

## باورها و عوامل موثر بر رفتارهای پیشگیرانه از انتقال اچ آی وی در بیماران اچ آی وی مثبت

محمود کریمی<sup>۱</sup>، ایرج ضاربان<sup>۲\*</sup>، عبدالرحیم طبسی درمیان<sup>۲</sup>، محمد طاهر<sup>۳</sup>، ندا فیاضی<sup>۳</sup>

۱- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران

۲- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۳- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران

\*نشانی برای مکاتبه: گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران، zareban@yahoo.com  
دریافت مقاله: دی نود و چهار پذیرش برای چاپ: اسفند نود و چهار

### چکیده

**سابقه و هدف:** بهبود مراقبت از بیماران اچ آی وی مثبت موجب افزایش طول عمر بیماران شده است. بنابراین، شناسایی رفتارهای پیشگیرانه از انتقال اچ آی وی در بیماران اچ آی وی مثبت نه فقط یک ضرورت، بلکه یکی از عوامل اصلی پیشگیری از انتقال اچ آی وی است. هدف مطالعه حاضر تعیین باورها و عوامل موثر بر رفتارهای پیشگیرانه از انتقال اچ آی وی در بیماران اچ آی وی مثبت است. **روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که بر روی ۹۲ بیمار اچ آی وی مثبت شهرستان های سرباز و سراوان انجام شد. اطلاعات با استفاده از یک پرسشنامه بی نام و به روش خودگزارشی جمع آوری گردید. آمارهای توصیفی و رگرسیون لجستیک چندگانه برای تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده استفاده شد.

**یافته ها:** ۷۸٪ از نمونه ها مرد و ۲۲٪ زن بودند. همه سازه های مدل اعتقاد بهداشتی پیشگویی کننده معنی داری برای رفتارهای پیشگیرانه بودند. موانع درک شده، خودکارآمدی، منافع، شدت و حساسیت درک شده به ترتیب مهمترین پیشگو بودند. همچنین متغیرهای سطح سواد، وضعیت تاهل، استرس و افسردگی درک شده و حمایت اجتماعی پیشگویی کننده معنی داری برای انجام رفتارهای پیشگیرانه بودند ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** مطالعه حاضر نشان میدهد که مدل اعتقاد بهداشتی می تواند بعنوان یک مدل مناسب در پیشگویی رفتارهای پیشگیرانه در بیماران اچ آی وی مثبت استفاده شود. مداخلات آموزشی و پیشگیرانه آینده بایستی بر روی بهبود خود کارآمدی، افزایش منافع درک شده و کاهش موانع درک شده رفتارهای پیشگیرانه در بیماران متمرکز شوند.

**واژگان کلیدی:** باور، رفتار پیشگیرانه، اچ آی وی، مدل اعتقاد بهداشتی

### مقدمه

استرس و افسردگی از رایج ترین عوارض ثانوی مربوط به بیماری ایدز است. شیوع اختلال افسردگی در بیماران اچ آی وی مثبت ۵۷/۳ درصد و میزان آن بیش از ۵ برابر جمعیت عادی گزارش شده است (۲). مطالعه مایرز و دارواسوا در میان بیماران اچ آی وی مثبت نشان داد که ۳۸٪ استرس دارند (۵و۶). وحشت از بد نامی و طرد شدن از طرف خانواده و دوستان سبب می شود که افراد بیمار، بیماری شان را مخفی سازند، که این مساله تهدیدی جدی برای سلامت جوامع انسانی است (۷). از طرف دیگر به دلیل طولانی بودن دوره انتقال ویروس ایدز، چنانچه افراد بیمار به ملاحظات پیشگیرانه توجه نداشته باشند و از رفتارهای پرخطر پرهیز نکنند، همواره در یک دوره طولانی می توانند موجب گسترش

