulakan rawatan apabila bilangan sel darah putih menjadi sangat rendah. Selain itu, ada antara PLHIV tidak mahu memulakan rawatan atas kehendak mereka sendiri kerana pelbagai sebab.

Tahap sokongan sosial yang diterima oleh responden adalah agak tinggi. Sebanyak 50.9% responden yang menerima sokongan sosial yang baik daripada orang sekeliling mereka. Hal ini kerana, kebanyakan orang sekeliling telah mula menyedari kepentingan sokongan sosial kepada PLHIV dalam meneruskan kehidupan. Tidak hanya golongan profesional yang memberikan sokongan seperti kaunseling ataupun sokongan emosi, tetapi masyarakat seperti keluarga dan rakan juga mula menerima PLHIV dalam kehidupan seharian mereka. Oppong (2012) dalam kajiannya mengenai sokongan sosial dan kesejahteraan psikologikal penghidap HIV di Ghana mendapati bahawa HIV dan AIDS merupakan cabaran sosial yang paling sukar untuk dihadapi kerana hubungannya yang kuat dengan seksual serta tingkahlaku yang kurang bermoral. Penghidap HIV mungkin akan mengalami kesukaran berkaitan dengan keyakinan diri, daya tindak, pemuluan sosial, dan kesejahteraan sosial yang teruk. Apabila mereka menerima sokongan sosial daripada jaringan sosial yang signifikan ianya boleh mempromosikan penyesuaian psikologi yang positif. Selain itu, terdapat hubungan antara jumlah sokongan sosial yang tinggi dengan pengurangan kesan negatif dalam kalangan penghidap HIV positif. Bagi sub-skala sokongan sosial, tiada perbezaan yang ketara dalam jumlah purata antara orang yang signifikan, keluarga dan rakan-rakan. Ini menunjukkan bahawa responden mendapat sokongan sosial yang lebih kurang sama daripada ketiga-tiga golongan yang dinyatakan.

Sokongan sosial memainkan peranan yang penting dalam berdaya tindak dengan HIV/AIDS. Pengkaji mendapati bahawa semakin tinggi sokongan sosial yang diterima, semakin cenderung untuk mereka menyesuaikan diri dengan HIV. Selain itu, kemurungan juga semakin berkurangan, lebih banyak strategi daya tindak dan kurang kadar pertumbuhan simptom-simptom berkaitan HIV (Kenneth, 2007). Individu yang hidup dengan HIV/AIDS menghadapi cabaran sosial, emosi dan psikologikal melebihi cabaran fizikal. Maka, dapatan kajian yang menunjukkan lebih separuh responden mendapat sokongan sosial yang tinggi boleh dijadikan penanda aras dalam usaha untuk memberikan PLHIV kehidupan yang lebih baik di masa akan datang.

Kesimpulan

Secara kesimpulannya, kajian ini bertujuan untuk melihat profil demografi PLHIV di Lembah Klang umumnya, dan di Selangor serta Wilayah Persekutuan khususnya. Kaedah kajian kuantitatif dapat membantu pengkaji menjalankan kajian dengan lebih efektif dan menjimatkan masa. Terdapat banyak organisasi yang boleh membantu PLHIV di luar sana dalam memberikan kehidupan yang lebih baik kepada mereka. Penambahan rumah perlindungan yang memberikan mereka tempat tinggal ini juga merupakan satu usaha bersama yang patut digiatkan lagi. Tren HIV yang berubah daripada perkongsian jarum penagihan kepada hubungan seksual, khususnya MSM perlu diberi perhatian. Para profesional juga perlu peka dengan perubahan trend ini bagi memastikan kaedah pecegahan serta pemulihan dapat dijalankan dengan betul. PLHIV wanita juga perlu diberi perhatian yang lebih kerana mereka belum begitu terbuka dalam berkongsi mengenai HIV positif. Berhadapan dengan penyakit berjangkit dan perlu bergantung kepada ubat sepanjang hidup bukanlah sesuatu yang mudah. Ini akan memberikan banyak kesan yang tidak elok kepada kesihatan mental serta kualiti hidup mereka. Maka, sokongan sosial yang diberikan perlu dikekalkan dan ditambahbaik dari segala segi. Kesemua medium sokongan seperti kumpulan sokongan atas talian perlu diperkenalkan dan digunakan sepenuhnya. Kajian ini mempunyai limitasi di mana hanya sedikit responden wanita sudi menjawab soal selidik yang diberikan. Jadi, kajian yang akan datang disyorkan supaya memfokuskan kepada golongan PLHIV wanita. Kajian ini juga diharapkan dapat membantu masyarakat untuk lebih memahami PLHIV, dan golongan profesional dapat membina medium pemulihan, pencegahan yang lebih sesuai dengan trend semasa.

Penghargaan: Sekalung penghargaan bagi kesemua responden yang sudi berkongsi maklumat serta pandangan dalam kajian ini. Selain itu, penghargaan ini juga diberikan kepada pihak MAIS, AADK, kesemua lokasi dan pegawai organisasi yang terlibat.

Kenyataan Persetujuan Termaklum: Kajian telah mendapat persetujuan daripada semua responden yang terlibat dalam kajian.

Konflik Kepentingan: Pengkaji melaporkan tiada konflik kepentingan untuk penulisan artikel ini dan mengisytiharkan bahawa tiada potensi konflik kepentingan berkenaan dengan penyelidikan, penulisan dan penerbitan artikel ini.

