

## Comparing Perceived Stress, Self-efficacy and Mental Health in Patients With HIV and Hepatitis C

Mostafa Jani<sup>1</sup>, Hamidreza Jamilian<sup>2\*</sup>, Ahmad Aramoon<sup>3</sup>

1. MSc of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

3. MSc of Educational Psychology, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Received: 19 Aug 2017, Accepted: 15 Nov 2015

### Abstract

**Background:** The purpose of the present research was to compare the perceived stress, self-efficacy and mental health in patients with HIV and Hepatitis C.

**Materials and Methods:** The method of present research was causal-comparative research. Population included of all patients with acquired immune deficiency syndrome or AIDS referred to a behavioral disease counseling centers of Arak city and all patients of chronic hepatitis caused by the hepatitis C virus referred to Gastroenterology Research Center and private practice of digestive specialists in Arak city. The sample consisted of 200 people, including 100 HIV and 100 people with hepatitis C who participated in the study and were selected for screening. All participants responded to the three instruments including Cohen Perceived Stress, Kamark and Mrimlstyn, Sherer's Self-efficacy and Goldberg general health questionnaires. Data analysis was done in two descriptive and inferential levels using SPSS version 20.

**Results:** The results of MONOVA showed that two groups were different in the perceived stress, self-efficacy and mental health, physical symptoms, depression, anxiety, social dysfunction, at the level of 0.01.

**Conclusion:** It is suggested that workshops to be held to careful inform how much stress and self-efficacy had affected on physical and mental health of patients with acquired immune deficiency syndrome or AIDS.

**Keywords:** AIDS patients, Mental health, Patients with hepatitis C, Perceived stress, Self-efficacy

\*Corresponding Author:

Address: Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Email: mjamilian@yahoo.com

## مقایسه استرس ادراک شده، خود کارآمدی و سلامت روان در بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت نوع C

مصطفی جانی<sup>۱</sup>، حمیدرضا جمیلیان<sup>۲\*</sup>، احمد آرامون<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

۲. دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۲۸، تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۲۴

### چکیده

**زمینه و هدف:** تحقیق حاضر با هدف مقایسه استرس ادراک شده، خود کارآمدی و سلامت روان در بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت نوع C انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش تحقیق حاضر از نوع تحقیقات علی مقایسه ای بود. جامعه تحقیق شامل کلیه بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز مراجعه کننده به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری شهر اراک و کلیه بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن ناشی از ویروس هیپاتیت C مراجعه کننده به مراکز درمانی و مطب های خصوصی پزشکان متخصص داخلی و فوق تخصص گوارش شهر اراک بود. نمونه آماری شامل ۲۰۰ نفر در بر گیرنده ۱۰۰ مبتلا به ایدز و ۱۰۰ نفر مبتلا به هیپاتیت نوع C بود که به صورت غربالگری انتخاب و در تحقیق شرکت داده شده بودند. کلیه شرکت کنندگان به سه ابزار استرس ادراک شده وهن، کامارک و مرملستین، خودکارآمدی شرر و سلامت عمومی گلدبرگ پاسخ دادند. تحلیل اطلاعات در دو سطح توصیفی و استنباطی با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون مانوا نشان داد که دو گروه در میزان استرس ادراک شده، خودکارآمدی و سلامت روان، علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب و عملکرد اجتماعی در سطح معنی داری ۰/۰۱ با یکدیگر تفاوت داشتند.

**نتیجه گیری:** پیشنهاد می شود کارگاه های آموزشی جهت اطلاع رسانی دقیق مبنی بر این که استرس و خودکارآمدی تا چه اندازه بر سلامت جسم و روان بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز تأثیرگذار است، برگزار شود.

**واژگان کلیدی:** استرس ادراک شده، سلامت روان، خودکارآمدی، بیماران مبتلا به ایدز، بیماران مبتلا به هیپاتیت نوع C

\*نویسنده مسئول: ایران، اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، گروه روان‌پزشکی

