مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

سال ۲ (۱)، شهریور ۱۳۹۵، صفحه ۱۲-۱

مقاله پژوهشی

رابطه ادراک بیماری با بدنامی اجتماعی (استیگما) ادراک شده در بیماران با علائم HIV

ابراهیم مسعودنیا[۱]، مسعود میرزائی[۲]*، حسن چنانی نسب[۳]

[۱]دانشیار، گروه جامعه‌شناسی پزشکی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی ،دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

[۲]دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

[۳]کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

چکیده

مقدمه: بدنامی اجتماعی (استیگما) ادراک‌شده یکی از مهم‌ترین پیامدهای اجتماعی ـ روانی در افراد با علائم HIV است. عوامل روانی- اجتماعی متعددی در تعیین استیگمای ادراک‌شده در بیماران با علائم HIV مورد توجه بوده است. این مطالعه با هدف تعیین رابطه ادراک بیماری و استیگمای ادراک شده در بیماران با علائم HIV انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی- تحلیلی می‌باشد. نمونه ۶۳ نفری مورد بررسی در این مطالعه از بین ۸۰ بیمار با علائم HIV که جهت مشاوره و مداوا به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری یزد مراجعه کرده بودند و رضایت به انجام تحقیق دادند جمع‌آوری شد. این بیماران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه استاندارد شده ادراک بیماری (IPQ) و پرسشنامه اصلاح شده استیگما در بیماران مبتلا به HIV (HIVPSS) بود. تجزیه و تحلیل‌ها بر اساس آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام گرفت.

یافته‌ها: استیگمای ادراک‌شده، همبستگی معناداری با مؤلفه‌های برآیند بیماری ($P<0/01$، $r=-0/377$) و خط زمانی حاد-مزمن ($P<0/01$، $r=-0/447$) داشت اما با سایر مؤلفه‌های ادراک بیماری، مانند تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، خط زمانی دوره‌ای، انسجام بیماری و کنترل شخصی ($P>0/05$) همبستگی نداشت. تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی نشان داد که مؤلفه‌های ادراک بیماری ۳۸/۱ درصد از واریانس استیگمای ادراک‌شده را توجیه نمودند.

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر تأثیر ادراک بیماری بر استیگمای ادراک‌شده در بیماران با علائم HIV مورد تائید قرار گرفت؛ بنابراین، انجام مداخله‌های رفتاری ـ اجتماعی با هدف اصلاح و تغییر جنبه‌های مختلف ادراک بیماری در بیماران با علائم HIV می‌تواند در کنترل و کاهش استیگمای ادراک شده در افراد با علائم HIV سودمند باشد.

کلید واژه‌ها : HIV،AIDS، بدنامی، استیگما، ادراک‌شده، بیماری، ایران

اطلاعات مقاله

دریافت : ۱۳۹۴/۰۲/۲۷

پذیرش : ۱۳۹۴/۰۶/۲۱

***مولف مسئول**

مسعود میرزائی

ایران، یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی.

تلفن: ۰۹۱۳۴۵۰۹۹۱۷

پست الکترونیک:

mmirzaei@ssu.ac.ir

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

Journal of Jiroft University of Medical Sciences

Vol. 2, No. 1, Sep 2016, P.1-12

Original Article

Relationship between Illness Perception and Perceived Stigma in Patients with HIV Symptoms

Ebrahim Masoudnia[1], Masoud Mirzaei[*2], Hasan Chenaninasab[3]

[1]Associate Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanity Sciences, Guilan University, Guilan, Iran
[2*]Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Shahid Sadoghi University of Medical Science; Yazd, Iran
[3]MA in Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: Perceived stigma is one of the most important psycho- social consequences of HIV/AIDS patients. Several psycho- social factors have been noticed in determination of the perceived stigma in people with HIV symptoms. This study aims to determine the relation between illness perception and perceived stigma in patients with HIV symptoms

Methods: This study is an cross-sectional analytic study. Data were collected from 63 patients with HIV symptoms who had referred to Yazd Behavioral Diseases Clinic. These patients were chosen according to convenience sampling method. Data were collected by Illness Perception Questionnaire (IPQ) and Perceived Stigma Questionnaire (HIVPSS). Pearson correlation and regression analyses were done using SPSS V. 20. P-values ≤ 0.05 were considered significant.

Results: The perceived stigma has a significant correlation with consequent illness ($r=-0.377$, $P<0.01$) and acute or chronic timeline ($r=-0.447$, $P<0.01$). Hierarchical multiple regression analysis showed that illness perception components explain %38.1 of the variance in perceived stigma.

Conclusion: The correlation between illness perceptions and perceived stigma in patients with symptomatic HIV disease is confirmed. It can be expected that considering the different aspects of illness perceptions with symptomatic HIV disease is helpful in controlling and reducing stigma.

Keywords: HIV, AIDS, Iran, perceived, stigma; illness, perception

Article Info
Received: May. 17, 2015
Accepted: Sep. 12, 2015

[*]**Corresponding Author: Masoud Mirzaei**
Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Shahid Sadoghi University of Medical Science; Yazd, Iran

Tel: 09134509917

Email:
mmirzaei@ssu.ac.ir

Vancouver referencing:
Masoudnia E, Mirzaei M, Chenaninasab H. Relationship between Illness Perception and Perceived Stigma in Patients with HIV Symptoms. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences* 2016; 2(1): 1-12.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

مقدمه

ایدز (AIDS) یکی از مهم‌ترین بیماری‌های عفونی در جهان و از موانع اصلی توسعه در کشورهای در حال توسعه بوده و در خاورمیانه رو به رشد است (۱). جهان بیش از سه دهه است که با همه‌گیری HIV/AIDS دست و پنجه نرم می‌کند. روزانه حدود ۸۰۰۰ نفر بر اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند و هزاران نفر در معرض شیوع این بیماری قرار دارند (۲).

