رویش روان شناسی، سال۹ ، شماره ۱۰، شماره پیاپی ۵۵، دی ۱۳۹۹
Rooyesh-e-Ravanshenasi,9(10), 2021

مقایسه ذهن‌آگاهی، معنا در زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به ایدز پای بند و ناپای بند به درمان

Comparing mindfulness, meaning in life, and social support in patients with AIDS adhere and non adhere to treatmen

فرهاد جهانگیری(نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی بروجرد، ایران.
مهرداد بابایی
کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی بروجرد، ایران.
جواد کریمی
استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه ذهن‌آگاهی، معنا در زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به ایدز پایبند و ناپایبند به مراقبت و درمان انجام شده است. این پژوهش یک مطالعه علی-مقایسه‌ای است. جامعه مورد مطالعه شامل بیماران ایدز تحت مراقبت و درمان درمرکز مشاوره بیماریهای رفتاری در شهر بروجرد است. ۳۰ نفر افراد پایبند به درمان و مبتلا به ایدز با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۳۰ نفر از بیماران ناپایبند به درمان مقایسه شدند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از مقیاس ذهن‌آگاهی، توجه و هشیاری (MAAS)، مقیاس معنا در زندگی (MLQ) و پرسشنامه حمایت اجتماعی استفاده شده است. داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد بیماران مبتلا به ایدز پایبند به مراقبت و درمان نسبت به بیماران ناپایبند به مراقبت و درمان از میزان بالاتر ذهن-آگاهی، معنا در زندگی، و حمایت اجتماعی برخوردار بودند. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان با فراهم ساختن حمایت اجتماعی، آموزش ذهن آگاهی و معنادرمانی، پایبندی بیماران مبتلا به ایدز به درمان را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: *ایدز، ذهن‌آگاهی، حمایت اجتماعی، معنای زندگی، پایبندی به درمان.*

Farhad jahangiri *
Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Borujerd, Borujerd, Iran.
jahangirifarhad3@gmail.com
Mehrdad Babaei
Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Borujerd, Borujerd, Iran.
Javad Karimi
Assistant Professor, University of Malayer, Malayer, Iran.

Abstract
This study aimed to compare mindfulness, meaning in life, and social support in patients with AIDS who adhere and non adhere to care and treatment. This study is a comparative-causal study. The study population included patients with AIDS under care and treatment at the Behavioral Diseases Counseling Center in Boroujerd. Thirty patients with AIDS who adhere to treatment were selected via convenience sampling method and compared with 30 non-adherent patients. Mindfulness Attention Awareness Scale (MAS), Meaning in Life Questionnaire (MLQ), and Social Support Questionnaire (SSQ) were used as research tools. The Independent t-test was used for data analysis. The result indicated significant differences in the two groups in research variables. the group with AIDS who adhere to treatment had a higher score in mindfulness, meaning in life, and social support. Based on the results of the present study, it is possible to increase the adherence of AIDS patients to treatment by providing social support, mindfulness training, and meaning therapy.

Keywords: *AIDS, mindfulness, social support, meaning in life, Adherence to treatment.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مرداد ۹۹** **پذیرش: شهریور ۹۹** **ویرایش نهایی : دی ۹۹**

مقدمه
بیماری ایدز (AIDS، سندرم نقص ایمنی اکتسابی) به وسیله HIV (ویروس نقص ایمنی انسان) ایجاد می‌شود. ویروس پس از ورود به بدن انسان وارد گلبول‌های سفید شده و سیستم ایمنی فرد را به مرور زمان مختل می‌نماید. با پیشرفت و تکثیر ویروس در سلول‌های

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.13.4]

دفاعی بدن بیمار، وی دچار نقص ایمنی شدید شده و به عفونت‌های فرصت‌طلب مثل سرطان‌ها مبتلا می‌شود. فرد آلوده در مدت ۸ تا ۱۰ سال بدون اینکه خود هیچ گونه علامتی از بیماری داشته باشد قادر است ویروس موجود در ترشحات بدن خود مثل خون، منی و شیر را به افراد سالم انتقال دهد (سازمان بهداشت جهانی[۱]، ۲۰۱۳؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). هر ساله بیش از ۵ میلیون نفر که نیمی از آنان را جوانان تشکیل می‌دهند در دنیا به ویروس ایدز آلوده می‌شوند. روزانه ۱۴ هزار نفر و هر ۶ ثانیه یک نفر در دنیا به ویروس ایدز آلوده می‌شوند. اولین مورد بیماری در کشور ایران در سال ۱۳۶۵ شناسایی شد (امیری و موحد، ۲۰۱۶؛ فرمانی و همکاران، ۲۰۱۷). کل موارد ثبت شده این بیماری از ابتدا تا مهرماه ۱۳۹۶، ۳۶ هزار و ۵۷۱ نفر بوده‌اند که ۶۰/۱ درصد به دلیل اعتیاد تزریقی و ۲۲/۲ به دلیل رابطه جنسی پرخطر به این بیماری مبتلا شده‌اند. در این میان سهم زنان ۱۸ درصد و سهم مردان ۸۲ درصد بوده است. ۵۰ درصد کل موارد شناخته شده در زمان تشخیص در گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال بوده‌اند (وکیلی و همکاران، ۱۳۹۷).

