

مدل معادلات ساختاری رویکرد اجتماع محور و رویکرد پیشگیری مثبت با میانجی‌گری راهبردهای کنار آمدن برای بررسی تبعیت از درمان در افراد دارای اچ‌آی‌وی*

مهری امیری^۱، پیمان حسنی‌ابهریان^۲، محسن روشن‌پژوه^۳

Structural equation modeling of community-based approach and positive prevention approach with mediating coping strategies to evaluate adherence to treatment in people with HIV

Mehri Amiri¹, Peyman Hassani-Abharian², Mohsen Roshanpajouh³

چکیده

زمینه: بیماری ایدز تا سال ۱۹۸۱ ناشناخته بود و در سال ۱۹۸۴ مشخص شد که ویروس اچ‌آی‌وی HIV عامل این بیماری است. مدل‌های متعددی از جمله رویکردهای اجتماع محور و برنامه‌های پیشگیری مثبت به منظور افزایش سازگاری با بیماری و بهره‌مندی از راهبردهای مقابله‌ای برای پیشگیری از ابتلا افراد دارای اچ‌آی‌وی HIV به ایدز AIDS تدوین شده است ولیکن هیچ‌کدام به موضوع تبعیت از درمان در این بیماران با استفاده از رویکردهای پیش‌گفت‌نپرداخته‌اند، اما این پژوهش در نظر دارد به بررسی روابط ساختاری مدل اجتماعی سازگاری و رویکرد پیشگیری مثبت با بررسی نقش میانجی‌گر راهبردهای مقابله‌ای برای بررسی تبعیت از درمان در افراد تحت پوشش باشگاه‌های مثبت سازمان بهزیستی بپردازد. **هدف:** این پژوهش با هدف تعیین رابطه علی‌رشد اجتماعی محور سازگاری برای پیشگیری مثبت بر اساس تبعیت درمانی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کاربردی و در چهارچوب طرح‌های همبستگی و معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی بیماران مبتلا به ایدز در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که تعداد ۲۵۰ نفر از آنان با نمونه‌گیری هدفمند از نوع در دسترس از بین بیماران مراجعه‌کننده به باشگاه‌های مثبت تحت نظارت سازمان بهزیستی به عنوان نمونه انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴)، پرسشنامه سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری (دروگتیس و دروگتیس، ۱۹۹۰) و پرسشنامه تبعیت درمانی (سیدفاطمی، رفیعی، حاجی‌زاده و مدانلو، ۱۳۹۷) استفاده شد. ارزیابی مدل مفهومی با روش الگویابی معادلات ساختاری انجام شد و برای آزمون روابط غیرمستقیم، روش بوت استرپ (با استفاده از نرم‌افزار AMOS-21) به کار رفت. **یافته‌ها:** مدل پیشنهادی پس از تصحیح، برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد و همه مسیرهای مستقیم از لحاظ آماری معنادار بودند ($P > 0/05$). همچنین، همه مسیرهای غیرمستقیم (رابطه روش‌های سازگاری برای پیشگیری مثبت و تبعیت درمانی از طریق راهبردهای مقابله‌ای) معنادار بود ($P > 0/05$). مسیر غیرمستقیم، تبعیت درمانی بر سازگاری روانی - اجتماعی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی با توجه به روش برآورد بوت استرپ مورد تأیید واقع گردید. علاوه بر این، نتایج نشان داد تبعیت درمانی ($P < 0/001$) و راهبردهای مقابله‌ای ($P < 0/002$) بر سازگاری روانی - اجتماعی افراد مبتلا به HIV اثر مستقیم دارد و تبعیت از درمان باعث سازگاری روانی - اجتماعی و به تبع آن بهره‌گیری از شیوه‌های مناسب و فعال مقابله با فشار روانی است و رفتار مقابله‌ای مسئله‌مدار را تسهیل می‌نماید. **نتیجه‌گیری:** بر اساس رویکرد اجتماع محور و روش‌های سازگاری انجام شده در باشگاه‌های مثبت سازمان بهزیستی، بیمارانی که راهبردهای کنار آمدن را با رویکرد پیشگیری مثبت دنبال کرده بودند، تبعیت از درمان آسان‌تری را تجربه کردند که احتمالاً می‌تواند از تبدیل شدن اچ‌آی‌وی به ایدز در این بیماران پیشگیری نماید. **واژه کلیدی‌ها:** رویکرد اجتماع محور، روش‌های سازگاری، تبعیت درمانی، راهبردهای مقابله‌ای، بیماران مبتلا به HIV.

Background: Numerous models have been developed for the prevention of AIDS in people with HIV. However, the present study sought to intervene structural relationships between a community-based adaptation model and adherence therapy mediated by coping strategies in HIV-positive people supported by positive clubs of the Welfare Organization of Iran. **Aims:** The aim of this study was to determine the causal relationship between community-based coping methods for positive prevention based on adherence therapy mediated by coping strategies in HIV patients. **Method:** The present study was descriptive and of correlation and structural equations. The statistical population of this study included all patients with AIDS in Tehran in 1398, of which 250 people were selected as the sample by purposive sampling of the available type from patients referring to positive clubs under the supervision of the Welfare Organization. In order to collect data, the Coping Styles Questionnaire (Lazarus and Folkman, 1984), the Psychosocial Adjustment Questionnaire (Drogitis and Drogitis, 1990) and the Adherence Therapy Questionnaire (Seyed Fatemi, Rafiei, Hajizadeh and Madanloo, 2018) were used. The Conceptual Model was evaluated by the structural equation modeling method and indirect relationships were tested using the bootstrap method (using AMOS-21 software). **Results:** The corrected proposed model had an acceptable fit with the data and all direct and indirect (the relationship between adaptation methods for positive prevention and adherence therapy through coping strategies) paths were statistically significant ($P < 0.05$). The bootstrap estimation method confirmed the indirect path of adherence therapy on psychosocial adjustment mediated by coping strategies in people with HIV. In addition, therapeutic adherence ($P < 0.001$) and coping strategies ($P < 0.002$) had a direct effect on psychosocial adjustment of people with HIV. Adherence to treatment also causes psychosocial adjustment and, consequently, the use of appropriate and active coping strategies with stress and facilitates problem-oriented coping behavior. **Conclusions:** Based on the results of the study, adherence therapy and coping strategies training can be used to increase the level of psychosocial adjustment in HIV-positive people. Therefore, it is suggested that psychological counseling be provided for patients in addition to medical measures to strengthen adaptation to the disease. **Key Words:** Community-based model, coping strategies, adherence therapy, HIV patients.

Corresponding Author: abharian@iricss.org

* این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول و بر ای دفاع از پایان‌نامه نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین‌الملل کیش است.

^۱ گروه روانشناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

^۱ Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

^۲ استادیار، کلینیک مغز و شناخت، مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of rehabilitation, Research Institute of Cognitive Science, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه اعتیاد دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Addiction, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

مقدمه

تا زمانی که مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) در آمریکا وقوع پنومونی نامشخص مربوط به Carinipneumocystis را در سال ۱۹۸۱ میلادی گزارش نمود، بیماری ایدز ناشناخته بود (بهرام، ۱۳۷۸). نشانگان ویروس کمبود ایمنی انسانی^۱ از بیماری‌های همه گیر در جوامع مختلف است که توسط رتروویروس از خانواده لتی ویروس‌ها ایجاد می‌شود. این ویروس بر تمام سیستم‌های بدن تأثیر می‌گذارد و باعث آسیب‌پذیری اندام‌های بدن نسبت به عفونت‌های فرصت طلب، کاهش وزن و در نهایت مرگ می‌شود (نایپ و همکاران، ۲۰۰۷). از آغاز همه‌گیری بیماری تاکنون، در حدود ۷۱ میلیون نفر به ویروس اچ‌آی‌وی آلوده شده و حدود ۳۴ میلیون نفر در اثر آن در گذشته اند (مشرقی و همکاران، ۱۳۹۵). اپیدمی جهانی آلودگی با ویروس ایدز بزرگ‌ترین چالش عصر حاضر است (برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز^۲، ۲۰۰۵). این بیماری عوارض اقتصادی - اجتماعی زیادی از جمله هدر رفتن خدمات بهداشتی به علت هزینه‌های دارو (بارنت، ۲۰۰۲)، توسل خانواده‌ها به راهبردهای مقابله‌ای منفی (برونفمن، لیوا، نگرونی و رودا، ۲۰۰۲)، ترس از آینده کودکان به علت مرگ والدین (بل، دیواراجان، گرسباج، ۲۰۰۳) را به دنبال داشته است. از سویی با هدف کاهش عوارض ناشی از ابتلای افراد به این بیماری و پیشگیری از تغییر سیر بیماری از اچ‌آی‌وی به ایدز الگوهای متعددی از جمله رویکردهای اجتماع محور و برنامه‌های پیشگیری مثبت به منظور افزایش سازگاری با بیماری و بهره‌مندی از راهبردهای مقابله‌ای پیشنهاد شده است، در پژوهشی با عنوان مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به ویروس HIV پایبند به درمان و بیماران مبتلا به ویروس HIV ناپایبند به درمان، به این نتیجه رسیدند که بین سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و اجتنابی بیماران مبتلا به ویروس HIV پایبند و بیماران مبتلا به ویروس HIV ناپایبند به درمان تفاوت معنی‌دار وجود داشت ولی بین سبک مقابله هیجان‌مدار بیماران ایدز پایبند و ناپایبند به درمان تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. همچنین نتایج نشان داد که بین سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به ویروس HIV پایبند و بیماران مبتلا به ویروس HIV ناپایبند به درمان تفاوت معنی‌دار وجود داشت (کریمی و همکاران