میزان آلودگی این اختلال در ایران، بالای یک درصد و آلودگی افراد با رفتار پرخطر، بالای ۵ درصد است در حال حاضر ۹۶۰۰۰ نفر با HIV/AIDS در ایران زندگی می‌کنند (۱). بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی، میزان آلودگی ویروس ایدز در ایران تا سال ۲۰۲۰ میلادی به ۱۰ درصد خواهد رسید. لذا ایران یکی از کشورهای در معرض خطر جهان در زمینه آلودگی به ایدز شناخته شده است (۱). ایدز یک پاندمی جهانی است و همه کشورها باید با تهدید این بیماری ویرانگر مقابله نمایند (۳).

در آغاز سال ۲۰۰۰ در اجلاس بین‌المللی ایدز در شهر دوربان آفریقای جنوبی، با عنوان شکست سکوت، بدنامی اجتماعی (استیگما) به‌عنوان یک مشکل عمده در بررسی شیوع HIV شناسایی شد و بیان گردید این مشکل می‌تواند ناتوانی بسیاری را در مهار شیوع این بیماری در جامعه داشته باشد (۲). استیگما و تبعیض مرتبط با HIV/AIDS یک تهدید جدی برای حقوق اساسی همه افراد مبتلا، تحت تأثیر و یا در ارتباط با این بیماری می‌باشد. استیگما و تبعیض می‌تواند به واکنش‌های قوی و پیچیده مانند سرخوردگی، انکار و سکوت در بیماران و عدم پیشگیری و درمان به‌موقع در افراد در معرض خطر منجر شود. نتیجه تبعیض می‌تواند به یک مانع کلیدی برای استفاده از خدمات HIV، از جمله تأخیر در دریافت مراقبت از مراکز سلامت منجر می‌شود (۲).

گافمن (۱۹۶۳) استیگما را به‌صورت احساس بدنام کننده اجتماعی از یک شخص تعریف می‌کند: هر فردی که ممکن است در آمیزش اجتماعی عادی به آسانی پذیرفته شود، اما به سبب خصیصه‌ای که دارد، ممکن است خودش را تحمیل کرده و نظر هر کسی که او را می‌بیند را نسبت به خودش تغییر دهد، در حالی که تأثیر ویژگی‌های دیگرش را در ما می‌شکند. او یک ننگ دارد، تفاوتی نامطلوب، با آنچه ما انتظار داریم. ما واژه‌های ویژه ننگ همچون فلج، حرامزاده و کودن را در صحبت‌های روزانه را نوعاً بدون فکر کردن به معنی اصلی آن‌ها به‌عنوان یک منبعی از استعاره و تشبیه بکار می‌بریم. ما تمایل داریم تا رشته وسیعی از نقص‌ها و عیب‌ها را بر پایه یک عیب اصلی در شخص ببینیم (۴).

همچنین در جای دیگر، استیگما به‌عنوان یک نشان (علامت) که دلالت بر رفتاری انحرافی دارد تعریف شده است (۵) و به‌وسیله تکرار صفت بدنامی[1] عمیق‌تر می‌شود (۶). استیگما نوعی وضعیت اخلاقی است در رابطه با خصوصیات فردی و جهان اجتماعی (۷)؛ و می‌تواند به‌عنوان یک تهدید برای بشریت عمل کند (۸). استیگما وابسته به ارتباط بین صفت خاص بی‌اعتباری و زمینه اجتماعی است؛ به عبارت دیگر، صفت انگ (داغ) ممکن است در همه موقعیت‌ها استیگما نباشد (به‌عنوان مثال، زمانی که دیگر اعضای گروه انگ خورده باشند)، به همین دلیل این حاصل موقعیت اجتماعی است و نه فرد خاصی (۹).

عوامل روان‌شناختی و اجتماعی به‌عنوان عواملی تأثیرگذار بر شروع، نحوه بروز و سیر بیماری به‌خصوص بیمارانی که از بیماری شدیدتری رنج می‌برند شناخته شده است (۱۰). این عوامل استیگمای ادراک‌شده را به‌عنوان برآیند ابتلا به HIV تحت تأثیر قرار می‌دهند. یکی از این عوامل ادراک بیماری می‌باشد. منظور از ادراک بیماری

[1]. Discredit

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

بازنمایی شناختی سازمان‌یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد. لونتال و نرنز[1] (۱۹۸۳) مدل خودگردانی[2] (SRM) را مطرح کردند. این مدل، به تبیین بیماری در زمان تشخیص و در طول بیماری می‌داند و بر نقش پویای فرد در ادراک بیماری تأکید دارد (۱۱). لونتال و همکاران در پرتو الگوی خودگردانی نشان دادند که کنش‌های مرتبط با تندرستی از ادراکات بیماری مشتق می‌شوند (۱۲،۱۳). این مدل، رفتارهای سالم را نتیجه ادراک چندوجهی و پیچیده بیماری می‌داند. بر اساس این مدل، فرد، نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری ایفاء می‌کند. ادراک بیماری، شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت، یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)؛ علت یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب این‌که حاد، دوره‌ای یا مزمن است؛ پیامدها یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی؛ و مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود را بیان می‌کند (۱۴،۱۵).