اگر چه هنوز واکسن و یا داروی قطعی برای پیشگیری و درمان کامل بیماری وجود ندارد، اما با پیشرفت تحقیقات در این زمینه امروزه داروهای بسیار مؤثری در متوقف کردن رشد و تکثیر ویروس در دسترس بیماران قرار دارد. اهداف درمان ضد رتروویروسی[۲] (ART) عبارتند از: دستیابی به حداکثر سرکوب بادوام ویروس، حفظ عملکرد ایمنی یا به حال اول برگرداندن آن، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بیمارگونگی[۳] و مرگ و میر[۴] ناشی از HIV (یلدا، سید علی‌نقی و حاجی عبدالباقی، ۱۳۸۷). درمان ART، عفونت HIV را ریشه‌کن نمی‌کند و مستلزم مصرف مادام‌العمر داروهای متعدد است. رژیم‌های ART گران‌قیمت هستند و ممکن است باعث انواع عوارض جانبی نامطلوب (گاه شدید) شوند و برای مؤثر بودن و جلوگیری از ظهور مقاومت، نیازمند پایبندی دقیق بیمار به مراقبت و درمان است (بساورج، کادام و کادام[۵]، ۲۰۱۶). متاسفانه در صورت عدم پایبندی دقیق، شکست درمان بسیار شایع است. شکست یک رژیم ART در صورت همراهی با مقاومت دارویی معمولا به این معنی است که رژیم‌های بعدی هم کمتر احتمال موفقیت دارند (هلوی[۶] و همکاران، ۲۰۱۷؛ راسموسن[۷] و همکاران، ۲۰۱۴). در معدود مطالعاتی که در کشور در زمینه ارزیابی عوامل مؤثر در پایبندی بیماران مبتلا به ایدز انجام شده است، ماندگاری درمان را به ویژگی‌های فردی بیماران مثل سن، جنس، شغل، سطح درآمد، تحمل عوارض داروها، اعتیاد و مصرف الکل نسبت داده‌اند. اگرچه این یافته‌ها ارزشمند و مطابق با نتایج مطالعات خارجی مشابه بود، اما در آن‌ها میزان تأثیر عوامل مشخص نشده است (یلدا و همکاران، ۱۳۸۷؛ دریازاده، ۱۳۹۴).

ذهن‌آگاهی یکی از متغیرهایی است که به نظر می‌رسد با پایبندی به بیماران مبتلا به ایدز رابطه داشته باشد. مفهوم ذهن‌آگاهی بیش از دو هزار سال قدمت دارد و پایه‌های آن را می‌توان در متن‌های بودا ردیابی کرد. ذهن‌آگاهی شامل آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری است. افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و برونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها دارند (بائر[۸]، ۲۰۱۵؛ کابات زین[۹]، ۲۰۱۳). با وجود مطالعات فراوان در مورد ذهن‌آگاهی در حوزه اختلال‌های روان‌شناختی و جسمانی مختلف، تاکنون مطالعات کمی به طور مستقیم در مورد کیفیت بهره‌مندی از این توانمندی در بیماران مبتلا به ایدز و ارتباط آن به پایبندی به درمان صورت گرفته است. نتایج برخی مطالعات نشان داده عواملی همچون علائم افسردگی، تکانشگری و اختلال در عملکردهای شناختی منجر به ناپایبندی بیماران HIV به درمان می‌شود و با آموزش ذهن‌آگاهی می‌توان موارد فوق را کاهش داده و پایبندی بیماران به درمان را افزایش داد (دانکن[۱۰] و همکاران، ۲۰۱۲؛ سایموراگو-بلاچر[۱۱] و همکاران، ۲۰۱۷؛ سایموراگو-بلاچر و کری[۱۲]، ۲۰۱۸) بدین ترتیب، برخورداری از ذهن‌آگاهی بالا می‌تواند بر پذیرش بیماری و رویارویی با تجربه واقعی احساسات مرتبط با آن اثر بگذارد و در نتیجه تلاش و امید بیماران را برای جستجوی درمان تقویت نماید.

---

1. World Health Organization
2. antiretroviral
3. morbidity
4. mortality
5. Basavaraj, Kadam, Kadam
6. Holloway
7. Rasmussen
8. Baer
9. Kabat-Zinn
10. Duncan
11. Salmoirago-Blotcher
12. Carey

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.13.4]

یکی از عوامل مرتبط با مشکلات و نارسایی‌های روان‌شناختی، اکتساب مفهوم و معنای زندگی است. در سالیان اخیر به سازه معنا در زندگی در پژوهش‌های روان‌شناختی توجه بیشتری شده است. این مفهوم در ابتدا به تکرار در نوشته‌های ویکتور فرانکل بنیان‌گذار مکتب معنادرمانی به چشم می‌خورد (قربانی، ۱۳۸۸). فقدان معنا در زندگی می‌تواند با عوامل فشارزای روان‌شناختی مرتبط باشد (پارک[۱]، ۲۰۱۰). نداشتن معنا در زندگی با متغیرهایی چون افسردگی و اضطراب (بلک برن و اون[۲]، ۲۰۱۵؛ اینشیدا و اوکادا[۳]، ۲۰۰۶)، افکار خودکشی (کلیمن و بیور[۴]، ۲۰۱۳) و سوءمصرف مواد (براسای و همکاران[۵]، ۲۰۱۱) رابطه داشته است. با توجه به اثرات ناخوشایندی که ابتلا به ایدز بر امید، خوشبینی و احساس بهزیستی روان‌شناختی بیماران می‌گذارد (یاداو[۶]، ۲۰۱۰)، وجود معنا در زندگی می‌تواند بر جستجوی درمان و پایبندی به مراقبت و درمان اثرگذار باشد. در معدود مطالعات انجام شده، الوارز[۷] و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه بر روی بیماران قلبی نتیجه گرفتند که مذهب، باورهای شخصی و معنویت منجر به پایبندی بیش‌تر به درمان می‌شود. ریبرو، راموس، لنکاستر و گوئرا[۸] (۲۰۱۹) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که معنای زندگی با ارتقای کیفیت زندگی، پایبندی به درمان را در بیماران مبتلا به HIV افزایش می‌دهد.