(۱۳۹۷). همچنین کالوتی و همکاران در پژوهشی با عنوان عوامل روانشناختی مرتبط با پیروی از درمان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به HIV/AIDS در برزیل نشان داد که پیروی از درمان متوسط تا بالا با درک مناسب از حمایت اجتماعی نشانگر کیفیت بهتر زندگی است (کالوتی، جیوولی، گوئر و مورایس، ۲۰۱۴). ولیکن در خصوص پیشگیری از ابتلای افراد دارای HIV به مرحله ایدز با بهره‌مندی از روابط ساختاری مدل اجتماعی سازگاری، تبعیت درمانی و نقش راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی، پژوهش‌های اندکی انجام شده است. با توجه به پیشرفت بیماری ایدز و درگیری اکثر کشورها با آن و علیرغم هشدارهایی که دولت‌ها به شهروندان خود مبنی بر رعایت نکات بهداشتی، مراقبتی می‌دهند، همچنان روزانه عده زیادی به این بیماری دچار می‌شوند. از این رو این بیماری را می‌توان در رأس معضلات بهداشتی جهان معاصر قرار داد. بیماری ایدز از سه دهه پیش شروع شده و به سرعت در همه جهان در حال گسترش است. ایدز یک بیماری عفونی محسوب می‌شود که راه‌های انتقال منحصر به فرد این بیماری، آن را از سایر بیماری‌های عفونی متمایز می‌کند. ایدز مرزهای قراردادی کشورهای جهان را از نظر ملیت، سن و جنس در نوردیده است (گودکین و همکاران، ۲۰۱۷). ایدز با مبتلا ساختن مردم در پربارترین سال‌های عمرشان (با توجه به این مهم که بیش از دو سوم بیماران ایدزی در سنین کمتر از ۲۵ سال قرار دارند)، خانواده‌ها و ملت‌ها را از جوانان فعال باز می‌دارد و ضمن ایجاد عوارض جسمی، روانی و اجتماعی بار اقتصادی هنگفتی بر آنان تحمیل می‌کند (اسکویی، کاشفی، رفیعی و گویا، ۲۰۱۷). در بعضی از کشورهای آفریقایی تا دو سوم کل بودجه بهداشت و درمان صرف این بیماری می‌شود. انتقال از راه ارتباطات جنسی محافظت نشده، خون، آلات تزریق و غیره باعث می‌شود تا این بیماری جزء بیماری‌های رفتاری طبقه‌بندی شود (شادلو و همکاران، ۲۰۱۸).

بیماری HIV مسیر زندگی فرد را تغییر داده و منجر به کاهش اعتماد به نفس، ناامیدی، بروز افسردگی، افزایش احساس آسیب‌پذیری، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود. تمامی این مشکلات به علاوه مراجعات مکرر به پزشک و هزینه‌های بالای درمان و عوارض دارویی کیفیت زندگی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مگیورکینیز و همکاران، ۲۰۱۶). مبتلایان به عفونت HIV در معرض ابتلای بالای افسردگی، ناامیدی و اضطراب قرار دارند و

^۱. Human Immunodeficiency Syndrome: HIV

^۲. United Nations Programme on AIDS

گریبان نموده است، چگونگی درک و پذیرش او از بیماری می‌تواند، از مهمترین مؤلفه‌های تأثیرگذار بر نحوه مواجهه‌اش با بیماری، پذیرش بیماری و جستجوی خدمات سلامت باشد. حال با توجه به افزایش تعداد مبتلایان ایدز در سراسر جهان و با توجه به لزوم پذیرش بیماری توسط بیمار، به عنوان یک فاکتور کلیدی جهت تسهیل مشارکت او در تصمیمات درمانی و جهت پیشگیری از شدت یافتن بیماری و لزوم ورود به موقع بیمار به عرصه درمان، به عنوان یک اولویت فوری در نظام سلامت، انجام تحقیقات متعدد به منظور تبیین عوامل بازدارنده پذیرش بیماری در بیماران، ضروری به نظر می‌رسد (چرنک، کانگمی، تروستل، ریمیس و آیزنبرگ، ۲۰۱۹).

یکی از عوامل مؤثر در درمان بیمارهای رفتاری، نوع روش‌های مقابله‌ای مورد استفاده است. در این زمینه راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار^۱ به پاسخ‌های رفتاری اشاره دارد که فرد برای اصلاح و تغییر موقعیت موجود با کوشش مداوم نقش خود را در به وجود آمدن و حل مشکل پذیرفته و در نتیجه مشکلات روانی و بین فردی کمتری را تجربه می‌کند (سیگوردسون، والاندرو و ساند، ۲۰۱۴). راهبرد مقابله هیجان‌مدار^۲ شامل ارزیابی جدید از موقعیتی است که معنای تنش را تغییر می‌دهد و ممکن است به شکل فرار یا دور شدن از مسئله استفاده شود که برای طراحی زندگی با ثبات، به معنای دور شدن از حقایقی است که ممکن است در حالت مواجهه مستقیم، تمام شئون زندگی را در برگیرد (اتو و پوندس - کورنیش، ۲۰۱۵). بیمارانی که از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند سطح بالایی از استرس و اضطراب و مشکلات روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند. مشکل در تصمیم‌گیری، عدم اعتماد به نفس، کم‌رنگ شدن حمایت‌های اجتماعی و تجربه استرس بیشتر می‌تواند از لحاظ روانی تأثیرات منفی بسیاری روی روابط آنها با دیگران داشته باشد و سبب بالا رفتن شدت بیماری و کاهش سازگاری روانی - اجتماعی آنها شود (ناوارتا - سانچز و همکاران، ۲۰۱۶). استفاده از راهبرد مقابله‌ای اجتنابی موجب اجتناب از عامل استرس‌زا و نادیده گرفتن بیماری شده و از این طریق آرامش روانی خود را از حفظ می‌کنند (حسن‌زاده، امیدخدا، جهان‌بین و وطنخواه، ۲۰۱۴). آنها منبع استرس را به نحوی که میزان استرس آن کم شود،

بر این اساس این اختلالات به عنوان عامل خطر در انتقال HIV مطرح می‌باشند. از سوی دیگر، بیماران HIV مثبت که دچار مشکلات روانشناختی هستند، پیامدهای درمانی بدتری داشته و از تجویز داروهای ضد رتروویروسی کمتر بهره می‌برند (شیلز و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش حاضر بررسی نمود که سازگاری روانی اجتماعی و تبعیت افراد از درمان رابطه دارند. به نظر می‌رسد داشتن روحیه و امید و مثبت‌نگری ازجمله مهمترین مسئله برای مقابله با این بیماری باشد. در غیر این صورت مبتلایان به تدریج دچار افسردگی شده و بهزیستی روانی خود را در طی زمان از دست می‌دهند (مگیورکینز و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش حاضر با تمرکز بر الگوها و نظریات موجود در زمینه بهبود و تقویت تبعیت از درمان به ویژه در گروه‌های خاص مانند بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی تلاش کرد تا از تبعات منفی و سنگینی که می‌تواند از عدم تبعیت از رژیم درمانی از سوی بیماران ناشی شود ازجمله هزینه‌های گزاف درمانی برای سیستم‌های مراقبت بهداشتی و همچنین خود بیمار و آسیب‌های متعدد دیگر از ابعاد و جنبه‌های مختلف از آسیب‌های جسمی، روانی، شغلی، خانوادگی گرفته تا آسیب‌های کلی اجتماعی و اقتصادی و غیره پیشگیری نماید.

سازگاری با بیماری، فرآیند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و محیط، علیرغم داشتن مشکلات جسمی است. سازگاری ضعیف با بیماری، میزان بهبودی را نیز کاهش می‌دهد. سازگاری روانی - اجتماعی یکی از مهمترین متغیرها در بهبود بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود، زیرا رابطه مستقیمی با انجام رفتارهای خود مراقبتی دارد. سازگاری را می‌توان به عنوان پاسخ به یک تغییر محرک که اجازه می‌دهد ارگانیزم به طور مناسب با آن تغییر سازش یابد، تعریف کرد (اسمیت، ساوترز، وست و هوتکوپر، ۲۰۱۸). مطالعات در این حوزه نشان می‌دهد افراد مبتلا که سازگاری مناسبی با بیماری نشان می‌دهند، کمتر مضطرب و یا افسرده شده و میزان کمتری از توجه و رسیدگی پزشکی را درخواست می‌کنند که در نتیجه کاهش هزینه‌های درمان را در پی دارد. امروزه با گسترش روزافزون حوزه روانشناسی سلامت، روانشناسان می‌توانند نقش فعال‌تری در فرآیند پیشگیری و درمان این بیماری بر عهده گیرند (والنس و همکاران، ۲۰۲۰).

