

مقاله‌ی پژوهشی

رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی با سلامت روان در بیماران HIV⁺

خلاصه

مقدمه: امروزه بررسی عوامل روان‌شناختی مداخله‌گر در ایجاد اختلالات روان‌شناختی در افراد HIV⁺ جهت ارتقای سلامت روان آنان به منظور سازگاری بیشتر با بیماری، از اهمیت فراوانی برخوردار است. از جمله‌ی این عوامل، سبک‌های دلبستگی و سبک مقابله‌ی مذهبی است که این مطالعه به بررسی رابطه‌ی آن‌ها با سلامت روان افراد HIV⁺ پرداخته است.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی مقطعی که طی اردیبهشت ۱۳۸۷ انجام شد، ۱۲۰ نفر از بیماران HIV⁺ تحت درمان در مراکز مشاوره‌ی رفتاری شیراز از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط پرسش‌نامه‌ی بازنگری شده‌ی دلبستگی بزرگسال کولینز و رید (RAAS)، مقیاس سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بادرکس و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ، بررسی گردیدند. از آزمون‌های رگرسیون چندگانه، تحلیل واریانس و تی، جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: بنا بر نتایج تحلیل واریانس داده‌ها، بیماران HIV⁺ دارای سبک دلبستگی ایمن در مقایسه با بیماران HIV⁺ دارای سبک‌های دلبستگی نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی دوسوگرا از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند ($P < 0/001$). نتایج آزمون تی مستقل مشخص نمود بیماران HIV⁺ که به میزان بیشتری از مقابله‌ی مذهبی مثبت استفاده می‌کردند از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند ($P = 0/007$). به منظور پیش‌بینی سلامت روان بر مبنای متغیرهای سبک دلبستگی ایمن و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج، حاکی از آن بود که در بیماران HIV⁺، متغیر سبک دلبستگی ایمن، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت روان می‌باشد.

نتیجه‌گیری: مقابله‌ی مذهبی مثبت و سبک دلبستگی ایمن می‌توانند منجر به سلامت روان بالاتر در بیماران HIV⁺ گردند.

واژه‌های کلیدی: دلبستگی، سلامت روان، مذهب، HIV

سید محمد داود حسینی

کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شیراز

جواد ملازاده

استادیار دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز

پروین افسر کازرونی

متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات اچ آی وی/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

محمود مینی‌لاری

کارشناسی‌ارشد روانشناسی، مدیر مرکز تحقیقات اچ آی وی/ایدز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

* مؤلف مسئول:

ایران، شیراز، خیابان مشیر فاطمی، ساختمان شماره‌ی ۲ دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز

تحقیقات ایدز

تلفن: ۰۷۱۱۲۳۴۸۹۳۰، داخلی ۱۰۷

maminil@yahoo.com

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۱۱/۳۰

تاریخ تایید: ۱۳۹۰/۹/۱۴

پی‌نوشت: این مطالعه پس از تایید معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص جمع‌آوری اطلاعات و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری واحد مدیریت بیماری‌های معاونت بهداشتی و مرکز تحقیقات ایدز و تمام افرادی که ما را در این مطالعه یاری رساندند اعم از معاونت محترم بهداشتی، مسئول محترم واحد مبارزه با بیماری‌ها و مسئول و کارکنان محترم مرکز مشاوره‌ی رفتاری شیراز، سپاسگزاری می‌گردد.

Original Article

The relationship between attachment styles and religious coping styles with mental health among HIV⁺ patients

Abstract

Introduction: Study of psychological factors affecting HIV-related mental illnesses is vital in promoting mental health of HIV patients. Among these factors are attachment styles and religious coping styles, which relation with mental health is studied in this study.

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional study, 120 HIV⁺ patients in counseling centers in Shiraz, were randomly selected. After completing consent form, patients were studied via Revised Adult's Attachment Styles (RAAS) by Collins and Reid, Religious Coping Styles Scale by Bodroxi and General Mental Health (GHQ) by Goldberg.

Results: Analysis of variance showed that HIV⁺ patients with secure attachment styles have better mental health than patients with both avoidant and anxious-ambivalent insecure attachment styles ($P < 0.001$). Independent t-test showed that patients who use positive religious coping more frequently ($P = 0.007$), have better mental health. To predict mental health based on secure attachment styles and religious coping styles, multiple regression method was used. Results indicated that among HIV⁺ patients secure attachment styles is the most important predictor of mental health.

Conclusion: Results indicated that higher positive religious coping and secure attachment styles can result in better mental health of HIV⁺ patients.

Keywords: Attachment, HIV, Mental health, Religion

Seyyed Mohammad Davoud Hosseini

M.Sc. in clinical psychology,
School of education &
psychology, Shiraz University

Javad Mollazadeh

Assistant professor of psychology,
School of education &
psychology, Shiraz University

Parvin Afsar Kazerouni

Community Medicine, Shiraz
HIV/AIDS Research Center,
Shiraz University of Medical
Sciences

**Mahmoud Amini Lari*

M.Sc. in General psychology,
Executive manager of Shiraz
HIV/AIDS Research Center,
Shiraz University of Medical
Sciences

***Corresponding Author:**

AIDS Research Center, 2nd
building of Shiraz University of
Medical Sciences, Moshir Fatemi
Ave., Shiraz, Iran

Tel: +987112348930, Ext: 107

maminil@yahoo.com

Received: Feb. 19, 2011

Accepted: Dec. 05, 2011

Acknowledgement:

This study was reviewed by the vice chancellor of Shiraz University of Medical Sciences. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Davoud Hosseini SM, Mollazadeh J, Afsar Kazerouni P, Amini Lari M. Relationship between attachment styles and religious coping styles with mental health among HIV⁺ patients. Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 14(1): 6-15.