نتایج مطالعه شارپ و همکاران، اهمیت ادراکات بیماری را در مقابله با بیماری و نیز نقش ادراکات بیماری را در بیماری‌های مزمن نشان داد (۱۱). نتایج پژوهش آقایوسفی و همکاران تأثیر مثبت و معنی‌دار کیفیت زندگی بر ادراک بیماری مبتلایان به ام.اس را نشان داده است (۱۵). پژوهش بزازیان و بشارت در رابطه با بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ نشان داد که رابطه سبک‌های دلبستگی باکیفیت زندگی متأثر از زیرمقیاس‌های ادراک بیماری است (۱۶). نتایج مطالعه مسعودنیا همبستگی معناداری را بین ادراک بیماری و استراتژی‌های مقابله و نیز برخی از مؤلفه‌های این دو سازه نشان داد (۱۳). جمع‌بندی کلی از مرور متون مربوط به موضوع، نشان می‌دهد که مطالعات اندکی در مورد ارتباط بین ادراک بیماری و استیگمای ادراک‌شده در بین افراد با علائم HIV در ایران انجام گرفته است. این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین ادراک بیماری و استیگمای ادراک‌شده در بین بیماران با علائم HIV مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری یزد صورت گرفته است.

روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی- تحلیلی می‌باشد که نمونه‌های مورد بررسی در آن شامل ۶۳ بیمار از بین ۸۰ بیمار (۷۹ درصد) که با علائم HIV در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری یزد دارای پرونده بودند می‌باشد. این بیماران در فاصله خردادماه تا دی‌ماه ۱۳۹۱ به این مرکز مراجعه کرده و رضایت به شرکت در مطالعه دادند. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و معیار ورود به مطالعه، تشخیص قطعی HIV در بیماران، دارا بودن پرونده پزشکی در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری یزد و رضایت آگاهانه به شرکت در مطالعه بود؛ بنابراین، افرادی که وجود علائم HIV در آن‌ها از سوی پزشک تأیید نشده بود از مطالعه خارج شدند.

ابزارهای سنجش

۱- پرسشنامه مشخصه‌های اجتماعی- جمعیت شناختی: این مشخصه‌ها شامل متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شیوه ابتلا، مدت زمان ابتلا و سابقه ابتلا به HIV در خانواده و خویشاوندان بود.

۲- مقیاس اصلاح شده استیگما در بیماران با علائم HIV باربارا و همکاران[3] (۱۷): این مقایسه شامل ۲۰ ماده بود که بر اساس یک طیف چهار درجه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری شده بود. پایایی و روایی این مقیاس در مطالعه‌ای که باربارا و همکاران (۱۷)، بر روی بیماران مبتلا به اچ. آی. وی انجام دادند، تأیید شد. در مطالعه مذکور، مقدار پایایی با استفاده از روش بازآزمایی، ۰/۹۶ به‌دست آمده بود. همچنین باربارا و همکاران، در مطالعه‌ای دیگر، پایایی مقیاس استیگمای ادراک‌شده را با روش

[1] .Leventhal & Nerenz
[2] .Self-Regulation Model
[3]. Barbara

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

بازآزمایی مورد بررسی قرار داده‌اند که مقدار پایایی آن برابر با ۰/۹۲ محاسبه نموده (۱۷) و با استفاده از روش تحلیل عاملی بر روی مقیاس استیگمای بیماران با علائم HIV، ۴ مؤلفه با عناوین: استگیمای شخصی شده، دغدغه افشاء، تصویر منفی از خود و نگرانی در مورد برخورد جامعه با افراد دارای اچ. آی. وی استخراج کردند.

با توجه به اینکه این مقیاس تاکنون در ایران مورد استفاده قرار نگرفته بود، بنابراین، پس از برگرداندن این مقیاس به زبان فارسی توسط محقق، آن را در اختیار یک مترجم گذاشته و از او خواسته شد که پرسشنامه را به زبان انگلیسی برگرداند. سپس بار دیگر این پرسشنامه را به زبان فارسی ترجمه کرده و دو پرسشنامه با یکدیگر تطبیق داده شدند. در مرحله بعد، اعتبار ساختاری و پایایی درونی آن مورد بررسی قرار گرفت. به‌منظور تعیین ساختار عاملی و هنجاریابی مقیاس استیگمای ادراک‌شده و نیز تعیین اینکه کدامیک از آیتم‌ها به بهترین نحوی معرف هر یک از ابعاد مقیاس مذکور هستند، از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی بر روی ۲۰ ماده مقیاس استفاده شد. در این تحلیل از روش چرخش واریماکس استفاده شد و معیار انتخاب، مقادیر ویژه بالاتر از ۱ بود.

نتایج (جدول ۱) نشان داد که از ۲۰ آیتم وارد شده، به‌منظور انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی، ۴ عامل ایجاد شدند. این عوامل عبارت‌اند از استیگمای شخصی شده، دغدغه افشاء، خودانگاره منفی، نگرانی درباره نگرش عمومی در مورد افراد مبتلا به HIV. مقدار KMO[1] برای استیگمای ادراک‌شده، برابر با ۰/۵۹۰ محاسبه شد که نشانگر متناسب بودن حجم نمونه برای اجرای تحلیل مؤلفه‌های اصلی بود. آزمون بارتلت نیز با مقدار (P۰/۰۱)، ۶۱۳/۷۳ =$X_{(190)}$ نشانگر درست بودن تفکیک عامل‌ها بود. برای محاسبه میزان پایایی درونی مقیاس استیگمای ادراک‌شده، از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید.

