

مقایسه احساس شرم، خصومت و نشخوار فکری در افراد مبتلا به HIV با توجه به روش ابتلا به بیماری

فرزانه حاجی زاده^۱

فرناز کشاورزی ارشدی^۲

فریبا حسنی^۳

میترا صفا^۴

چکیده

پژوهش بیماران مبتلا به HIV پس از اطلاع از بیماریشان هیجان‌ناز منفی مانند شرم، خصومت و نشخوار فکری را تجربه می‌کنند. این هیجان‌ناز باعث انزوا و به خطر افتادن سلامت بیماران می‌شود. در این پژوهش تلاش شد، هیجان‌ناز مانند احساس شرم، خصومت و نشخوار فکری در بیماران با توجه به روش ابتلا بررسی شود. روش مطالعه از نوع توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است که در سال ۱۳۹۷ انجام شد. ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به HIV به روش نمونه‌گیری هدفمند در مطالعه شرکت نمودند. پرسشنامه‌ها شامل، پرسشنامه شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳)، خصومت ردفورد (۱۹۹۸) و نشخوار فکری (ترانپل و کمپل ۱۹۹۹)، که توسط گروه نمونه تکمیل گردید. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس استفاده شد و یافته‌ها نشان داد، مردان مبتلا به روش تزریق مشترک، از شرم بیشتری ($P < 0.05$) رنج می‌بردند. در مقایسه خصومت و روش ابتلا تفاوت معناداری بین آنها مشاهده نشد، ولی همه شرکت‌کنندگان احساس خشم را تجربه کرده بودند. بیمارانی که به روش تزریق مشترک مبتلا به بیماری بودند، در نشخوار فکری، خودارزیابی منفی بیشتری از خود دارند. ($P < 0.01$) نتایج نشان داد، احساس شرم و نشخوار فکری خودارزیابی منفی، با توجه به روش ابتلا در بیماران متفاوت است.

واژگان کلیدی: احساس شرم، خصومت، نشخوار فکری، بیماری HIV

۱. *حاجی زاده دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، ایران. Email: farzane.Hajizadeh@yahoo.Com

۲. فرناز کشاورزی ارشدی، استادیار دانشگاه آزاد تهران مرکزی، ایران. Email: Far.Keshavarzi@Gmail.Com

۳. فریبا حسنی، استادیار دانشگاه آزاد تهران مرکزی، ایران. Email: Hassani.fariba@gmail.Com

۴. میترا صفا، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Email: mitra.Safa@yahoo.Com