حمایت اجتماعی یکی دیگر از متغیرهایی است که به نظر می‌رسد بر پایبندی به درمان در افراد مبتلا به ایدز تأثیر داشته باشد. برخی از پژوهش‌گران، حمایت اجتماعی را به عنوان میانجی میان عوامل تنش‌زا و بروز مشکلات جسمانی که باعث کاهش تنش ادراک‌شده، افزایش بقا و در نهایت بهبود کیفیت زندگی می‌شود، تعریف کرده‌اند (تسای[۹] و همکاران، ۲۰۱۲؛ هنگ[۱۰] و همکاران، ۲۰۱۰). آن دسته از افراد که در آن‌ها آلودگی به HIV تشخیص داده شده است، در هر گروه یا طبقه‌ای که باشند، در نهایت هم مشکلات جسمی و هم مشکلات روانی- اجتماعی را تجربه خواهند کرد (کمپبل[۱۱] و همکاران، ۲۰۱۳). دستیابی به حمایت اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا بیمار نیازمند حمایت فیزیکی و اجتماعی است. در بیماران مبتلا به ایدز، احساس گناه، کاهش اعتماد به نفس، شرم، احساس بی‌ارزشی و سوگواری با طرد اجتماعی و انزوای بیمار شایع است (شر[۱۲] و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج مطالعه مسعودی و فرهادی (۱۳۸۴) نشان داد ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و احساس مسئولیت در پیشگیری از ابتلای سایرین و گوشزد کردن مشکل خود به دیگران در مواقعی که امکان مبتلا شدن باشد، وجود دارد. تروینو[۱۳] و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که سیستم‌های حمایت اجتماعی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم برای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز است. چاندران[۱۴] و همکاران (۲۰۱۹) نیز در یک مطالعه طولی به این نتیجه رسیدند که برخورداری از حمایت خانواده و دوستان می‌تواند پایبندی به درمان را در زنان مبتلا به HIV را افزایش دهد.

بیماران مبتلا به HIV/AIDS با عدم یکپارچگی در ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی، هیجانی و جسمانی روبرو هستند. این بیماران علاوه بر مشکلات جسمی، اضطراب‌های ناشی از بیماری و مشکلات روان‌شناختی متعدد در زمینه اجتماعی و روانی را تجربه می‌کنند (کاستیلا[۱۵] و همکاران، ۲۰۰۲). این امر می‌تواند بر کیفیت زندگی، خوشبینی، امیدواری و باور آن‌ها به اثربخشی مراقبت و درمان و ادراک حمایت‌های درمانگران و اطرافیان آنان اثرگذار باشد. شناخت زیربنای ارتباط بین رویدادهای انگیزشی بیرونی و عوامل درونی بیماران می‌تواند به شناسایی متغیرهای مرتبط در پایبندی به مراقبت و درمان منجر شود. هدف از مطالعه حاضر، مقایسه ذهن‌آگاهی و معنا در زندگی به عنوان عوامل مربوط به انگیزشی درونی و حمایت اجتماعی به عنوان یکی از عوامل انگیزشی بیرونی در بیماران مبتلا به ایدز پایبند و ناپایبند به درمان است.

---

1. Park
2. Blackburn, Owens
3. Ishida, Okada
4. Kleiman, Beaver
5. Brassai , Piko, Steger
6. Yadav
7. Alvarez
8. Ribeiro, Ramos, Lencastre & Guerra
9. Tsai
10. Hong
11. Campbell
12. Sherr
13. Trevino
14. Chandran
15. Castilla

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.13.4]

روش

روش پژوهش حاضر، علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران ایدز تحت مراقبت و درمان در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهرستان بروجرد در سال ۱۳۹۴ بود. از بین جمعیت فوق ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. با مراجعه به پرونده‌ها، بیماران بر اساس پایبندی یا عدم پایبندی به درمان، در دو گروه ۳۰ نفره جای داده شدند. گروه پایبند به درمان در سه ماهه گذشته حداقل یک بار جهت دریافت خدمات مرتبط با مراقبت و درمان به ویژه ART به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهرستان بروجرد مراجعه نموده‌اند. گروه ناپایبند به درمان بیمارانی هستند که غیرفعال بوده و در سه ماهه گذشته جهت دریافت خدمات به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری مراجعه نکرده بودند. اطلاعات دموگرافیک بیماران استخراج و از روی آدرس و شماره تماس آن‌ها توسط مشاور مرکز با بیماران تماس گرفته شد و ضمن معرفی اهداف کلی پژوهش، از آنان درخواست شد که در این مطالعه شرکت کنند. بیماران پس از تعیین روز و ساعت، در اتاق روانشناس و مشاور مرکز به صورت فردی حضور پیدا می‌کردند و بعد از معارفه و آشنایی اولیه توسط مشاور مرکز و تکمیل فرم رضایت‌نامه، پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی در اختیار آنان قرار می‌گرفت. میانگین زمان صرف‌شده جهت انجام پرسشنامه‌ها توسط هر بیمار، برابر با ۳۰ دقیقه بود. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تی مستقل و در نرم‌افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس معنای زندگی[1] (MLQ): مقیاس معنای زندگی[2] توسط استگر، فریزر، اویشی و کالر[3] (۲۰۰۶) جهت ارزیابی وجود معنا و تلاش برای یافتن آن ارائه شده است. این ابزار دارای ۹ سوال است و طیف نمره‌گذاری آن به روش لیکرت هفت درجه‌ای است. کم‌ترین نمره در این پرسشنامه ۹ و بیش‌ترین نمره برابر با ۶۳است . مقیاس معنی زندگی شامل دو زیر مقیاس است که وجود معنا در زندگی و نیز جستجو برای یافتن معنا را ارزیابی می کنند. در مطالعه استگر و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی دو زیرمقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین پایایی بازآزمایی آن برابر با ۰/۷۰ و ۰/۷۳ گزارش شد. در پژوهش مصرآبادی، جعفریان و استوار (۱۳۹۲) ساختار دو عاملی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۶۸۴ به دست آمد. در ارتباط با روایی تشخیصی نیز با در نظر گرفتن یک گروه‌بندی اولیه از افراد در معرض خطر از لحاظ روانشناختی بر اساس نمرات پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) این ابزار در غربال افراد در معرض خطر از دقت کافی برخوردار نبود.