Rujukan

- Aishah, M., Fatimah, Y., Bidin, A., & Zaidah, S. (2011). Emosi dan Punca Anak Wanita HIV/AIDS Berada di Rumah Perlindungan. *e-Bangi: Journal of Social Sciences and Humanities*, 6(2), 321-335.
- Anita, S., & Chai, P. T. (2019). *Country Progress Report on HIV / AIDS Response 2019 Malaysia*. [https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Laporan/Umum/Report_GAM_2019\(Final\).pdf](https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Laporan/Umum/Report_GAM_2019(Final).pdf)
- Choy, K. K. (2014). A review of HIV/AIDS Research in Malaysia. *Medical Journal of Malaysia*, 69, 68–81.
- Eluwa, G. I. E., Adebajo, S. B., Eluwa, T., Ogbanufe, O., Ilesanmi, O., & Nzelu, C. (2019). Rising HIV prevalence among men who have sex with men in Nigeria: A trend analysis. *BMC Public Health*, 19(1).
- Fullick, A., (2009). *HIV: Edexcel A2 Biology*. United Kingdom: Pearson Education.
- Harper, J., Betts, M. R., Lichtenfeld, M., Müller-Trutwin, M., Margolis, D., Bar, K. J., Li, J. Z., McCune, J. M., Lewin, S. R., Kulpa, D., Diallo, D. D., Lederman, M. M., & Paiardini, M. (2024). Progress Note 2024: Curing HIV; Not in My Lifetime or Just Around the Corner? *Pathogens and Immunity*, 8(2), 115-157.
- Hopskin, J. (2013). CD4 Cell Counts. *Johns Hopkins Medicine*. Retrieved from http://www.hopkinsguides.com/hopkins/ub/view/Johns_Hopkins_HIV_Guide/545031/all/CD4_Cell_Count [29 Jun 2014].
- Kalichman, S.C., DiMarco, M., Austin, J., Luke, W. & DiFonzo, K. (2003). Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine* 26(4), 315-332.
- Kenneth, D.P. (2007). Social support, coping, and medication adherence among HIV- Positive Women with Depression Living in Rural Areas of the Southeastern United States. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(9), 667- 680.
- Koh, K. C., & Yong, L. S. (2014). HIV risk perception, sexual behavior, and HIV prevalence among men who-have-sex-with-men at a community-based voluntary counseling and testing center in Kuala Lumpur, Malaysia. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, 2014.
- Maqutu, D. & Zewotir, T. (2012). Pptimal HAART adherence over time and time interval between successive visits : Their association and determinants. *AIDS Care*, 23(11), 1417-1424.
- Mirzazadeh, A., Noori, A., Shengelia, N., & Chikovani, I. (2019). HIV continues to spread among men who have sex with men in Georgia; time for action. *PLoS ONE*, 14(4).
- Murri, R., Fantoni, M., Del Borgo, C., Visona, R., Barracco, A., Zambelli, A., ... Wu, A. W. (2003). Determinants of health-related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*, 15(4), 581–590.
- Nasrullah, A., Nasrudin, S., Suhaimi, M., & Norulhuda, S. (2017). Hubungan di antara stigma dan kesihatan mental dalam kalangan orang yang hidup dengan HIV/AIDS. *e-Bangi : Journal of Social Sciences and Humanities*, 14(5), 1-15.
- Nazmi, N., Ezarina, Z., & Norulhuda, S. (2023). Pengetahuan hiv/aids dan faktor keterlibatan dalam hubungan romantik serta ketertarikan seks sesama jantina: kajian kes dalam kalangan mahasiswa gay. *e-Bangi: Journal of Social Sciences and Humanities*, 20(1), 229-241.
- Ndubuka, N.O. & Ehlers, V.J. (2011). Adults patients' adherence to anti-retroviral treatments: A survey correlating pharmacy refill record and pill counts with immunological and virological indices. *International Journal of Nursing Studies* 48, 1323-1329.
- Nunes, J. A., Raymond, S. J., Nicholas, P. K., Leuner, J. D., & Webster, A. (1995). Social Support, Quality of Life, Immune Function, and Health in Persons Living with HIV. *Journal of Holistic Nursing*, 13(2), 174-198.
- Nwachukwu, D.N. (2007). *The Teacher Counsellor: Enhancing Millenium Teaching- Learning Processes*. University of Calabar Press.

- Olawale, S.G. (2001). *International Behavior Modification for Undergraduates and helping Professionals*. Edisi Semak. Adebayo Calvary.
- Opong A. K., (2012). Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. *African Journal of Psychiatry (Johannesburg)*, 15(5), 340-345.
- Remor, E. (2012). Social support and quality of life in patients with HIV infection. *Atencion Primaria* 30(3), 148-129.
- Sogarwal, R., & Bachani, D. (2011). Process evaluation of community care centers providing care, support, and treatment to people living with human immunodeficiency virus in India. *Journal of Public Health Management and Practice*, 17(5), E18-E23.
- Sushil, Y. (2010). Perceived social support, hope and quality of life of persons living with HIV/AIDS: A case study from Nepal. *Quality life research* 21(2), 22-32.
- Taylor, S. E. (2007). *Social Support : Foundation of Health Psychology*. Oxford University Press.
- WHO. (2006). *Data and Statistics for HIV/AIDS*. World Health Organization.
- WHO. (2013). *Fact Sheet on HIV*. World Health Organization.