از آنجا که بیمار مبتلا به HIV تحت شرایط سخت و دردناکی قرار دارد و بار سنگین بیماری، او را با مشکلات زیادی دست به

1. problem solving coping strategy

2. emotional coping strategy

افراد گروه نمونه به عنوان بخشی از جمعیت بیماران مبتلا به (HIV) تأکید داشته و نتایج این پژوهش را برای گروه بزرگتر این بیماران قابل تعمیم و مؤثر ساخته است. هدف از انجام این پژوهش طراحی مدل اجتماع محور روش های سازگاری برای پیشگیری مثبت بر اساس تبعیت درمانی و راهبردهای مقابله ای در افراد مبتلا به اچ آی وی بود^۱.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی و معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به HIV بود که در سال ۱۳۹۸ به باشگاه های مثبت تحت نظارت سازمان بهزیستی در شهر تهران مراجعه کرده بودند. برای تعیین حجم نمونه به دلیل این که در پژوهش های مدل یابی به ازای هر متغیر آشکار ۱۰ تا ۱۵ نفر نیاز است (هومن، ۱۳۹۷)، نمونه آماری نیز شامل ۲۵۰ نفر از این بیماران بود که با روش نمونه گیری هدفمند از نوع در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، گذشت یکسال از تشخیص بیماری، عدم تشخیص بیماری جسمی مزمن دیگر پیش از تشخیص HIV، و عدم تشخیص اختلال روانی مزمن توسط روان پزشک (از طریق مطالعه پرونده بیمار و ویزیت روان پزشکی در باشگاه مثبت و توسط روان پزشک باشگاه) برای بیمار بود. معیارهای خروج نیز شامل قطع درمان و عدم مراجعه به باشگاه های مثبت بود.

ابزار

پرسشنامه تبعیت از درمان در بیماران: این پرسشنامه در سال ۱۳۹۷ در ایران تدوین و روانسنجی شده است (سیدفاطمی، رفیعی، حاجی زاده و مدانلو، ۱۳۹۷). پرسشنامه شامل ۴۰ عبارت ۵ درجه لیکرتی است. در بُعد اهتمام در درمان (۹ سؤال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سؤال)، توانایی تطابق (۷ سؤال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سؤال)، چسبیدن به درمان (۴ سؤال)، تعهد به درمان (۵ سؤال) و تردید در اجرای درمان (۳ سؤال) می باشد. این پرسشنامه، بر درجه بندی پنج گانه لیکرتی صورت بندی شده است. برای محاسبه نمره هر زیرمقیاس، نمره تک تک گویه های مربوط به آن زیرمقیاس را با هم جمع می شود. برای محاسبه نمره پرسشنامه، نمره همه

ارزیابی و تفسیر می کنند تا مشکلات را کمتر حس کنند و سازگاری روانی - اجتماعی خود را در سطح مطلوب و رضایت بخش نگه دارند. در حقیقت، آنها از طریق بارز نشان دادن جنبه های مثبت دیگر زندگی، سازگاری روانی - اجتماعی بالاتری با بیماری می توانند داشته باشند و کمتر احتمال دارد دچار پریشانی و مشکلات جسمانی و روانی ناشی از بیماری شوند (درداس و احمد، ۲۰۱۵).

ترن و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه ای با عنوان ارتباط بین اختلال مصرف الکل و پیروی از درمان ضد ویروسی و کیفیت زندگی در میان افراد مبتلا به HIV/AIDS نشان دادند که افراد مصرف کننده مشروبات الکلی مبتلا به HIV/AIDS پیروی از درمان در سطح بسیار پایینی دارند و کیفیت زندگی در آنها متوسط رو به پایین است. ماکانجوئلا و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان عوامل مرتبط با پیروی از درمان با ایزونازید برای پیشگیری از سل در افراد مبتلا به HIV/AIDS دادند که باورهای شخصی فردی و موارد مرتبط مانند عوامل اجتماعی و اقتصادی، خانواده و سایر عوامل حمایتی اجتماعی و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی درک کنونی بیمار را نسبت به پیروی از درمان تحت تأثیر قرار می دهد (ماکانجوئلا، تادسه و بوث، ۲۰۱۴). باتوجه به افزایش تعداد مبتلایان به HIV در کشور ایران و ضرورت پذیرش بیماری و پیروی از درمان توسط بیمار به عنوان یک عامل کلیدی جهت پیشگیری از شدت یافتن بیماری و احتمال ابتلا به ایدز در آنان به عنوان یک الویت فوری در نظام سلامت و اهمیت شناخت عوامل بازدارنده پذیرش بیماری به عنوان عوامل تأثیرگذار بر ورود به عرصه درمان از یک طرف و مشخص نبودن موانع موجود در نظام سلامت و فرهنگ ایرانی از سویی دیگر موجب شد تا انجام یک تحقیق به منظور تبیین عوامل بازدارنده پذیرش بیماری و به تبع آن پیروی از دستورات درمانی در این بیماران، ضروری به نظر برسد. به علاوه غالب پژوهش ها با محوریت مداخلات روانشناسی با رویکردهای مختلف در افراد مبتلا به اچ آی وی انجام شده است و مدلی مبتنی بر رویکرد اجتماع محور ۱ تاکنون انجام نشده است. تمرکز مدل اجتماع محور بر تغییر رفتارهای فردی به عنوان روشی برای کاهش عوامل خطرزا در اجتماع است به عبارت دیگر، هدف تغییر می تواند «جمعیت اجتماع» باشد که این تغییر به عنوان مجموعه ای از تغییرات در افراد تعریف شود. مدل اجتماع محور در این پژوهش بر تغییر

¹. Community-based approach

ساخته شد و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زای درونی و بیرونی به کار می‌برند، مورد ارزیابی قرار می‌دهد (محمودعلیلو، ارجی، بخشی‌پور رودسری و شاهجویی، ۱۳۹۰). این ابزار دارای ۶۶ عبارت در دو قالب کلی سبک مقابله مسئله‌مدار با چهار زیر مقیاس جستجوی حمایت اجتماعی، حل مسئله برنامه‌ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت و مسئولیت‌پذیری؛ و سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار با چهار زیرمقیاس رویارویی، خودکنترل، فاصله‌گیری و گریز - اجتناب است. در عبارات این پرسشنامه، واکنش‌ها، افکار، آرزوها، تمایلات و اقدامات ممکن در رابطه با عوامل استرس‌زا توصیف شده است (واقعی، میرزایی، مدرس غروی و ابراهیم‌زاده، ۱۳۹۰). ۱۶ سؤال این پرسشنامه انحرافی است و ۵۰ سؤال دیگر شیوه مقابله فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. روایی این پرسشنامه در نمونه‌ای متشکل از ۷۵۱ زوج میانسال آزمون شد و ضریب آلفای کرونباخ مقابله مستقیم، ۰/۷۰، فاصله گرفتن، ۰/۶۱؛ خودکنترلی، ۰/۷۱؛ طلب حمایت اجتماعی، ۰/۷۶؛ پذیرش مسئولیت، ۰/۶۶؛ گریز - اجتناب، ۰/۷۲؛ حل مسئله برنامه‌ریزی شده، ۰/۶۷؛ و ارزیابی مجدد مثبت، ۰/۷۹ گزارش شد (بروکی میلان، کمرزین، زارع، ۱۳۹۳). در پژوهش علیپور، هاشمی، باباپورخیرالدین و طوسی (۱۳۸۹) نیز پایایی این آزمون برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

ملاحظات اخلاقی قابل توجه در پژوهش حاضر شامل ارائه پیش‌آگهی و ذکر هدف پژوهش برای شرکت داوطلبانه شرکت کنندگان و محرمانه بودن اطلاعات جمع‌آوری شده بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و روش معادلات ساختاری استفاده شد. کد اخلاق پژوهش حاضر به شناسه ساختاری IR.HUMS.REC.1398.330 می‌باشد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاکی از آن بود که میانگین و انحراف معیار سنی پاسخگویان، $37/9 \pm 5/48$ بود. کمترین سن ۲۸ سال و بیشترین سن ۵۴ سال بود. بیشترین سطح تحصیلات شرکت کنندگان مربوط به دوره متوسطه با ۷۷ نفر (۳۰/۸ درصد) و کمترین آن مربوط به تحصیلات دانشگاهی با ۱۶ نفر (۶/۴ درصد) بود. بیشترین فراوانی طول مدت بیماری مربوط به طول مدت ۱ تا ۵ سال با فراوانی ۹۴ نفر و ۳۷/۶ درصد و کمترین فراوانی نیز مربوط به طول مدت کمتر از

گویاهای مربوط به آن با هم جمع خواهد شد حداقل و حداکثر نمره در حیطه‌های اهتمام در درمان ۰-۴۵، تمایل به مشارکت در درمان ۰-۳۵، توانایی تطابق ۰-۳۵، تلفیق درمان ۰-۲۵، چسبیدن به درمان ۰-۲۰، تعهد به درمان ۰-۲۵، و تدبیر در اجرای درمان ۰-۱۵ می‌باشد که بر اساس دستورالعمل طراحی پرسشنامه، نمرات اولیه تبدیل به نمره بین ۰-۱۰۰ می‌شود. براساس این پرسشنامه، کسب نمره ۷۵-۱۰۰ درصد به معنای تبعیت از درمان بسیار خوب، نمره ۵۰-۷۴ درصد به معنای تبعیت از درمان خوب، نمره ۲۶-۴۹ به معنای تبعیت از درمان متوسط و کسب نمره ۰-۲۵ درصد به معنای تبعیت ضعیف در نظر گرفته شده است. نتایج نشان داد که پرسشنامه دارای شاخص روایی محتوا (۰/۹۱) و صوری می‌باشد. روایی سازه با ۳۱۱ نفر از افراد بزرگسال دارای بیماری مزمن بررسی شد. نتایج ۷ عامل را نشان داد. پایایی ابزار با شرکت ۴۵ نفر بزرگسال دارای بیماری به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و شاخص همبستگی درون خوشه‌ای ۰/۹۴ تأیید شد.