مقیاس حمایت اجتماعی[4] (SSQ) : پرسشنامه حمایت اجتماعی توسط فلمینگ[5] و همکاران (۱۹۸۲) طراحی شده است و دارای ۲۵ سوال است. پنج خرده مقیاس دارد که عبارتند از حمایت ادراک‌شده عمومی، حمایت ادراک‌شده از خانواده، حمایت ادراک‌شده از دوستان، حمایت ادراک‌شده از همسایگان و عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی. در فرم نهایی این مقیاس، خرده مقیاس مربوط به حمایت دوستان و همسایگان ترکیب شده‌اند و به صورت خرده مقیاس واحدی درآمده‌اند. نمره‌گذاری این مقیاس، به صورت صفر و یک است که کم‌ترین نمره در آن صفر و بیش‌ترین نمره برابر با ۲۵ است. فلمینگ و همکاران (۱۹۸۲) پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۷۰ و روایی آن را از طریق همبستگی درونی ۰/۸۴ گزارش نموده‌اند. در مطالعه هومن و لیوارجانی (۱۳۸۷)، اعتبار مقیاس با به کارگیری روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و ضریب مطلوبی معادل ۰/۸۲ بدست آمد. برای بررسی روایی مقیاس یاد شده از روش تحلیل عوامل استفاده شد. نتایج تحقیق نشانگر آن بود که پرسش‌ها دارای هماهنگی درونی بوده و سوالات پرسشنامه از یک عامل کلی اشباع و در نمره کل مقیاس بین پسران و دختران تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. پایایی پرسشنامه در این پژوهش بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس ذهن‌آگاهی، توجه و هشیاری[6] (MAAS): مقیاس ذهن‌آگاهی، توجه و هشیاری یک آزمون ۱۵ سؤالی است که براون[7] و همکاران (۲۰۰۷) آن را به منظور سنجش سطح هوشیاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری در زندگی روزمره ساختند. سؤالات آزمون سازه ذهن‌آگاهی را در یک مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (از تقریبا همیشه تا تقریبا هرگز) می‌سنجد. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۹۰

[1] meaning in life questionnaire
[2] meaning in life questionnaire
[3]. Steger, Frazier , Oishi , Kaler
[4] Social Support Questionnaire
[5] Fleming
[6] The Mindful Attention Awareness Scale
[7] Brown

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.13.4]

متغیر بوده و نمره بالاتر به معنی ذهن‌آگاهی بالاتر است. همسانی درونی سؤال‌های آزمون بر اساس آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (لیندا[1] و همکاران، ۲۰۰۵). روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و عزت نفس، کافی گزارش شده است (براون و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش عبدی و قابلی (۱۳۹۳) روایی همگرا از طریق بررسی همبستگی آن با مقیاس تنظیم شناختی سازگار هیجان، و روایی واگرای آن از طریق بررسی همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک و سیاهه اضطراب صفتی تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی آن نیز به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۶۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر ۰/۶۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰ بیمار مبتلا به ایدز در دو گروه پایبند و ناپایبند به درمان مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت‌شـــناختی نمونه مورد مطالعه شامل وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و همچنین راه انتقال بیماری و سوءمصرف مواد در جدول شماره ۱ ارائه شده است. علاوه بر این، دو گروه از نظر متغیرهای فوق با استفاده از آزمون خی‌دو مقایسه شدند که نتایج در جدول یک گزارش شده است. بر اساس جدول ۱، دو گروه از نظر این متغیرها، به جز وضعیت تأهل، با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. در گروه ناپایبند به درمان بیش از گروه پایبند، افراد متأهل وجود دارد.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی و تفاوت دو گروه در آن

متغیر	گروه					آماره تی/ خی‌دو	معناداری
		میانگین	انحراف استاندارد				
سن	پایبند	۳۴/۵۵	۳/۵۹			۱/۱۱	۰/۲۶
	ناپایبند	۳۵/۱۲	۳/۸۲				
		مرد	زن				
جنسیت	پایبند	۲۲	۸			۰/۳۷	۰/۵۴
	ناپایبند	۲۴	۶				
		بی‌سواد	سیکل	دیپلم	کارشناسی		
تحصیلات	پایبند	۳	۱۷	۹	۱	۰/۷۴	۰/۶۸
	ناپایبند	۲	۱۸	۱۰	-		
		مجرد	متأهل	مطلقه			
وضعیت تأهل	پایبند	۱۶	۶	۸		۷/۲۶	۰/۰۲
	ناپایبند	۱۰	۱۶	۴			
		بی‌کار	شغل آزاد				
شغل	پایبند	۱۸	۱۲			۲/۸۵	۰/۰۹
	ناپایبند	۲۴	۶				
		تزریق مشترک	رابطه جنسی				
راه انتقال	پایبند	۲۴	۶			۰/۷۴	۰/۳۸
	ناپایبند	۲۸	۲				
		بله	خیر				
سوءمصرف مواد	پایبند	۲۴	۶			۰/۷۴	۰/۳۸
	ناپایبند	۲۸	۲				