مقدمه

ابتلا به عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی^۱ (HIV) و بیماری ایدز^۲ (AIDS) می‌تواند سلامت روان افراد را به میزان زیادی مورد تهدید قرار دهد. آگاهی از آلوده شدن به این بیماری، فشارهای روان‌شناختی و مشکلات اجتماعی زیادی از جمله افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی را در پی دارد (۱). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که حدود نیمی از افراد HIV⁺ درگیر انواعی از اختلالات روان‌پزشکی هستند که افسردگی رایج‌ترین آن‌ها است. هم‌چنین افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، بیشتر مستعد ابتلا به مشکلات روانی نسبت به افراد سالم می‌باشند (۲). از سوی دیگر با توجه به رابطه‌ی بین سلامت روان و انجام رفتارهای پرخطر، بهبود وضعیت سلامت روان افراد HIV⁺ با استفاده از درمان‌های روان‌شناختی و دارویی می‌تواند منجر به کاهش رفتارهای پرخطر و کاهش انتقال ویروس ایدز در این گروه گردد (۳). با وجود این که عفونت HIV و بیماری ایدز منجر به آسیب‌های روان‌شناختی زیادی می‌گردند، مطالعات اندکی، جنبه‌های بهداشت روانی این بیماری را مورد بررسی قرار داده‌اند (۴، ۵). پژوهشگران علاقه‌مند به سلامت روانی این گروه از بیماران سعی کرده‌اند عوامل روان‌شناختی میانجی و مداخله‌گر ایجادکننده‌ی اختلالات روان‌شناختی را مورد بررسی و کنترل قرار دهند (۶). مطالعات گذشته نشان می‌دهند که از جمله عوامل اصلی مرتبط با کاهش تنش ادراک شده در میان افراد HIV⁺ وجود سبک‌های مقابله‌ای، سبک‌های دلبستگی و ادراک حمایت اجتماعی مناسب در این گروه است (۷). از جمله همبسته‌های سلامت روانی در این بیماران که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، نوع سبک دلبستگی و سبک مقابله‌ی مذهبی می‌باشد (۸).

بالبی^۳ بر این اعتقاد بود که کودک بر اساس کیفیت روابط خود با والدین و میزان پاسخ‌دهی آن‌ها به نیازهایش، نوعی مدل ذهنی از خود و دیگران می‌سازد که در آینده، تاثیر حایز اهمیتی بر نوع روابط وی با محیط اطراف دارد (۹). در تبیین

بهرتر فرآیند دلبستگی، بار تلمو^۴ بر اساس دو بعد الگوی ذهنی از خود و الگوی ذهنی از دیگران، چهار نوع متفاوت از سبک‌های دلبستگی را مشخص و مجزا می‌سازد. این چهار طبقه شامل نوع ایمن (الگوی مثبت از خود و دیگران)، اجتنابی یا کوچک انگارانه (الگوی مثبت از خود و الگوی منفی از دیگران)، هراسان (الگوی منفی از خود و از دیگران) و مقاوم (الگوی منفی از خود و مثبت از دیگران) هستند (۱۰).

سبک دلبستگی ایمن با سازگاری و سلامت بیشتر ارتباط دارد (۱۱). تحقیقات نشان داده‌اند که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن در مقایسه با افراد دارای سبک‌های دلبستگی نایمن از نظر سلامت روان‌شناختی و شایستگی در محیط‌های شغلی و اجتماعی از شرایط بهتری برخوردار می‌باشند (۱۲). علاوه بر این، افراد دلبسته‌ی ایمن از حس خودکارآمدی بالایی نیز برخوردار می‌باشند. بر این مبنا محققان اذعان دارند که سبک دلبستگی ایمن دارای ارتباط نزدیکی با سلامت روان‌شناختی است (۱۳). نتایج مطالعات نشان داده است که سبک دلبستگی ایمن، رابطه‌ی معکوس با میزان نشانه‌شناسی بیماری‌های روانی و در مقابل سبک دلبستگی نایمن و سبک دلبستگی اجتنابی، رابطه‌ی مثبتی با میزان نشانه‌شناسی بیماری‌های روانی در افراد در معرض تهدید دارد (۱۴).

در میان افراد HIV⁺ نیز سبک‌های دلبستگی آن‌ها در ارتباط با دیگران از عوامل مهم مرتبط با تجربه‌ی تنش است. توانایی شکل دادن و نگهداری ارتباطات در قالب نظریه‌ی دلبستگی بالبی است یعنی انتقال از تجارب کودکی با شکل‌های مهمی از دلبستگی که بعدها روی توانایی فرد در برقراری ارتباط رضایت‌بخش در دوران بزرگسالی تاثیر می‌گذارد (۱۵). دلبستگی ارتباط مستقیمی با کیفیت برقراری روابط فرد HIV⁺ دارد که ممکن است نقش به‌سزایی را در سازگاری بیشتر با بیماری ایدز از طریق تاثیر بر توانایی جلب حمایت‌های اجتماعی بازی کند. هم‌چنین سبک‌های دلبستگی می‌تواند در مسیرهایی غیر از جلب حمایت‌های اجتماعی، موجب سازگاری بیشتر با بیماری گردد. هم‌چنین مدارکی مبنی بر تاثیر دلبستگی به عنوان یک عامل مهم در سازگاری بیشتر با

