

ویژگی های روانشناختی افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت

رضوان صدرمحمدی^۱، سمیه حداد رنجبر^۲، نجمه دهشیری^۳، ارشیا مددی^۴

۱- استادیار، دکترا روانشناسی، دانشکده ادبیات، دانشگاه ولیعصر رفسنجان، رفسنجان، ایران

۲- استادیار، دکترا روانشناسی، دانشکده ادبیات، دانشگاه ولیعصر رفسنجان، رفسنجان، ایران

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی، روانشناس مرکز مشاوره بیماری های رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران

*نشانی برای مکاتبه: Sadr_1383@yahoo.com

پذیرش برای چاپ: اسفند ۱۴۰۲

دریافت مقاله: دی ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: اگر چه بروز سالانه عفونت اچ آی وی در سطح جهانی در حال کاهش است، اما شیوع آن به دلیل توسعه درمان های موثر و امید به زندگی بیشتر در حال افزایش است. بنابراین سیستم سلامت در حال حاضر با چالش های نوظهور بیماری های غیرواگیر و مشکلات سلامت روان در میان بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت مواجه است. هدف از این مطالعه بررسی ویژگی های روانی و شخصیتی مبتلا به اچ آی وی برای برنامه ریزی بهتر برای پیشگیری و درمان موثر تر است.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی بیماران اچ آی وی مثبت از مرکز مشاوره مراقبت بیماری های رفتاری شهر رفسنجان در سال ۱۴۰۱ انجام شد. از ۴۸ بیمار مبتلا به ایدز، ۳۶ بیمار با جلب رضایت و موافقت و ۴۰ فرد سالم در این مطالعه شرکت کردند. ارزیابی وضعیت روانی افراد با استفاده از پرسشنامه شخصیت مینه سوتا (MMPI) انجام شد. داده ها استفاده از نرم افزار SPSS-22 و آمار توصیفی و آزمون یومان ویتنی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت و افراد گروه کنترل در شیوع اختلالات افسردگی ($P=0.02$)، ضعف روانی ($P=0.01$) و هیپومانیا ($P=0.03$) تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه گیری: بر طبق نتایج از هر سه فرد مبتلا به اچ آی وی مثبت در شهر رفسنجان، تقریباً یک نفر از اختلالات روانی رنج می برد. این امر نیاز به ادغام بهداشت روانی و حمایت روانی-اجتماعی در مراقبت از افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت را می طلبد.

کلمات کلیدی: MMPI؛ ویژگی های روانی؛ اچ آی وی مثبت

مقدمه

عفونت اچ آی وی توسط ویروس اچ آی وی ایجاد می شود، ویروسی که از طریق خون از سه راه اصلی منتقل می شود: از مادر به کودک در طول بارداری و شیردهی، تماس جنسی و از طریق خون یا فرآورده های خونی، که منجر به کاهش تعداد سلول های CD4+ T که نوع خاصی از لنفوسیتها است، منجر به عفونت می شود. [2]

این عفونت در سه مرحله پیشرفت می کند: تبدیل حاد سرمی، تاخیر بالینی و سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز). ایدز یک بیماری کشنده است که در مقایسه با عفونت های فرصت طلب، سیستم ایمنی بدن انسان را از بین می برد و در مقابل

ایدز یا سندرم ایمنی اکتسابی در اثر آلوده شدن فرد به ویروس ایدز نقص ایمنی بدن به وجود می آید. این ویروس از مهلکترین ویروس های شناخته شده است و به لحاظ کشندگی زیاد و هزینه مراقبتی فراوان، تهدیدی جدی برای سلامت و اقتصاد جوامع است. ایدز در حال حاضر چهارمین علت مرگ و میر انسان است. همه گیری HIV ترکیبی پیچیده از اپیدمی های متنوع در کل کشورها و مناطق جهان است و بدون شک بحران بهداشت عمومی تلقی می شود [1].