۱. مقدمه

ویروس نقص ایمنی انسانی، نوعی ویروس است، که منجر به بیماری اچ‌آی‌وی^۱ می‌شود و عامل بیماری ایدز می‌باشد (اولانجوا^۲ و اوگان‌دپ^۳، ۲۰۱۳). آغاز درمان سریع و بدون وقفه موجب کاهش آسیبها و پیشگیری از شیوع بیماری است (سایجفرد^۴ و ناندی^۵، ۲۰۱۰). بنابراین یکی از چالش‌های عمده در مورد این بیماری، همکاری و پیگیری درمان جهت کاهش آسیب‌های ناشی از بیماری می‌باشد (سارجولزویو^۶ و مه‌بی^۷، ۲۰۱۸). بیمار پس از اطلاع بیماری، هیجانات منفی را تجربه می‌کند. این هیجانات تأثیر بسزایی در عدم پذیرش بیماری و ادامه درمان بیماران دارد (بلاشیل و همکاران، ۲۰۱۱) و موجب انزوا بیمار و کاهش شانس درمان در مراحل اولیه می‌شود (راو^۸ و همکاران، ۲۰۱۲). عدم مراجعه به مراکز پزشکی باعث کاهش مقاومت بدن، افزایش آمادگی ابتلا به هر گونه بیماری، طولانی شدن دوره درمان و کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود (بهمنش و طاهری، ۲۰۱۲)، تا جایی که بیمار از زندگی لذت نمی‌برد (کینگ^۹ و وینچستر^{۱۰}، ۲۰۱۸). این مشکلات به مرور زمان موجب تشدید خلق منفی، کاهش علاقه به زنده ماندن و افزایش احتمال خودکشی می‌شود (کلیما^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۲). بیمار هیجانات عاطفی منفی و اختلالات خلقی متعددی مانند شرم^{۱۲}، خصومت^{۱۳}، نشخوار فکری^{۱۴}، نگرانی و ترس از ننگ^{۱۵} را تجربه می‌کند (چارلز^{۱۶}، ۲۰۱۳ و زربانپور، ۲۰۱۸). شرم یکی از هیجانات منفی است، که بیمار بر روی احساسات خود (کمرویی) و تفکرات دیگران در مورد خود (عزت نفس) تمرکز می‌کند و آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (ایرون^{۱۷}، لد^{۱۸}، ۲۰۱۷، رجبی و همکاران، ۱۳۹۰، به نقل از گیلبرت^{۱۹}، ۱۹۹۷). غالباً بیماران احساس یک قربانی را دارند و همراه احساس شرم احساس خصومت را در درون خود تجربه می‌کنند (سعیدی و همکاران، ۲۰۱۳). خصومت، یک سازه روانشناختی که بیمار آن را با تعداد زیادی از هیجانات مانند پرخاشگری، خشم، آزرده‌گی، بدگمانی، تحریک‌پذیری و نفرت تجربه می‌کند (مسعودنیا و همکاران، ۱۳۸۹). از دیگر هیجانات منفی، نشخوار فکری است، افکاری تکراری، منفی، غیر قابل برگشت نسبت به خلق منفی و یا رویدادهای مرتبط با عوارض بیماری و پیش‌بینی آینده‌ای ناگوار توسط بیمار برای خود می‌باشد. نشخوار فکری، یکی از انواع الگوهای ناسازگارانه در اختلالات هیجانی است (معاونی پور و همکاران، ۲۰۱۶) و پیامدهای روانی منفی مانند آن اضطراب استرس و افسردگی است. برای کاهش رنج ناشی از عوارض منفی بیماری نیاز به درمان‌های روانشناختی و حمایت اجتماعی دارد (براندت^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۷). ضعف حمایت

¹- Human immunodeficiency virus

² -- Olagunju AT

³- Ogundipe

⁴ - Siegfried

⁵ - Nandi

⁶ - Sargolzaei, N.

⁷ - Mohebi, M

⁸ - Rao, D.

⁹ - King B

¹⁰ - Winchester M S.

¹¹- Kylma J.

¹² -Shame

¹³ - Hostility

¹⁴ -Rumination

¹⁵ -Stigma

¹⁶ -- Charles

¹⁷ - Irons, C.

¹⁸ - Lad, S

¹⁹ - Gibert P.

²⁰ - Brandt, CP.

اجتماعی و خدمات بهداشتی موجب افزایش مشکلات بیماران می شود (رودا و همکاران، ۲۰۱۶) و ضعف آگاهی درباره روش ابتلا، یکی از مهمترین عوامل شیوع بیماری می باشد. پژوهشها حاکی از گسترش بیماری در تمام نقاط جهان است (چمبرس^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). علیرغم تلاشها همچنان در حال گسترش می باشد. شایعترین روش انتقال استفاده معتادان تزریقی از سرنگ مشترک است (گزارش مواد مخدر سازمان ملل متحد^۲، ۲۰۱۸). بیش از ۵۰ درصد از مبتلایان با سابقه مصرف مواد، تجربه تزریق مشترک دارند (رحیمی موفر و همکاران، ۲۰۱۱). روش دیگر، آمیزش جنسی است که در سالهای اخیر افزایش یافته است و مابقی روش ابتلای نامشخص (دریافت خون، فرآورده های خونی آلوده، پیوند بافت آلوده) می باشد (وزارت بهداشت، مرکز مدیریت بیماریها^۳، ۲۰۱۹). تاکنون مطالعات زیادی در مورد تعارضات، مشکلات هیجانی، عاطفی بیماران صورت گرفته است. اما این مشکلات هیجانی با توجه به روش ابتلا تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است. ممکن است روش ابتلا بیماران بر میزان احساس شرم، خصومت و نشخوار فکری که بیماران تجربه می کنند، تأثیر داشته باشد.