پرسشنامه سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری (دروگتیس و دروگتیس، ۱۹۹۰): این پرسشنامه توسط دروگتیس و دروگتیس ساخته شده است و دارای ۴۶ گویه است که نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای است و خرده مقیاس‌های آزمون مذکور شامل ۷ حوزه جهت‌گیری مراقبت بهداشتی، محیط خانه، روابط جنسی، گستره روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روانشناختی است. در مطالعه اصلی دروگتیس و دروگتیس پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۷/۷۶، ۰/۸۳، ۰/۶۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ گزارش شده است (دروگتیس، ۱۹۸۶).

روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخش واریماکس حاکی از آن بود که این هفت مؤلفه در مجموع ۶۳ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند. در مجموع بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سازگاری روانی - اجتماعی نشانگر آن است که این مقیاس از شاخص‌های پایایی و روایی رضایت‌بخش برخوردار است (صمدزاده، پورشریفی و باباپور خیرالدین، ۱۳۹۴).

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۰): پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای مقیاسی ۶۶ ماده‌ای است که بر اساس مقیاس سبک‌های مقابله‌ای توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)

در جدول ۱ شاخصه‌های توصیفی مربوط به راهبردهای مقابله‌ای، ادراک بیماری و سازگاری روانی اجتماعی شرکت کنندگان آمده است.

در جدول ۲ نتایج آزمون همبستگی نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین متغیرهای سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری، تبعیت درمانی و راهبردهای مقابله‌ای وجود دارد. به طور مشخص بین متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای منفی و سازگاری روانی - اجتماعی، رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد.

یک سال با فراوانی ۲۵ درصد بود. در بررسی پیش‌فرض‌های آماری، مقادیر بدست آمده از چولگی و کشیدگی جهت بررسی وضعیت پراکنش داده‌ها در متغیرهای سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری، تبعیت درمانی و راهبردهای مقابله‌ای در اکثر خرده مقیاس‌ها در سطح مناسب قرار دارند. همچنین در خصوص شناسایی نرمالی داده‌ها، نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف حاکی از آن است که داده‌ها در سطح نرمال قرار دارند. بنابراین با توجه به بررسی انجام شده می‌توان نتیجه گرفت در حال حاضر داده‌ها دارای توزیع نرمال هستند و می‌توان برای تحلیل استنباطی داده‌ها از روش‌های پارامتریک استفاده کرد.

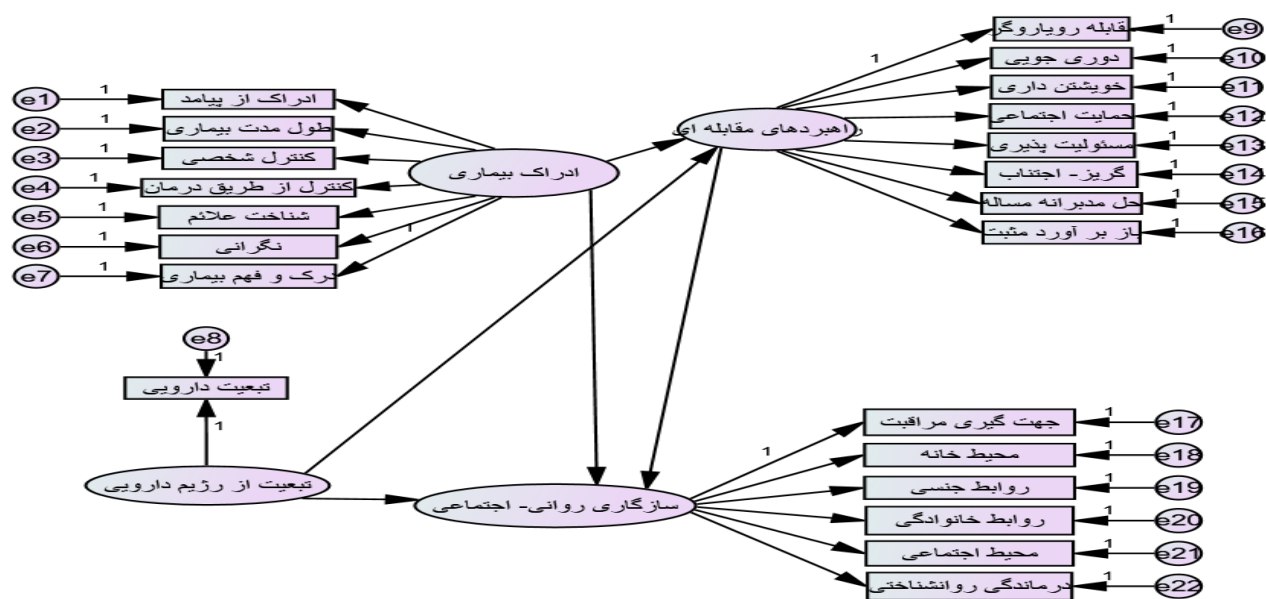
جدول ۱. آماره‌های توصیفی مربوط به راهبردهای مقابله‌ای، ادراک بیماری و سازگاری روانی - اجتماعی آزمودنی‌ها				
متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
مقابله رویاروگر	۱۲/۵۱	۱/۸۴	۳	۱۸
دوری‌جویی	۱۰/۲۲	۱/۵۳	۳	۱۶
خویش‌داری (خود مهارگری)	۱۴/۹۸	۴/۰۱	۵	۲۱
جستجوی حمایت اجتماعی	۱۱/۸۲	۳/۴۹	۴	۱۸
مسئولیت‌پذیری	۷/۵۶	۱/۰۱	۲	۱۲
گریز - اجتناب	۱۶/۴۴	۳/۱۸	۶	۲۲
حل‌مدبرانه مسئله	۱۱/۲۱	۲/۷۱	۳	۱۷
باز برآورد مثبت	۱۲/۴۴	۳/۵۲	۳	۲۱
جهت‌گیری مراقبت بهداشتی	۱۵/۱۴	۳/۸۱	۰	۲۱
محیط خانه	۱۳/۵۶	۴/۱۰	۰	۱۸
روابط جنسی	۱۴/۸۰	۳/۷۱	۰	۱۹
گستره روابط خانوادگی	۱۶/۸۰	۲/۶۷	۰	۲۰
محیط اجتماعی	۱۳/۵۶	۲/۴۲	۰	۲۱
درماندگی روانشناختی	۱۷/۸۸	۴/۴۲	۰	۲۴
تبعیت از رژیم دارویی	۲/۹۴	۱/۸۷	۰	۸

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری، تبعیت از رژیم دارویی و راهبردهای مقابله‌ای															
متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
مقابله رویاروگر	۱														
دوری‌جویی	۰۹ ^{***}	۱													
خویش‌داری	۰۵ ^{***}	۰۵ ^{***}	۱												
حمایت اجتماعی	۰۵ ^{***}	۰۵ ^{***}	۰۹ ^{***}	۱											
مسئولیت‌پذیری	۰۵ ^{***}	۰۶ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۵ ^{***}	۱										
گریز - اجتناب	۰۶ ^{***}	۰۵ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۵ ^{***}	۰۶ ^{***}	۱									
حل‌مدبرانه مسئله	۰۹ ^{***}	۰۵ ^{***}	۰۶ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۵ ^{***}	۱								
باز برآورد مثبت	۰۶ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۵ ^{***}	۱							
جهت‌گیری مراقبت بهداشتی	۰۷ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۶ ^{***}	۱						
محیط خانه	۰۶ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۶ ^{***}	۰۵ ^{***}	۰۸ ^{***}	۱					
روابط جنسی	۰۷ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۶ ^{***}	۰۵ ^{***}	۰۸ ^{***}	۱				
گستره روابط خانوادگی	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۶ ^{***}	۰۵ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۱			
محیط اجتماعی	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۶ ^{***}	۰۵ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۹ ^{***}	۱		
درماندگی روانشناختی	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۶ ^{***}	۰۵ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۹ ^{***}	۱	
تبعیت درمانی	۰۷ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۷ ^{***}	۰۶ ^{***}	۰۵ ^{***}	۰۸ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۹ ^{***}	۰۹ ^{***}	۱

جدول ۳: شاخص های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها و متغیرها				
شاخص	شاخص های نیکویی برازش	مقادیر مطلوب	مقادیر به دست آمده قبل از اصلاح	نتیجه گیری
مطلق	آزمون نیکویی برازش مجذور کای (χ^2)	≥ 0.05	۱۰۷۶/۴۰۶	-
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	≥ 0.90	۰/۹۷۷	برازش قابل قبول
	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	≥ 0.90	۰/۹۵۶	برازش قابل قبول
تطبیقی	شاخص استاندارد شده برازش (NFI)	≥ 0.90	۰/۸۸۹	برازش غ قابل قبول
	شاخص برازش تطبیقی (CFI)	≥ 0.90	۰/۸۸۱	برازش غ قابل قبول
	شاخص برازش تطبیقی (TLI)	≥ 0.90	۰/۸۹۷	برازش غ قابل قبول
	شاخص برازش نسبی (RFI)	≥ 0.90	۰/۹۳۴	برازش قابل قبول
	شاخص برازش هنجار شده (PNFI)	≤ 0.50	۰/۵۲۱	برازش قابل قبول
مقتصد	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)	≥ 0.08	۰/۰۸۱	برازش غ قابل قبول
	نسبت مجذور کای به درجات آزادی (χ^2 / df)	≥ 3	۳/۱۱۱	برازش غ قابل قبول
	درجه آزادی (df)	≤ 0	۳۴۶	
	ارزش (p)	≥ 0.05	۰/۰۰۰	برازش قابل قبول

