JORH
Journal of Religions & Health

J Religions & Health, 2024; 4(2): --- Doi: 10.32592/jorh.4.2--

https://aijrh.umsha.ac.ir/

Original Article

Religious Faith and Adherence to Regular Medication use in HIV-Positive Patients

Mehdi Mirzaei-Alavijeh[1], Narges Shekarbeygi[2], Farzad Jalilian [3*]

1. Social Development and Health Promotion Research Center, Health Policy and Promotion Research Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
2. Islamic Studies and Health Sciences Interdisciplinary Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
3. Clinical Research Development Center, Motazedi Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Article history:
Received:
Revised:
Accepted: ...
ePublished: ...

*Corresponding author: Farzad Jalilian, Clinical Research Development Center, Motazedi Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Email: f_jalilian@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Adherence to antiretroviral therapy is critical for achieving and maintaining favorable outcomes in HIV-positive patients. The present study aimed to assess the role of religious faith in adherence to regular medication use among HIV positive patients in Kermanshah.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted on 147 HIV-positive patients in Kermanshah. The participants were selected by convenience sampling from among HIV-positive patients with active records in behavioral disease centers of Kermanshah University of Medical Sciences. The data were collected using a written questionnaire and interviews with patients, and analyzed in SPSS software (version 16).

Results: The participants obtained 50.57% of the maximum obtainable score for religious faith. Marital status (beta=0.234) and religious faith (beta=0.164) were the most important determinants affecting adherence to regular medication use. The correlation between religious faith and adherence to regular medication was positive and significant (r=0.184; P=0.026).

Conclusion: The findings highlighted the positive role of religious faith in adherence to regular medication use. Spiritual interventions can be useful in the promotion of treatment adherence and positive health outcomes in HIV-positive patients.

Keywords: Treatment Adherence, Faith, Islam, Religion

Please cite this article as follows: Mirzaei-Alavijeh M, Shekarbeygi N, Jalilian F. Religious Faith and Adherence to Regular Medication use in HIV-Positive Patients. J Religions & Health. 2024; 4(2): --- DOI: 10.32592/jorh.4.2.--

Copyright © 2023 Journal of Religions and Health. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (*http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/*) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

JOHE
مجله بین رشته ای دین و سلامت ابن سینا
دوره ۴، شماره ۲ پاییز و زمستان ۱۴۰۳، صفحات --
https://aijrh.umsha.ac.ir/
UMSHA Press

مقاله پژوهشی

ایمان مذهبی و پایبندی به مصرف منظم دارو در بیماران HIV مثبت

مهدی میرزایی علویجه [۱]، نرگس شکربیگی [۲]، فرزاد جلیلیان [۳]*

۱. مرکز تحقیقات توسعه‌ی اجتماعی و ارتقای سلامت، پژوهشکده‌ی سلامت سیاست‌گذاری و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲. مرکز تحقیقات پژوهش‌های بین‌رشته‌ای معارف اسلامی و علوم سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳. واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی بیمارستان معتضدی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ---
تاریخ ویرایش مقاله: ...
تاریخ پذیرش مقاله: .
تاریخ انتشار مقاله: ..

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** فرزاد جلیلیان، واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی بیمارستان معتضدی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

ایمیل: f_jalilian@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: پایبندی به درمان ضد رتروویروسی برای دستیابی و حفظ نتایج مطلوب در بیماران HIV مثبت حیاتی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ایمان مذهبی در پایبندی به مصرف منظم دارو میان بیماران HIV مثبت کرمانشاه انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی میان ۱۴۷ نفر از بیماران HIV مثبت شهر کرمانشاه انجام شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس از میان بیماران HIV مثبت دارای پرونده‌ی فعال در مراکز بیماری‌های رفتاری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انتخاب شدند. داده‌ها با پرسش‌نامه‌ی کتبی و با انجام مصاحبه از بیماران، جمع‌آوری و در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: شرکت‌کنندگان ۵۰/۵۷ درصد از حداکثر نمره‌ی قابل اکتساب برای ایمان مذهبی را کسب کردند. وضعیت تأهل (β = ۰/۲۳۴)، و ایمان مذهبی (β = ۰/۱۶۴) مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر پایبندی به مصرف منظم دارو بوده‌اند. همبستگی میان قدرت ایمان مذهبی و رفتار پایبندی به مصرف منظم دارو مثبت و معنادار بود (r =۰/۱۸۴ و P =۰/۰۲۶).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی نقش مثبت ایمان مذهبی در پایبندی به مصرف منظم دارو است. مداخلات معنوی می‌تواند در ترویج پایبندی به درمان و نتایج مثبت سلامت در بیماران HIV مثبت مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: پایبندی به درمان، ایمان، اسلام، دین

استناد: میرزایی علویجه، مهدی؛ شکربیگی، نرگس؛ جلیلیان، فرزاد. ایمان مذهبی و پایبندی به مصرف منظم دارو در بیماران HIV مثبت. مجله بین رشته ای دین و سلامت ابن سینا، پاییز و زمستان ۱۴۰۳؛۴(۲): --