¹Human Immunodeficiency Virus

²Acquired Immunodeficiency Disease

³Bowlby

⁴Bartholomew

مطرح بوده و بیشتر بیماران مبتلا به عفونت HIV از جنبه‌های اعتقادی خود در جهت سازگار شدن با بیماری استفاده می‌کنند (۲۳، ۲۲). در مطالعه‌ای بر روی ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری ایدز مشخص شد که بین میزان به کارگیری سبک‌های مقابله‌ی مذهبی مثبت و کیفیت بهینه‌ی زندگی و میزان پایین تنش در بین این گروه از بیماران همبستگی مثبتی وجود دارد (۲۴). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که عواملی از قبیل ضعف باورهای معنوی در افراد HIV⁺ با افزایش خطر ابتلا به افسردگی رابطه دارد (۲۵، ۲۶). هم‌چنین اعتقادات معنوی پایین با تجربه‌ی علائم قابل توجه افسردگی در افراد HIV⁺ رابطه داشته است (۲۳). لذا کمک به بیماران جهت پناه بردن به مذهب و تامین نیازهای معنوی توسط محیط‌های درمانی و اجتماعی ممکن است به عنوان یکی از روش‌های کاهش علائم افسردگی در افراد HIV⁺ در نظر گرفته شود (۳، ۲۷). از سویی دیگر یکی از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی، بعد مذهبی معنوی آن است که این جنبه به ویژه در افرادی که با بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده‌ی زندگی رو به رو هستند، نادیده گرفته شده است. اگر چه مطالعات زیادی، کیفیت زندگی و به خصوص جنبه‌های مرتبط با سلامت آن را در افراد HIV⁺ بررسی کرده‌اند، ولی تنها تعداد کمی از آن‌ها نقشی معنویت را در بهبود کیفیت زندگی این افراد مورد مطالعه قرار داده‌اند (۲۸، ۲۹). نتایج حاکی از این مطالعات بیانگر آن است که در این گروه از افراد، معنویت بیشتر با رشد رضایت از زندگی، عملکرد، کیفیت زندگی و سلامت روان کلی افراد رابطه داشته است (۳۰، ۳۱) و در مطالعه‌ی دیگری نشان داده شده است که به طور حیرت‌انگیزی نزدیک به نیمی از افراد اعتقاد داشتند که زندگی آن‌ها نسبت به زمانی که HIV⁺ نبوده‌اند در وضعیت بهتری قرار دارد و جنبه‌های معنوی بیماری با احساس بهتر بودن زندگی در آن‌ها ارتباط داشته و این موضوع، بیانگر نقشی است که جنبه‌های معنوی مذهبی در کیفیت زندگی این افراد بازی می‌کند (۳۲).

اعتقادات مذهبی به طور قابل توجهی نگرش فرد را در خصوص زندگی با ویروس ایدز شکل می‌دهد. فعالیت‌ها و باورهای مذهبی می‌توانند احساس امیدواری و آرامش را در

تعارضات روابط بین فردی وجود دارد که این موضوع به ویژه در جمعیت‌های HIV/AIDS که افراد به میزان زیادی از نداشتن دوست و روابط عاشقانه رنج می‌برند، مهم است (۱۶). مطالعات دیگری از این قبیل در افراد HIV⁺ نشان داده‌اند که در این گروه سبک دلبستگی رومانتیک و عاشقانه به طور معنی‌داری با میزان تنش، افسردگی و احساس انگ و تبعیض ادراک شده مرتبط با HIV رابطه دارد (۱۷). هم‌چنین بیماران HIV⁺ دارای سبک دلبستگی ناایمن در مقایسه با بیماران دارای سبک دلبستگی ایمن، افسردگی و مشکلات خلقی بیشتری را نشان می‌دهند و عامل ایجادکننده‌ی این حالت، برداشت منفی افراد از خودشان و افراد دیگر می‌باشد (۱). از سویی دیگر افراد دارای سبک دلبستگی ایمن نسبت به افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن، تمایل بسیار زیادی به جستجوی حمایت اجتماعی به عنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای نشان می‌دهند (۱۹، ۱۸). هم‌چنین افراد دلبسته‌ی اجتنابی تمایل بسیار کمی به جستجوی حمایت اجتماعی در مواقع تنهایی و مشکلات دارند (۱۳). موضوع دیگری که در سال‌های اخیر به طور گسترده‌تری مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، سبک‌های مقابله‌ی مذهبی می‌باشد و از جمله دیدگاه‌های موجود در مورد نقش مذهب در زندگی انسان، تلقی مذهب به عنوان نوعی سبک مقابله با تنش و تنیدگی‌های زندگی می‌باشد (۲۰). آن دسته از بیمارانی که به میزان بیشتری از سبک‌های مقابله‌ی مذهبی استفاده می‌کنند، سریع‌تر از افراد دیگر، غم و نگرانی حاصل از شرایط تنش‌زای بیماری خود را حل کرده و با شرایط نامطلوب کنار می‌آیند (۲۱).