با توجه به جدول ۳ جهت بررسی مدل مفهومی ارائه شده در پژوهش (شکل ۱)، مدل اولیه با توجه به پیش بینی سازگاری روانی - اجتماعی در مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم توسط متغیرهای تبعیت درمانی و راهبردهای مقابله ای مورد تحلیل قرار گرفت و آماره های به دست آمده از سه شاخص تطبیقی، مطلق و مقتصد نشان می دهد که مدل به دست آمده اولیه دارای برازش های غیرقابل قبول است و مدل در مسیر خطاها و واریانس های به دست آمده نیازمند اصلاحی می باشد، که به دو روش ثابت نمودن پارامتر و آزاد

سازی پارامترها این اصلاحات در خصوص بهبود برازش های به دست آمده از مدل اتفاق می افتد. مقادیر به دست آمده از آماره های وزنی رگرسیونی جهت تعیین مقادیر اثر (B) با توجه به سطح معنی داری به دست آمده از نسبت بحرانی مشاهده می شود که نشان دهنده مقادیر اثر معنادار خرده مقیاس ها بر متغیر کلی و متغیر برونزا (تبعیت از درمان و راهبردهای مقابله ای) بر متغیر درونزای نهایی (سازگاری روانی - اجتماعی) است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

معیار مناسب باشد. بنابراین پس از ارزیابی مدل نهایی و اصلاح نمودن با ثابت کردن پارامترهای آزاد در مرحله سوم و در جدول ۴ مقادیر به دست آمده از سه شاخص مطلق، تطبیقی و مقتصد در سطح مناسب می باشد و گواه مدل با برازش مناسب است.

ارزیابی مدل نهایی پس از اصلاحات با توجه به شاخص‌ها، جهت و اندازه برآوردهای ساختاری: پس از بررسی صورت گرفته در مدل اولیه مشخص شد که در برخی شاخص‌های مدل باید اصلاحاتی صورت گیرد که برازش به دست آمده با توجه به حدود

جدول ۴. شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها پس از سه گام تصحیح				
شاخص	شاخص‌های نیکویی برازش	مقادیر مطلوب	مقادیر به دست آمده	نتیجه‌گیری
مطلق	آزمون نیکویی برازش مجذور کای (χ^2)	Nil	۹۷۸/۹۲۲	-
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۰ ≤	۰/۹۹۲	برازش قابل قبول
	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	۰/۹۰ ≤	۰/۹۸۸	برازش قابل قبول
	شاخص استاندارد شده برازش (NFI)	۰/۹۰ ≤	۰/۹۵۹	برازش قابل قبول
تطبیقی	شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۰ ≤	۰/۹۵۷	برازش قابل قبول
	شاخص برازش تطبیقی (TLI)	۰/۹۰ ≤	۰/۹۶۱	برازش قابل قبول
	شاخص برازش نسبی (RFI)	۰/۹۰ ≤	۰/۹۷۴	برازش قابل قبول
	شاخص برازش هنجار شده (PNFI)	۰/۵ ≤	۰/۵۲۱	برازش قابل قبول
مقتصد	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)	≥ ۰/۰۸	۰/۰۴۲	برازش قابل قبول
	نسبت مجذور کای به درجات آزادی (χ^2 / df)	≥ ۳	۲/۸۵۴	برازش قابل قبول
	درجه آزادی (df)	≤ ۰	۳۴۳	-
	ارزش (p)	≥ ۰/۰۵	۰/۰۰۰	برازش قابل قبول

جدول ۵. آماره‌های وزنی و رگرسیون و نسبت‌های بحرانی متغیرهای پژوهش					
متغیر برون‌زا	جهت	متغیر درون‌زا	B	β	آماره t
تبعیت از رژیم دارویی	←	سازگاری روانی - اجتماعی	۰/۶۲۲	۰/۵۱۳	۶/۵۵۷
راهبردهای مقابله‌ای	←	سازگاری روانی - اجتماعی	۰/۳۷۹	۰/۲۸۷	۴/۱۲۴

در جدول ۵ مقادیر استاندارد شده و استاندارد نشده مسیرهای پیش‌بینی متغیرهای پژوهش برون‌زا را بر متغیر درون‌زا با یکدیگر را با توجه به مقدار t به دست آمده در مدل نشان می‌دهد. به طور کلی تمامی مقادیر به دست آمده معنادار می‌باشد و نشان دهنده پیش‌بینی معنادار است. بررسی مسیرهای مستقیم تبعیت از رژیم دارویی بر سازگاری روانی - اجتماعی در افراد مبتلا به HIV مثبت حاکی از اثر مستقیم دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول ۶، مسیرهای مستقیم به وسیله متغیرهای تبعیت از رژیم دارویی و راهبردهای مقابله‌ای بر سازگاری روانی - اجتماعی اثر مستقیم دارند.

با توجه به نتایج جدول ۴، آماره‌های به دست آمده از سه شاخص تطبیقی، مطلق و مقتصد نشان می‌دهد که مدل بدست آمده پس از تصحیح دارای برازش‌های قابل قبول است و مدل در مسیر خطاها و واریانس‌های بدست آمده صحیح می‌باشد. در جدول ۵ مقادیر به دست آمده از آماره‌های وزنی رگرسیونی جهت تعیین مقادیر اثر (B) با توجه به سطح معنی‌داری به دست آمده از نسبت بحرانی مشاهده می‌شود که نشان دهنده اثر معنادار خرده مقیاس‌ها بر متغیر کلی و متغیر برون‌زا (تبعیت از رژیم دارویی و راهبردهای مقابله‌ای) بر متغیر درون‌زای نهایی (سازگاری روانی - اجتماعی) می‌باشد.

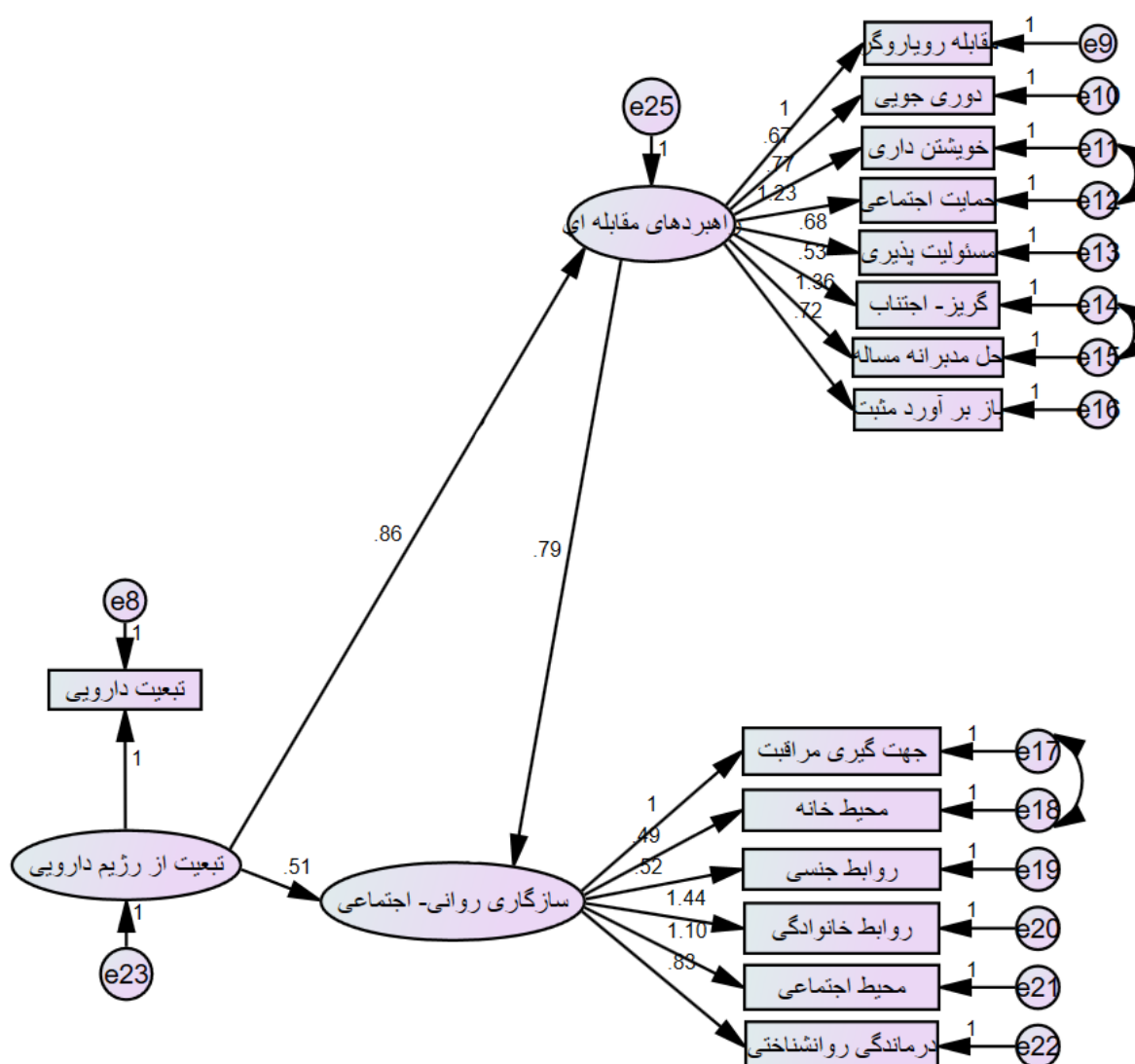
جدول ۶. برآورد مستقیم مدل با روش حداکثر درست‌نمایی (ML) ^۱			
متغیر	b	β	R ²
تبعیت از رژیم دارویی بر سازگاری روانی - اجتماعی	۰/۶۲۲	۰/۵۱۳	۰/۳۱۹
راهبردهای مقابله‌ای بر سازگاری روانی - اجتماعی	۰/۳۷۹	۰/۲۸۷	۰/۱۰۸

1. maximum likelihood

بینی است نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد مسیرهای غیرمستقیم در نظر گرفته شده با توجه به مقادیر استاندارد شده (β)، به دست آمده، مسیر غیرمستقیم، تبعیت از رژیم دارویی بر سازگاری روانی - اجتماعی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به HIV مثبت با توجه به روش برآورد بوت استرپ مورد تأیید واقع گردید.