۲. روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه پژوهش و روش اجرای پژوهش:

روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه ای و به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری شهر تهران انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مبتلایان به بیماری HIV مراجعه کننده به بیمارستان دکتر مسیح دانشوری بود. که، با رضایت شخصی در این تحقیق همکاری نمودند. تعداد شرکت کننده ها با توجه به روش آماری مورد استفاده و شرایط پژوهش (بر اساس ملاکهای ورود در تحقیق) به روش نمونه گیری هدفمند ۱۰۰ نفر تعیین گردید (هومن ۱۳۹۶). ملاکهای ورود دامنه سنی ۲۰-۵۵ توانایی دیدن، شنیدن، قادر بودن به فهم و پاسخگویی به سؤالات، تمایل به مشارکت در پژوهش، داشتن تشخیص قطعی بیماری HIV، عدم سابقه اختلال حاد روانپزشکی و پسیکوتیک در طی یکسال گذشته بود.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه شرم درونی شده کوک^۴:

پرسشنامه شرم درونی شده کوک ۱۹۹۳ تهیه شد. شامل ۳۰ ماده، شامل دو خرده مقیاس کمرویی و عزت نفس است. پاسخ به هر ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه ای می باشد. نمره های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی ارزشی، بی کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی و نمره پایین نشان دهنده اعتماد به نفس بالا است (رجبی و عباسی، ۱۳۹۰). به نقل از کوک (۱۹۹۳)، رجبی و همکارانش در ایران نمره میانگین ۲۲،۳۴ و انحراف معیار ۲،۲۹ ضریب پایایی آلفای کرونباخ نمره کل را ۰/۹۰ گزارش کردند. ضریب الفای کرونباخ، در خرده مقیاسهای عزت نفس ۰/۹۴، کمرویی ۰/۹۰ و ضریب الفای کرونباخ نمره کل شرم درونی شده ۰/۹۰ بوده است (مردان ۰/۸۹ و زنان ۰/۹۱).

پرسشنامه خصومت ردفورد:

این پرسشنامه توسط ردفورد-ویلیامز^۱ (RWHI) ساخته شده است و دارای ۱۲ عبارت است. پاسخدهی به این پرسشنامه

^۱ - Chambers

^۲ - UNODC World Drug Report

^۳ - Center for Disease Control

^۴ - Coock

درمقیاس بله-خیر می باشد. روایی و پایایی پرسشنامه درایران (در یک گروه ۲۰ نفره)، ضریب باز آزمایی ۰/۸۲ و ضریب همسانی ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی محتوای آن نیز مورد تایید قرار گرفته است (به نقل از شکوهی یکتا، اکبری زردخانه و پوران ۱۳۹۴)

پرسشنامه نشخوار فکری RRS:

یکی از انواع الگوهای ناسازگارانه در اختلالات هیجانی نشخوار فکری است. نشخوار فکری به عنوان افکار تکراری، منفی، غیر قابل برگشت نسبت به خلق منفی و یا رویدادهای زندگی تعریف شده است (رابینسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). این پرسشنامه توسط ترامپل^۳ و کمپل^۴ (۱۹۹۹) جهت تمایز میان مؤلفه های سازگارانه و ناسازگارانه تهیه شد. که شامل دومؤلفه، تفکرهای مکرر منفی و تامل است. تفکرهای مکرر مرتبط به حالتهای منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم است. مؤلفه تامل مرتبط به ارزیابی، تمرکز، باز بودن نسبت به تجربه، کنجکاوی فکری، علاقه ذاتی به تفکر انتزاعی و یا فلسفی است. این پرسشنامه شامل ۲۴ آیتم است ۱۲ آیتم تمرکز و نشخوار فکری بر خود می باشد و ۱۲ آیتم تفکر تاملی و ارزیابی منفی خود است. پاسخ به هر ماده درمقیاس لیکرت درجه بندی شده است. آلفا کرونباخ همسانی درونی خوبی در تامل ۰/۹۱ و در نشخوار فکری ۰/۹۰ نشان داد. واتسون و هارکیس، همسانی درونی را در آمریکا ۰/۸۱ گزارش کردند. قربانی در ایران (با استفاده از آلفای کرونباخ) همسانی درونی ۰/۸۱ گزارش کرد (قربانی به نقل از واتسون^۵ و هارکیس^۶ ۲۰۰۸). یک پرسشنامه محقق ساخت به منظور گردآوری اطلاعات دموگرافیک و تشخیص روش ابتلا به بیماری HIV. شامل سوالاتی مبنی بر سابقه مصرف مواد، سابقه تزریق مواد، سابقه رفتارهای جنسی پرخطر و یا ابتلا از طریق همسر به بیماران داده شد.