میزان پایایی درونی مقیاس استیگما در بیماران با علائم HIV با استفاده از روش آلفای کرونباخ، به‌طور کلی برابر با ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های استیگمای شخصی شده، دغدغه افشاء، خودانگاره منفی، نگرانی درباره نگرش عمومی در مورد افراد مبتلا به HIV، به ترتیب برابر با ۰/۸۳۷، ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۶۹ به دست آمد. این مقادیر در سطح آلفای کرونباخ ۰/۰۵ معنادار بودند.

۳- پرسشنامه اصلاح شده ادراک بیماری IPQ-R[2]: این پرسشنامه برای سنجش ادراکات و باورهای بیماران درباره علائم HIV مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه ادراک بیماری، مرکب از ۴۳ گویه است که ۷ مؤلفه تظاهرات هیجانی (واکنش‌های هیجانی بیمار در زمان مشاهده علائم بیماری نظیر ترس و اضطراب)، کنترل درمان (درجه‌ای که بیمار فکر می‌کند درمان اتخاذ شده از سوی وی می‌تواند بیماری‌اش را کنترل نماید)، برآیند بیماری (باورهای بیمار درباره نتایج احتمالی که بیماری وی می‌تواند بر جنبه‌های زندگی وی داشته باشد)، خط زمانی حاد / مزمن (باورهای بیمار درباره مدت زمانی که بیماری وی طول می‌کشد)، انسجام بیماری (باورهای بیمار درباره قابل فهم بودن بیماری)، کنترل شخصی (باور بیمار درباره توانایی وی در کنترل بیماری) و خط زمانی دوره‌ای (باورهای بیمار درباره چرخشی و دوره‌ای بودن بیماری وی) را اندازه‌گیری می‌کنند. سازندگان مقیاس ادراک بیماری، ضریب اعتبار خرده مقیاس‌ها را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای مؤلفه‌های تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد/ مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی و خط زمانی دوره‌ای به ترتیب برابر با ۰/۸۸؛ ۰/۸۰؛ ۰/۸۴؛ ۰/۸۹؛ ۰/۸۷؛ ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش کردند.

این مقیاس در ایران توسط مسعودنیا (۱۴) در مطالعه‌ای راجع به رفتار بیماری در بیماران آرتریت روماتوئید به فارسی برگردانده شد. ضریب اعتبار مؤلفه‌های ادراک بیماری در

1 .Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

2. Illness Perception Questionnaire-Revised

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

مطالعه فوق با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۳؛ ۰/۸۵؛ ۰/۷۸؛ ۰/۸۴؛ ۰/۸۶؛ ۰/۷۸ و ۰/۳۸ محاسبه گردید. همه آیتم‌های پرسشنامه IPQ-R بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (قویاً موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف، قویاً مخالف) درجه‌بندی شدند (۱۴). مؤلفه‌های ادراک بیماری همراه با ضرایب پایایی آن‌ها در این تحقیق در جدول ۲ نشان داده شده است. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تأیید شد. از کلیه شرکت کنندگان رضایت آگاهانه اخذ شد و ترک مطالعه در هر زمان در اختیار شرکت کنندگان بود.

جدول ۱: ابعاد پرسشنامه استیگمای ادراک‌شده توسط بیماران مبتلا به HIV

عوامل	تعداد ماده	میانگین	انحراف معیار	درصد واریانس تبیین شده	P-value
استیگمای شخصی شده	۸	۲۸/۳۹	۶/۲۰	۳۰/۳۳	۰/۸۳
دغدغه افشاء	۵	۱۹/۶۵	۴/۲۲	۱۰/۳۶	۰/۸۱
خودانگاره منفی	۳	۱۱/۱۹	۳/۲۹	۹/۸۳	۰/۸۶
نگرانی درباره نگرش عمومی در مورد افراد مبتلا به HIV.	۴	۱۳/۴۲	۰/۸۴	۷/۴۳	۰/۶۹

جدول ۲: ابعاد پرسشنامه ادراک بیماری و مقدار میانگین هر بعد در بیماران مبتلا به HIV

عوامل	تعداد آیتم	میانگین	انحراف معیار	P-value
تظاهرات هیجانی	۲	۸/۵۸	۱/۵۲	۰/۷۶
کنترل درمان	۲	۶/۲۲	۱/۶۶	۰/۶۸
برآیند بیماری	۲	۶/۵۵	۱/۵۷	۰/۷۲
خط زمانی حاد- مزمن	۲	۸/۲۸	۱/۶۱	۰/۶۷
انسجام بیماری	۲	۴/۱۲	۱/۹۷	۰/۷۰
کنترل شخصی	۲	۵/۸۸	۱/۶۵	۰/۷۳
خط زمانی دوره‌ای	۲	۴/۱۵	۰/۸۰۷	۰/۷۶

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 مورد تحلیل قرار گرفتند. با استفاده از آزمون مرتبه صفر پیرسون، همبستگی بین مؤلفه‌های ادراک بیماری و استیگمای ادراک‌شده در سطح معناداری ۰/۰۵ سنجیده شد. همچنین، از روش تحلیل رگرسیون چندگانه با روش سلسله مراتبی برای تعیین سهم متغیر ادراک بیماری در بروز استیگمای ادراک‌شده در بیماران با علائم HIV استفاده گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های اجتماعی-جمعیت شناختی