رابطه بین عفونت اچ آی وی و اختلال روانی پیچیده و ناشناخته است. نشان داده شده است که افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید خطر ابتلا به اچ آی وی را به طور قابل توجهی افزایش می دهند [۸]. همچنین مشخص شد که افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت به طور متوسط هفت برابر بیشتر از افراد سالم دارای اختلالات روانی هستند. اعتقاد بر این است که این امر به دلیل تحریف فرآیندهای ادراک و تفکر و مشکلات شناختی در افراد مبتلا به اچ آی وی است. همچنین استفاده از مواد روانگردان، رفتار جنسی پرخطر آنها و قربانی شدن جنسی در این گروه از افراد بیشتر مشاهده می شود [۸]. مطالعات نشان دادند که افزایش خطر ابتلا به اچ آی وی مثبت به طور مستقیم با افزایش میل جنسی در طول تشدید بیماری روانی مرتبط است. فراوانی فعالیت جنسی در فاز حاد اسکیزوفرنی، اختلالات دوقطبی، افراد مبتلا به بیماری های روانی تحت تأثیر هروئین و افراد با اختلال در توانایی های شناختی، ارزیابی و قضاوت بیشتر از جمعیت عمومی است [9, 10].

مطالعات طولانی مدت در بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت نشان داده است که این عفونت فرد را مستعد ابتلا به اختلالات روانی مانند اضطراب، دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلالات شناختی می کند. مشاهده شده است که مراحل اولیه عفونت اچ آی وی مثبت اغلب با حالت افسردگی همراه است [۱۱]. سپس پیشرفت عفونت اچ آی وی مثبت/ایدز با ایجاد روان پریشی، اختلال سازگاری و اختلال دوقطبی مشخص می شود [۱۲]. این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می دهد و باعث کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری، علائم جسمی و افکار آشفته در مبتلایان می شود. عملکرد روزانه، فعالیت های اجتماعی و آرامش روانی را مختل می کند و در مقابل نقش های جدیدی را مطرح می کند. همه این مشکلات، علاوه بر مراجعه مکرر به پزشک و هزینه های بالای درمان و عوارض جانبی دارو، کیفیت زندگی آنها را کاهش می دهد [۱۳] که ممکن است به ایجاد یک اختلال روانپزشکی کمک کند. افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت/ایدز نیاز عاطفی زیادی دارند و برای غلبه بر بار بیماری خود به حمایت عظیم نیاز دارند. به طور مشابه، ابتلا به اچ آی وی مثبت/ایدز به تنهایی می تواند فرد را به مشکلات مربوط به عزت نفس، مکانیسم های مقابله ای، انزوای اجتماعی و در نهایت به اختلالات روانی سوق دهد [14].

بسیاری از بیماری ها از جمله سل، مالاریا ، سرطان و انواع بیماری های دیگر فرد را آسیب پذیر می کند [3]. تا سال ۲۰۲۲ حدود ۳۹ میلیون نفر در دنیا مبتلا به HIV بوده اند تعداد مبتلایان جدید در آن سال حدود ۱٫۳ میلیون نفر تخمین زده شده است. تنها در سال ۲۰۱۹، ۶۹۰۰۰۰ نفر به دلایل مرتبط با اچ آی وی مثبت جان خود را از دست داده اند و ۳۳ میلیون نفر از آغاز همه گیری جان خود را از دست داده اند [2].

در سال ۱۳۹۸ تخمین زده شده است که ۶۰۴۳۱ نفر در کشور مبتلا به ایدز هستند که بر اساس نظام جامع مدیریت داده های الکترونیک اچ آی وی کشور، تا پایان سال ۱۳۹۸ از بین افراد مبتلا به اچ آی وی شناسایی، ثبت و گزارش شده ۲۲۳۳۰ نفر زنده هستند، که از این تعداد ۱۵۹۴۹ نفر برای دریافت خدمات به مراکز ارایه دهنده خدمات مراجعه میکنند و تعداد ۱۴۴۰۲ نفر تحت درمان قرار دارند. از کل موارد ثبت شده در سال ۱۳۹۸، ۲۹ درصد موارد ثبت را زنان و ۷۱ درصد آنها را مردان تشکیل میدهند [۴]. اگرچه بروز سالانه عفونت اچ آی وی مثبت در سطح جهان در حال کاهش است، شیوع اچ آی وی مثبت به دلیل توسعه درمان موثرتر و بقای بیشتر در حال افزایش است [5] در ایران شیوع اچ آی وی مثبت در جمعیت عمومی ۰٫۱۵ درصد است. در حالی که بار جهانی بیماری ایدز در دهه گذشته رو به کاهش بوده است پیش بینی می شود در ایران بار در ۱۰ سال آینده به رشد خود ادامه دهد [۴]. درمان و مراقبت بیماری اچ آی وی به طور گسترده در ایران در دسترس است. بیش از هزار مرکز مشاوره و آزمایش داوطلبانه و ۱۶۲ مرکز بهداشتی وجود دارد که درمان ضد رتروویروسی (ART) را ارائه می دهند. در سال ۲۰۱۴، از بین افراد واجد شرایط دریافت ART بودند، ۲۰٫۱٪ آن را دریافت کردند و خدمات روانی-اجتماعی برای افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت و خانواده های آنها از طریق ۴۸ مرکز مشاوره در سراسر کشور ارائه می شود [۴].