[1]. Linda , Carlson, Kirk Warren Brown

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.13.4]

میانگین و انحراف اســتاندارد نمرات ذهن‌آگاهی، معنا در زندگی و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به ایدز پایبند و ناپایبند به مراقبت و درمان در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان دو گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
ذهن آگاهی	پای بند به درمان	۴۰/۱۳	۱/۶۹
	ناپایبند به درمان	۳۱/۶۲	۱/۳۱
معنا در زندگی	پای بند به درمان	۴۷/۱۳	۱/۳۲
	ناپایبند به درمان	۳۱/۶۴	۱/۸۷
حمایت اجتماعی	پای بند به درمان	۱۵/۴۰	۲/۲۹
	ناپایبند به درمان	۱۱/۷۲	۱/۲۶

براساس جدول فوق افراد پایبند به مراقبت و درمان در مقایسه با افراد ناپایبند به درمان در متغیرهای ذهن‌آگاهی، معنا در زندگی و حمایت اجتماعی نمرات بالاتری به د ست آورده‌اند. برای برر سی تفاوت دو گروه در متغیرهای پژوهش از آزمون t م ستقل ا ستفاده شد و نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه ذهن‌آگاهی، معنا در زندگی و حمایت اجتماعی در دو گروه

متغیر	T	Df	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	ضریب ۰/۹۵ اطمینان	
					پایین‌ترین	بالاترین
ذهن‌آگاهی	۳/۷۱۲	۵۸	۰/۰۰۱	۱/۰۰۵۰۵	۰/۴۶۳۰۷	۱/۵۴۷۰۳
معنا در زندگی	۳/۵۵۲	۵۸	۰/۰۰۱	۱/۴۹۱۰۰	۰/۶۵۰۷۲	۲/۳۳۱۲۸
حمایت اجتماعی	۳/۳۱۲	۵۸	۰/۰۰۲	۰/۲۳۷۷۳	۰/۰۹۴۰۴	۰/۳۸۱۴۲

مطابق با نتایج جدول ۳، بین نمرات ذهن‌آگاهی در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (t=۳/۷۱، p<۰/۰۰۱). بدین صورت که بیماران پایبند به مراقبت و درمان نسبت به بیماران ناپایبند از میزان ذهن‌آگاهی بالاتری برخوردار بوده‌اند. در نمرات معنا در زندگی نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (t=۳/۵۵، p<۰/۰۰۱) و بیماران پایبند به مراقبت و درمان نسبت به بیماران ناپایبند از میزان معنا در زندگی بالاتری برخوردار بوده‌اند. مطابق با اطلاعات جدول فوق، تفاوت دو گروه در حمایت اجتماعی نیز معنادار است (t=۳/۳۱، p<۰/۰۰۲). بر مبنای مقایسه میانگین‌ها می‌توان گفت بیماران پایبند به مراقبت و درمان نسبت به بیماران ناپایبند از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف عمده مطالعه حاضر مقایسه ذهن‌آگاهی، معنا در زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به ایدزِ پایبند و ناپایبند به درمان بود. نتایج نشان داد که در هر سه متغیر فوق تفاوت دو گروه معنادار بوده و گروه پایبند به درمان نسبت به گروه ناپایبند به درمان از نمرات بالاتری برخوردار هستند.

نتایج حاکی از تفاوت معنادار دو گروه در ذهن‌آگاهی بود؛ بدین گونه که بیماران پایبند به درمان از میزان ذهن‌آگاهی بالاتری برخوردار بودند. این یافته با نتایج مطالعات پیشین همخوان بود (مسعودی و فرهادی، ۱۳۸۴؛ دانکن و همکاران، ۲۰۱۲؛ سایموراگو-بلاچر و همکاران، ۲۰۱۷؛ سایموراگو-بلاچر و کری، ۲۰۱۸). ذهن‌آگاهی به معنای بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره‌ی آنچه اتفاق می‌افتد، و به عبارت دیگر تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح است (سگال[1] و همکاران، ۲۰۱۲). افراد ذهن‌آگاه،

[1]. Segal

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.13.4]

واقعیت‌های درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف مورد پذیرش قرار می‌دهند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از افکار، هیجانات و تجربه‌ها دارند (براون و رایان[1]، ۲۰۰۳). بر اساس اعتقاد برخی پژوهشگران (دانکن و همکاران، ۲۰۱۲) توجه به عنوان یک مؤلفه مهم در ذهن‌آگاهی، نقش پراهمیتی در کاهش بیماری‌های بدنی یا نشانه‌های ناراحتی دارد. یافته مورد نظر را می‌توان این طور تبیین کرد که آگاهی افراد بیمار نسبت به تغییراتی که در علائم بدنی که هنگام گسترش حاد بیماری بروز می‌کنند، در کنترل این علائم و توجه به بیماری خود، موجب پذیرش بیماری می‌گردد. در نتیجه احتمال اجتناب از جستجوی درمان کاهش می‌یابد.