مذهب به عنوان یک موضوع مهم، اغلب در زندگی افرادی که با HIV زندگی می‌کنند مورد غفلت واقع شده است. مواجهه با خیل عظیمی از بحران‌های بهداشتی ممکن است برای افراد HIV⁺ فرصتی باشد که به اعتقادات مذهبی خود رجوع کرده تا به تبع آن از پیامدهای مثبت در کیفیت زندگی و سازگاری بیشتر با بیماری بهره ببرند. طی چند سال گذشته، مطالعات زیادی در حوزه‌های مرتبط با نقش مذهب و معنویت در سازگاری و سلامت انجام شده است. مذهب اغلب به عنوان یک موضوع محوری برای افراد درگیر با بیماری‌های مزمن

مذکور تا کنون در جامعه‌ی ما بر روی این بیماران مورد بررسی قرار نگرفته و لزوم کسب اطلاعات موثر در مورد مولفه‌های تاثیرگذار بر سلامت روانی افراد HIV⁺ در شیراز، این مطالعه با هدف بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی با سلامت روان این افراد انجام شد.

روش کار

جامعه‌ی آماری مطالعه‌ی توصیفی و مقطعی حاضر، تمام بیماران HIV⁺ دارای پرونده‌ی فعال بودند که جهت استفاده از خدمات بهداشتی‌درمانی به مراکز مرتبط شیراز، مراجعه می‌کردند (۱۳۰۰ نفر) و نمونه‌ی مورد بررسی نیز تعداد ۱۲۰ نفر از این افراد بودند. ابتدا فهرست تمام بیماران HIV⁺ از مراکز بهداشتی‌درمانی شهرستان شیراز اخذ و سپس از بین آن‌ها، افراد نمونه به طور کاملاً تصادفی انتخاب شدند که پس از حضور در مراکز و یا تماس و ارتباط و دعوت از آن‌ها جهت شرکت در تحقیق در محل مراکز درمانی مورد مطالعه قرار می‌گرفتند. این مطالعه در طی سال ۱۳۸۷ انجام گرفت. از آزمون‌های توصیفی و هم‌چنین آزمون‌های رگرسیون چندگانه، تحلیل واریانس و تی مستقل جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- ابزار سنجش سبک‌های دلبستگی: برای سنجش سبک‌های دلبستگی از پرسش‌نامه‌ی بازنگری شده‌ی دلبستگی بزرگسال^۱ (RAAS) کولینز و رید، استفاده شد. این مقیاس نوعی خود ارزیابی از مهارت‌های ایجاد ارتباط و شیوه‌ی شکل‌دهی به دلبستگی‌های نزدیک است که مشتمل بر ۱۸ ماده است که توسط علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت (از صفر: اصلاً ویژگی من نیست تا ۴: کاملاً ویژگی من است) سنجیده می‌شود. انجام تحلیل عوامل روی این پرسش‌نامه ۳ زیرمقیاس ۶ ماده‌ای را مشخص می‌سازد. میزان اعتماد و اتکای فرد به دیگران (با توجه به این که در مواقع لزوم قابل دسترسی‌اند) را اندازه‌گیری می‌کند. نزدیک بودن یعنی میزان آسایش فرد در رابطه‌ی همراه با صمیمیت و نزدیکی عاطفی را می‌سنجد. اضطراب یعنی ترس از داشتن رابطه را اندازه می‌گیرد.

فرد ایجاد کرده و او را برای مرگ احتمالی و پذیرش این موضوع آماده کنند (۳۰). هم‌چنین مطالعات انجام شده در آمریکا نشان می‌دهند که افرادی که با HIV زندگی می‌کنند از مذهب به عنوان وسیله‌ای برای سازگاری با بیماری خود استفاده می‌کنند (۲۵، ۳۲) و غالباً تشخیص عفونت اعتقادات بیمار را تقویت می‌کند، لذا افزایش اعتقادات معنوی و مذهبی بعد از ابتلا به عفونت با پیشرفت کندتر بیماری رابطه دارد (۳۳). در یک مطالعه طولی نشان داده شده است که ارتقاء جنبه‌های معنوی و مذهبی بعد از تشخیص عفونت HIV می‌تواند منجر به پیشروی کندتر بیماری گردد (۳۴). با این وجود اگر چه نقش مذهب به عنوان یک عامل اساسی در تغییر رفتارهای انسان مبرهن است اما این عامل همیشه نمی‌تواند در تمام افراد به دلیل وجود تفاوت‌های فردی و گرایش‌های مختلف مذهبی، تضمین‌کننده‌ی تغییر رفتار باشد (۳۵).

مهم‌ترین هدف این مطالعه، شناسایی متغیر مهم سلامت روان بیماران مبتلا به عفونت HIV و ارتباط آن با سبک‌های مقابله‌ی مذهبی به منظور استفاده در طراحی یک برنامه‌ی درمانی جامع همراه با مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر مذهب به عنوان یک عامل تاثیرگذار بوده است. به این دلیل متغیرها به نوعی انتخاب شدند که بتوانند چه از نظر درون‌فردی و چه از نظر بین‌فردی و به طور یکپارچه تاثیر بیشتری برای افراد به همراه داشته باشند و از طریق آن‌ها مداخلات بعدی طراحی گردد. در این راستا و با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی و خاص این بیماری، متغیرهای سبک‌های مقابله‌ی مذهبی و سبک دلبستگی جهت بررسی ارتباط آن‌ها با سلامت روان انتخاب شدند. در بررسی‌های اولیه‌ی سلامت روان بیماران HIV مشخص گردید این که این بیماری دارای بار هیجانی متفاوتی نسبت به سایر بیماری‌ها است و هم‌چنین به دلیل این که این گروه از افراد معمولاً از پیشینه‌ی اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و خانوادگی متفاوت و وضعی برخوردارند و عوامل مختلف در گذشته و حال و خود بیماری می‌تواند منجر به آشفتگی‌های روانی در آن‌ها گردد، لذا انجام بررسی دقیق در خصوص ارتباط سبک‌های دلبستگی با سلامت روان، لازم به نظر می‌رسد. با توجه به دلایل فوق و با عنایت به این نکته که هیچ کدام از متغیرهای