ایدز بزرگترین بیماری عفونی کشنده که در اوایل دهه ۱۹۸۰ شناسایی شده، امروزه در بسیاری از کشورها به عنوان یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی بوده (۱) و در حال حاضر، یکی از علت های عمده مرگ و میر در سنین ۲۰ تا ۴۵ سال، دومین علت مرگ در دوره جوانی و چهارمین علت مرگ در همه سنین و بدین ترتیب، تهدیدی جدی برای سلامت جوامع انسانی است (۲). بر پایه پیش بینی سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ میزان آلودگی آن در ایران به ۱۰ درصد خواهد رسید (۳). این بیماری بیشتر جمعیت فعال و مولد جامعه را در بر گرفته و مسیر زندگی فرد را تغییر می دهد و باعث کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می شود (۴).

داد که همه جامعه تحت پوشش به روش سرشماری انتخاب و وارد مطالعه شدند. ورود به مطالعه افراد منوط به تحت پوشش بودن بیمار در مراکز مشاوره بیماریهای عفونی و رفتاری، داشتن پرونده و دادن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته بود که بعد از مطالعات کتابخانه ای وسیع با کمک منابع معتبر علمی تهیه گردید (۳، ۵، ۱۲).

پرسشنامه مشتمل بر سه بخش اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه محکومیت، وضعیت تاهل، میزان درآمد، وضعیت بیمه بود. بخش دوم متغیر روان شناختی آسیب پذیری درک شده شامل استرس درک شده (سه آیتم) و افسردگی درک شده (چهار آیتم) بود که پاسخ های آن بر روی طیف لیکرت ۴ گزینه ای، هرگز (۰)، به ندرت (۱)، گاهی اوقات (۲) و همیشه (۳) میزان شده بود (۷). کسب نمره بالاتر در این قسمت نشان دهنده افسردگی و یا استرس درک شده بالاتر بود. بخش سوم مقیاس حمایت اجتماعی درک شده بود که سه زیر مقیاس حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم را توسط ۱۲ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ سطحی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم مورد سنجش قرار می داد (۱۳). بخش سوم شامل سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بود. سازه حساسیت درک شده با ۶ سوال، شدت درک شده با ۶ سوال، منافع درک شده با ۵ سوال، موانع درک شده با ۶ سوال، خودکار آمدی درک شده با ۶ سؤال و ۱۰ سؤال برای ارزیابی رفتارهای پیشگیرانه از انتقال اچ آی وی بود. پاسخ سازه های مدل بر روی مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) تنظیم شده بود. پاسخ رفتارهای پیشگیرانه ها هم بصورت بلی و خیر تنظیم شده بود که در این قسمت به پاسخ درست نمره ۲ و پاسخ نادرست نمره ۱ تعلق می گرفت.

ارزیابی روایی پرسشنامه سازه های مدل اعتقاد بهداشتی به کمک روش های روایی محتوی و صوری انجام گردید. بدین صورت که پرسشنامه تهیه شده، در اختیار ده نفر از اساتید آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، و متخصصین عفونی که دارای تخصص و تجربه کافی در زمینه موردنظر بودند قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری آیتها در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب، بازخورد لازم را از ایه دهند تا اشکالات و ابهامات

آلودگی در جامعه شوند (۳). به همین دلیل محققین توصیه می کنند که در برنامه های پیشگیری، به افراد اچ آی وی مثبت اهمیت ویژه ای داده شود.