نتایج نشـــان داد بین نمرات معنا در زندگی در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین صـــورت که بیماران پایبند به مراقبت و درمان نســبت به بیماران ناپایبند از میزان معنا در زندگی بالاتری برخوردار بودند. نتایج آزمون این فرضـیه با نتایج پژوهش‌های قبلی که معنای زندگی را متغیری مهم در پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به ایدز دانســته‌اند، همســو بود (الوارز و همکاران، ۲۰۱۶؛ ریبرو و همکاران، ۲۰۱۹). معنا در زندگی با متغیرهایی همچون خوش‌بینی، اعتماد به نفس، رضـــایت از زندگی و کیفیت زندگی ارتباط دارد (پارک[2]، ۲۰۱۰؛ بلکبرن و اون[3]، ۲۰۱۵). نهادینه شدن باورهای معنوی و تقویت معنا در زندگی بیماران مبتلا به ایدز، موجب می‌شود که آنان مشکل خود را در متن گسترده‌ای قرار دهند و بیماری خود را بیشتر پذیرا باشند. همچنین معنا در زندگی می‌تواند امید، خودباوری و عزت‌نفس این افراد را افزایش دهد و منجر به تاب‌آوری آنان در برابر شـکســت‌های احتمالی در درمان گردد. بدین ترتیب جســتجوی درمان و پایبندی به آن در این افراد بالا می‌رود.

نتایج مطالعه حاضـر نشـان داد که بیماران پایبند به مراقبت و درمان نسـبت به بیماران ناپایبند از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. نتایج این بخش نیز با برخی از مطالعات قبلی همخوان بود (کمپبل و همکاران، ۲۰۱۳؛ م سعودی و فرهادی، ۱۳۸۴؛ تروینو و همکاران، ۲۰۱۵؛ چاندران و همکاران، ۲۰۱۹). مطابق با اصـول سـازمان جهانی بهداشـت[4] (۲۰۱۳) حمایت روانی و اجتماعی از بیماران مبتلا به ایدز به آنها در سازگاری بهتر با بیماری کمک می‌کند و با حمایت مناسب خانواده، آنها قادر خواهند بود که پاسخ مناسب‌تری به اسـترسـی که عفونت در آنها ایجاد کرده بدهند. بدین ترتیب مشـکلات روان‌شـناختی آنان کاهش یافته و تمایل فردی برای درمان و پیشگیری از انتقال عفونت افزایش می‌یابد. در تحقیقات مورفی[5] و همکاران (۲۰۰۰) عملکرد خانوادگی، جسمی و روانی زنان HIV مثبت مورد برر سی قرار گرفت و ارتباط معنی‌داری بین میزان اف سردگی و حمایت ضعیف خانواده و کاهش صمیمیت در بین اع ضای خانواده نشان داده شد. بدین ترتیب دریافت حمایت اجتماعی و برخورداری از سرمایه اجتماعی بالا می‌تواند عاملی مهم در سازگاری با علائم ایدز و نیز اتخاذ راهکارهای درمانی متناسب باشد.

نکته‌ای که باید به آن توجه کرد این است که بین دو گروه در وضعیت تأهل تفاوت معنادار وجود داشت و تعداد افراد متأهل در گروه ناپایبند بیش از گروه پایبند به درمان بود. گرچه در مطالعات پیشـــین (وو و همکاران، ۲۰۱۲؛ تریودی، ایوتی، ادلمن و باثورث،[6] ۲۰۰۸) ن شان داده شده که متأهل بودن عاملی مؤثر در پایبندی به درمان ا ست و نه ناپایبندی به آن. با توجه به این مو ضوع می‌بای ست تف سیر نتایج با احتیاط صـورت گیرد. به طور خلاصـه نتایج این مطالعه توجه متخصـصـان را به ویژگی‌های روان‌شـناختی افراد مبتلا از جمله ذهن‌آگاهی، معنا در زندگی و حمایت اجتماعی جلب می‌نماید. می‌توان با طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مناســب و توجه به ویژگی‌های روان شناختی، شاخص پایبندی را در این بیماران بالا برده و به اهداف منا سب مراقبت و درمان د ست یافت. یکی از محدودیت‌های این مطالعه حجم پایین نمونه بود که ممکن اسـت بر تعمیم‌پذیری نتایج اثر بگذارد. محدودیت دیگر مربوط این بود که بیماران مورد بررسـی در این مطالعه شامل افرادی بود که حداقل یک بار برای درمان به مرکز مشاوره بیمارهای رفتاری مراجعه کرده بودند. این در حالی ا ست که بسـیاری از بیماران به دلیل ترس از دیده شـدن و انگ بیماری در مراکز حضـور نمی‌یابند. از این رو برای رسـیدن به نتایج دقیق‌تر می‌توان طیف گسترده‌تر بیماران مبتلا به ایدز را مورد بررسی قرار داد.

[1]. Brown, Ryan
[2]. Park
[3]. Blackburn, Owens
[4]. World Health Organization
[5] Murphy
[6] Trivedi, Ayotte, Edelman & Bosworth

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.13.4]

منابع

امیری، سیاوش و موحد مجد، مجید (۱۳۹۵). ناآگاهی: تفسیر تجارب زیسته بیماران مبتلا به ایدز. *تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی*، ۵ (۴)، ۳۲۵- ۳۱۶.

دریازاده، سعیده. (۱۳۹۴). شیوع عفونت‌های هم‌زمان و علل فوت بیماران HIV مثبت در مراحل نهفتگی و ایدز. مجله علوم پزشکی رازی. ۲۲ (۱۳۹)، ۴۶-۵۵.