¹Revised Adult Attachment Scale

خواسته شد تا پرسش‌نامه‌ها را برای اجرا در اختیار بیماران مورد نظر قرار دهد. پرسشگر مورد نظر، دانشجوی کارشناسی رشته‌ی روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور خرامه مبتلا به عفونت HIV بود که نقش یک پرسشگر همسان را بازی می‌کرد. با توجه به آشنایی قبلی ایشان با این گونه پژوهش‌ها و پذیرش بیشتری که در میان بیماران داشت، پس از ارایه‌ی توضیحات لازم و توجیه علمی و عملی، فرآیند اجرای آزمون‌ها را به عهده گرفت. برای انجام این امر، طی جلسه‌ای با فرد مورد نظر آموزش‌های لازم به ایشان داده شد.

قبل از اجرای پرسش‌نامه‌ها توضیحاتی در مورد نحوه‌ی پاسخگویی به سئوالات به آزمودنی‌ها ارایه گردید. البته در بعضی از موارد، به دلیل کم‌سواد بودن تعداد زیادی از بیماران مورد مطالعه، سئوالات توسط آزمونگر برای بیماران خوانده و تکمیل می‌شد.

نتایج

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $3/23 \pm 46/02$ با دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۶۰ سال و متوسط مدت زمان ابتلا به بیماری $2/58 \pm 3/43$ با دامنه‌ی ۲ تا ۶ سال بود.

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک سویه‌ی بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی دوسوگرا با سلامت روان نشان داد که بین تاثیرگذاری سبک‌های دلبستگی مختلف در متغیر سلامت روان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=6/83, P<0/002$). جهت مشخص نمودن تفاوت میان سبک‌های دلبستگی از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که در عامل سلامت روان بین سبک دلبستگی ایمن با سبک نایمن اجتنابی و سبک دلبستگی ایمن با سبک نایمن اضطرابی دوسوگرا، تفاوت معنی‌دار دیده شد و میانگین سبک دلبستگی ایمن ($16/63$) از میانگین دو سبک دیگر یعنی اجتنابی ($7/65$) و اضطرابی دوسوگرا ($8/99$) بالاتر بود. این یافته مبین آن است که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن از سلامت روان بهتری برخوردار بودند.

در خصوص بررسی وضعیت سلامت روان افراد HIV^+ که به میزان بیشتری از سبک‌های مقابله‌ی مذهبی استفاده می‌کنند در مقایسه با بیماران HIV^+ که به میزان کمتری از سبک‌های

روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۳۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ سبک‌های دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی دوسوگرا به ترتیب $0/84$ ، $0/75$ و $0/81$ محاسبه گردید.

۲- ابزار سنجش سبک‌های مقابله‌ی مذهبی: برای سنجش سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بیماران HIV^+ از مقیاس سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بادرکس^۱ استفاده شد. این پرسش‌نامه‌ی خودگزارشگر در سال ۱۹۹۵ توسط ادوین بادرکس و همکاران جهت بررسی سبک‌های مقابله‌ی مذهبی تدوین گردید. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۵ برای فرهنگ اسلام و ایران استاندارد و پایایی آن $0/95$ گزارش شده است (۳۷).

این پرسش‌نامه دارای ۴۰ سؤال می‌باشد که به هر سؤال نمره‌ی صفر تا ۴ تعلق می‌گیرد. نمره‌ی کلی از صفر تا ۱۶۰ متغیر می‌باشد. در این مطالعه نیز ضریب آلفای کرونباخ مقیاس سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بادرکس $0/87$ به دست آمد.

۳- ابزار سنجش سلامت روان: به منظور سنجش سلامت روان بیماران HIV^+ از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی^۲ (GHQ) گلدبرگ، فرم ۲۸ سئوالی استفاده شد. این فرم توسط گلدبرگ و هیلر از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده و از ۴ خرده‌آزمون تشکیل شده است که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال می‌باشد. روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی بر اساس سه روش بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته است که ضرایب پایایی به دست آمده به ترتیب $0/93$ ، $0/90$ و $0/90$ می‌باشند (۳۸).

روش جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات

تعداد ۱۲۰ نفر از بیماران HIV^+ از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. از آن‌ها خواسته شد که پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دلبستگی کولینز و رید، مقیاس سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بادرکس و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ را تکمیل کنند. به دلیل شرایط خاص بیماران HIV^+ و لزوم مخفی ماندن هویت افراد گروه نمونه به توصیه‌ی مسئولان دانشگاه علوم پزشکی، برای اجرای پرسش‌نامه‌ها از یکی از بیماران HIV^+

^۱Bodrox

^۲General Health Questionnaire

مقابله‌ی مذهبی استفاده می‌کنند، ابتدا افراد بر اساس نمرات مقیاس سبک‌های مقابله‌ای به دو گروه با مقابله‌ی مذهبی مثبت و منفی، تقسیم (با نقطه‌ی برش ۸۰) و سپس میانگین نمرات

سلامت روان در این دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این تحلیل آماری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- آزمون تی مستقل برای دو گروه از افراد HIV⁺ با مقابله‌ی مذهبی مثبت و منفی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آزمون لوین		df	t	سطح معنی داری
			F	سطح معنی داری			
سلامت روان	۵۷/۵	۷/۳۱	۰/۱۶	۰/۶۸	۲۱	۲/۹۸	۰/۰۰۷
	۴۸/۵۶	۶/۴۸					

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات نشان داده‌اند که در کنار نشانه‌های جسمی بیماری سایر عوامل خطر روانی اجتماعی از قبیل سبک دلبستگی و احساس انگ و تبعیض با میزان تنش و افسردگی ادراک شده در زنان و مردان HIV⁺ ارتباط دارد (۳۸) و افراد HIV⁺ که تنش‌های بیشتری را متحمل می‌شوند معمولاً افرادی هستند که روابط بین فردی خود را بر اساس سبک دلبستگی نایمن و اضطرابی شکل می‌دهند (۷).