مدل اعتقاد بهداشتی که بعنوان چارچوب نظری در این مطالعه استفاده شده، کارآیی آن در پیشگویی رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز توسط محققین ثابت شده است (۳، ۷ و ۸). این مدل عمدتاً بر پیشگیری از بیماریها و رفتارهای اتخاذ شده برای اجتناب از زنجیره ناخوشی ها و بیماریها متمرکز است و از جمله الگوهای دقیق مهمی است که برای تعیین رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار بکار می رود. این مدل درجایی بکار می رود که ما می خواهیم بدانیم که برای تغییر رفتار در بیمار به چه چیزی احتیاج داریم (۹). سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی به فهم بیشتر رفتارهای پیشگیری از ایدز و مصرف مواد کمک می کند. این مدل بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می داند و با توجه به اجزایی که دارد بر اساس این اندیشه تدوین شده است که موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می شود و رفتارهای آنها را به سمت سلامتی سوق می دهد (۱۰). بر اساس این مدل برای اینکه افراد رفتار خاصی را پیش بگیرند، باید در برابر مسأله احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، عمق خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را درک کنند (شدت درک شده)، سپس مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای پیشگیری کننده را باور نمایند (منافع درک شده)، عوامل بازدارنده به اقدام از این رفتارها را نیز کم هزینه تر از فواید آن ببینند (موانع درک شده) و خود را قادر به انجام رفتارهای پیشگیری کننده بدانند (خودکار آمدی درک شده) تا در نهایت اقدام کنند (۱۱).

با توجه به کمبود مطالعات نظریه محور برای شناسایی نگرش و عملکرد بیماران اچ آی وی مثبت در کشور، مطالعه حاضر با هدف شناسایی باورها و عوامل موثر بر رفتارهای پیشگیرانه از انتقال اچ آی وی در بیماران اچ آی وی مثبت انجام شده است.

## روش کار

در این مطالعه توصیفی مقطعی جامعه مورد مطالعه را ۹۲ بیمار اچ آی وی مثبت تحت پوشش مراکز مشاوره بیماریهای عفونی و رفتاری شهرستان های سرباز و سراوان تشکیل می

### یافته ها

از ۹۲ شرکت کننده در مطالعه، ۷۲ نفر (۷۸ درصد) مرد و ۲۰ (۲۲ درصد) نفر زن بودند. میانگین سنی مردان ۳۹ با انحراف معیار ۱۱/۲ و میانگین سنی زنان ۴۲ با انحراف معیار ۱۲ بود. ۴۵ درصد از نمونه ها متاهل، ۲۲ درصد مجرد و مابقی مطلقه بودند. شانس افراد متاهل برای انجام رفتار بهداشتی ۴ برابر افراد مطلقه بود. از نظر سطح سواد ۱۲ درصد افراد، دیپلم و بالاتر، ۳۹ درصد ابتدایی و راهنمایی و مابقی بیسواد بودند. آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که با افزایش سطح سواد، شانس افراد برای انجام رفتار بهداشتی بیشتر می شد (جدول ۱).

بر اساس یافته های این مطالعه ۶۶ درصد از بیماران استرس درک شده و ۶۳ درصد افسردگی درک شده داشتند و افراد بدون استرس و افسردگی شانس بیشتری برای انجام رفتار بهداشتی داشتند. همچنین ۴۲ درصد حمایت اجتماعی درک شده برای انجام رفتار بهداشتی داشتند. از بین متغیرهای دموگرافیک، متغیرهای افسردگی و حمایت اجتماعی درک شده مهمترین پیشگوی انجام رفتار بهداشتی پیشگیرانه از انتقال اچ آی وی بودند (جدول ۱).

موجود در پرسشنامه اصلاح گردد. برای سنجش روایی محتوا به روش کمی از دو ضریب نسبت روایی محتوی (CVR) و شاخص روایی محتوی (CVI) با کمک پانل خبرگان استفاده شد. با توجه به تعداد پانل خبرگان که ۱۰ نفر بودند و در نظر گرفتن معیار بالاتر از ۰/۶۲ در جدول لاوشه، نسبت روایی محتوا تأیید و برای تأیید شاخص روایی محتوا نیز از معیار بالاتر از ۰/۷۹ استفاده شد. پایایی پرسشنامه سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و آسیب پذیری درک شده نیز از طریق آلفای کرونباخ با ۰/۷۲ و ۰/۷۶ تأیید گردید.