Email: mjamilian@yahoo.com

## مقدمه

بیماری ایدز و عفونت HIV، فشارهای روانی و اجتماعی بسیاری بر زندگی بیماران، خانواده، همسران، متخصصین و مراقبین بهداشت این افراد وارد می آورد. این فشارهای روانی و اجتماعی به صورت واکنش هایی نظیر خشم، ناآرامی، اضطراب و دلهره، ترس، افسردگی، افکار خودکشی، ضعف جسمانی، انزوای اجتماعی و خود بیمار انکاری، رفتارهای متوقعانه، ناامیدی، عزت نفس پایین و نقص های شناختی به واسطه درگیر شدن سیستم اعصاب مرکزی بروز می نماید که همه این واکنش ها کیفیت زندگی، سطح زندگی و خودکارآمدی را تحت تأثیر قرار می دهند (۱). سندروم نقص ایمنی اکتسابی یک اختلال کشنده عصبی-داخلی است که با عفونت با ویروس های خانواده رترو ویرید مشهور به ویروس های نقص ایمنی انسان مرتبط است (۲). بر خلاف افزایش بودجه تعهدات سیاسی و پیشرفت در دسترسی به درمان، همه گیری ایدز در حال گسترش است؛ به طوری که از واکنش جهانی سبقت گرفته و هیچ ناحیه ای از دنیا از آن در امان نمانده است (۳).

سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز نه فقط مسئله ای پزشکی، بلکه به نوعی یک مشکل اجتماعی محسوب می گردد. یانگ، چن و وانگ (۲۰۱۵) معتقدند که مشکل عمده بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز، مشکلات روانی-اجتماعی است و عواملی که در ارتباط با این مشکل مطرح می شوند شامل سازگاری در رابطه با شغل و حرفه و وضعیت اقتصادی، فرهنگی و روانی است (۴). کار و گرامینک (۲۰۱۲) ذکر می کنند مسئله عمده ای که در مورد مبتلایان به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز وجود دارد، طردشدنشان از اجتماع و تبعیض می باشد که به نحوی تکامل فردی آن ها را که ارتباط مستقیم با سلامت روانی دارد، تحت الشعاع خود قرار می دهد (۵). اولیوا، روا و دل لیانو (۲۰۱۰) نشان دادند که وجود هزینه های غیر مستقیم در این بیماران که برای درمان استفاده می شود، به طور بارز بر کیفیت زندگی

آن ها تأثیر مهمی دارد، چرا که بیماری موجب از دست دادن شغل و بالا بردن هزینه های درمان در افرادی که کارشان را از دست داده اند، می شود (۶).

گالو، کرکوبیرا و مارکوندرز-ماکادو (۲۰۱۴) در پژوهشی به منظور بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز، نشان دادند که ایدز موجب «نگرانی های اقتصادی»، «نگرانی درباره آشکار شدن بیماری برای دوستان و همکاران»، «فعالیت جنسی» و «نگرانی در مورد سلامت» می شود. هر چند در ایران مطالعات اندکی در خصوص وضعیت روان شناختی بیماران مبتلا به ایدز صورت گرفته، در بعضی تحقیقات که در سایر کشورها بر روی بیماران سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز مثبت انجام شده (۷)، میزان شیوع اختلالات روان پزشکی به ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی، سوء مصرف مواد و اقدام به خودکشی در میان افراد آلوده بسیار بالا گزارش شده است (۸). در بین بیماری های مزمن، هپاتیت یکی از بیماری هایی است که با وجود بیش از ۳۵۰ میلیون حامل مزمن و مرگ بیش از ۵۰۰ هزار نفر در سال به دلیل عوارض کبدی ناشی از آن در جهان و به خصوص در کشورهای در حال توسعه یکی از بیماری های مهم به شمار می آید (۹). یکی از انواع بیماری هپاتیت، هپاتیت ناشی از ویروس C است. عفونت هپاتیت C معضل بهداشتی مهمی در سراسر دنیا می باشد که به علت عدم وجود واکسن مؤثر، نیاز به درمان گران قیمت، طبیعت پایدار عفونت حاصله، مرگ و میر و از کارافتادگی مرتبط با آن است. عفونت هپاتیت C در سراسر دنیا بسیار شایع رخ می دهد. در دهه ۱۹۹۰ میلادی حداقل ۱۰ هزار مرگ سالانه مستقیماً مرتبط با هپاتیت C رخ داده است که به نظر می رسد این آمار به ۳ برابر در سال ۲۰۲۰ افزایش یابد. تشخیص بیماری هپاتیت مزمن ناشی از ویروس C، موجب ایجاد افسردگی و اضطراب و همچنین منجر به نگرانی، سرخوردگی و ناامیدی در بیماران می شود. این بیماران از لحاظ پیدا کردن شغل، توانایی کارکردن و مراقبت از