از کل ۸۰ نفر بیمار دارای علائم HIV، ۶۳ نفر رضایت به شرکت در این تحقیق دادند. آزمودنی‌های پژوهش متشکل از ۴۸ مرد و ۱۵ زن بودند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۴ سال تا ۵۶ سال با میانگین سنی ۳۶ سال (SD=۷/۷۷) بود. وضعیت تأهل آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۸ نفر (۲۸/۶ درصد) مجرد، ۳۸

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

نفر (۶۰/۳ درصد) متأهل و ۷ نفر (۱۱/۱) بی‌همسر بر اثر فوت یا طلاق بودند. میانگین تحصیلات پاسخگویان ۸ سال تحصیلی بود. نحوه ابتلاء به بیماری در بین پاسخگویان به ترتیب اعتیاد تزریقی ۳۳ نفر (۵۲/۴)، آمیزش جنسی ۱۷ نفر (۲۷ درصد)، نامشخص ۹ نفر (۱۴/۳)، خون و فرآورده‌های خونی ۳ نفر (۴/۸ درصد) و انتقال از مادر به جنین ۱ نفر (۱/۶ درصد) بود. طول مدت ابتلاء به ایدز بین ۱ تا ۱۵ سال با میانگین زمانی ۵/۸۵ سال (SD=۳/۱۵) بود. مدت زمان آگاهی یافتن پاسخگویان از بیماری‌شان بین ۱ تا ۱۵ سال با میانگین زمانی ۵/۰۸ سال (SD=۳/۲۶) بود. سابقه ابتلاء به بیماری در بین خانواده و خویشاوندان بیماران به ترتیب ۵۸ نفر (۹۲/۱ درصد) سابقه‌ای ابتلا به ایدز در بین خانواده و خویشاوندان خود نداشته‌اند و تن‌ها ۵ نفر (۸/۹ درصد) سابقه ابتلا به ایدز در بین خانواده و خویشاوندان خود را گزارش کرده‌اند.

نتایج درباره رابطه بین متغیرهای اجتماعی-جمعیت‌شناختی و استیگمای ادراک‌شده (جدول ۳) نشان داد که هیچ‌گونه رابطه معناداری میان این متغیرها و استیگمای ادراک شده بیماران مبتلا به HIV یافت نشد.

جدول ۳: ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران با علائم HIV و رابطه آن‌ها با بدنامی اجتماعی (استیگمای) ادراک‌شده

ویژگی‌های جمعیت شناختی		فراوانی (درصد)	میانگین±انحراف معیار	P value
جنس	مرد	۴۶(۷۶/۲)	۷۵/۱±۱۴/۳	۰/۷۰
	زن	۱۵(۲۳/۸)	۷۲/۰±۱۱/۵	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۸(۲۸/۶)	۶۷/۸±۱۱/۲	۱/۱۰
	متأهل	۳۸(۶۰/۳)	۷۴/۰±۱۱/۷	
	سایر	۵(۹/۷)	۸۳/۰±۱۴/۷	
نحوه ابتلا به بیماری	اعتیاد تزریقی	۳۳(۵۲/۴)	۷۲/۰±۱۱/۶	۰/۰۱
	آمیزش جنسی	۱۷(۲۷)	۷۳/۶±۱۲/۰	
	سایر	۱۳(۷۳)	۷۳/۰±۱۴/۷	

همبستگی‌های چندگانه میان مؤلفه‌های ادراک بیماری و استیگمای ادراک‌شده

نتایج (جدول ۴) نشان داد که استیگمای ادراک‌شده، همبستگی رگرسیون منفی معناداری با مؤلفه‌های برآیند بیماری ($P<۰/۰۱$، $r=-۰/۳۷۷$) و خط زمانی حاد- مزمن ($P<۰/۰۱$، $r=-۰/۴۴۷$) داشت اما با سایر مؤلفه‌های ادراک بیماری، مانند تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، خط زمانی دوره‌ای، انسجام بیماری و کنترل شخصی ($P>۰/۰۵$) همبستگی نداشت.

جدول ٤: ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین بدنامی اجتماعی (استیگمای) ادراک‌شده و ادراک بیماری در بیماران *HIV*

	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷
تظاهرات	۰۰						
هیجانی	۱/۰						
	۰۴	۰					
کنترل درمان	-۰/۶	۱/۰۰					

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

برآیند بیماری	۱۹	۰	۰						
	۰/۲	-۰/۴۸	۱/۰۰						
خط زمانی	**	۱	۱	۰۰					
دوره‌ای	۰/۵۷۲	-۰/۲۲	۰/۷۱	۱/۰					
خط زمانی	**	۱	۱	**	۰				
حاد-مزمن	۰/۴۵۱	-۰/۴۴	۰/۵۳	۰/۵۴۷	۱/۰۰				
انسجام بیماری	**	۱	۰	**	*	۰			
	-۰/۶۷۱	-۰/۱۶	۰/۵۴	-۰/۳۲۷	-۰/۲۸۶	۱/۰۰			
استیگمای	۲۳	۱	*	۱۱	**	۰	۰		
ادراک شده	۰/۰	-۰/۳۷	۰/۳۷۷*	۰/۷	۰/۴۴۷	۰/۶۶	۱/۰۰		