۳. یافته ها

درصد فراوانی و اطلاعات دموگرافیک بیماران در جدول شماره یک گزارش شده است.

جدول ۱. ویژگیهای جمعیت شناختی گروه نمونه

جنس	تعداد	%
مرد	61	۶۱
زن	39	39
وضعیت تأهل		
مجرد	31	31
متاهل	40	۴۰
بیوه و مطلقه	29	۲۹
تعداد فرزندان		
۰	57	57
۱-۲	38	38
۳ و بیشتر	5	5

¹ - Redford-William's

² Robinson, MS.

³- Trapnell PD.

⁴-Campbell, JD

⁵ - Watson, PJ.

⁶ - Hargis

توزیع مشترک	29	29
جنسی توسط همسر	27	۲۷
جنسی رفتار پرخطر	30	30
بی اطلاع	14	14

روش ابتلا

همانطور که در جدول یک مشاهده می شود. 100 بیمار مبتلا به HIV. 61 درصد مرد و ۳۹ درصد زن بود. میانگین سن مردان ۴۱/۳۴ و میانگین سن زنان ۳۷/۹۰ بود. ۳۱ درصد از بیماران مجرد بودند. ۴۰ درصد از بیماران متأهل ۲۹ درصد بیوه و مطلقه بودند. ۵۷ درصد از بیماران فاقد فرزند بودند.

برای پاسخ به سه پرسش اصلی پژوهش حاضر، آزمون های آماری زیر انجام شد که یافته ها در طی جداول زیر آمده است. لازم به یادآوری است که ابتدا آزمون مفروضه های آماری، شامل همگنی واریانس ها از طریق F لوین و توزیع نرمال متغیرهای پژوهش از طریق آزمون K-S بررسی شد.

جدول ۲. نمره میانگین، انحراف استاندارد شرم و خصومت با توجه روش ابتلا

روش ابتلا	شرم		خصومت	
	نمره میانگین	انحراف استاندارد	نمره میانگین	انحراف استاندارد
توزیع مشترک	۶۲،۵۵	۱۶،۴۴	۸،۲۰	۲،۵۱
جنسی منفعل	۵۱،۴۴	۱۴،۴۷	۶،۹۲	۲،۳۱
جنسی پرخطر	۵۳،۶۵	۱۶،۳۲	۷،۲۹	۲،۳۸
بی اطلاع	56.08	16.27	۷،۴۷	۲،۵۰

جدول (۲) به بررسی نمره میانگین، انحراف استاندارد شرم و خصومت با توجه به روش ابتلا در بیماران پرداخته است. در متغیر شرم، بیشترین نمره میانگین در بیماران مبتلا به روش تزریق مشترک (M=62.55) مشاهده شد. در متغیر خصومت، با توجه به نمره میانگین همه گروهها پایینتر از ۹ بود و با توجه به مقیاس نمره گذاری پرسشنامه، همه گروهها خلق تند با احتمال خطر حملات ناشی از خشم را داشتند.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یکراهه، نمرات شرم، خصومت با توجه به روش ابتلا

	Sig	F	MS	df	SS
بین گروهی شرم	۰،۰۵	۲،۶۱	۶۶۰،۱۷	۳	۱۹۸۰،۵۳
درون گروهی شرم			۲۵۲،۰۴	۹۶	۲۴۱۹۵،۹۷
مجموع شرم				۹۹	۲۶۱۷۶
بین گروهی خصومت	0.23	1.45	8.43	۳	25.31

درون گروهی خصومت	557.52	۹۶	5.80
مجموع خصومت	582.840	۹۹	

جدول (۳) نتایج یافته های آزمون تحلیل واریانس یکراهه، در نمره میانگین شرم اختلاف معناداری بین روشهای ابتلا ($F(3,96)=2.61, P=0.05$) در سطح 0.05 مشاهده شد. در متغیر خصومت و روش ابتلا ($F(3,66)=1.41$) تفاوت معناداری در گروهها مشاهده نشد.