خانواده‌هایشان دچار مشکل می‌شوند و توسط اجتماع و حتی گاهی توسط خانواده‌هایشان طرد می‌شوند (۱۰). هپاتیت مزمن ناشی از ویروس هپاتیت C در سراسر دنیا گسترش یافته و تقریباً ۱۸۰ میلیون نفر را در دنیا مبتلا کرده است. فرم مزمن هپاتیت علائم غیر اختصاصی و پراکنده‌ای را ایجاد می‌کند که شخص ممکن است از وجود آن آگاه نباشد (۱۱). مطالعات انجام شده روی ۶۴۲ بیمار مبتلا به هپاتیت مزمن ناشی از ویروس هپاتیت C در مقایسه با گروه کنترل نشان داد که نمرات کیفیت زندگی این بیماران در مقایسه با افراد سالم کمتر بوده است. عفونت هپاتیت مزمن ناشی از ویروس هپاتیت C با افزایش خستگی، کاهش توانایی عملکردی در کار، منزل و مدرسه همراه است. فرد مبتلا به سلامت خود اعتمادی ندارد و نگران وضعیت سلامت خود در آینده است (۱۲). دلایل متعددی برای کاهش کیفیت زندگی مطرح است، مانند اثرات جانبی داروهای مورد استفاده، نوع درمان، علائم و نشانه‌های بیماری نظیر خستگی، اضطراب، آنفلوآنزا، افسردگی و تحریک پذیری، بی‌خوابی، اختلال در حافظه، ناتوانی جنسی، کاهش تمرکز، خارش، درد مفاصل و تب (۱۳). تشخیص بیماری هپاتیت موجب افسردگی و اضطراب و هم‌چنین منجر به نگرانی، سرخوردگی و ناامیدی در بیماران می‌شود. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن ناشی از ویروس هپاتیت C علائم آشکار بالینی افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۴). یکی از اساسی‌ترین مفاهیم بنیادی روان‌شناسی که مورد توجه پژوهش‌گران این رشته می‌باشد سلامت عمومی است. آن‌ها همیشه سعی داشته‌اند که با داشتن تعریف جامع و کامل از این مفهوم و بررسی عواملی که در سلامت عمومی انسان نقش دارد، به انسان برای رسیدن به تعادل روحی و آرامش فکری و کمال مطلوب کمک کنند. سلامت عمومی، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌هایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه‌های مطلوب‌تری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند

(۱۵). از دیگر مؤلفه‌های با اهمیت در بیماران، خودکارآمدی است. از دیدگاه بندورا خودکارآمدی توانایی فرد در انجام یک عمل خاص در کنار آمدن با یک موقعیت ویژه است. به عبارتی، خودکارآمدی به قضاوت‌های افراد در رابطه با توانایی‌هایشان برای به ثمر رساندن سطوح طراحی‌شده‌ی عملکرد اطلاق می‌شود (۱۶). بیماران مبتلا به هپاتیت و ایدز نیز به عنوان عضوی از جامعه، با کوله باری از ناراحتی‌های جسمی، روحی-روانی که با خود حمل می‌کنند، حق حیات و زندگی با کیفیت را دارند. متأسفانه به دلیل برجسته‌یابی که به این گروه از افراد زده می‌شود و ریشه احساس گناهی که در وجودشان جوانه می‌زند، تمایل به پنهان‌کاری ابتلا به این ویروس در آن‌ها بیشتر می‌شود، این مسئله خود یک سیکل معیوب ایجاد می‌کند. از سویی، اضطراب، افسردگی و عدم آرامش را برای خود فرد به وجود می‌آورد و از سوی دیگر زمینه گسترش بیماری را در سطح جامعه فراهم می‌سازد. از آن‌جا که غالب این افراد در سنین فعال اجتماعی، اقتصادی هستند، بنابراین، نیازمند حمایت اجتماعی، عاطفی، روانی می‌باشند. برنامه‌های حمایتی برای بالا بردن کیفیت زندگی این افراد می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا با مشکلاتشان به صورت فعال برخورد نمایند و بر زندگی خود کنترل داشته و از آن لذت ببرند. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند کسانی که حس خودکارآمدی کمی دارند، از سلامت بدنی و روانی کمتری برخوردارند. این افراد نمی‌توانند با استرس کنار بیایند، در نتیجه دستگاه غدد درون‌ریز و دستگاه شبه‌افیونی آن‌ها فعال می‌شود و دستگاه ایمنی آن‌ها لطمه می‌بیند. به این ترتیب افراد یاد شده مستعد عفونت و بیماری می‌شوند. از طرفی دیگر، خودکارآمدی بالا، توان کنار آمدن با استرس را ایجاد می‌کند و تأثیر سوء بدنی ندارد. هم‌چنین، خودکارآمدی پایین با سلامت روانی پایینی رابطه دارد (۱۶). در حال حاضر، بحث سلامت یکی از نگرانی‌های عمده برای متخصصان بهداشت است و دستیابی به اطلاعات روان‌شناختی در مورد بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز و هپاتیت

روان‌پزشکی و شناختی شدید از جمله کم توان ذهنی، دمانس ناشی از ایدز، ناشنوایی و سابقه هرگونه درمان مداخله ای که با موضوع این پژوهش در ارتباط است، بود.