*p<۰/۰۵ ،**p<۰.۱

تحلیل چندگانه

به‌منظور تعیین سهم هر یک از متغیرهای اجتماعی-جمعیت شناختی و مؤلفه‌های ادراک بیماری در تبیین واریانس استیگمای ادراک‌شده در بین بیماران مبتلا به اچ. آی. وی/ ایدز، تحلیل رگرسیون خطی چندگانه سلسله مراتبی در دو مرحله انجام شد. نتایج جدول ۵ نشان داد که متغیرهای دسته اول (اجتماعی-جمعیت‌شناختی و ویژگی‌های بیماری) که در مرحله اول وارد شدند، سهمی در پیش‌بینی و تبیین واریانس استیگمای ادراک‌شده نداشتند. با نگاه به ضریب بتای متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، مدت زمان آلودگی به ویروس اچ آی وی و سابقه ابتلاء به اچ آی وی/ ایدز در خانواده و خویشاوندان و نحوه آلودگی به ویروس اچ آی وی در دو طبقه آمیزش جنسی، اعتیاد تزریقی مشخص می‌شود که این دسته از متغیرهای اجتماعی-جمعیت‌شناختی و ویژگی‌های بیماری فاقد توان پیش‌بینی استیگمای ادراک‌شده در بین بیماران مبتلا به AIDS / HIV بودند.

در مرحله دوم، متغیر اصلی تحقیق وارد مدل شد. این متغیر، با مقدار (R^2Adj =۰/۳۸۱، P <۰/۰۱، ۵/۵۲۷ = $F_{(7,44)}$)، ۳۸/۱ درصد از واریانس استیگمای ادراک شده را تبیین کرده است. از میان مؤلفه‌های این متغیر، ۳ مؤلفه خط زمانی حاد/مزمن، برآیند بیماری و کنترل شخصی پیش‌بین‌های نسبتاً خوبی برای استیگمای ادراک‌شده در بین بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز بودند. در مجموع، مدل موفق شد با مقدار: (R^2Adj =۰/۳۸۱؛ R_2 =۰/۵۴۶؛ P <۰/۰۱، ۵/۵۲۷ = $F_{(7,44)}$ ۴۳/۶ درصد از واریانس استیگمای ادراک شده را تبیین نماید. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نیز نشان داد که مدل رگرسیون معنادار است.

جدول ۵: رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه متغیرهای بدنامی اجتماعی (استیگمای) ادراک‌شده با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی و ادراک بیماری در بیماران HIV

مرحله	متغیر	ضریب β	ضریب T	ضریب P	ΔR^2	ΔR^2 تنظیم شده	F تغییر یافته	P
۱	متغیرهای اجتماعی-جمعیت‌شناختی و ویژگی-های بیماری				۰/۱۴۷	۰/۰۰۳	۰/۹۷۹	N.S.[a]
	جنس	۰/۰۷۱	۰/۴۱۹	۰/۶۷۷				

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

	سن	-۰/۲۶۱	-۱/۵۳۱	۰/۱۳۲					
	وضعیت تأهل	۰/۲۲۲	۱/۴۴۲	۰/۱۵۵					
	تحصیلات	-۰/۲۸۹	-۲/۰۸۱	۰/۰۴۲*					
	نحوه آلودگی به HIV	آمیزش جنسی	۰/۱۰۵	۰/۵۹۴	۰/۵۵۵				
		سایر	-۰/۰۴۷	-۰/۳۱۳	۰/۷۵۶				
	مدت زمان آلودگی به ویروس اچ آی وی		-۰/۲۰۶	-۰/۷۶۳	۰/۴۴۹				
	سابقه ابتلاء به اچ آی وی/ ایدز در خانواده و خویشاوندان		۰/۰۹۰	۰/۶۵۰	۰/۵۱۹				
۲	مؤلفه‌های ادراک بیماری								
		خط زمانی حاد- مزمن	۰/۴۴۹	۳/۰۲۹	۰/۰۰۴**	۰/۵۴۶	۰/۳۸۱	۵/۵۲۷	۰/۰۰۰**
		خط زمانی دوره‌ای	-۰/۲۱۳	-۱/۳۰۲	۰/۲۰۰				
		برآیند بیماری	۰/۴۰۱	۳/۴۳۷	۰/۰۰۱**				
		کنترل شخصی	۰/۳۵۲	۳/۰۶۵	۰/۰۰۴**				
		کنترل درمان	-۰/۱۸۴	-۱/۴۸۲	-۰/۱۴۶				
		تظاهرات هیجانی	-۰/۰۸۹	-۰/۵۱۸	۰/۶۰۷				
		انسجام بیماری	-۰/۱۶۳	-۱/۰۷۰	۰/۲۹۰				

P <۰/۰۵** ،P <۰/۰۱

Total R^2= ۰/۶۹۳ ؛R^2Adj =۰/۳۸۴؛$F_{(۸،۲۰)}$ = ۳/۳۱۱ ،P <۰/۰۱

° معنادار نیست.

بحث

پژوهش حاضر، با هدف تعیین رابطه بین ادراک بیماری و مؤلفه‌های آن با استیگمای ادراک‌شده در بیماران با علائم HIV انجام شد. ۶۳ نفر از افراد با علائم HIV مورد بررسی قرار گرفتند. تفاوت معناداری میان مردان و زنان با علائم HIV و افراد با وضعیت‌های مختلف تأهل، از نظر استیگمای ادراک شده وجود نداشت. شیوه ابتلای به HIV نیز تفاوتی در میزان استیگمای ادراک شده بیماران ایجاد نکرده بود.