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی تاثیر سبک‌های دلبستگی و مقابله‌ی مذهبی بر سلامت روان افراد HIV⁺ بود. نتایج این مطالعه نشان داد که هم سبک‌های دلبستگی و هم سبک‌های مقابله‌ی مذهبی نقش مهمی در سلامت روان افرادی که با HIV زندگی می‌کنند ایفا می‌کند، به گونه‌ای که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن در مقایسه با افراد دارای سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی دوسوگرا از سلامت روان بهتری برخوردار بوده و سبک دلبستگی ایمن، بیشترین میزان تغییرات واریانس عامل سلامت روان را تبیین می‌کند. این یافته با نتایج تحقیقات متعددی همسو است (۴۰،۳۹،۱۱،۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت که بر اساس نظر بالبی سبک دلبستگی موجب شکل‌گیری خودپنداره‌ی فرد می‌شود. افراد دلبسته‌ی ایمن دارای نوعی ادراک مثبت از خود می‌باشند و این خودپنداره به فرد اجازه می‌دهد تا در زمان برخورد با شرایط تنش‌زا، کنترل شناختی و هیجانی خود را از دست ندهد و بتواند شرایط تنش‌زا را در کنترل خود درآورد. این افراد به دلیل داشتن اعتماد به توانایی و قدرت فردی خود بر شرایط تنش‌زا غلبه کرده و با کنترل منابع تنش و آشفستگی از سلامت روان

همان طور که از یافته‌های جدول فوق استنباط می‌شود، بین دو گروه دارای مقابله‌ی مذهبی مثبت و منفی از نظر نمره‌ی سلامت روان، تفاوت وجود دارد و این تفاوت در سطح ۰/۰۰۷ معنی دار می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که بیماران HIV⁺ دارای مقابله‌ی مذهبی مثبت در مقایسه با بیماران HIV⁺ دارای مقابله‌ی مذهبی منفی از سلامت روان بالاتری برخوردارند. برای پاسخ به این سؤال که کدام یک از متغیرهای سبک دلبستگی ایمن و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی، پیش‌بینی‌کننده‌ی بهتری برای سلامت روان بیماران HIV⁺ می‌باشند، از روش رگرسیون چندگانه استفاده شد. خلاصه‌ی نتایج این تحلیل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- خلاصه‌ی تحلیل رگرسیون چندگانه برای سلامت روان در افراد HIV⁺ با سبک‌های دلبستگی ایمن و مقابله‌ی مذهبی

عامل	R ²	F	B	سطح معنی داری
گام اول	۰/۳۰	۱۰/۰۲	۷/۰۲	۰/۰۰۴
سبک دلبستگی ایمن				
گام دوم	۰/۱۶	۹/۵۵	۰/۴۰	۰/۰۰۱
سبک‌های مقابله‌ی مذهبی				

با توجه به نتایج جدول ۲، سبک دلبستگی ایمن و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت روان هستند. سبک دلبستگی ایمن ۳۰ درصد تغییرات واریانس عامل سلامت روان را تبیین کرده و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی نیز ۱۶ درصد تغییرات واریانس عامل سلامت روان را تبیین می‌کند که معادله‌ی رگرسیون آن به صورت زیر می‌باشد.

$$\hat{Y} = -2/6 + [(7/0.2)X1] + [(-0/4)X2]$$

X1=سبک دلبستگی ایمن

X2=سبک‌های مقابله‌ی مذهبی

Ŷ=سلامت روان

فرد را با کمک ساز و کارهای فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی بالا برد (۳۰). اعتقادات مذهبی قوی می‌تواند منجر به بهبود روابط شخصی و اجتماعی فرد گشته، توان او را در چالش با موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مشکل‌آفرین زندگی بیشتر کرده و سازگاری وی را با محیط اطرافش افزایش دهد و در نهایت به عنوان یک عامل محافظتی در برابر افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی به کار رود (۳).

یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات گذشته در خصوص ارتباط بین زمینه‌های معنوی و سلامت در افراد HIV⁺ همسو می‌باشد، به گونه‌ای که افراد با سطوح معنوی بالاتر از سلامت روان و کیفیت زندگی بهتری برخوردار بوده و علایم مرتبط با عفونت کمتری را گزارش داده‌اند (۲۸،۴۳). مطالعات گذشته نشان داده‌اند که افراد مبتلا به HIV/AIDS اغلب از راهکارهای مقابله‌ی مذهبی (یعنی مدیریت یک موقعیت مشکل‌زا با استفاده از جنبه‌های معنوی مذهبی) جهت پیدا کردن معنی و هدف در زندگی، کنار آمدن با احساس شرم و گناه ناشی از بیماری و مبارزه با غم و اندوه‌های حاصل از آن استفاده می‌کنند (۴۴-۴۶). ساز و کارهای مقابله‌ی مذهبی مثبت در مقابل ساز و کارهای مقابله‌ی مذهبی می‌تواند منجر به تجربه‌ی نتایج مثبت‌تر در زندگی افراد با بیماری‌های مزمن گردد (۴۶،۴۷).