ابزارهایی که جهت سنجش میزان تفاوت متغیرها در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند، عبارت بودند از: (۱) مقیاس استرس ادراک شده: مقیاس استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کامارک و مرمستین تهیه شده و دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنارآمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد (۱۷). (۲) مقیاس خودکارآمدی: برای سنجش خودکارآمدی از مقیاس خودکارآمدی شرر و مادوکس (۱۹۸۲) استفاده شد. این مقیاس شامل ۱۷ سؤال به صورت کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. این مقیاس دارای سه جنبه از رفتار شامل «میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و مقاومت در رویارویی با موانع» را اندازه‌گیری می‌کند و به شیوه ۴ امتیازی لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۱۸). (۳) پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه، شناخته‌شده‌ترین آزمون غربالگری است که توسط گلدبرگ (۱۹۸۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است. در کل، نمرات پایین نشان‌دهنده سلامت روان و نمرات بالا حاکی از فقدان سلامت روانی است. این پرسشنامه، چهار مقیاس فرعی را در بر می‌گیرد که بدین شرح است: الف) نشانه‌های جسمانی (بدنی)، ب) علائم اضطراب، ج) اختلال در عملکرد اجتماعی و د) علائم افسردگی (۱۸).

#### یافته‌ها

کلیه شرکت‌کنندگان که در پژوهش حضور یافتند از نظر جنسیت ۶۸ درصد زن و ۳۲ درصد مرد، میانگین سنی افراد ۳۴ سال بود و ۶۴ درصد از شرکت‌کنندگان در دامنه

مزمین ناشی از ویروس هپاتیت C نه تنها راه گشای درمان های مؤثرتر و پیشرفت های آینده است، بلکه در ارتقای برنامه های حمایتی و اقدامات توانبخشی بسیار مؤثر است. همچنین، با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهشی که متغیرهای استرس ادراک شده، خودکارآمدی و سلامت عمومی را در این بیماران مورد مقایسه و ارزیابی قرار دهد، وجود ندارد. از این رو، در این پژوهش بر آن شده‌ایم تا به مسئله اصلی این پژوهش یعنی «آیا بین بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز و هپاتیت مزمن ناشی از ویروس هپاتیت C از لحاظ استرس ادراک شده، خودکارآمدی و سلامت عمومی تفاوت وجود دارد؟» پردازیم.

#### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی یعنی پس‌رویدادی یا علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر اراک و کلیه بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن ناشی از ویروس هپاتیت C مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مطب‌های خصوصی پزشکان متخصص داخلی فوق تخصص گوارش شهر اراک می‌باشند. روش نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی از نوع غربالگری بود. به این صورت که ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز و ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن ناشی از ویروس هپاتیت C و در مجموع ۲۰۰ نفر از جامعه آماری مربوطه بر اساس جدول مورگان و به صورت غربالگری انتخاب شدند. لازم به ذکر است که به لحاظ سن و جنسیت نیز دو گروه از بیماران با یکدیگر همسان شدند. معیارهای ورود افراد به پژوهش، شامل داشتن پرونده ابتلا به بیماری‌های سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز و هپاتیت مزمن ناشی از ویروس هپاتیت C در مرکز مربوطه، سن بالای ۱۸ سال، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی و رضایت شرکت‌کنندگان برای حضور در پژوهش و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل وجود مشکلات

پایین بودند. نتایج به دست آمده از تحقیق در جدول ۱ آورده شده است.

سنی ۳۰ تا ۴۰ سال بودند و سطح تحصیلات ۵۶ درصد شرکت کنندگان دیپلم و پایین تر از آن بود. از نظر طبقه اقتصادی نیز طبق گزارش شرکت کنندگان طبقه متوسط رو به