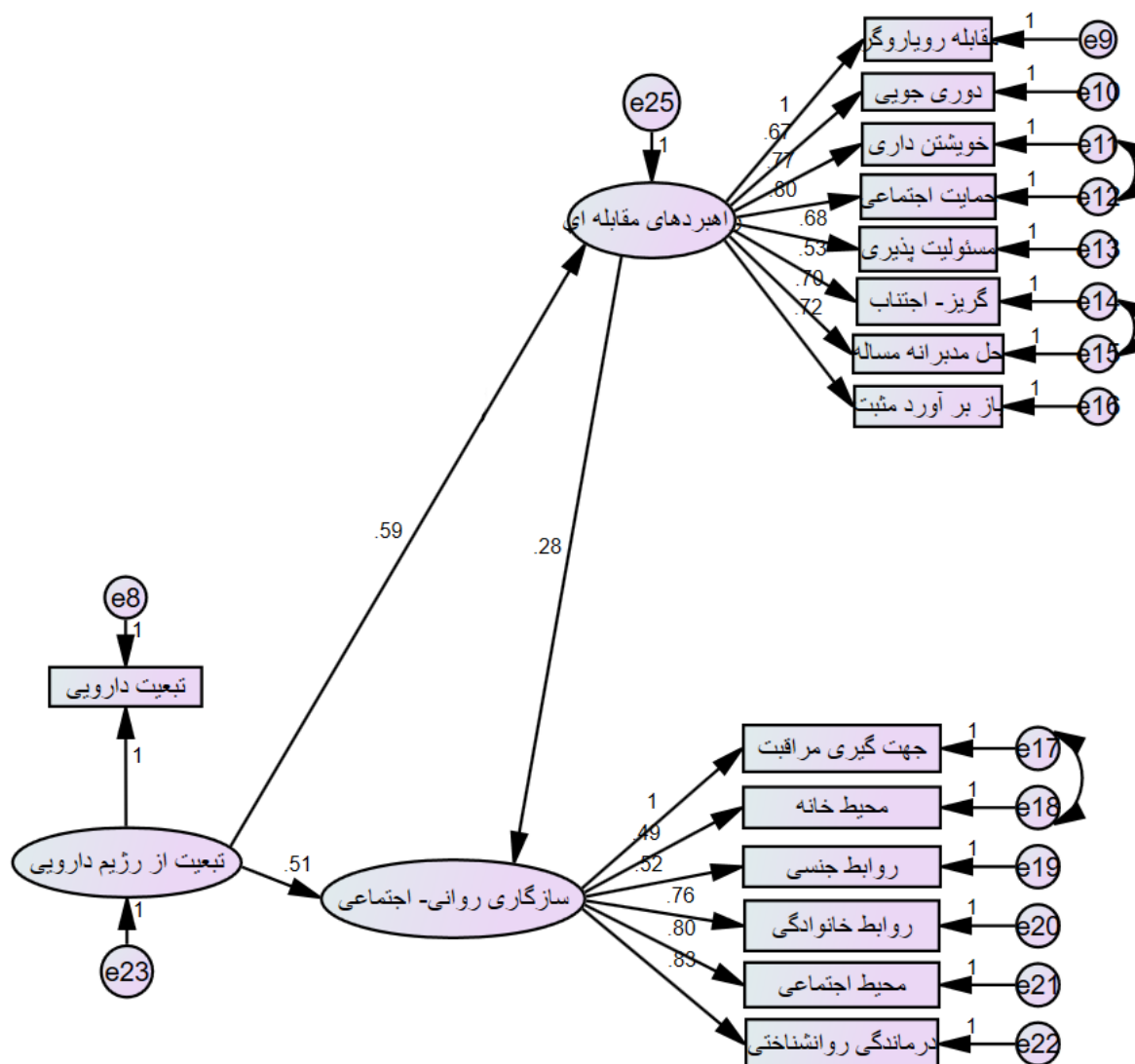
با توجه به موارد فوق در جهت نتایج به دست آمده از مدل اندازه‌گیری می‌توان مدل نهایی پژوهش بین متغیرهای آشکار و پنهان ترسیم نمود و به طور کلی مدل مفهومی تأیید گردیده است. در پاسخ به این سؤال که چه سهمی از روش اجتماع محور سازگاری برای پیشگیری مثبت براساس تبعیت از رژیم دارویی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به HIV قابل پیش

جدول ۷. برآورد غیر مستقیم مدل با استفاده از روش بوت استرپ ^۱				
متغیر	B	حد پایین	حد بالا	معنی‌داری
تبعیت از رژیم دارویی بر سازگاری روانی اجتماعی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای	۰/۵۳۱	۰/۳۳۴	۰/۵۹۷	۰/۰۰۱



شکل ۱. مدل نهایی مسیرهای استاندارد نشده در پیش‌بینی سازگاری روانی - اجتماعی در مسیر غیرمستقیم به وسیله متغیرهای تبعیت از رژیم دارویی و راهبردهای مقابله‌ای

1. bootstrap



شکل ۲. مدل نهایی مسیرهای آزمون شده به همراه آماره‌های پیش‌بینی استاندارد شده سازگاری روانی-اجتماعی در مسیر غیرمستقیم به وسیله متغیرهای تبعیت از رژیم دارویی و راهبردهای مقابله‌ای

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه علی روش‌های اجتماع محور سازگاری برای پیشگیری مثبت و تبعیت درمانی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی انجام شد. نتایج نشان داد تبعیت درمانی بر سازگاری روانی-اجتماعی در افراد مبتلا به HIV مثبت اثر مستقیم دارد و همچنین راهبردهای مقابله‌ای بر سازگاری روانی-اجتماعی در افراد مبتلا به HIV مثبت اثر مستقیم دارد. نتایج این پژوهش با یافته مطالعات ترن و همکاران (۲۰۱۴)؛ ماکانجوئلا و همکاران (۲۰۱۴)؛ کالوتی و همکاران (۲۰۱۴) همسو بود.

در تبیین این که چه سهمی از روش اجتماع محور سازگاری برای پیشگیری مثبت براساس تبعیت درمانی با میانجی‌گری

راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به HIV قابل پیش‌بینی است، می‌توان گفت که بیماری‌های مزمن از جمله HIV دارای منشاء پیچیده، شروعی تدریجی و وخامت و بهبودی غیرقابل پیش‌بینی هستند که به دلیل روند طولانی، تبعیت بیمار در امر مراقبت از خود را طلب می‌نمایند (لیمو و همکاران، ۲۰۱۴). هدف اساسی دانشمندان در حیطه روانشناسی و پزشکی، پیشینه کردن احساس سلامت در افراد است. یکی از شاخص‌های مهم سلامت، شیوه‌های کنار آمدن با عوامل فشارزا در زندگی می‌باشد، زیرا با اتخاذ شیوه‌های مناسب و بازبینی رفتار خود و مهار موقعیت‌های فشارزا، می‌توان اهداف بامعناتری را در زندگی دنبال کرد. امروزه اکثر پژوهشگرانی که فرآیندهای روانشناختی را مطالعه می‌کنند، نقطه نظر ساده انگارانه اختصاصی بودن و مستعد بودن اندام برای توجیه

علائم جسمی رد می‌کنند و از نقطه نظر تعاملی به علائم جسمانی می‌نگرند؛ به طوری که در بیشتر مطالعات بر تعامل بین حالات روانشناختی و متغیرهای زیستی - اجتماعی تأکید شده است (دیل، بوگات، واگنر، گالوان و کلین، ۲۰۱۶).

آنچه که مسلم به نظر می‌رسد، این است که باید در زمینه پابندی به درمان تمهیداتی فراهم شود. همچنین پدیده تبعیت از درمان در بین بیماری‌ها و اختلالات جسمانی و روانی همواره مورد بحث بوده است و از بین بیماری‌های جسمانی در بیماری‌های کلیوی، سرطان، ایدز و قلبی عروقی توجه ویژه‌ای به آن شده است و این گروه بیماران بیشترین میزان تبعیت از درمان را نشان داده‌اند و در میان بیماری‌های روانی، اختلالات افسردگی، اضطراب و اختلالات روان‌پریشی دارای کمترین میزان تبعیت از درمان بوده‌اند (رانا، واندنبرگ، لامی و بکویث، ۲۰۱۶).