ابتلا به یک بیماری مزمن متعاقباً بر سلامت روان فرد تأثیر می گذارد و منجر به اختلالات عاطفی مانند اضطراب و افسردگی می شود [6] اچ آی وی مثبت بیماری است که نه تنها در بعد فیزیکی تأثیر می گذارد بلکه منجر به مشکلات در حوزه خانوادگی، اقتصادی، عاطفی و اجتماعی می شود. تفکر اشتباه حاکم بر جامعه و برچسب اجتماعی، وضعیت بیماران را از منظر سلامت روانی در فعالیت های شغلی و اجتماعی تحت تأثیر قرار داده و منجر به مشکلات زیادی می شود [7].

شخصیتی در جمعیت بالینی و غیر بالینی مورد استفاده متخصصان قرار می گیرد. زیرمقیاس ها ویژگی های مختلف آسیب شناسی روانی از جمله هیپوکندریا (Hs)، افسردگی (D)، هیستری (Hy)، انحراف روان پریشی (Pd)، پارانوئا (Pa)، ضعف روانی (Pt)، اسکیزوفرنی (Sc)، هیپومانیا (Ma)، را شناسایی می کنند. فرم کوتاه MMPI 71 سوالی توسط Kincannon [۱۷] تهیه شده است و به طور گسترده در مطالعات ایرانی مورد استفاده قرار می گیرد. در پژوهشی که توسط دهقانی عاشوری، حبیبی عسکر آبادی، خطیبی (۱۳۸۹) با هدف هنجاریابی و بررسی ویژگیهای روانسنجی سیاه‌پوش شخصیتی چندوجهی مینه سوتا انجام دادند. میزان اعتبار خرده مقیاسهای دروغ گویی ۸۸/۰ ، نابسامندی ۶۰/۰ ، دفاعی ۴۳/۰ ، خودبیمارانگاری ۶۶/۰ ، افسردگی ۷۴/۰ ، هیستری ۶۶/۰، سایکوپاتی ۵۹/۰، مردانگی-زنانگی ۶۸/۰، پارانوئا، ۸۶/۰، ضعف روانی، ۵۱/۰، اسکیزوفرنیا، ۷۲/۰ مانیک ۶۲/۰ و درونگرایی ۸۹/۰ بدست آمد [۱۸]. در پژوهشی که توسط حسین چاری، داوودی، هومن، شریفی (۱۳۸۹) انجام دادند پایایی کلی مقیاس MMPI فرم ۷۰ سوالی برابر با 0/96 بدست آمد پس از تکمیل پرسشنامه اطلاعات بدست آمده با در نظر گرفتن کلیدهای آن بر روی پروفایل ترسیم و مقایسه مایشود و سپس هر کدام به تفکیک تفسیر میشود. سپس با مشخص نمودن میانگین نمرات تمام آزمودنیها در میزان های مختلف، پروفا یل میانگین هر میزان را رسم می شود و با مقایسه آن با پروفایل های استاندارد به تفسیر و بررسی آن پرداخته می شود. مقیاس ها بر اساس کلید نمره گذاری هر مقیاس محاسبه می شود و سپس هر نمره ی خام به یک نمره تراز شده بر حسب نمره ی T با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ تبدیل می شود. بعد از آن برای به دست آوردن نمره ی T هر مقیاس، و تفسیر نمرات آزمودنی ها، نمرات به دست آمده از آزمون روی منحنی استاندارد شده ی این پرسشنامه جای دهی می شود. بر افراستگی خفیف در نیم رخ یک فرد بین $40 < T < 45$ ، برافراستگی متوسط در نیم رخ یک فرد بین $45 > T < 59$ و برافراستگی بالا در نیم رخ یک فرد بین $70 < T < 65$ است. [۱۹]..