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه

| متغیرهای پژوهش       | گروه         | میانگین | تعداد | انحراف استاندارد |
|----------------------|--------------|---------|-------|------------------|
| استرس ادراک شده      | هیپاتیت مزمن | ۳۳/۱۲   | ۸۸    | ۳/۱۹             |
|                      | ایدز         | ۳۷/۸۱   | ۹۲    | ۲/۵۲             |
| خودکارآمدی           | هیپاتیت مزمن | ۳۸/۱۱   | ۸۸    | ۶/۶۰             |
|                      | ایدز         | ۳۱/۰۵   | ۹۲    | ۵/۰۳             |
| نشانه های جسمانی     | هیپاتیت مزمن | ۵/۷۱    | ۸۸    | ۲/۶۹             |
|                      | ایدز         | ۹/۰۵    | ۹۲    | ۳/۷۸             |
| اضطراب و خواب        | هیپاتیت مزمن | ۵/۷۶    | ۸۸    | ۱/۲۹             |
|                      | ایدز         | ۹/۴۶    | ۹۲    | ۳/۹۹             |
| کارکرد اجتماعی       | هیپاتیت مزمن | ۷/۵۶    | ۸۸    | ۳/۲۴             |
|                      | ایدز         | ۹/۵۵    | ۹۲    | ۴/۸۵             |
| افسردگی              | هیپاتیت مزمن | ۶/۱۸    | ۸۸    | ۳/۷۶             |
|                      | ایدز         | ۸/۳۸    | ۹۲    | ۴/۲۰             |
| سلامت روان (نمره کل) | هیپاتیت مزمن | ۲۵/۲۲   | ۸۸    | ۵/۹۲             |
|                      | ایدز         | ۳۶/۴۵   | ۹۲    | ۱۱/۳۱            |

نشانه های جسمانی (۳۶/۴۵)، اضطراب و خواب (۹/۴۶)، کارکرد اجتماعی (۹/۵۵) و افسردگی (۸/۳۸) بیماران مبتلا به ایدز نسبت به بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن بالاتر و نمرات خودکارآمدی (۳۱/۰۵) آن‌ها پایین تر است.

در جدول ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای وابسته تحقیق به تفکیک برای گروه بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز و بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن نشان داده شده است. با توجه به اطلاعات جدول میانگین نمرات استرس ادراک شده (۳۷/۱)،

جدول ۲. بررسی نرمال بودن توزیع اطلاعات متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه

| متغیرهای پژوهش       | گروه         | تعداد | نمره Z | p     |
|----------------------|--------------|-------|--------|-------|
| استرس ادراک شده      | هیپاتیت مزمن | ۸۸    | ۱/۳۲   | ۰/۰۹۱ |
|                      | ایدز         | ۹۲    | ۱/۴۱   | ۰/۰۷۲ |
| خودکارآمدی           | هیپاتیت مزمن | ۸۸    | ۰/۸۷   | ۰/۱۴۸ |
|                      | ایدز         | ۹۲    | ۰/۹۱   | ۰/۱۸۱ |
| نشانه های جسمانی     | هیپاتیت مزمن | ۸۸    | ۱/۵۱   | ۰/۰۶۷ |
|                      | ایدز         | ۹۲    | ۱/۳۸   | ۰/۰۷۳ |
| اضطراب و خواب        | هیپاتیت مزمن | ۸۸    | ۰/۲۳   | ۰/۵۳۰ |
|                      | ایدز         | ۹۲    | ۰/۵۰   | ۰/۳۴۵ |
| کارکرد اجتماعی       | هیپاتیت مزمن | ۸۸    | ۱/۴۳   | ۰/۰۷۵ |
|                      | ایدز         | ۹۲    | ۱/۱۰   | ۰/۰۹۹ |
| افسردگی              | هیپاتیت مزمن | ۸۸    | ۰/۸۹   | ۰/۱۹۰ |
|                      | ایدز         | ۹۲    | ۰/۷۴   | ۰/۱۸۶ |
| سلامت روان (نمره کل) | هیپاتیت مزمن | ۸۸    | ۰/۵۹   | ۰/۲۷۲ |
|                      | ایدز         | ۹۲    | ۱/۱۲   | ۰/۰۶۹ |

اطلاعات تأیید می‌شود. در نتیجه کلیه متغیرهای تحقیق در هر دو گروه دارای توزیعی نرمال هستند.