به دلیل وضعیت خاص و شرایط جسمی و روحی نامناسب آزمودنی‌ها این مطالعه نیز با محدودیت‌هایی در مراحل انتخاب نمونه و جمع‌آوری اطلاعات به خاطر عدم همکاری تعدادی از بیماران رو به رو بود که این مشکل با استفاده از حجم نمونه‌ی بالاتر، حذف پرسش‌نامه‌های مخدوش و تکمیل پرسش‌نامه از طریق خواندن سئوالات توسط پرسشگر مرتفع شد. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی مشابه روی افراد با فرهنگ‌ها و زمینه‌های اعتقادی مختلف در کشورهای مختلف و در هر دو جنس به منظور مقایسه‌ی تاثیر عوامل فرهنگی و جنسیتی انجام گیرد.

بهبتری برخوردار می‌شوند (۳۹). نکته‌ی قابل توجه دیگر آن است که بیماران HIV⁺ دارای سبک دلبستگی ایمن به دلیل دارا بودن ادراک مثبت از دیگران، به راحتی می‌توانند از منابع حمایت اجتماعی موجود در محیط اطراف‌شان استفاده کنند، لذا توانایی آنان برای غلبه بر شرایط تنش‌زا افزایش می‌یابد (۴۱). افراد دارای دلبستگی ایمن در هنگام برخورد با شرایط تنش‌زا بیشتر از راهبردهای حمایت‌جویانه استفاده می‌کنند، در حالی که افراد دلبسته‌ی ناایمن اجتنابی و اضطرابی‌دوسوگرا بیشتر از راهبردهای هیجان‌محور و دوری‌کننده استفاده می‌کنند (۲۸). لذا با توجه به دلایل و نتایج مطرح شده، سبک دلبستگی ایمن می‌تواند بهترین و قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی تغییرات واریانس متغیر سلامت روان بیماران HIV⁺ باشد.

نکته‌ی دیگری که از یافته‌های پژوهش به دست می‌آید این است که بعد از متغیر سبک دلبستگی ایمن، متغیر سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بخشی از تغییرات واریانس متغیر سلامت روان بیماران HIV⁺ را پیش‌بینی می‌کند. در تبیین این مسئله باید به نکاتی اشاره داشت. اول این که آن دسته از بیماران HIV⁺ که به میزان بیشتری از سبک‌های مقابله‌ی مذهبی استفاده می‌کنند، قادر هستند با وجود تجربه‌ی شرایط بسیار ناگوار بیماری، معنا و مفهوم تازه‌ای در زندگی خود بیابند و شرایط روحی و روانی بهتری را تجربه کنند. نکته‌ی دیگر این که به دلیل آسیب‌های شدید ناشی از ابتلا به بیماری، فرد از قدرت کافی در کنترل شرایط نامساعد اطراف خود برخوردار نیست در حالی که با به کارگیری سبک‌های مقابله‌ی مذهبی می‌تواند سرنوشت زندگی خود را به قدرت خداوند واگذار کرده و احساس کنترل بیشتری بر محیط داشته باشد.

نتایج مطالعات نشان می‌دهند که سلامت معنوی پایین‌تر با تجربه‌ی بیشتر علایم افسردگی در افراد HIV⁺ ارتباط دارد (۳،۴۲). سلامت معنوی یا احساس زندگی هدف‌مند و متصل بودن به یک قادر متعال ممکن است سلامت جسمانی و روانی

References

1. Evans S. Predictors of depression for HIV-positive adults in group therapy: Effect of perceived social support, adult attachment style, coping and demographics: A multiple regression analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 143: 696-705.