در مجموع یافته‌های مطالعات انجام شده نشان دادند که لازم است جوامع با طراحی برنامه‌های مدون و متمرکز بر الگوها و نظریات موجود در زمینه بهبود و تقویت تبعیت از درمان به ویژه در گروه‌های خاص مانند بیماران HIV از تبعات منفی و سنگینی که می‌تواند از عدم تبعیت از رژیم درمانی از سوی بیماران مانند هزینه‌های گزاف درمانی برای سیستم‌های مراقبت بهداشتی و همچنین خود بیمار و آسیب‌های متعدد دیگر از ابعاد و جنبه‌های مختلف از آسیب‌های جسمی، روانی، شغلی، خانوادگی گرفته تا آسیب‌های کلی اجتماعی و اقتصادی و غیره ناشی می‌شود، بپرهیزند. تبعیت از درمان در مطالعات متعدد توسط نظریه‌پردازان مطرح در این حوزه از زوایای مختلف بررسی شده است و در همین باب نظریات گوناگون بر حسب اهمیت و تمرکز این نظریه‌پردازان شکل گرفته است. این نظریه‌ها شامل نظریه‌های زیست پزشکی، نظریه رفتاری، شناختی، ارتباطی، خودتنظیمی هستند (بیر و اسکارینسکی، ۲۰۱۴).

بیماری HIV با عوارض کوتاه مدت و بلندمدتی همراه است که در بسیاری از موارد برگشت‌ناپذیر است. بیماری‌زایی و مرگ و میر از این عوارض از عمده‌ترین مسایل بهداشتی - درمانی در سراسر جهان محسوب می‌شود و به همین دلیل امروزه، توجه ویژه‌ای به سرمایه‌گذاری برای کنترل HIV معطوف شده است. بنابراین، آموزش این گونه بیماران در زمینه تبعیت از درمان، جهت کاهش مشکلات ناشی از بیماری، ضروری به نظر می‌رسد و چنانچه بیمار

نخواهد و یا قادر نباشد بیماری خود را کنترل کند، به هیچ عنوان نمی‌توان به او کمک کرد (اوکلیری و همکاران، ۲۰۱۵). به این ترتیب که سطح بالای اضطراب و نگرانی بیماران از مشکلات به وجود آمده به دلیل بروز بیماری و نیز محدودیت‌های مختلف ناشی از آن، باعث تمرکز بیماران بر نشانه‌های بیماری و عوارض کوتاه مدت و بلندمدت ناشی از آن شده و مانع از توجه و تمرکز آنان به انجام تکالیف مربوط به کنترل بیماری از جمله توصیه‌های پزشک و فعالیت‌های تبعیت درمانی می‌شود که این نگرانی یا خودمشغولیتی ذهنی به ایجاد باورهای معیوب درباره توانایی فرد در حل مسئله و مقابله با موقعیت تنیدگی‌زای ناشی از بیماری می‌شود؛ بنابراین، بیماران خود را قادر به تغییر موقعیت نمی‌دانند و فقط هیجان‌های مرتبط با استرس را مدنظر قرار می‌دهند و از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند که این امر به نوبه خود باعث اقدام به رفتارهای غیرمرتبط با بیماری می‌شود؛ به عبارت دیگر، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (هیجان‌مدار) با برانگیختن رفتارهای نامرتبط با الزام‌های بیماری، عملکرد فرد را در مدیریت بیماری تضعیف می‌کند که به عدم رعایت برنامه‌های تبعیت درمانی منجر می‌شود (یانگ، ویلر، مک کوی و ویزر، ۲۰۱۴).

بیمارانی که راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار را به کار می‌گیرند، معمولاً در مواجهه با موقعیت تنیدگی‌زا، مسئولیت حل مسئله را به عهده می‌گیرند، به دنبال کسب اطلاعات صحیح درباره مشکل به وجود آمده هستند، از دیگران در صورت نیاز کمک می‌گیرند و نسبت به انجام کارها و حل مشکلات و مسائل پیش‌آمده دیدگاه خوش‌بینانه دارند و به همین دلیل از میزان پایین‌تر استرس بیماری برخوردار بوده، در نتیجه انتخاب سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار در برابر فشار ناشی از بیماری می‌تواند از تأثیر فشار روانی بر سلامت روانی بیماران بکاهد و منجر به کاهش استرس بیماری در این بیماران شود (کاجانک و همکاران، ۲۰۱۵). بیمارانی که از راهبرد مسئله‌مدار استفاده می‌کنند به صورت واقع‌بینانه و منطقی با این بیماری برخورد می‌کنند. این افراد بیشتر از تجربیات گذشته استفاده کرد، واقع بین‌تر بوده و در جهت حل مشکل خود بیشتر از دیگر افراد به جمع‌آوری اطلاعات و مشورت با دیگران در جهت حل مشکل اقدام می‌کنند که این عوامل در جهت سازگاری با این بیماری به آنها کمک می‌کند. همچنین بر طبق پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه، افرادی که از راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند

سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی - اقتصادی شرایطی ایجاد شود تا از بروز عوامل مزاحم جلوگیری کرد. همچنین، برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر به بیماران HIV برای مواجهه با موقعیت‌ها و رویدادهای تنیدگی‌زا توصیه می‌شود؛ این امر می‌تواند بیماران را با شیوه مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا آشنا کرده و به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک کند. برگزاری دوره‌های مشاوره گروهی و انجام مداخله روانشناسی در جهت ارتقای کیفیت زندگی و تعدیل تفکرات غیرمنطقی بیماران درباره بیماری می‌تواند تأثیرگذار باشد. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش، می‌توان از تبعیت درمانی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای جهت افزایش سطح سازگاری روانی - اجتماعی در افراد مبتلا به HIV مثبت استفاده کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای بیماران در کنار اقدامات پزشکی، مشاوره‌های روانشناختی جهت تقویت سازگاری با بیماری پیش‌بینی شود.

منابع

- بروکی میلان، حسن؛ کمرزین، حمید و زارع، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۸ (۳۰)، ۱۴۳-۱۵۵.
- سیدفاطمی، نعیمه؛ رفیعی، فروغ، حاجی‌زاده، ابراهیم و مدانلو، مهناز (۱۳۹۷). طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری مزمن: یک مطالعه ترکیبی. *کومش*، ۲۰ (۲)، ۱۹۱-۱۷۹.
- صمدزاده، نسیم؛ پورشریفی، حمید و باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودمراقبتی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲: یک مطالعه موردی. *دوماهنامه علمی - پژوهشی فیض*، ۱۹ (۳)، ۲۶۴-۲۵۵.
- علیپور، احمد؛ هاشمی، تورج؛ باباپور خیرالدین، جلیل و طوسی، فهیمه (۱۳۸۹). رابطه‌ی بین راهبردهای مقابله‌ای و شادکامی دانشجویان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۵ (۱۸)، ۸۶-۷۱.
- محمودعلیلو، مجید؛ ارجی، اکرم؛ بخشی‌پوررودسری، عباس و شاهجویی، تقی (۱۳۹۰). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در معطادان HIV مثبت. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز*، ۳۳ (۱)، ۷۶-۷۰.

بیشتر به نقاط و جنبه‌های مثبت فکر می‌کنند تا جنبه‌ها و نقاط منفی و تاریک که این خصوصیت احتمالاً به آنها کمک بسیاری در جهت تقویت روحیه سازگاری و کم کردن فشار ناشی از بیماری می‌کند (چیپاندا و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین می‌توان گفت که استفاده از راهبرد مقابله‌ای اجتنابی که وجه مشخصه آن دوری گزیدن از عامل استرس‌زا از طریق نادیده انگاری و بی‌اهمیت دانستن موضوع است، بیماران ممکن است به جای درگیری مستقیم با منبع استرس و پرداختن به جوانب مختلف آن، با نادیده انگاری و بی‌اهمیت دانستن موضوع، بخش عظیمی از اضطراب خود را کاهش دهند. زمانی که رویارو شدن با مسئله‌ای بیش از اندازه دردناک باشد، فرد ممکن است وجود آن را انکار کند. به نظر می‌رسد بیمارانی که از راهبرد مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند، از نظر هیجانی بیشتر با بیماری درگیر می‌شوند که این خود باعث می‌شود استرس بیشتر تشدید شده، اضطراب به حداکثر برسد و سازگاری با بیماری کاهش یابد (گروس و همکاران، ۲۰۱۴).