با توجه به جدول ۲ که بیان‌گر نرمال بودن توزیع اطلاعات با توجه به نمره Z به دست آمده و سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع

جدول ۳. نتیجه آزمون همسانی ماتریس کوواریانس‌ها (باکس)

| p     | df2       | df1 | F    | Box's |
|-------|-----------|-----|------|-------|
| ۰/۰۹۸ | ۶۷۲۲۶/۶۷۱ | ۱۰  | ۵/۶۳ | ۹/۵۰۱ |

ماتریس کوواریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین ترتیب مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس‌ها، به عنوان یکی از مفروضات آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برقرار می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، سطح معناداری آزمون باکس برابر با ۰/۰۹۸ می‌باشد. از آنجایی که این مقدار، بزرگتر از سطح معناداری (۰/۰۱) مورد نیاز برای رد فرض صفر می‌باشد، فرض صفر ما مبنی بر همسانی

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه استرس ادراک شده، خودکارآمدی و سلامت عمومی گروه‌ها

| p    | درجه آزادی خطا | درجه آزادی اثر | F      | مقادیر | آزمون‌ها          | اثر  |
|------|----------------|----------------|--------|--------|-------------------|------|
| ۰/۰۱ | ۱۷۴            | ۵              | ۳۶/۳۳۶ | ۰/۵۱۱  | اثر پیلایی        | گروه |
| ۰/۰۱ | ۱۷۴            | ۵              | ۳۶/۳۳۶ | ۰/۴۸۹  | لامبدای ویلکز     |      |
| ۰/۰۱ | ۱۷۴            | ۵              | ۳۶/۳۳۶ | ۱/۰۴۴  | اثر هتلینگ        |      |
| ۰/۰۱ | ۱۷۴            | ۵              | ۳۶/۳۳۶ | ۱/۰۴۴  | بزرگترین ریشه روی |      |

اکتسابی و بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن در نمرات مربوط به استرس ادراک شده، خودکارآمدی و سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه آزمون اثرات بین آزمودنی به منظور مقایسه نمرات دو گروه برای تک تک متغیرهای وابسته ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، سطح معنی‌داری هر چهار آماره چند متغیره مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، برابر با ۰/۰۱ است ( $p < 0/01$ ). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی

جدول ۵. آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه استرس ادراک شده بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت مزمن

| p    | F     | میانگین مجزورات | درجه آزادی | مجموع مجزورات | منبع       | متغیر           |
|------|-------|-----------------|------------|---------------|------------|-----------------|
| ۰/۰۱ | ۸۸/۱۸ | ۱۹۳/۲۷          | ۱          | ۱۹۳/۲۷        | بین گروهی  | استرس ادراک شده |
|      |       | ۲/۱۹۲           | ۱۷۸        | ۳۹۰/۱۳۶       | درون گروهی |                 |

فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات بیماران مبتلا به ایدز چنین نتیجه می‌شود که استرس ادراک شده آن‌ها بیشتر از بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن است.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۵، مقدار F به دست آمده، برای بررسی تفاوت نمرات استرس ادراک شده بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت مزمن برابر با ۸۸/۱۸ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. بنابراین فرض صفر رد و

جدول ۶. آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه خودکارآمدی بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت مزمن

| متغیر      | منبع       | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F     | p    |
|------------|------------|---------------|------------|-----------------|-------|------|
| خودکارآمدی | بین گروهی  | ۵۶۷۱/۵۲       | ۱          | ۵۶۷۱/۵۲         | ۶۸/۷۶ | ۰/۰۱ |
|            | درون گروهی | ۱۴۶۸۲/۲۸۱     | ۱۷۸        | ۸۲/۴۸۵          |       |      |

پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن چنین نتیجه می‌شود که خودکارآمدی آن‌ها بیشتر از بیماران مبتلا به ایدز می‌باشد.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۶، مقدار F به دست آمده، برای بررسی تفاوت نمرات خودکارآمدی بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت مزمن برابر با ۶۸/۷۶ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. بنابراین فرض صفر رد و فرض

جدول ۷. آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه ی سلامت روانی بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت مزمن

| متغیر            | منبع       | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F       | p    |
|------------------|------------|---------------|------------|-----------------|---------|------|
| نشانه های جسمانی | بین گروهی  | ۵۰۱/۲۸۵       | ۱          | ۵۰۱/۲۸۵         | ۴۶/۱۷   | ۰/۰۱ |
|                  | درون گروهی | ۱۹۳۲/۶۲۶      | ۱۷۸        | ۱۰/۸۵۷          |         |      |
| اضطراب و خواب    | بین گروهی  | ۶۱۷/۷۵۴       | ۱          | ۶۱۷/۷۵۴         | ۶۱۷/۷۵۴ | ۰/۰۱ |
|                  | درون گروهی | ۱۶۰۰/۸۹۱      | ۱۷۸        | ۸/۹۹۴           |         |      |
| کارکرد اجتماعی   | بین گروهی  | ۱۷۷/۴۳۱       | ۱          | ۱۷۷/۴۳۱         | ۱۰/۳۱۳  | ۰/۰۱ |
|                  | درون گروهی | ۳۰۶۲/۳۱۹      | ۱۷۸        | ۱۷/۲۰۴          |         |      |
| افسردگی          | بین گروهی  | ۲۱۷/۴۱۹       | ۱          | ۲۱۷/۴۱۹         | ۱۳/۶۰۴  | ۰/۰۱ |
|                  | درون گروهی | ۲۸۴۴/۷۷۶      | ۱۷۸        | ۱۵/۹۸۲          |         |      |