جدول ۴. میانگین، انحراف استاندارد، زیر مقیاسهای نشخوار فکری با توجه به روش ابتلا

روش ابتلا	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
نشخوار فکری تمرکز بر خود	۲۷,۶۲	۵,۹۵	نشخوار فکری ارزیابی خود	۲۷,۶۲	۵,۹۵	نشخوار فکری کل	۲۷,۶۲
تزریق مشترک	۲۷,۶۲	۵,۹۵	تزریق مشترک	۲۷,۶۲	۵,۹۵	تزریق مشترک	۲۷,۶۲
پرخطر	۲۶,۹۳	۴,۲۹	پرخطر	۲۶,۹۳	۴,۲۹	پرخطر	۲۶,۹۳
جنسی توسط همسر	۲۶,۴۴	۳,۸۸	جنسی توسط همسر	۲۶,۴۴	۳,۸۸	جنسی توسط همسر	۲۶,۴۴
بی اطلاع	۲۶,۸۳	۳,۵۷	بی اطلاع	۲۶,۸۳	۳,۵۷	بی اطلاع	۲۶,۸۳

جدول ۴. مقایسه نمره میانگینهای نشخوار فکری و روش ابتلا، در خود ارزیابی منفی بیمارانی که به روش تزریق مشترک مبتلا گردیده بودند بانمره میانگین ۲۸,۸۴ بیشترین خود ارزیابی منفی از خود را داشتند.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس یکراهه، زیر مقیاسهای نشخوار فکری با توجه به روش ابتلا

نشخوار فکری	SS	df	MS	F	Sig
بین گروهی تمرکز بر خود	۱۹,۹۵	۳	۶,۶۵	۰,۳۰	۰,۸۲
درون گروهی تمرکز بر خود	۲۱۲۵,۰۳	۹۶	۲۲,۱۳		
مجموع تمرکز بر خود	۲۱۴۴,۹۹	۹۹			
بین گروهی خودارزیابی منفی	۱۲۸,۹۴	۳	۴۲,۹۸	۳,۱۷	*۰,۰۲
درون گروهی خود ارزیابی منفی	۱۲۹۸,۸۱	۹۶	۱۳,۵۲		
مجموع خودارزیابی منفی	۱۴۲۷,۷۶	۹۹			
درون گروهی نشخوار کل	۲۳۳,۵۵	۳	۷۷,۸۵	۱,۵۷	۰,۲۰
بین گروهی نشخوار کل	۴۷۵۳,۸۳	۹۶	۴۹,۵۱		
مجموع نشخوار کل	۱۴۲۷,۷۶	۹۹			

جدول (۵) نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه در زیر مقیاس خود ارزیابی منفی ($P=0.02, F_{(3,96)}=5.04$) اختلاف معناداری در سطح 0.05 در نمره میانگین بین گروه‌ها مشاهده می‌شود. مبتلایان به روش تزریق مشترک بیشترین نشخوار فکری خود ارزیابی منفی را از خود دارند.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پنجمین ویراست راهنمای تشخیص آماری اختلالات بالینی بیماری HIV را همتراز با بیماری سرطان می‌داند و افراد مبتلا به این بیماری را در معرض اختلال ضربه پس از سانحه قرار می‌دهد. با توجه به مشکلاتی که ابتلا به بیماری برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند، کلیه ابعاد ناشی از بیماری مهم و قابل بررسی می‌باشد (ابراهیم زاده و همکاران، ۲۰۱۹). فرد مبتلا به بیماری دنیا را جایی ناامن و غیر قابل پیش بینی می‌بیند، متعاقباً هیجانات منفی متعددی را تجربه می‌کند. نتایج پژوهش حاضر به بررسی تفاوت احساس شرم، خصومت و نشخوار فکری با توجه به روش ابتلا در بیماران مبتلا به HIV پرداخته است. ۶۱ درصد از بیماران مرد، ۳۹ درصد از بیماران زن بودند. حدود ۴۰ درصد از بیماران متأهل و دارای فرزند بودند. بقیه بیماران، مجرد، بدون فرزند بودند. این نتایج نشان می‌دهد که، آمار ابتلا در افراد متأهل یا دارای فرزند کمتر است و با اطلاعات دموگرافیک در پژوهش طبسی درمیان و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. حدود ۲۹ درصد از بیماران به روش تزریق مشترک و ۵۷ درصد از بیماران به روش جنسی به این بیماری مبتلا گردیده بودند که، ۳۰ درصد از بیماران به روش رفتار جنسی پرخطر و ۲۷ درصد از بیماران (زن) به روش جنسی از طریق همسران خود به این بیماری مبتلا گردیده بودند و ۱۴ درصد از بیماران ابراز بی‌اطلاعی در مورد روش ابتلا خود می‌کردند. نتایج روش ابتلا به بیماری با آمار اعلام شده از وزارت بهداشت ۲۰۱۹ همسو می‌باشد. میانگین سنی ابتلا به بیماری در زنان کمتر از مردان بود. این نشان می‌دهد زنان نسبت به این بیماری از مردان آسیب پذیرترند یا علائم بیماری در زنان سریعتر بروز می‌کند.