از طرف دیگر، ممکن است این افراد برای کاهش استرس و تنظیم عواطف خود به تنظیم گره‌های بیرونی متوسل شوند. برخی از راهبردهای رفتاری که برای تنظیم عواطف منفی به کار می‌روند مانند انحراف توجه و انکار، عوامل خطر ساز بیماری هستند، از جمله مصرف سیگار، الکل، استفاده از داروهای روان‌گردان، کم‌خوری و پرخوری. این مسیر بر راهبردهای رفتاری تنظیمی متمرکز است که متمایز از عوامل ارتباطی مانند حمایت اجتماعی است. تبعیت از درمان باعث سازگاری روانی - اجتماعی و به تبع آن بهره‌گیری از شیوه‌های مناسب و فعال مقابله با فشار روانی است و رفتار مقابله‌ای مسئله‌مدار را تسهیل می‌کند. بیمارانی که دارای سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار هستند نگرش مثبت به جنبه‌های مختلف وجودی خود پذیرش بیماری داشته و با گرایش به سوی راهبردهای سازگارانانه و مبتنی بر مسئله، ضمن حفظ کیفیت مطلوب زندگی، به کنترل مناسب بیماری و تبعیت بیماری نیز نایل گردند (اشرف و سیتوات، ۲۰۱۶). محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل حذف تعدادی از بیماران گروه نمونه به دلیل بیسوادی؛ عدم تجانس گروه نمونه از نظر سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه روی افراد مبتلا به بیماری‌های خاص دیگر صورت گیرد تا امکان مقایسه نتایج فراهم شود. همچنین، می‌توان با فراهم کردن امکان همگن نمودن گروه نمونه از نظر

- people living with HIV: a qualitative study from Zimbabwe. *Community mental health journal*, 53(2), 143-153.
- Dale, S. K., Bogart, L. M., Wagner, G. J., Galvan, F. H., & Klein, D. J. (2016). Medical mistrust is related to lower longitudinal medication adherence among African-American males with HIV. *Journal of health psychology*, 21(7), 1311-1321.
- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2015). Coping strategies as mediators and moderators between stress and quality of life among parents of children with autistic disorder. *Stress and Health*, 31(1), 5-12.
- Derogatis, L. R., & Derogatis, M. A. (1990). PAIS & PAIS-SR Administration, scoring & procedures manual-II. Baltimore, MD: Clinical: Psychometric Research.
- Goodkin, K., Miller, E. N., Cox, C., Reynolds, S., Becker, J. T., Martin, E., ... & Study, M. A. C. (2017). Effect of ageing on neurocognitive function by stage of HIV infection: evidence from the Multicenter AIDS Cohort Study. *The lancet HIV*, 4(9), e411-e422.
- Gross, R., Bellamy, S. L., Chapman, J., Han, X., O'Duor, J., Strom, B. L., ... & Coyne, J. C. (2014). The effects of a problem solving-based intervention on depressive symptoms and HIV medication adherence are independent. *PloS one*, 9(1), e84952.
- Hasanzadeh, N., Khoda, M. O., Jahanbin, A., & Vatankhah, M. (2014). Coping strategies and psychological distress among mothers of patients with nonsyndromic cleft lip and palate and the family impact of this disorder. *Journal of Craniofacial Surgery*, 25(2), 441-445.
- Kacanek, D., Angelidou, K., Williams, P. L., Chernoff, M., Gadow, K. D., Nachman, S., ... & P1055 Study Team. (2015). Psychiatric symptoms and antiretroviral non-adherence in US youth with perinatal HIV: A longitudinal study. *AIDS (London, England)*, 29(10), 1227.
- Knipe DM, Howley PM, Griffin DE, Martin MA, Lamb RA, Roizman B, et al. (2007). Fields virology. *Doug Smock*, 1, 2107-95.
- Lyimo, R. A., Stutterheim, S. E., Hospers, H. J., de Glee, T., van der Ven, A., & de Bruin, M. (2014). Stigma, disclosure, coping, and medication adherence among people living with HIV/AIDS in Northern Tanzania. *AIDS patient care and STDs*, 28(2), 98-105.
- Makanjuola, T., Taddese, H. B., & Booth, A. (2014). Factors associated with adherence to treatment with isoniazid for the prevention of tuberculosis amongst people living with HIV/AIDS: a systematic review of qualitative data. *PloS one*, 9(2), e87166.
- Navarta-Sánchez, M. V., García, J. M. S., Riverol, M., Sesma, M. E. U., de Cerio Ayesa, S. D., Bravo, S. A., ... & Portillo, M. C. (2016). Factors influencing psychosocial adjustment and quality of life in
- مشرفی، امیرحسین؛ حسینی، سیدمحمد؛ امانی، رضا؛ رضوی مهر، سیدوحید، آقاجانی خواه، محمدحسن و محمودی، پیام (۱۳۹۵). بررسی اپیدمیولوژی بیماری ایدز در استان مازندران طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۶۵: یک گزارش کوتاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۵ (۶)، ۵۸۲-۵۷۵.
- بهرام، یگانه (۱۳۷۹). اپیدمیولوژی ایدز در ایران از ابتدا تا حال. *مجله دانشکده پزشکی*، ۵۸ (۴)، ۸۹-۷۹.
- کریمی، مهدی و همکاران (۱۳۹۷). مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به ویروس HIV پایبند به درمان و بیماران مبتلا به ویروس HIV ناپایبند به درمان، تهران، پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی.
- واقعی، سعید؛ میرزایی، ام‌البنین؛ مدرس غروی، مرتضی و ابراهیم‌زاده، سعید (۱۳۹۰). تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان پرستاری در موقعیت‌های استرس‌زای کارآموزی. *مراقبت مبتنی بر شواهد / فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی مشهد*، ۱ (۱)، ۱۰۲.
- Ashraf, M., & Sitwat, A. (2016). Personality dimensions, positive emotions and coping strategies in the caregivers of people living with HIV in Lahore, Pakistan. *International journal of nursing practice*, 22(4), 364-374.
- Attoe, C., & Pounds-Cornish, E. (2015). Psychosocial adjustment following burns: an integrative literature review. *Burns*, 41(7), 1375-1384.
- Barnett, T., & Whiteside, A. (2002). AIDS in the twenty-first century: *Disease and globalization*. Springer.
- Beer, L., & Skarbinski, J. (2014). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected adults in the United States. *AIDS Education and Prevention*, 26(6), 521-537.
- Bell, C., Devarajan, S., & Gersbach, H. (2012). The Long-Run Economic Costs of AIDS. *World Bank Economic Review*.
- Bronfman, M. N., Leyva, R., Negroni, M. J., & Rueda, C. M. (2002). Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action. *Aids*, 16, S42-S49.
- Calvetti, P. Ü., Giovelli, G. R. M., Gauer, G. J. C., & Moraes, J. F. D. D. (2014). Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1), 8-15.
- Cherng, S. T., Cangemi, I., Trostle, J. A., Remais, J. V., & Eisenberg, J. N. (2019). Social cohesion and passive adaptation in relation to climate change and disease. *Global Environmental Change*, 58, 101960.
- Chibanda, D., Cowan, F., Verhey, R., Machando, D., Abas, M., & Lund, C. (2017). Lay health workers' experience of delivering a problem solving therapy intervention for common mental disorders among

pediatric populations living with HIV and AIDS. *AIDS and Behavior*, 18(5), 505-515.

- Parkinson patients and informal caregivers. *Quality of Life Research*, 25(8), 1959-1968.
- O'Cleirigh, C., Valentine, S. E., Pinkston, M., Herman, D., Bedoya, C. A., Gordon, J. R., & Safren, S. A. (2015). The unique challenges facing HIV-positive patients who smoke cigarettes: HIV viremia, ART adherence, engagement in HIV care, and concurrent substance use. *AIDS and Behavior*, 19(1), 178-185.
- Oskouie, F., Kashefi, F., Rafii, F., & Gouya, M. M. (2017). Barriers to self-care in women of reproductive age with HIV/AIDS in Iran: a qualitative study. *The Pan African Medical Journal*, 28.
- Rana, A. I., van den Berg, J. J., Lamy, E., & Beckwith, C. G. (2016). Using a mobile health intervention to support HIV treatment adherence and retention among patients at risk for disengaging with care. *AIDS patient care and STDs*, 30(4), 178-184.
- Shadloo, B., Amin-Esmaeili, M., Motevalian, A., Mohraz, M., Sedaghat, A., Gouya, M. M., & Rahimi Movaghar, A. (2018). Psychiatric disorders among people living with HIV/AIDS in IRAN: Prevalence, severity, service utilization and unmet mental health needs. *Journal of psychosomatic research*, 110, 24-31.
- Shiels, M. S., Althoff, K. N., Pfeiffer, R. M., Achenbach, C. J., Abraham, A. G., Castilho, J., ... & North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design (NA-ACCORD) of the International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS (IeDEA). (2017). HIV infection, immunosuppression, and age at diagnosis of non-AIDS-defining cancers. *Clinical Infectious Diseases*, 64(4), 468-475.
- Sigurdson, J. F., Wallander, J., & Sund, A. M. (2014). Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood?. *Child abuse & neglect*, 38(10), 1607-1617.
- Smith, R. L., Soeters, M. R., Wüst, R. C., & Houtkooper, R. H. (2018). Metabolic flexibility as an adaptation to energy resources and requirements in health and disease. *Endocrine reviews*, 39(4), 489-517.
- Tran, B. X., Nguyen, L. T., Do, C. D., Le Nguyen, Q., & Maher, R. M. (2014). Associations between alcohol use disorders and adherence to antiretroviral treatment and quality of life amongst people living with HIV/AIDS. *BMC public health*, 14(1), 1-7.
- Un AIDS. (2005). *AIDS epidemic update special report on HIV prevention*. Geneva, unAIDS, PP: 30.
- Walens, A., Lin, J., Damrauer, J. S., McKinney, B., Lupo, R., Newcomb, R., ... & Alvarez, J. V. (2020). Adaptation and selection shape clonal evolution of tumors during residual disease and recurrence. *Nature communications*, 11(1), 1-15.
- Young, S., Wheeler, A. C., McCoy, S. I., & Weiser, S. D. (2014). A review of the role of food insecurity in adherence to care and treatment among adult and