شاکری در پژوهشی به بررسی وضعیت روانی بیماران اچ آی وی مثبت مراجعه کننده به مراکز مشاوره مرکز بهداشت کرمانشاه پرداخت. در این مطالعه توصیفی- مقطعی ۱۳۲ نفر که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، شرکت کردند. نتایج بررسی نشان داد که ۱۸.۹۳ درصد نمونه ها دارای معیارهای تشخیصی اختلال روانپزشکی بودند که شایع ترین اختلالات مربوط به مواد ۴۳.۱۸ درصد، اختلالات خلقی با ۹۳.۹۳ درصد ، اختلالات اضطرابی با بیش از ۳۶/۱۱ درصد، بوده است . اختلالات جسمی همراه با سایر اختلالات روانپزشکی نیز در این افراد شایع بود. [15]

تجزیه و تحلیل تاریخچه ۵۹۲۷ مورد بیمار مبتلا به اچ آی وی مثبت نشان داد که افسردگی خفیف و کوتاه مدت (۱ تا ۴ روز) و/یا شرایط افسردگی خفیف اما پایدارتر می تواند بر روند درمان اچ آی وی مثبت تأثیر منفی بگذارد [۱۶]. اختلالات روانی رایج (شامل: افسردگی، اضطراب و ...) از بیماری های روانپزشکی مکرر در میان افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت/ ایدز هستند. وجود چنین اختلالات روانپزشکی بر پایداری به درمان، سرکوب بار ویروسی، کیفیت زندگی، نتایج درمان و عملکرد افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت/ ایدز تأثیر منفی می گذارد.

هدف از این مطالعه، بررسی شیوع، شدت و عوامل مرتبط با اختلالات روانپزشکی در گروهی از بیماران اچ آی وی مثبت شهر رفسنجان بود که با مقایسه افراد سالم، به برنامه ریزی بهتر برای درمان و افزایش کارایی و کیفیت زندگی این افراد کمک خواهد کرد.

روش کار

این مطالعه مقطعی بر روی بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری رفسنجان در سال ۱۴۰۱ انجام شد. از ۴۷ بیمار مبتلا به ایدز شناسایی شده، ۳۵ نفر رضایت به شرکت در مطالعه داشتند. داده های این پژوهش توسط پرسشنامه شخصیت چند مرحله ای مینه سوتا (MMPI) گردآوری شده است. MMPI بعنوان یک ابزار عینی و مبتنی بر خود-گزارش دهی از مهمترین و معتبر ترین پرسشنامه هایی است که با روش استفاده از ملاک یابی تجربی ساخته شده و برای ارزیابی آسیب شناسی روانی و خصوصیات

نتایج

جدول ۱: مقایسه وضعیت دموگرافیک دو گروه بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت و افراد سالم در شهر رفسنجان سال ۱۴۰۱

کل	تحصیلات			وضعیت اقتصادی			جنسیت		وضعیت تاهل			
	بیشتر از دیپلم	دیپلم	کمتر از دیپلم	خوب	متوسط	ضعیف	مرد	زن	بیوه مطلقه	متاهل	مجرد	
۳۵ (٪۱۰۰)	۱ (٪۲,۷)	۸ (٪۲۲,۲)	۲۶ (٪۷۴,۳)	۳ (٪۸,۵)	۱۵ (٪۴۳)	۱۷ (٪۴۸,۵)	۱۵ (٪۴۳)	۲۰ (٪۵۷)	۱۵ (٪۴۳)	۱۸ (٪۵۱)	۲ (٪۶)	افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت تعداد (%)
۴۰ (٪۱۰۰)	۳ (٪۷,۵)	۱۲ (٪۳۰)	۲۵ (٪۶۲,۵)	۵ (٪۱۲,۵)	۲۳ (٪۵۷,۵)	۱۲ (٪۳۰)	۱۳ (۳۲,۵%)	۲۲ (٪۵۵)	۶ (٪۱۵)	۲۴ (٪۶۰)	۵ (۱۲,۵%)	افراد سالم تعداد (%)

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که اکثر بیماران دارای تحصیلات پایین و متاهل، جدا شده و یا فوت همسرشان هستند. اکثر شرکت کنندگان در تحقیق را زنان تشکیل می دهند.