داده های گردآوری شده در پرسشنامه با نرم افزار SPSS ۱۸ و با استفاده از رگرسیون لجستیک چندگانه تجزیه و تحلیل شد. متغیرهای مستقل وارد شده در مدل شامل متغیرهای دموگرافیک معنی دار شده در آزمون تک متغیره، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی، حمایت اجتماعی و آسیب پذیری درک شده بودند. متغیر وابسته وارد شده در مدل، رفتارهای پیشگیرانه بود، که بطور قرار دادی به نمره های کمتر از ۱۲ کد صفر و به نمره بالاتر از ۱۲ کد ۱ داده شد. ملاحظات اخلاقی در این مطالعه با بی نام کردن پرسشنامه ها، محرمانه نگهداشتن اطلاعات، اخذ رضایتنامه کتبی و آزاد بودن بیماران برای خروج از مطالعه رعایت گردید.

جدول ۱. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره عوامل دموگرافیک موثر بر رفتار بهداشتی بیماران

متغیر	تعداد	درصد	نسبت شانس	فاصله اطمینان P ۹۵%	P
وضعیت تاهل	مطلقه	۳۰	۱ (ref.)		
	مجرد	۲۰	۲	۱۰/۲	۰/۰۲
سطح سواد	متاهل	۴۲	۴/۱	۱۱	۰/۰۰۷
	بیسواد	۴۵	۲/۸	۱۱/۰	۰/۱۳
ابتدای و راهنمایی	دیپلم و بالاتر	۱۱	۵/۱	۲۶	۰/۰۴
	بلی	۶۱	۱ (ref.)		
استرس درک شده	خیر	۳۱	۳/۷	۱۱/۹	۰/۰۴
	بلی	۵۸	۱ (ref.)		
افسردگی درک شده	خیر	۳۴	۶/۳	۳۲	۰/۰۳
	بلی	۳۹	۱ (ref.)		
حمایت اجتماعی	خیر	۵۳	۶/۱	۱۷	۰/۰۰۱
	بلی	۴۲	۱ (ref.)		

شانس ۰/۸۷ و منافع درک شده با ۰/۸۳، تأثیر بیشتری بر متغیر وابسته داشته و به ترتیب مهمترین پیشگو بودند( جدول ۲).

همه اجزای مدل اعتقاد بهداشتی پیشگویی کننده معنی داری برای رفتار بهداشتی بودند و از بین این اجزا، موانع درک شده با نسبت شانس ۰/۸۸، خودکارآمدی درک شده با نسبت

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در بیماران

متغیر	میانگین	انحراف معیار	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵%	P
حساسیت درک شده	۱۵/۲	۱/۸	۰/۱۶	۰/۴۷	۰/۰۰۱
شدت درک شده	۱۰/۵	۲	۰/۴۳	۰/۶۱	۰/۰۴
منافع درک شده	۱۲/۶	۱/۴	۰/۸۳	۰/۹۳	۰/۰۰۲
موانع درک شده	۹/۲	۱/۷	۰/۸۸	۰/۹۹	۰/۰۳
خودکارآمدی	۷/۴	۱/۶	-۰/۸۷	-۰/۹۸	۰/۰۲

#### بحث

نامی و هزینه خرید وسایل پیشگیری کننده از مهمترین موانع رفتارهای بهداشتی بودند(۱۶).