نمره میانگین شرم در جامعه نرمال ۲۲،۳۴ می‌باشد (رجبی و عباسی، ۱۳۹۰). نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که نمره میانگین همه بیماران مبتلا به HIV بیشتر از نمره میانگین جامعه است و همه بیماران احساس شرم، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی و احساس حقارت را بیشتر از جامعه نرمال تجربه می‌کنند. حسن^۱ و همکارانش (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند، احساس گناه و شرم در مبتلایان به این بیماری شایع است، که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. نتایج نشان داد، مردانی که به روش تزریق مشترک به بیماری مبتلا شده بودند، نسبت به روشهای دیگر از احساس شرم، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی و احساس حقارت بیشتری رنج می‌برند. در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، تغییر در نگرش و افکار منفی در بیماران موجب پایین آمدن عزت نفس، اعتماد به نفس و ترس از مرگ می‌شود. از سوی دیگر، بیمارانی که روش ابتلایشان تزریق مشترک است، اغلب به دلیل ترس از عدم پذیرش ممکن است، آگاهانه رفتارهای جنسی پرخطر داشته باشند یا به دلیل عدم دسترسی به سرنگ تزریق مشترک داشته باشند و با کتمان بیماری خود موجب شیوع بیماری شوند (ملا اسماعیل شیرازی و همکاران، ۱۳۹۱). این عوامل می‌تواند موجب افزایش احساس شرم در بیماران مبتلا با تزریق سرنگ مشترک گردد. این نتایج با پژوهش فورد^۲ و همکاران (۲۰۰۴) که در مورد تزریق کنندگان مواد مخدر که به دلیل ترس از ننگ اجتماعی از انجام تست امتناع می‌کنند، مطابقت دارد و همسو می‌باشد.

^۱ - Hasan

^۲ - Ford, K.

درمغییر خصوصیت با توجه به روش ابتلا تفاوتی بین گروهها مشاهده نشد. ولی نتایج نشان داد که همه گروهها خلق تند را تجربه می کنند و احتمال خطر حملات ناشی از خشم دارند. این نتایج با پژوهش چراغی و همکارانش (۱۳۹۵) که بر روی زنان مبتلا به بیماری با رفتار فعال و منفعل صورت گرفت، همسو می باشد.

پژوهش حاضر نشان داد که نشخوارفکری خود ارزیابی منفی بیمارانی که به روش تزریق مشترک مبتلا گردیده اند، بیشتر از سایر روشهای ابتلا به HIV می باشد، که با پژوهش عطایی مغانلو و همکاران (۱۳۹۳) همسو می باشد.

پیشنهادات و محدودیتهای پژوهشی

پیشنهاد می شود تا پژوهشگران آتی به روش ابتلا جنسی با تفکیک دو روش فعال و منفعل بپردازند. با توجه به مشکلات روانشناختی متعددی که این بیماران تجربه می کنند، پژوهشهای مداخلات رواندرمانی در جهت تسریع درمان، توصیه می شود. در این پژوهش، آمار مبتلایان به این بیماری در افرادی که سطح سواد کمی داشتند بالا بود که متاسفانه به دلیل عدم سواد خواندن و نوشتن از نمونه پژوهش حذف شدند. در این پژوهش بیمارانی که به بیمارستان مراجعه می کردند مورد پژوهش قرار گرفتند در حالیکه عده ای از این بیماران یا از بیماری خود اطلاع ندارند یا به دلیل ترس از ننگ بیماری و ناامیدی جهت درمان، به بیمارستان مراجعه نمی کنند.