جدول ۲: مقایسه دو گروه بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت و افراد سالم در شهر رفسنجان سال ۱۴۰۱

گروه افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت (N=۳۶)			گروه کنترل (N=40)			
ریسک پایین (%)	در ریسک (%)	ریسک بالا (%)	ریسک پایین (%)	در ریسک (%)	ریسک بالا (%)	
31.2	40	22.8	50	30	20	خودبیمارانگاری
8.5	20	71.5	27.5	52.5	20	افسردگی
35	25	40	62.5	25	12.5	اختلالات کارکرد اعصاب (هیستری)
43	37	20	65	20	5	انحراف اجتماعی
28.5	42	28.5	75	17.5	7.5	پارانویا
22.8	28	77.2	45	27.5	27.5	ضعف روانی
40.2	37	22.8	80	15	5	اسکیزوفرنی
14.8	40	54.2	65	17.5	17.5	هیپومانیا

جدول شماره ۳: مقایسه شاخص های روانشناختی و آزمون ناپارامتریک یومان ویتی در دو گروه بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت و کنترل در شهر رفسنجان سال ۱۴۰۱

آزمون یومان ویتی	گروه افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت (N=36)			گروه کنترل (N=40)			خرده مقیاس ها	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
معناداری								
	0.0۹	42	12.3	51	۳۵	11.9	48.2	خودبیمارانگاری
	0.0۲	55	۱۱,۷	61.2	۴۳	7.8	52.1	افسردگی
	0.۱۱	48	8.8	53.9	47	6.8	51.2	اختلالات کارکرد اعصاب (هیستری)
	0.06	43	14.2	50.2	43	13.2	46.2	انحراف اجتماعی
	0.۱۰	41	15.2	50.5	44	12.8	48.23	پارانویا
	0.0۱	62	9.5	57.3	50	10.3	52.1	ضعف روانی
	0.07	4	15.1	53.1	55	11.7	52	اسکیزوفرنی
	۰,۰۳		13.6	58.1	47	۱۳,۱	51.54	هیپومانیا

مقایسه بالینی در جدول بالا نشان دهنده تفاوت معنادار در دو گروه مورد نظر در متغیرهای افسردگی، ضعف روانی و هیپومانیا است (P<0.05)

بحث

هدف از این مطالعه بررسی شیوع بیماری های روانی در افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت نسبت به افراد عادی بود. نتایج نشان می دهد که میزان شیوع افسردگی در افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت بیشتر از افراد عادی است. مشکلات و بیماری های سلامت روان در حال حاضر در افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت بسیار بیشتر از جمعیت عمومی است [۲۰]. پنس و همکاران [۲۱] گزارش می دهند که احتمال ابتلا به اختلالات خلقی و اضطراب به طور کلی در افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت در مقایسه با افرادی که آلوده نیستند، ۵ تا ۱۰ برابر بیشتر است [۲۲]. اختلالات سلامت روان در حال حاضر در افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت بسیار بیشتر از جمعیت عمومی است و افسردگی به عنوان بیماری همراه اصلی است. استفاده از مواد نیز در این گروه بیماران بسیار رایج است. ایدز خود باعث کاهش عملکرد فرایندهای عصب شناختی در صورت عدم درمان می شود و استفاده از موادی چون کوکائین و هروئین ممکن است این اختلال را بیشتر کند [۲۲].

نتایج جدول دو نشان می دهد که دو گروه افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت و افراد عادی در نمرات شیدایی اختلال تفاوت معناداری دارند. اختلال دوقطبی در میان افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت ۵.۶-۸.۱٪ است که ۳-۴ برابر بیشتر از همان شاخص ها در بین جمعیت های عمومی (۲.۱٪) است [۲۳-۲۷]. حملات شیدایی در افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت در مراحل بعدی عفونت اغلب به عنوان مرحله ای از اختلال دوقطبی رخ می دهد و احتمالاً با تأثیر مستقیم اچ آی وی بر سلول های سیستم عصبی مرکزی (CNS) مرتبط است. اختلال شیدایی همچنین می تواند ناشی از یک عفونت ثانویه عوارض درمان ART باشد. اختلال شناختی شدید در ۵۴.۸٪ از افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت رخ می دهد، در حالی که در افراد اچ آی وی منفی با مرحله اولیه همان آسیب شناسی روانی، چنین اختلالاتی تنها در ۱۵.۹٪ رخ می دهد [۲۸].