در مطالعه ما خودکارآمدی بعد از موانع درک شده مهمترین پیشگوی انجام رفتار بهداشتی بود. در مطالعاتی که رابطه خودکارآمدی درک شده با رفتارهای بهداشتی را مورد مطالعه قرار داده اند نشان داده شده است که خودکارآمدی، اثر قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد و موجب عملکرد هدفمند فرد می شود(۱۷)، بنابراین ایجاد و آموزش مهارتهای خودکارآمدی ممکن است در ایجاد رفتارهای پیشگیرانه از انتقال اچ آی وی در بیماران نقش مهمی داشته باشد. همسو با یافته ما، در مطالعه استگن در اتیوپی(۱۸) و مطالعه آبدیسا و همکاران(۱۲) هم خودکارآمدی تنها پیشگویی کننده رفتارهای پیشگیرانه از انتقال اچ آی وی بود. در مطالعه ورکاگن هم خودکارآمدی قویترین پیشگویی کننده انجام آزمایش اچ آی وی بود و افراد با خودکارآمدی بالاتر ۱/۹ بار بیشتر احتمال انجام آزمایش اچ آی وی را داشتند(۱۹). اما بر خلاف یافته ما در مطالعه انجام شده توسط سدیانگیش در اندونزی(۲۰) و مطالعه لی در چین(۲۱) خودکارآمدی پیشگویی کننده معنی داری برای انجام رفتار نبود.

بر اساس یافته های ما ادراک افراد از منافع انجام رفتارهای پیشگیرانه می تواند در انجام رفتار کمکننده باشد. مطالعات قبلی نشان داده که افراد براساس بررسی و تجزیه و تحلیل منافع منهای موانع عمل، رفتار را انجام می دهند یا از انجام آن خود داری می نمایند(۷، ۱۷). در مطالعه کریمی و همکاران، اصلاح باورهای نادرست و درک بالای منافع توانست

تمرکز عمده پژوهش حاضر بر شناسایی باورها و عوامل موثر بر رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه از انتقال اچ آی وی در افراد اچ آی وی مثبت بود. در بین باورهای موثر بر متغیر وابسته، موانع درک شده تأثیر بیشتری بر متغیر رفتارهای پیشگیرانه داشته و از لحاظ اهمیت در درجه اول قرار دارد. این یافته همسو با یافته های مطالعه آبراهام در نوجوانان اسکاتلندی بود که نشان داد موانع درک شده مهمترین پیش بینی کننده رفتارهای پیشگیرانه از ایدز می باشد(۸). بطور مشابه مطالعه زاهو و همکاران در زنان سکس ورکر چینی نشان داد که موانع درک شده مهمترین پیشگوی استفاده از کاندوم بود(۴). بر خلاف یافته ما، مطالعه آبدیس در اتیوپی موانع درک شده پیشگویی کننده معنی دار برای انجام رفتارهای پیشگیرانه از اچ آی وی نبود(۱۲). در نگاه تحلیلی به یافته های این بخش، عدم همکاری تیم درمانی همچون پزشک و دندانپزشک در صورت اطلاع از بیمار بودن و نیز ترس از انگ بیماری، خجالت و کم رویی از خرید کاندوم و در دسترس نبودن در هنگام تماس جنسی از مهمترین موانع درک شده در انجام رفتارهای پیشگیرانه بود. این یافته همسو با مطالعه فلاحی و همکاران در بیماران اچ آی وی مثبت تهران بود که در دسترس نبودن و کم رویی در خرید را مهمترین علت ذکر کرده بودند(۱۴). در مطالعه وحدان و همکاران در بیماران اچ آی وی مثبت مصری، کاهش لذت جنسی، بی اعتمادی شریک جنسی، و تداخل در رابطه جنسی را بعنوان مهمترین موانع استفاده از کاندوم ذکر کرده بودند(۱۵). در مطالعه ناکیاگری در اوگاندا ترس از بد

احساس عدم حمایت اجتماعی داشتند. در مطالعه عباسیان و همکاران نیز اکثر مبتلایان احساس عدم حمایت اجتماعی داشتند (۲۴). در مطالعه مسعودی و فرهادی بیماران اچ آی وی مثبت که حمایت اجتماعی درک شده بالاتری داشتند، به رفتارهای پیشگیری از ابتلای سایر افراد اهمیت بیشتری می دادند (۲۵). مطالعه طاهر و همکاران نشان داد که بین حمایت اجتماعی، به عنوان یک عامل محیطی و روانی با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود داشته و حمایت اجتماعی دارای تاثیر مستقیم بر رفتار ارتقاء دهنده سلامت است (۲۶).