نتایج در خصوص رابطه میان ادراک بیماری با استیگمای ادراک شده ناشی از HIV نشان داد که همبستگی منفی معناداری میان استیگمای ادراک شده، با مؤلفه‌های برآیند بیماری و خط زمانی حاد- مزمن به‌عنوان مؤلفه‌های ادراک بیماری وجود داشته است. یافته‌های تحقیق نشان داد بیمارانی که اعتقاد به شدیدتر شدن پیامدهای بیماری (ایجاد مشکلات در زندگی شخصی، ایجاد مشکل برای اطرافیان و...) و اعتقاد به طولانی‌تر شدن مدت زمان بیماری داشتند، استیگمای ادراک‌شده بیشتری را تجربه کرده‌اند. از سوی دیگر، نتایج این مطالعه در زمینه همبستگی بین مؤلفه‌های استیگمای ادراک‌شده و ادراک بیماری، وجود رابطه بین برخی از مؤلفه‌های استیگمای ادراک‌شده و مؤلفه‌های ادراک بیماری و فقدان رابطه بین برخی دیگر از مؤلفه‌های این دو متغیر را نشان می‌دهند. در خصوص رابطه مؤلفه‌های استیگمای ادراک‌شده با مؤلفه‌های ادراک بیماری نتایج نشان داد که مؤلفه استیگمای شخصی با مؤلفه‌های خط زمانی حاد- مزمن و کنترل شخصی همبستگی مثبت معنی‌داری داشت. بیمارانی که دیگران را از بیماری خود آگاه کرده و با ترس از طرد شدن از اجتماع و از دست دادن دوستان خود مواجه‌اند و احساس می‌کنند که مردم از رویارویی با آن‌ها خودداری

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

می‌کنند بیشتر از سایرین معتقد بودند که مدت زمان بیماری آن‌ها طولانی خواهد بود. به‌علاوه، این افراد فکر می‌کردند که تأثیر کمی بر بیماری خود داشته و کنترل کمی بر آن دارند.

همچنین همبستگی مثبت معناداری میان مؤلفه خودانگاره منفی با متغیر ادراک بیماری به‌طور کلی و با مؤلفه‌های تظاهرات هیجانی، خط زمانی حاد-مزمن و انسجام بیماری همبستگی مثبت و معنی‌دار داشت. بیمارانی که احساسی از شرم گناه و ناپاکی از وضعیت خود داشته و خود را فرد ناپاکی می‌دانند، بیشتر از سایر بیماران حالات هیجانی نظیر ترس و عصبانیت را تجربه می‌کنند. همچنین این بیماران معمولاً از بیماری خودآگاهی چندانی نداشته و در برخورد با بیماری‌شان سردرگم هستند و بر این باورند که بیماری‌شان مدت زمان زیادی طول خواهد کشید. همچنین مؤلفه نگرانی از افشاء همبستگی منفی معنی‌داری با مؤلفه کنترل درمان و همبستگی مثبت معنی‌داری با مؤلفه‌های برآیند بیماری و خط زمانی حاد-مزمن داشت. بیمارانی که نگران فاش شدن وضعیتشان (ابتلا به HIV) هستند و سعی در مخفی نگاه داشتن بیماری‌شان دارند، معمولاً کسانی هستند که به درمانی که برای کنترل بیماری‌شان اتخاذ شده است، اعتماد کمتری دارند و به نتایج منفی احتمالی بیماری بر زندگی‌شان بیشتر فکر می‌کنند و به طولانی بودن مدت زمان بیماری‌شان باور دارند. به‌علاوه همبستگی مثبت معناداری میان مؤلفه نگرانی از نگرش عمومی در مورد افراد مبتلا به HIV، با مؤلفه برآیند بیماری، خط زمانی دوره‌ای و خط زمانی حاد-مزمن همبستگی مثبت و معناداری داشت بیمارانی که نگران برخورد افراد جامعه و تبعات آگاهی یافتن دیگر افراد از وضعیتشان (ابتلا به HIV) می‌باشند، بر این باورند که بیماری‌شان نه تنها عواقب وخیمی برای خودشان به همراه دارد بلکه برای اطرافیانشان نیز مشکلاتی را پیش می‌آورد و بر این باورند که بیماری‌شان مدت زمان زیادی به طول خواهد کشید.

یافته‌های این تحقیق با تحقیقات پتریچک و همکاران (۱۸)، شارپ و همکاران (۱۱)، مایر و همکاران (۱۲)، بزازیان و بشارت (۱۶) و مسعودنیا (۱۳) همسو و در یک راستا بود.