منابع

- **AIDS Control Office. (2014).** MOHME Center for Communicable Disease Management; HIV/AIDS Case Registers, (unpublished).
- **Ataei Moghanlo, R., Babapurkhiruddin, V., Poursarifi, J., Hamid, Maliheh Pishvaei H.&M. (2014).** The Effectiveness of Group Therapeutic Therapy on Subjective Well-being, Adoption, and Rumination of HIV-positive Patients, Journal of Kermanshah University of Medical Sciences, 18(5), 265-274.
- **Behmanesh, M., Tahery, K., Hoseiny, S M., Bromand, Z. (2012).** Relationship between quality of life and social support in women with HIV / AIDS. Journal of Qazvin University of Medical Sciences, 3(86): 41-47.
- **Blashill, A.J., Perry, N., & Safren, S. A. (2011).** Mental health: a focus on stress, coping, and mental illness as it relates to treatment retention, adherence, and other health outcomes. Current HIV/ AIDS Reports, 8(4), 215-222. doi:10.1007/s11904-011-0089.
- **Brandt, CP. DJ., Paulus, C., Jardin L., Heggeness and Zvolensky, M J. (2017).** "Examining anxiety sensitivity as an explanatory construct underlying HIV-related stigma: Relations to anxious arousal, social anxiety, and HIV symptoms among persons living with HIV." Journal of Anxiety Disorders, 48: 95-101.
- **Center for Disease Control. (2019).** Latest Statistics of infection of HIV / AIDS in the Islamic Republic of Iran; Ministry of Health and Medical Education.
- **Chambers, L., Rueda S., Baker D., et al. (2015).** Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. J. BMC Public Health; 15:1-17.
- **Charles, P., Brandt, Gonzalez A., Kristin W., Michael J. Zvolensky. (2013).** The Relation Between Emotional Dysregulation and Anxiety and Depressive Symptoms, Pain-Related Anxiety, and HIV-Symptom Distress Among Adults with HIV/AIDS. J. Psychopathol Behav Assess, 35:197-204.
- **Ebrahimzadeh, Z., Goodarzi, M. and Hassan, J. (2019).** Predicting the Antiretroviral Medication Adherence and CD4 Measure in Patients with HIV/AIDS Based on the Post Traumatic Stress Disorder and Depression, J. Iran J Public Health; 48(1): 139-146.
- **Ford, K., Wirawan D., Sumantera G., Sawitri A., Stahre M. (2004).** Voluntary HIV testing, disclosure, and stigma among injection drug users in Bali, Indonesia. J. AIDS Educ Prev; 16(6): 487-498.