محققان نشان دادند که ۳۶ درصد افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت از افسردگی شدید، ۱۵.۸ درصد از اختلال اضطراب فراگیر (GAD) سه برابر بیشتر از شاخص های مشابه در بین جمعیت عمومی [۲۹-۳۱] رنج می بردند. اختلال اضطراب فراگیر پیش بینی کننده ایجاد اشکال شدید افسردگی است [۳۲] تحقیقات نشان داده است که افراد مبتلا به ایدز با تشخیص افسردگی در معرض خطر بیشتری برای مرگ به دلیل

عدم انگیزه، کاهش مراقبت از خود و عدم پایبندی برای درمان هستند [۳۳،۳۴].

در این مطالعه تفاوت معنی داری در روان پریشی بین جمعیت عادی و افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت وجود نداشت. مطالعه طولانی مدت تر (۱۲ ساله) نشان داد که میزان مرگ و میر در گروه افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت و اسکیزوفرنی ۲۵.۸ بود، در حالی که در بیماران اسکیزوفرنی اما غیر آلوده به اچ آی وی مثبت، این شاخص ۶.۲۴ بود [۳۵]. اغلب دوره های روانپریشی شدید در بیماران مبتلا به نقص ایمنی در مراحل پایانی عفونت اچ آی وی مثبت رخ می دهد. فراوانی دوره های روان پریشی در افراد اچ آی وی مثبت بین ۱ تا ۱۵ درصد بیشتر است [۳۵].

مشکلاتی که افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت می تواند تجربه کند به چهار دسته مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی تقسیم می شود. [۳۶]. مشکلات جسمی که اغلب در افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت رخ می دهد به دلیل کاهش ایمنی است که در نهایت باعث ضعف و آسیب پذیری در برابر بیماری های عفونی می شود، مشکلات روانی در افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت می تواند به دلیل تأثیر استرس های داخلی و خارجی رخ دهد. مشکلات اجتماعی نیز به دلیل فقدان دانش و تعصب ایجاد شده توسط جامعه است که یکی از آنها مشکل ناشی از برچسب منفی است که می تواند منجر به مشکلات روانی شود حالات عاطفی مانند شرم، فقدان احساس قوی از خود، احساس تنهایی و انکار نه تنها با نرخ پایین پایبندی به درمان همراه است، بلکه با اعتیاد به مواد مخدر نیز مرتبط است [۳۷]. نتایج این مطالعه تفاوت معنی داری را بین افراد مبتلا به اچ آی وی مثبت و افراد عادی در مقیاس خستگی روانی مانند ناراحتی های روانی استرس، وسواس فکری- عملی و اضطراب مشابه تحقیقات قبلی نشان داد [۳۸].

نتیجه گیری

بر اساس پژوهش انجام شده، شیوع بالایی از اختلالات روانپزشکی در میان PLWHA رفسنجان مشاهده شده است که علاوه بر اینکه، خود ویروس و بیماری بر سلامت روان افراد مبتلا تاثیر می گذارد، بار عاطفی عفونت HIV/AIDS در میان PLWHIV در مقایسه با سایر جمعیت ها بسیار سنگین است که می تواند بر روند درمان و بهبودی افراد و حتی رابطه فرد با خانواده و اطرافیان تاثیر بگذارد. بنابراین بر اساس نتایج بدست آمده از نمونه کوچکی از جامعه مبتلایان به ایدز و مطالعات قبلی، بر ایجاد یک برنامه درمانی مناسب برای بیماری روانی فرد برای خود و خانواده اش تاکید می شود.