در بخش متغیرهای دموگرافیک یافته های ما نشان داد که افراد متاهل نسبت به افراد مجرد و مطلقه شانس بیشتری برای انجام رفتار بهداشتی داشتند. همسو با یافته ما، مطالعه مسعودی و فرهادی نشان داد که تاهل و حمایت خانواده موجب تطابق مناسب با بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از انتقال عفونت می شود (۲۵). در مطالعه صفوی بیات نیز بیماران اچ آی وی مثبت متاهل، کیفیت زندگی و سلامت عمومی بهتری داشتند (۲۷). بر خلاف یافته ما، در مطالعه ورکاگن در اتیوپی وضعیت تاهل رابطه معنی داری با انجام تست اچ آی وی نداشت (۱۹). در مطالعه ما با افزایش سطح سواد شانس انجام رفتارهای بهداشتی در بیماران افزایش می یافت. همسو با یافته ما، در مطالعه کریمی و همکاران در معتادان زرنديه (۳)، لاتکین و همکاران در معتادان هندی افراد با سطح سواد بالاتر نگرش و عملکرد بهتری در زمینه پیشگیری از ایدز داشتند (۲۸). در مطالعه ملک زاده هم افراد با سوادتر، آگاهی و عملکرد بهتری در مورد ایدز داشتند (۲).

از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به خودگزارشی بودن رفتارها و نیز مقطعی بودن مطالعه اشاره کرد که تعمیم یافته ها باید با احتیاط انجام گیرد.

### نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان میدهد که مدل اعتقاد بهداشتی می تواند بعنوان یک مدل مناسب در پیشگویی رفتارهای پیشگیرانه در بیماران اچ آی وی مثبت استفاده شود. مداخلات آموزشی و پیشگیرانه آینده بایستی بر روی بهبود خود کارآمدی، افزایش منافع درک شده و کاهش موانع درک شده در بیماران متمرکز شوند. انجام مطالعات مشابه با تعداد نمونه بیشتر در محیط ها و مناطق دیگر کشور توصیه می شود.

به رفع موانع و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز کمک کند (۳). همسو با یافته ما، در مطالعه ورکاگن در اتیوپی (۱۹)، و مطالعه فاریس و همکاران در ویتنام هم بیماران با منافع درک شده پایین، کمتر اقدام به استفاده از کاندوم در رفتارهای پرخطر و نیز آزمایش اچ آی وی کرده بودند (۲۲). مطالعه استگن و همکاران هم نشان داد افرادی که به منافع انجام رفتارهای پیشگیرانه از انتقال اچ آی وی اعتقاد داشتند بیشتر اقدام به انجام رفتار می کردند (۱۸).

یافته های ما نشان داد حساسیت و شدت درک شده پیشگویی کننده معنی داری برای انجام رفتارهای پیشگیرانه بودند. این یافته همسو با مطالعه لیرما در نیپال (۱۱) و یافته های پژوهش لی در چین بود که نشان داد بین حساسیت و شدت درک شده از ایدز و کاهش رفتارهای پرخطر رابطه معنی داری وجود دارد (۲۱). در مطالعه آدیسا هم افراد با حساسیت درک شده بالاتر رفتارهای پیشگیرانه بهتری داشتند (۱۲). بر خلاف یافته ما در مطالعه ورکاگن در اتیوپی حساسیت و شدت درک شده پیشگویی کننده معنی داری برای انجام آزمایش اچ آی وی نبود (۱۹). بیماری ایدز از جمله بیماری هایی است که تا به حال درمان و یا واکسن مناسبی برای آن کشف نشده و خطر میرایی در مبتلایان بالاست، بنابراین برنامه ریزان آموزشی می توانند از این متغیرها برای ایجاد رفتارهای پیشگیرانه استفاده کرد.