### بحث

تحقیق حاضر با هدف بررسی مقایسه استرس ادراک شده، خودکارآمدی و سلامت روان در بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز و هیپاتیت مزمن ناشی از ویروس هیپاتیت C انجام شد. نتایج مطالعه ما نشان داد که در میزان استرس ادراک شده، خودکارآمدی و سلامت روان، علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب، عملکرد اجتماعی در سطح ۰/۰۱ دو گروه با یکدیگر تفاوت دارند. نتایج مطالعه ما با تحقیقات انجام شده توسط یانگ و همکاران (۵)۲۰۱۵، گالو و همکاران (۸)۲۰۱۴، اولیوا و همکاران (۷)۲۰۱۰، امامی پور و

در جدول ۷ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه مؤلفه‌های سلامت عمومی بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت مزمن نشان داده شده است. با توجه به نتایج، مقدار F به دست آمده برای تمامی مولفه‌ها در سطح ۰/۰۱ معنی دار می‌باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات بیماران مبتلا به ایدز چنین نتیجه می‌شود که این افراد نسبت به بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن از سلامت عمومی کمتری برخوردار هستند.



بیش از پیش می افزاید و کیفیت زندگی شان را هر چه بیشتر در سراسری سقوط می اندازد. کسانی که به چنین گرفتاری های فردی و اجتماعی دچارند، روز به روز از سوی دوستان و نزدیکان و اجتماع طرد می شوند که این خود آمار طلاق و متارکه را در میان این افراد بالا می برد و همین مسئله نیز بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی شان تأثیر منفی می گذارد.

### نتیجه گیری

با توجه به یافته های مطالعه ما، روان شناسان و متخصصان حوزه سلامت روان، علاوه بر آموزش ارتباط جنسی مطمئن و تدابیر مربوط به پای بندی به رژیم دارویی بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز، باید عوامل روان شناختی تأثیرگذار بر روی این افراد از جمله استرس و فشارهای روحی حاصل از این بیماری را در نظر بگیرند. هم چنین لازم است کارگاه های آموزشی جهت اطلاع رسانی دقیق مبنی بر این که استرس و خودکارآمدی تا چه اندازه بر سلامت جسم و روان بیماران مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز تأثیرگذار است، برگزار شود.

### تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش که با رعایت ملاحظات اخلاقی به تعهدات خویش پایبند بودند تشکر و قدردانی می نمایم.

### منابع

1. Emamipour S, Shams H, Sadrossadat j. [Comparison of mental disorders and quality of life in four groups of male addicts with AIDS, non-AIDS drug, non addicts affected by HIV and healthy]. journal Shahrekord Medical University 2013; 10(1):69-77
2. Shakeri J, Amin Zadeh S. [HIV positive mental state of patients referred to Kermanshah Health Center Counseling Center]. Journal

همکاران ۲۰۱۳ (۱)، شاکری و همکاران ۲۰۱۴ (۲)، کرامت و همکاران ۲۰۱۳ (۹)، قبری و همکاران ۲۰۱۲ (۱۲) و بهروزی و همکاران ۲۰۱۲ (۲۰) هم خوانی دارد. بیماران مبتلا به ایدز، در کشمکش فراوان با مشکلات عدیده ای نظیر فقر، افسردگی، مصرف مواد و حتی باورهای غلط فرهنگی به سر می برند که تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی آن ها، نه فقط از جنبه سلامت جسمی، بلکه از جنبه روحی روانی و اجتماعی از جمله مواجهه با استرس و تنیدگی گذاشته است و باعث مشکلات زیادی در انجام فعالیت های مفید و مورد علاقه بیماران شده است. ابتلا به ایدز از دیدگاه بسیاری از مردم جهان یک رسوایی است، نه یک بیماری و این احساس رسوایی و بی ارزشی هر روز برای بیماران مبتلا تکرار می شود. به دلیل این باور غلط که آلودگی مساوی است با مرگ، از دست دادن امید به زندگی، مخرب ترین پیامد این بیماری است که این پیامد نیز به نوبه ی خود بر تنیدگی و استرس و خودکارآمدی و سلامت عمومی بیماران مبتلا در مواجهه با بیماری تأثیر می گذارد و فرد را هر دو مقابله ای مخربی را در پیش خواهد گرفت.