- **Global Network of People Living with HIV (GNP+).** (2015). The People Living with HIV Stigma Index. Secondary The People Living with HIV Stigma Index. <http://www.stigmaindex.org>.
- **Gilbert, P.** (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *J. British Journal of Medical Psychology*, 70, 113–147.
- **Ghorbani, N., Watson, P.J., Hargis, M.B.** (2008). Integrative self-knowledge: correlations and incremental validity of across-cultural measure developed in Iran and the United States. *J. Psychol*; 142(4): 395-412
- **Hasan, M.T., Nath, S.R., Khan, N.S., Akram, O., Gomes, T.M., Rashid, S.F.** (2012). Internalized HIV/AIDS-related stigma in a sample of HIV-positive people in Bangladesh. *J. Health Popul Nutr*; 30(1): 22-30.
- **Haghdost et.al.** (2014). Bio-behavioral study of IDUs, Kerman HIV knowledge hub (unpublished).
- **Hooman, H.** (2016). Understanding the scientific method in behavioral science Organization for the Study and Compilation of Humanities Books of Universities, Tehran, P.samt.
- **Irons, C. & Lad, S.** (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *J. Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-53.
- **Kylma, J., Vehvilainen-Julkunen, K., Lahdevirta, J.** (2011). Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: a grounded theory study. *J Adv Nurs*; 33(6): 764-75.
- **King B. and Winchester M S.** (2018). "HIV as social and ecological experience." *Social Science & Medicine*, 208: 64-71.
- **Manavipour, D., Shahhosieni, A.** (2016). Investigation of Psychometric Properties of Rumination-Reflection Scale. *G. J. Research Article*, 4(1), 7-16.
- **Masoudnia, E.** (2011). Hostility, Anger and Risk of Coronary Artery Atherosclerosis. *JSSU*. 18 (6): 540-551, URL: <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-1334-en.ht>.
- **Molasamil Shirazi, N., Nourbakhsh, M., Mohrz, M.** (2012). Hot Slam and Labeling Consequences in Women With H. Oh you. He is positive: a qualitative study, *Journal of Biological Ethics*, 2(5), 99-128.
- **Olagunju, A.T., Ogundipe, O.A., Olagunju, T.O., Adeyemi, J.D.** (2013). A multi dimensional assessment of quality of life among attendees of a West African HIV clinic and its use in tracking outcome. *HIV & AIDS Review*, 12(3): 63-7. 2.
- **Robinson, M.S., Alloy, L.B.** (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: a prospective study. *Cognit Ther Res*, 27(3): 275-92.
- **Rahimi Movaghar, A., Amin Esmaeili, M., Haghdost, A., Sadeghirad, B., Mohraz, M.** (2011). HIV prevalence amongst injecting drug users in Iran: A systematic review of studies conducted during the decade 1998–2007. *International Journal of Drug Policy*, <https://www.academia.edu/31912025>.
- **Rajabi, Gh., Abbasi, Q.** (2011). An Investigation of relationship between self-criticism, social interaction anxiety, and fear of failure with internalized shame in students, *J. clinical psychology research and counseling*, 1, (2): 171, 182.
- **Rao, D., Feldman, B.J., Fredericksen, R.J.** (2012). A structural equation model of HIV-related stigma, depressive symptoms, and medication adherence. *AIDS Behav* 2012; 16: 711–6.
- **Rueda, S., Mitra, S., Chen, S.** (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open* 2016; 6:e011453. doi:10.1136/bmjopen-2016011453.
- **Saeedi, Z., Ghorbani, N., Sarafraz, M., Sharifian, M.** (2012). The effect of self-inducing compassion and self-esteem on the amount of experience of shame and sin, *J. Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 8 (1): 91 -102.

- **Sargolzaei, N., Mohebi, M., Hosaini, S. and Farzad, Z. (2018).** Psychological Health and Social Support in Patients with HIV/AIDS in South-East Iran During Year 2016, *J. High Risk Behav Addict.* In Press (In Press): e67472 doi: 10.5812/ijhrba.67472.
- **Siegfried, Nandi, ed. (2010).** "Optimal time for initiation of antiretroviral therapy in asymptomatic, HIV-infected, treatment-naive adults". *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (3): CD008272. doi:10.1002/14651858.CD008272.pub2.
- **Shokoochi Yekta, M., Akbari Zardkhani, S., Qahvche, F. (2010).** Effectiveness of problem solving training, anger management on educational styles, aggression and happiness of preschool coaches, *J. Clinical Psychology Studies*, 5(1).
- **Tabasi Darmiyan A., Zareban, I., Masuodi, G., SHahrakipour, M. (2014).** The Perceived Feelings of AIDS Patients toward their Illness and its Stigmatization. *J. Qual Res Health Sci.* 2 (4) :346-357, URL: <http://jqr.kmu.ac.ir/article-1-183-fa.html>.
- **Trapnell PD., Campbell, JD. (1999).** Private self-consciousness and the five factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *J Pers Soc Psychol*, 76(2): 284-304.
- **UNODC World Drug Report (2018).** United Nations Office on Drugs and Crime <https://www.issup.net/knowledge-share>.
- **Zarabadypoor, M., Borhanmajaby, K., Bagherzade, S., Mozafary, F., (2018).** A survey on the knowledge and attitude of patients referring to the Qazvin dental faculty about AIDS, *Journal of Qazvin University of Medical Sciences.* 2018, 22 (1), 96: 87-91.