REFERENCE

- 1- WHO HIV/AIDS. [(accessed on 30 November 202۲)]; Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- 2- Frazer, IH, Mackay, IR, Crapper, RM, et al (1986) Immunological abnormalities in asymptomatic homosexual men: correlation with antibody to HTLV-III and sequential changes over two years. *Quarterly Journal of Medicine*, 61: 921–33
- 3- Levy, JA (1993) Pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *Microbiological Reviews*, 57: 183–289
- 4- Infectious Disease Management Center. (2018).The latest statistics related to Echavirus infection in the Islamic Republic of Iran. Ministry of Health and medical education (Persian).
- 5- medical education.National AIDS Committee Secretariat, Islamic Republic of Iran AIDS Progress Report, Ministry of Health and Medical Education, 2015.
- 6- Cal SF, Sá LRD, Glustak ME, et al. Resilience in chronic diseases: a systematic review. *Cogent Psychol.* 2015;2(1):1024928.
- 7- Sewell, DD, Jeste, DV, Atkinson, JH, et al (1994) HIV-associated psychosis: a study of 20 cases. San Diego HIV Neurobehavioral Research Center Group. *American Journal of Psychiatry*, 151: 237–42.
- 8- De Hert, M, Cohen, D, Bobes, J, et al (2011) Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10: 138–51.
- 9- Eybpoosh, S., Bahrampour, A., Karamouzian, M., et al (2016) Spatio-temporal history of HIV-1 CRF35_AD in Afghanistan and Iran. *PLoS One*, 11(6): e0156499.
- 10- Meade C.S., Graff F.S., Griffin M.L., Weiss R.D. HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: Associations with mania and drug abuse. *Drug Alcohol Depend.* 2008;92:296–300. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.07.013
- 11- Wang T., Fu H., Kaminga A.C., Li Z., Guo G., Chen L., Li Q. Prevalence of depression or depressive symptoms among people living with HIV/AIDS in China: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2018;18:160. doi: 10.1186/s12888-018-1741-8
- 12- Closson K., McLinden T., Patterson T.L., Eyawo O., Kibel M., Card K.G., Salters K., Chau W., Ye M., Hull M.W., et al. HIV, schizophrenia, and all-cause mortality: A population-based cohort study of individuals accessing universal medical care from 1998 to 2012 in British Columbia, Canada. *Schizophr. Res.* 2019;209:198–205. doi: 10.1016/j.schres.2019.04.020.
- 13- Oliva, J., Roa, C.,& Del Liano, J. (2003). Indirect costs in ambulatory patients with-HIV/AIDS in Spain: A pilot study. *Pharmacoeconomics*, 21 (15), 1113-1121.
- 14- Simoni JM, Frick PA, Huang B. A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. *Health Psychol.* 2006;25(1):74. doi:10.1037/0278-6133.25.1.74
- 15- Shakri J, Parvizi Fard A.A, and Aminzadeh S. Mental status of HIV positive patients referring to consultation centers of Kermanshah Health Center. *Scientific research journal of Kermanshah University of Sciences*, 2000,31-39, (Persian)\

- 16- Pence B.W., Mills J.C., Bengtson A.M., Gaynes B.N., Breger T.L., Cook R.L., Moore R.D., Grelotti D.J., O'Cleirigh C., Mugavero M.J. Association of increased chronicity of depression with HIV appointment attendance, treatment failure, and mortality among HIV-infected adults in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:379–385. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4726
- Kincannon JC. Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: the mini-mult. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1968;32(3):319.
- 17- Sahebolzamani M, Alilou L, Rashidi A, Shakibi A. Determining individual characteristics of addicts through multi-dimensional " mmpi" questionnaire who referred to the treatment centers of tehran in 2008. *Urmia Medical Journal*. 2010;20(4):290-7.
- 18- Mirzamani SM, Karaminia R, Salimi SH, Besharat A. Th validity scales of the short form of MMPI in Farsi. *Journal of Iranian Psychologists*. 2005;1(4):38-47.
- 19- Chari H, Davoudi M, Homan H, Heydar A, Sharifi H P.(2005). A shortened and Iranian version of the Minnesota Multifaceted Personality Test-2. *Journal of Traning Measurement* :1 (۳).(Persian).
- 20- Pence BW, Gaynes BN, Williams Q, Modi R, Adams J, Quinlivan EB, Mugavero MJ (2012). Assessing the effect of Measurement-Based Care depression treatment on HIV medication adherence and health outcomes: rationale and design of the SLAM DUNC Study. *Contemporary Clinical Trials*, 33(4), 828–838. doi: 10.1016/j.cct.2012.04.002
- 21- Meade CS, Conn NA, Skalski LM, & Safren SA (2011). Neurocognitive impairment and medication adherence in HIV patients with and without cocaine dependence. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(2), 128–138.
- 22- De Sousa G.W., Da Silva C.A.H., Barreto R.D., Negreiros de Matos K.J., Do Menino J.S.L.T., De Matos e Souza F.G. Prevalence of bipolar disorder in a HIV-infected outpatient population. *AIDS Care*. 2013;25:1499–1503. doi: 10.1080/09540121.2013.779625.
- 23- Atkinson J.H., Higgins J.A., Vigil O., Dubrow R., Remien R.H., Steward W.T., Casey C.Y., Sikkema K.J., Correale J., Ake C., et al. Psychiatric context of acute/early HIV infection. The NIMH multisite acute HIV infection study: IV. *AIDS Behav*. 2009;13:1061–1067. doi: 10.1007/s10461-009-9585-3
- 24- Merikangas K.R., Akiskal H.S., Angst J., Greenberg P.E., Hirschfeld R.M., Petukhova M., Kessler R.C. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007;64:543–552. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.543.
- 25- Charlson F.J., Baxter A.J., Hui G.C., Shidhaye R., Whiteford H.A. The burden of mental, neurological, and substance use disorders in China and India: A systematic analysis of community representative epidemiological studies. *Lancet*. 2016;388:376–389. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30590
- 26- Arbabi, M., Masjedi, N., Eybpoosh, S., et al (2022). 32 Pathway to care of patients with functional neurological disorders in Iran. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*: 93(12), e3.
- 27- Arbabi, M., Zhand, N., Eybpoosh, S., et al. (2015). Correlates of memory complaints and personality, depression, and anxiety in a memory clinic. *Acta Medica Iranica*. 53 (5): 270-275.
- 28- Simoni J.M., Safren S.A., Manhart L.E., Lyda K., Grossman C.I., Rao D., Mimiaga M.J., Wong F.Y., Catz S.L., Blank M.B., et al. Challenges in addressing depression in HIV research: Assessment, cultural context, and methods. *AIDS Behav*. 2011; 15: 376–388. doi: 10.1007/s10461-010-9836-3