2. Brandt R. The mental health of people living with HIV/AIDS in Africa: A systematic review. *Afr J AIDS Res* 2009; 8 (2): 123-33.
3. Yi MS, Mrus JM, Wade TJ, Ho ML, Hornung RW, Cotton S, et al. Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 21-7.
4. Boyer P. Religion explained: The evolutionary origins of thought. *J Relig Health* 2001; 29(1): 55-68.
5. Atkinson JH, Grant I, Kennedy CJ, Richman D, Spector S. Psychiatric context of acute/early HIV infection. The NIMH multisite acute HIV infection study. *AIDS Behav* 2009; 13: 1061-7.
6. Igerja I, Zuroff D, Koestner R, Saltaris C. Social motives, social support and distress in gay men differing in HIV status. *J Res Pers* 2000; 34: 287-304.
7. Koopman C, Gore-Felton C, Marouf F, Butler ID, Field N, Gill M, et al. Relationships of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV-positive persons. *AIDS Care* 2000; 12(5): 663-72.
8. Turner-Cobb J, Gore-Felton G, Marouf F, Koopman C, Kims P, Istaelski D, et al. Coping, social support, and attachment style as psychological correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *J Behav Med* 2002; 25(4): 337-53.
9. Berk L. [Development through the lifespan]. 9th ed. Tehran: Arasbaran; 2001: 35-41. (Persian)
10. Bartholomew K. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *J Soc Pers Relat* 1990; 7: 147-78.
11. Mikulincer M, Nachson D. Attachment styles and patterns of self-disclosure. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 321-31.
12. Mikulincer M. Attachment style and the mental representation of the self. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 1203-15.
13. Collins N, Reed SJ. Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58(4): 644-63.
14. Mikulincer M, Horesh N, Eilati H, Kotler M. The association between adult attachment style and mental health in extreme life-endangering conditions. *Pers Individ Dif* 1999; 27: 831-42.
15. Gluhoski VL, Fishman B, Perry SW. The impact of multiple bereavement in a gay male sample. *AIDS Educ Prev* 1997; 9(6): 521-31.
16. Riggs SH, Vosvick M, Stallings S. Attachment style, stigma and psychological distress among HIV+ adults. *J Health Psychol* 2007; 12(6): 922-36.
17. Mikulincer M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies and post traumatic psychological distress: The impact of the Gulf war in Israel. *J Pers Soc Psychol* 1993; 64(5): 817-26.
18. Simpson J, Rholes W, Nelligan J. Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *J Pers Soc Psychol* 1992; 62: 434-46.
19. Pargament KI, Park CL. In times of stress: The religion-coping connection. *J Sci Stud Relig* 1997; 31(1): 43-53.
20. Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Blizard R. Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: Prospective study. *BMJ* 2002; 324: 1551-4.
21. Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman AH, Feinberg J, et al. Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 5-13.
22. McCormick DP, Holder B, Wetsel MA, Cawthon TW. Spirituality and HIV disease: An integrated perspective. *J Assoc Nurs AIDS Care* 2001; 12: 58-65.
23. Flannelly LT, Inouye J. Relationship of religion, health status, and socioeconomic status to the quality of life of individuals who are HIV positive. *Ment Health Nurs* 2001; 22: 253-72.
24. Coleman CL, Holzemer WL. Spirituality, psychological well-being, and HIV symptoms for African Americans living with HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1999; 10: 42-50.
25. Simoni JM, Ortiz MZ. Meditational models of spirituality and depressive symptomatology among HIV-positive Puerto Rican women. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2003; 9: 3-15.
26. Carrico AW, Ironson G, Antoni MH, Lechner SC, Duran RE, Kumar M. A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. *J Psychosom Res* 2006; 61(1): 51-8.
27. Grimsley LP. Spirituality and quality of life in HIV-positive persons. *J Cult Divers* 2006; 13: 113-8.
28. Coleman CL. Spirituality and sexual orientation: Relationship to mental-well being and functional health. *J Adv Nurs* 2003; 43: 457-64.

29. Pargament KI, McCarthy S, Shah P, Ano G, Tarakeshwar N, Wachholtz A, et al. Religion and HIV: A review of the literature and clinical implications. *South Med J* 2004; 97: 1201-9 Tnck I, McCain NL, Elswick RK. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *J Adv Nurs* 2001; 33: 776-83.
30. Tnck I, McCain NL, Elswick RK. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *J Adv Nurs* 2001; 33: 776-83.
31. Tseva J. Spirituality/religion and quality of Life in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 1-2.
32. Genrich GL, Brathwaite BA. Response of religious groups to HIV/AIDS as a sexually transmitted infection in Trinidad. *BMC Pub Health* 2005; 5: 44-51.
33. Ironson G, Stuetzle R, Fletcher MA. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 62-8.
34. Awoyemi SM. The Role of Religion in the HIV/AIDS Intervention in Africa: A possible model for conservation biology. *Conserv Biol* 2008; 22(4): 811-3.
35. Besharat MA, Golinejad M, Ahmadi AA. An investigation of the relationship between attachment styles and interpersonal problems Iranian. *J Psychaitr Clin Psychol* 2003; 8(4): 74-81.
36. Taghavi M, Kalafi Y, Talei A, Dehbozorgi G, Taghavi MR. [Investigating the relation of depression and religious coping and social support in women with breast cancer]. *Journal of Isfahan Medical School* 2011; 28: 28-30. (Persian)
37. Riggs SA, Vosvick M, Stallings S. Attachment style, stigma and psychological distress among HIV+ adults. *J Health Psychol* 2007; 12(69): 922-36.
38. Leong P. Religion, flesh and blood: Re-creating religious culture in the context of HIV/AIDS. *Soc Relig* 2006; 67(3): 295-311.
39. Fleishman JA, Fogel B. Coping and depressive symptoms among young people with AIDS. *Health Psychol* 1994; 13: 156-69.
40. Craig JA, Saltaris C, Koestner R, Zuroff D. The path from intimacy motivation to positive affect. *J Appl Soc Psychol* 1997; 13: 99-125.
41. Moreira JMF, Fatimasilva M, Moleiro C, Aguiar P, Andrez M, Bernardes S, et al. Perceived social support as an of shoot of attachment styles. *Pers Individ Dif* 2003; 34: 485-501.
42. HUI PC, Pargament KI, Hood RW. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *J Theory Soc Behav* 2000; 30: 51-77.
43. Ironson G, Solomon GF, Balbin EG, O'Cleirigh C, George A, Kumar M, et al. The Ironson-Woods spirituality/religiousness index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Ann Behav Med* 2002; 24: 34-48.
44. Richards TA, Acree M, Folkman S. Spiritual aspects of loss among partners of men with AIDS: Post bereavement follow-up. *Death Stud* 1999; 23: 105-27.
45. Prado G, Feaster DJ, Schwartz SJ, Pratt IA, Smith L, Szapocznik J. Religious involvement coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers. *AIDS Behav* 2004; 8: 221-35.
46. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000; 56: 519-43.
47. Pargament KI, Tarakeshwar N, Ellison CG, Wulff KM. Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and wellbeing in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *J Sci Stud Relig* 2001; 40: 497-514.