عبدی، سلمان و قابلی، فاطمه. (۱۳۹۳). مقیاس ذهن آگاهی: روایی و پایایی ترجمه نسخه فارسی. دومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم رفتاری. تهران، موسسه اطلاع رسانی نارکیش، https://www.civilica.com/Paper-PSYCHOCONF02-PSYCHOCONF02_029.html.

قربانی، هاشم. (۱۳۸۸). معنای زندگی از دیدگاه ویکتور فرانکل. *تأملات فلسفی*، ۱ (۳)، ۵۷- ۳۵.

مسعودی، مژگان و فرهادی، علی. (۱۳۸۴). میزان حمایت اجتماعی خانواده از افراد HIV مثبت و مبتلایان به ایدز. *یافته*. ۷ (۳)، ۴۸- ۴۳.

مصرآبادی، جواد؛ استوار، نگار و جعفریان، سکینه. (۱۳۹۲). بررسی روایی سازه و تشخیصی پرسشنامه معنا در زندگی در دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۷ (۱)، ۸۳ - ۹۰.

وکیلی، محمد مسعود؛ باباخانی، لیلا؛ شریفی، سمیرا؛ موذن، آرزو؛ محرابی، زینب؛ کمالی، کورش، و همکاران. (۱۳۹۷). طراحی و روان‌سنجی ابزار ۴۴ گویه‌ای سنجش آگاهی در مورد اچ‌ای‌وی/ایدز: مطالعه مبتنی بر فرهنگ و جمعیت ایران. *مجله اپیدمیولوژی ایران*. ۱۴ (۲)، ۱۲۵-۱۱۶.

هومن، حیدرعلی و لیوارجانی، شعله. (۱۳۸۷). بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه حمایت اجتماعی SSQ برای دانش آموزان مقطع متوسطه. *آموزش و ارزشیابی*، ۱ (۱)، ۶۲- ۴۷. یلدا، علیرضا، سید علی‌نقی، سید احمد، حاجی عبدالباقی، محبوبه. (۱۳۸۷). پای‌بندی به درمان ضد رتروویروسی در بیماران مبتلا به ایدز و عوامل مؤثر بر روی آن: مقاله مروری. مجله پزشکی،دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۶۶ (۷)، ۴۵۵-۴۴۷.

Alvarez, J. S., Goldraich, L. A., Nunes, A. H., Zandavalli, M. C. B., Zandavalli, R. B., Belli, K. C., ... & Clausell, N. (2016). Association between spirituality and adherence to management in outpatients with heart failure. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, *106*(6), 491-501.

Baer RA, editor. (2015). *Mindfulness-based treatment approaches:* Clinician's guide to evidence base and applications. Academic Press.

Basavaraj A, Kadam M, Kadam DB. (2016). Primary maxillary sinus plasmablastic lymphoma in HIV/AIDS. *The Journal of the Association of Physicians of India*. 64 (5), 71-2.

Blackburn L, Owens GP. (2015). The effect of self efficacy and meaning in life on posttraumatic stress disorder and depression severity among veterans. *Journal of Clinical Psychology*.71 (3), 219-28.

Brassai L, Piko BF, Steger MF. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health?. *International Journal of Behavioral Medicine*. 18 (1), 44-51.

Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. (2007). Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychological Inquiry*. 18, 272–281.

Brown KW, Ryan RM. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84 (4), 822.

Campbell C, Scott K, Nhamo M, Nyamukapa C, Madanhire C, Skovdal M, Sherr L, Gregson S. (2013). Social capital and HIV competent communities: the role of community groups in managing HIV/AIDS in rural Zimbabwe. AIDS care. *Pub Med.* 25, 114-22.

Castilla J, Sobrino P, de la Fuente L, Noguer I, Guerra L, Parras F. (2002). Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: consequences for AIDS incidence. *Aids*. 16 (14), 1945-51.

Chandran, A., Benning, L., Musci, R. J., Wilson, T. E., Milam, J., Adedimeji, A., ... & Holstad, M. (2019). The longitudinal association between social support on HIV medication adherence and healthcare utilization in the Women's Interagency HIV Study. *AIDS and Behavior*, *23*(8), 2014-2024.

Daryazadeh S. (2014). Investigation of adherence and process of anti-retroviral therapy in patients referred to Isfahan Behavioral Consultation Center during ten years. *Razi Journal of Medical Sciences*. 21 (123), 62-70.

Duncan LG, Moskowitz JT, Neilands TB, Dilworth SE, Hecht FM, Johnson MO. (2012). Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: a randomized, wait-list controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management.* 43 (2), 161-71.

Farmani-Shahreza S, Ghaedniay-jahromi A, Mohammad-Taghi Nasab M, Niknezhad M, Darharaj M, Sadeghi M, et al. (2017). Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Schemas in People with Human Immunodeficiency Virus and Normal People. *IJPN*. 4 (6), 30-40.

Fleming R, Baum A, Gisriel MM, Gatchel RJ. (1982). Mediating influences of social support on stress at three mile Island. *Journal of Human Stress*. 8 (3), 14-23.

Gayner B, Esplen MJ, DeRoche P, Wong J, Bishop S, Kavanagh L, Butler K. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*. 35 (3), 272-85.