- 29- Bing E.G., Burnam M.A., Longshore D., Fleishman J.A., Sherbourne C.D., London A.S., Turner B.J., Eggan F., Beckman R., Vitiello B., et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2001; 58:721–728. doi: 10.1001/archpsyc.58.8.721
- 30- Kessler R.C., Birnbaum H., Bromet E., Hwang I., Sampson N., Shahly V. Age differences in major depression: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) *Psychol. Med*. 2010;40:225–237. doi: 10.1017/S0033291709990213.
- 31- Tsao J.C., Dobalian A., Moreau C., Dobalian K. Stability of anxiety and depression in a national sample of adults with human immunodeficiency virus. *J. Nerv. Ment. Dis*. 2004;192:111–118. doi: 10.1097/01.nmd.0000110282.61088.cc
- 32- Todd J.V., Cole S.R., Pence B.W., Lesko C.R., Bacchetti P., Cohen M.H., Feaster D.J., Gange S., Griswold M.E., Mack W., et al. Effects of antiretroviral therapy and depressive symptoms on all-cause mortality among HIV-infected women. *Am. J. Epidemiol*. 2017;185:869–878. doi: 10.1093/aje/kww192
- 33- Antelman G., Kaaya S., Wei R., Mbwambo J., Msamanga G.I., Fawzi W.W., Fawzi M.C. Depressive symptoms increase risk of HIV disease progression and mortality among women in Tanzania. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr*. 2007;44:470–477. doi: 10.1097/QAI.0b013e31802f1318.
- 34- Helleberg M., Kronborg G., Larsen C.S., Pedersen G., Pedersen C., Gerstoft J., Obel N. Causes of death among Danish HIV patients compared with population controls in the period 1995–008. *Infection*. 2012;40:627–634. doi: 10.1007/s15010-012-0293-y.
- 35- Adewuya A.O., Afolabi M.O., Ola B.A., Ogundele O., Ajibare A.O., Oladipo B.F. Psychiatric disorders among the HIV-positive population in Nigeria: A control study. *J. Psychosom. Res*. 2007;63:203–206. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.03.006.
- 36- Chris_McCall, In Papua New Guinea, HIV/AIDS-related stigma is still rife, Volume 387, Issue 10015, 16–22 January 2016, Pages 215-216.
- 37- R.C. Vreeman *et al.* The physical and psychological effects of HIV infection and its treatment on perinatally HIV-infected children *J Int AIDS Soc*(2015)
- 38- Danti R, Gayatri D. Relationship of psychological discomforts of stress, depression, and anxiety to sleep quality in HIV/AIDS patients., April 2021;31(2). Pages S428-S431