در مطالعات اخیر تأثیر ادراک بیماری بر شدت علائم بیماری‌های مختلف مورد بحث قرار گرفته است. اشپیگل[1] و همکاران (۱۹) بر روی ۷۴۹ بیمار انجام دادند، شش متغیر به‌عنوان پیش‌بینی کننده شدت علائم در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) مطرح نمودند که یکی از آن‌ها اعتقاد به وجود پدیده‌ای جدی بود که برای بدن مضر است. نگران بودن در رابطه با بیماری ارتباط بسیار قوی با شدت بیماری داشت (۱۹). نتایج پژوهش آقایوسفی و همکاران تأثیر مثبت و معنی‌دار کیفیت زندگی بر ادراک بیماری مبتلایان به ام‌اس را نشان داده است (۱۵). پژوهش بزازیان و بشارت نشان داد که رابطه سبک‌های دلبستگی با کیفیت زندگی متأثر از زیرمقیاس‌های ادراک بیماری است (۱۶). نتایج مطالعه مسعودنیا همبستگی معناداری را بین ادراک بیماری و استراتژی‌های مقابله و نیز برخی از مؤلفه‌های این دو سازه نشان داد (۱۳). پتریچک و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که مؤلفه‌های ادراک بیماری با عوامل خطر قلبی عروقی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ همبستگی معناداری دارد (۱۸). همچنین نتایج مطالعه شارپ و همکاران، اهمیت ادراکات بیماری را درمقابله با بیماری و نیز نقش ادراکات بیماری را در بیماری‌های مزمن نشان داد (۱۱). با در نظر داشتن نتایج چنین مطالعاتی، ارتباط بین ادراک بیماری و پیامدهای بیماری‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌ها بیانگر نقش قابل توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها نظیر آرتریت روماتوئید، بیماری هانتینگتون، دیابت، سکته قلبی، کلیوی و به تازگی سرطان سر و گردن است (۱۰). یافته‌های تحقیق حاضر نیز بیانگر تأثیر

[1] .Spiegel

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

قابل توجه ادراک بیماری بر استیگمای ادراک‌شده ناشی از ابتلاء به HIV/AIDS می‌باشد.

تعمیم نتایج مطالعه حاضر باید با احتیاط صورت پذیرد. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، حجم نمونه نسبتاً حاضر، به روش نمونه‌گیری این مطالعه مربوط می‌شود. استفاده از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی مانند نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده در این مطالعه، برآورد نتایج را با مشکل مواجه می‌سازند.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر تأثیر ادراک بیماری بر بدنامی اجتماعی (استیگمای) ادراک شده در بیماران با علائم HIV مورد تائید کوچک آن بوده است. این محدودیت به دلیل دشواری در دستیابی به افراد با علائم HIV بوده است. محدودیت دوم قرار گرفت. لذا، انجام مداخله‌های رفتاری ـ اجتماعی با هدف اصلاح و تغییر جنبه‌های مختلف ادراک بیماری در بیماران با علائم HIV می‌تواند در کنترل و کاهش استیگمای ادراک شده در افراد با علائم HIV سودمند باشد.

تقدیر و تشکر

محققان بر خود لازم می‌دانند که از کارکنان مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری یزد که در جمع‌آوری اطلاعات مربوط به این پژوهش، همکاری کردند، تشکر کنند. این مقاله حاصل از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی را گزارش نکردند.

References

1. Modjarrad K, Mohraz M, Madani N. AIDS epidemic: Iran needs global support to fight HIV. Nature 2013;494(7437):314-19.
2. Holzemer WL, Uys L, Makoae L, Stewart A, Phetlhu R, Dlamini PS, et al. A conceptual model of HIV/AIDS stigma from five African countries. Journal of advanced nursing 2007; 58(6):541-51.
3. Villarruel AM, Gallegos EC, Cherry CJ, Refugio de Duran M. La uniendo de fronteras: Collaboration to develop HIV prevention strategies for Mexican and Latino youth. Journal of Transcultural Nursing 2003; 14(3): 193-206. [Spanish]
4. Lemert C, Branaman A. The Goffman Reader. Wiley Blackwell, Inc, Malden,1997.
5. Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT, Scott RA. Social stigma: The psychology of marked relationships. W.H. Freeman & Company, Inc, New York, 1984.
6. Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Penguin books, Middlesex, England, 1963.
7. Yang LH, Kleinman A, Linka BG. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. Social Science & Medicine 2007; 64 (7):1524-35.
8. Dovidio JF, Major B, Crocker J, Stigma: Introduction and overview, Guilford Press, New York, 2000.
9. Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. Annual Review of Psychology 2005; 56: 393-421.
10. Kalantari H, Bagherian SR, Afshar H, Khoramian N, Forouzandeh N, Daghagh Zadeh H, et al. Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2012; 22(86): 33-41.(In Persian)
11. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. Social science & medicine 2006; 62(5): 1153-66.
12. Meyer D, Leventhal H, Gutmann M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. Health Psychology 1985; 4(2):115- 35.
13. Masoudnia E. Illness Perception and Coping Strategies in Patients with Rheumatoid Arthritis. Psychological Research 2008; 10(3 & 4): 11-29. (I n Persian)
14. Edger KA, Psychol D, Skinner TC. Illness representations and coping as predictors of emotional wellbeing in adolescents with type I diabetes, Journal of Pediatric Psychology 2003; 28(7), 485-93.
15. Yousefi A, Shaghaghi F, Dehestani M, Barghi Irani Z. The Relationship between Quality of Life (QoL) and Psychological Capital with Illness Perception in MS Patients. Health Psychology 2012; 1: 32-45. (In Persian)
16. Bazazian S, Besharat MA. The Role of Attachment Styles in Adjustment to Type I Diabetes. Journal of Behavioral Sciences 2010; 2(5):33-21. (In Persian)

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]

17. Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. Measuring Stigma in People With HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. Research in Nursing & Health 2001; 24(6): 518-29.
18. Petriček G, Vrcić-Keglević M, Vuletić G, Cerovečki V, Ožvačić Z, Murgić L. Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes: cross-sectional questionnaire study. Croatian medical journal 2009;50(6):583-93.
19. Spiegel B, Strickland A, Naliboff BD, Mayer EA, Chang L. Predictors of patient-assessed illness severity in irritable bowel syndrome. The American journal of gastroenterology 2008; 103(10): 2536-43.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-04-19]