یافته های ما نشان داد که بیش از ۶۰ درصد از بیماران استرس و افسردگی درک شده داشتند و بیماران دارای استرس و افسردگی شانس کمتری برای انجام رفتار بهداشتی داشتند. همسو با مطالعه ما، پژوهش بافته چی و همکاران نشان داد که احساس ناامیدی، اضطراب و استرس، افسردگی و ترس از انگ در بیماران اچ آی وی مثبت دیده می شود (۱). مطالعه زاین هونگ و همکاران نیز نشان داد که ۷۸٪ بیماران اچ آی وی مثبت، احساس خودارزشی منفی دارند (۲۳). ابتلا به برای مبتلایان، بسیار نامطلوب بوده، و مسایلی همچون ترس از انگ بیماری، ترس از طرد، ترس از دست دادن شغل و منزلت اجتماعی و نیز نداشتن درمان مناسب و موثر و مرگ موجب بروز استرس و افسردگی در مبتلایان می شود. بطوری که شیوع افسردگی در بیماران اچ آی وی مثبت ۵ برابر جمعیت عادی گزارش شده است (۱). بر اساس یافته های ما بیمارانی که حمایت اجتماعی درک شده داشتند شانس بیشتری برای انجام رفتارهای پیشگیرانه داشتند و بیش از نیمی از بیماران

## تشکر و قدردانی

خود لازم می دانند از کلیه بیماران محترم شرکت کننده در این مطالعه و خانواده محترم ایشان نیز، تشکر و قدردانی نمایند.

ضمن تقدیر و تشکر از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه بخاطر حمایت مادی و معنوی از این مطالعه، نویسندگان مقاله بر

## REFERENCES

۱. Baftehchi S, Kafi Masoleh S, Fallahi Khesht Masjedi M, Shakerinia I, Shaiedaei A, Abrishamkesh S, et al. Comparing State of Living Happily, Quality of Life and Coping Strategies While Stressed in the HIV+ Men with Healthy Counterparts. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2015;24(94):48-56.
۲. Malekzadeh R, Shabani F, Emadi HR, Vala F, Shirvani N, Davoud S. Evaluation of the Awareness of Marriage Candidates about AIDS in Babol. *Journal of health research in community*. 2015;1(1):20-7.
۳. Karimy M, Abedi A, Amin-Shokravi F, Tavafian SS. Preventing HIV Transmission among the Opiate-Dependent Population in Zarandieh: Evaluation of the HBM-Based Educational Programs. *Health Education & Health Promotion*. 2013;1(1):21-31.
۴. Zhao J, Song F, Ren S, Wang Y, Wang L, Liu W, et al. Predictors of condom use behaviors based on the Health Belief Model (HBM) among female sex workers: a cross-sectional study in Hubei Province, China. 2012.
۵. Khalatbari J, Bazarganiyan N. Comparison the depression, anxiety and stress in intravenous drug abusers, with and without HIV/AIDS. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2011;20(78):76-83.
۶. Myers HF, Durvasula RS. Psychiatric disorders in African American men and women living with HIV/AIDS. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 1999;5(3):249.
۷. Karimi M, Niknami S. Self-efficacy and perceived benefits/barriers on the AIDs preventive behaviors. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2011;15(5).
۸. Abraham C, Sheeran P, Spears R, Abrams D. Health beliefs and promotion of HIV-preventive intentions among teenagers: A Scottish perspective. *Health Psychology*. 1992;11(6):363.
۹. Karim M, Shamsi M, Araban M, Gholamnia Z, Kasmai P. Health beliefs and performance regarding pap smear test in Zarandieh City women's. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2012;20(80):42-8.
۱۰. Zareban I, Karimy M, Niknami S, Haidarnia A, Rakhshani F. The effect of self-care education program on reducing HbA1c levels in patients with type 2 diabetes. *Journal of education and health promotion*. 2014;3.
۱۱. Iriyama S, Nakahara S, Jimba M, Ichikawa M, Wakai S. AIDS health beliefs and intention for sexual abstinence among male adolescent students in Kathmandu, Nepal: a test of perceived severity and susceptibility. *Public Health*. 2007;121(1):64-72.
۱۲. Abdissa HG, Lemu YK, Nigussie DT. HIV preventive behavior and associated factors among mining workers in Sali traditional gold mining site bench maji zone, Southwest Ethiopia: a cross sectional study. *BMC public health*. 2014;14(1):1003.