Ghorbani N, Watson P J, Bart L Weathington. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross- cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current Psychoogyl*. 2, 211–224.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.13.4]

Haugan G. (2014). Nurse–patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 28 (1), 74-88.
Holloway, I. W., Tan, D., Dunlap, S. L., Palmer, L., Beougher, S., & Cederbaum, J. A. (2017). Network support, technology use, depression, and ART adherence among HIV-positive MSM of color. *AIDS care*, *29*(9), 1153-1161.
Hong Y, Li X, Fang X, Zhao G, Lin X, Zhang J, Zhao J, Zhang L. (2010). Perceived social support and psychosocial distress among children affected by AIDS in China. *Community Mental Health Journal*. 46 (1), 33-43.
Hooman H, Livarjani S. (2008). Standardization of Perceived social support questionnaire for high school students. *Instruction & Evaluation Journal*. 1 (1), 147- 162.
Insight Start Study Group. (2015). Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *New England Journal of Medicine*, *373*(9), 795-807.
Ishida R, Okada M. (2006). Effects of a firm purpose in life on anxiety and sympathetic nervous activity caused by emotional stress: assessment by psycho-physiological method. *Stress and Health*. 22 (4), 275-81.
Kabat-Zinn J. (2013). *Full catastrophe living, revised edition*: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Hachette UK.
Kleiman EM, Beaver JK. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*. 210 (3), 934-9.
Lethborg C, Aranda S, Cox S, Kissane D. (2007). To what extent does meaning mediate adaptation to cancer? The relationship between physical suffering, meaning in life, and connection to others in adjustment to cancer. *Palliative & Supportive Care*. 5 (4), 377-88.
Linda E, Carlson, Kirk Warren Brown. (2005). Validation of the mindful attention awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*. 58, 29–33.
Logsdon-Conradsen S. (2002). Using mindfulness meditation to promote holistic health in individuals with HIV/AIDS. *Cognitive and Behavioral Practice*. 9 (1), 67-72.
Mesrabadi J, Jafariyan S, Ostovar N. (2013). Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students. *Journal of Behavioral Sciences*. 7 (1), 23-24.
Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, Skummy A, Dutcher J. (1999). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. Psycho-Oncology. *Pub Med.* 8 (5), 378-85.
Murphy DA, Moscicki AB, Vermund SH, Muenz LR, (2000) Adolescent medicine HIV/AIDS research network. psychological distress among HIV+ adolescents in the REACH study: effects of life stress, social support, and coping. *Journal of Adolescent Health*. 27 (6), 391-8.
Park CL. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*. 136 (2), 257.
Rasmussen TA, Tolstrup M, Brinkmann CR, Olesen R, Erikstrup C, Solomon A, Winckelmann A, Palmer S, Dinarello C, Buzon M, Lichterfeld M. (2014). Panobinostat, a histone deacetylase inhibitor, for latent-virus reactivation in HIV-infected patients on suppressive antiretroviral therapy: a phase 1/2, single group, clinical trial. The Lancet HIV. *Pub Med.* 1 (1), 13-21.
Ribeiro, I., Ramos, I., Lencastre, L., & Guerra, M. P. (2019). Meaning in life and therapeutic adherence as determinants of quality of life in HIV patients. In *EHPS 2019: 33rd Annual Conference of the European Health Psychology Society: conference abstracts*.
Salmoirago-Blotcher, E., & Carey, M. P. (2018). Can mindfulness training improve medication adherence? Integrative review of the current evidence and proposed conceptual model. *Explore*, *14*(1), 59-65.
Salmoirago-Blotcher, E., Rich, C., Rosen, R. K., Dunsiger, S., Rana, A., & Carey, M. P. (2017). Phone-delivered mindfulness training to promote medication adherence and reduce sexual risk behavior among persons living with HIV: design and methods. *Contemporary clinical trials*, *53*, 162-170.
Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Press. *Pub Med.*
Sherr L, Cluver LD, Betancourt TS, Kellerman SE, Richter LM, Desmond C. (2014). Evidence of impact: health, psychological and social effects of adult HIV on children. Aids. *Pub Med.* 28, 251-9.
Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*. 53 (1), 80.
Stiefel F, Krenz S, Zdrojewski C, Stagno D, Fernandez M, Bauer J, Fucina N, Lüthi F, Leyvraz S, Borasio GD, Fegg M. (2008). Meaning in life assessed with the "Schedule for Meaning in Life Evaluation" (SMiLE) : a comparison between a cancer patient and student sample. Supportive Care in Cancer. *Pub Med.* 16 (10), 1151-5.
Trevino KM, Pargament KI, Cotton S, Leonard AC, Hahn J, Caprini-Faigin CA, et al. (2015). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. AIDS Behav; *Pub Med.* 14 (2), 379-89.
Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman, D., & Bosworth, H. B. (2008). The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. *Journal of behavioral medicine*, *31*(6), 489.
Tsai, A. C., Bangsberg, D. R., Frongillo, E. A., Hunt, P. W., Muzoora, C., Martin, J. N., & Weiser, S. D. (2012). Food insecurity, depression and the modifying role of social support among people living with HIV/AIDS in rural Uganda. *Social science & medicine*, *74*(12).
World Health Organization. (2013). Oral health surveys: basic methods. World Health Organization.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.13.4]

World Health Organization. (2015). World health statistics 2015. World Health Organization.
Wu, J. R., Lennie, T. A., Chung, M. L., Frazier, S. K., Dekker, R. L., Biddle, M. J., & Moser, D. K. (2012). Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart & Lung*, *41*(2), 107-114.
Yadav S. (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Quality of Life Research*. 19 (2), 157-66.
Yalda A, Seyed Ahmad A, Haji Abdolbaghi M. (2008). Adherence to antiretroviral therapy and its determinants in AIDS patients: review article. *Tehran Univ Med* J. 66 (7), 447-455.
Zhang J, Verhoef MJ. (2002). Illness management strategies among Chinese immigrants living with arthritis. *Social Science & Medicine*. 55 (10), 1795-802.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.13.4]