کسانی که به HIV مثبت مبتلا هستند، در زندگی خویش دچار مشکلات فراوانی می باشند. بیشتر آن ها از وضعیت مالی خوبی برخوردار نیستند و از سوی دوستان و نزدیکان و هم چنین جامعه طرد شده اند. اعتماد به نفس آن ها بسیار پایین است و در بند اعتیاد گرفتارند. پایین بودن سطح سواد نیز یکی از مشکلاتی است که با آن دست به گریبان اند و میزان آمار طلاق و متارکه از جمله گرفتاری ایشان می باشد. شاید بتوان این چنین گفت که چون آن ها از سطح سواد بالایی برخوردار نیستند، در یافتن شغلی در خور و شایسته که بتواند زندگی معیشتی شان را تأمین کند ناتوانند و از این رو از وضعیت و وضعیت مالی خوبی برخوردار نیستند و دچار مشکلاتی چون نداشتن مسکن و سطح زندگی پایین می باشند. پایگاه اجتماعی این افراد پایین بوده و این مسئله در کنار اعتماد به نفس پایین سبب شده است که ایشان برای فرار از بار مشکلات به دامن اعتیاد پناه ببرند که این خود بر مشکلاتشان

- University of Medical Sciences Kermanshah 2014; 10(1):31-39
3. Dalal N, Greenhalgh D, Mao X. A stochastic model of AIDS and condom use. *Journal Math Anal Appl* 2013; 325(1):36-53.
  4. Yang MH, Chen YM, Kuo BI, Wang K. Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in northern Taiwan. *Journal of Nursing Research* 2015, 11 (3): 217-226.
  5. Carr RI, Gramling LF. Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS. *Journal of Association Nurses AIDS Care* 2012; 15 (5): 30-39.
  6. Oliva J, Roa C, Del Liano J. Indirect costs in ambulatory patients with HIV/AIDS in Spain. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2010; 21 (15): 1113-1121
  7. Galvao MT, Cerqueira AT, Marcondes-Machado J. Evaluation of quality of life among women with HIV/AIDS using HAT-QoL. *Hematology Journal* 2014; 20 (2): 430-437.
  8. Sadock B, Sadock VK, Roniz P. Summary of Psychiatry in Clinical Psychiatry and Behavioral Sciences: Translated by Razai P. Tehran Arjmand publication; 2015.
  9. Kramat F, Torabiyani M. [Assess and compare the quality of life in patients with chronic hepatitis B and C and healthy individuals in the province Hamedan ]. *University of Medical Sciences Hamedan* 2013; 20(2):151-159.
  10. Dinstage J. Acute viral hepatitis In Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL *Harrison's principles of internal medicine. Journal of Nursing Research* 2012; 14(9):243-254.
  11. Strauss E, Teixeira M. Quality of life and hepatitis C., the journal of the American medical Association 2011; 26(7): 755-765.
  12. Ghanbari A, Ghanati m. [ Quality of life in patients with hepatitis C compared with healthy subjects]. *journal University of Medical Sciences Orumieh* 2012; 18(9):41-50.
  13. Patterson AL, Morasco BJ, Fuller E. Screening for depression in patients with hepatitis C using the Beck Depression Inventory-II: Do somatic symptoms compromise validity. *the journal of the American medical Association* 2011; 33(4), 354-362.
  14. Zamanian Z, Kakouei, Ayatollahi M, Karimiyan M. [ Check the status of mental health nurses working in hospitals in Shiraz]. *Journal of School of Public Health and Institute of Health Research* 2014; 4:47-54.
  15. Chauhan S. Mental hygiene: A science of adjustment, New Delhi: Allied Publisher. *Hematology Journal* 2012; 41(4), 790-800.
  16. Muris P, Schmidt H, Lambrichs R, Meesters C. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behavior Research and Theory* 2013; 39:555-565.
  17. Fazli A. The effect of your training on general self distinguish women. [ Masters Thesis]. Allameh Tabatabai University Tehran; 2005.
  18. Noorbala AA, Bagheri Yazdi A, Kazami M. [ Validated 28-item General Health Questionnaire as a screening tool for psychiatric disorders in Tehran]. *Journal Hakim Research* 2011; 4:48-54 .
  19. Behrozi N, Pourseyedi SM. [ Perfectionism, perceived stress and social support, academic burnout ]. *journal Culture strategy* 2012; 5(20):83-102.