۱۳. Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American journal of community psychology*. 2000;28(3):39.۴۰۰-۱
۱۴. Rastegarpour A. A Qualitative Evaluation of Men Living with HIV: Views on Condom Use. *Archives of Iranian medicine*. 2012;15(12):767.
۱۵. Wahdan I, Wahdan A, El Gueneidy M, El Rahman IA. Prevalence and determinants of condom utilization among people living with HIV/AIDS in Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2013;19(12):
۱۶. Nakigozi G, Makumbi FE, Kigozi G, Nalugoda F, Reynolds SJ, Chang LW, et al. Barriers to Utilization of HIV Care Services Among Adolescents and Young Adults in Rakai ,Uganda: the Role of Economic Strengthening. *Global Social Welfare*. 2015;2(2):105-10.
۱۷. Karimy M, Montazeri A, Araban M. The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis. *Arak Medical University Journal*. 2012;14(7):85-94.
۱۸. Setegn AT, Dida N, Begna Tulu T. Correlates of Risk Perception to Hiv Infection, Abstinence and Condom use among Madawalabu University Students, Southeast Ethiopia: Using Health Belief Model (HBM). *Global Journal of Medical Research*. 2013;13(5):
۱۹. Workagegn F, Kiros G, Abebe L. Predictors of HIV-test utilization in PMTCT among antenatal care attendees in government health centers: institution-based cross-sectional study using health belief model in Addis Ababa, ethiopia, 2013. *HIV/AIDS (Auckland, NZ)*. 2015;7:215.
۲۰. Sedyaningsih-Mamahit ER, Gortmaker SL. Determinants of safer-sex behaviors of brothel female commercial sex workers in Jakarta, Indonesia. *Journal of Sex Research*. 1999;36(2):190-7.
۲۱. Li Q, Li X, Stanton B, Fang X, Zhao R. A multilevel analysis of gatekeeper characteristics and consistent condom use among establishment-based female sex workers in Guangxi, China. *Sexually transmitted diseases*. 2010;37(11):700.
۲۲. Pharris A, Chuc NTK, Tishelman C, Brugha R, Hoa NP, Thorson A. Expanding HIV testing efforts in concentrated epidemic settings: a population-based survey from rural Vietnam. *PloS one*. 2011;6(1):e16017.
۲۳. Xianhong L, Honghong W, Williams M, Guoping H. Stigma reported by people living with HIV in souht central china. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2009;20:22-30.
۲۴. Ladan A, Saeedeh M-N. Lived experience of Iranian women with HIV/AIDS and acknowledgment of their social rights: a phenomenological hermeneutical study. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2015;22(133):41-50.
۲۵. Masoudi M, FARHADI A. Family social support rate of HIV positive individuals in Khorram Abad. 2006.
۲۶. Taher M, Abredari H, Karimy M, Abedi A, Shamsizadeh M. The Relation Between Social Support and Adherence to the Treatment of Hypertension. *Journal of Education And Community Health*. 2014;1(3):59-67.
۲۷. Safavi Bayat Z, Ashketorab T. Correlation Between Health Status And Comfort In HIV/AIDS Patients Referred To Imam Khomeini hospital In .۱۳۹۱ *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2015;24(87):9375.-
۲۸. Latkin C, Srikrishnan AK, Yang C, Johnson S, Solomon SS, Kumar S, et al. The relationship between drug use stigma and HIV injection risk behaviors among injection drug users in Chennai, India. *Drug and alcohol dependence*. 2010;110(3):221-7.