مقدمه

پایبندی به درمان ضد رتروویروسی (Adherence to Antiretroviral Therapy) برای دستیابی و حفظ نتایج مطلوب در بیماران HIV مثبت حیاتی است [۱]. اثربخشی بالینی درمان‌های ضد رتروویروسی در سرکوب HIV و بهبود میزان بقا برای کسانی که با HIV زندگی می‌کنند به‌خوبی مستند شده است [۲]. اهداف جهانی ۹۵ - ۹۵ - ۹۵ UNAIDSتوصیه می‌کند که تا سال ۲۰۳۰ در همه‌ی کشورها باید ۹۵ درصد از مبتلایان به ایدز از وضعیت بیماری خود مطلع باشند، ۹۵ درصد از کسانی که مبتلا به HIV تشخیص داده شده‌اند در ART ثبت‌نام کنند و ۹۵ درصد از کسانی که از درمان‌های ضد رتروویروسی استفاده می‌کنند به سرکوب ویروس دست یابند [۳]. ART همچنین برای جلوگیری از مقاومت دارویی و نیاز به تغییر بیماران به گزینه‌های درمانی جایگزین که ارائه‌ی آن در محیط‌های مراقبت‌های سلامت در کشورهای درحال‌توسعه پرهزینه‌تر و دشوار است، شناخته شده است [۴-۶]. بااین‌حال، درمان موفق ضد رتروویروسی به حفظ میزان بالای پایبندی بستگی دارد و حداقل سطح پایبندی مورد

نیاز برای اثربخشی داروهای ضد رتروویروسی، ۹۵ درصد است [۷]. پایبندی ناکافی یا کمتر از حد مطلوب (<۹۰ - ۹۵٪) به مقاومت ضد رتروویروسی و نتایج پزشکی بدتر، ازجمله پیشرفت سریع‌تر به ایدز و مرگ کمک می‌کند [۱]. عملاً ART بهینه یک فرایند چالش‌برانگیز و مداوم است که به عوامل زیادی مانند وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی، مذهبی و عوامل مرتبط با درمان بستگی دارد [۸-۱۰].

بیش از ۸۸/۷ درصد از جمعیت جهان حداقل یک نوع دین را دارند [۱۱]. «ایمان» شامل احساس ارتباط با چیزی بزرگ‌تر از خودمان است و معمولاً شامل جستجوی ذاتی برای معنا، هدف و اهمیت است [۱۲]. دین یک نظام سازمان‌یافته از اعمال و باورها را فراهم می‌کند که مردم در آن مشارکت می‌کنند و به‌مثابه‌ی بستری برای بیان معنویت عمل می‌کند و معنویت که در جایگاه جوهر غیرفیزیکی فرد یا آن جنبه از باورهای فردی، ارزش‌های اصلی، سیستم‌های ایمانی و / یا شیوه‌هایی که با آن‌ها معنای زندگی تعیین می‌شود، گزارش شده است که بر سلامت تأثیر می‌گذارد [۱۳]. در سرتاسر جهان، بسیاری از مردم به مذاهب سازمان‌یافته تعلق دارند و بسته به وابستگی‌های مذهبی مربوط، باورها و اعمال مذهبی آن‌ها می‌تواند بر باورها و اعمال مراقبت‌های سلامت تأثیر بگذارد [۱۴]. سطوح بالاتر معنویت / مذهب نیز با پریشانی روانی کمتر، درد کمتر، انرژی و اراده‌ی بیشتر برای زندگی، عملکرد شناختی و اجتماعی بهتر و احساس بهبود زندگی پس از تشخیص HIV همراه بوده است [۱۵]. برخی مطالعات که تأثیر دین را بر ART ارزشیابی کرده‌اند، همبستگی مثبتی بین باورهای مذهبی و اعمالی مانند دعا کردن و شرکت در جلسات منظم دعا و ART را گزارش کرده‌اند [۱،۱۶]. مطالعات دیگر همچنین نشان داده‌اند که باورهای مذهبی افراد مبتلا به HIV را قادر می‌سازد تا با مسائل رایج سلامت روانی مانند افسردگی کنار بیایند؛ بنابراین، ART آن‌ها را افزایش می‌دهد [۱۷،۱۸]. البته دراین‌باره تناقضاتی نیز وجود دارد و برخی شواهد، باورهای مذهبی را مانعی برای ART میان بیماران HIV مثبت بیان کرده‌اند [۱۹-۲۱]. برخی شواهد نیز نشان داده‌اند معنویت / مذهب نیز به‌دلیل اتکای بالقوه به خدا و رد درمان ضد رتروویروسی و به‌دلیل دیدگاه‌هایی که نسبت به HIV به‌عنوان مجازاتی از جانب خداوند برای سبک زندگی گناه‌آلود وجود دارد، می‌تواند نتایج را بدتر کند [۲۲،۲۳].

با توجه به کمبود داده‌های شواهدمحور از یک‌سو و وجود برخی تناقضات دراین‌باره، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ایمان مذهبی در پایبندی به مصرف منظم دارو میان بیماران HIV مثبت کرمانشاه انجام شده است.

روش کار

محیط پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش توصیفی میان ۱۸۷ نفر از بیماران مبتلا به ایدز شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. شرکت‌کنندگان به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس از میان بیماران HIV مثبت دارای پرونده‌ی فعال در مراکز بیماری‌های رفتاری شماره‌ی یک و دو در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انتخاب شدند. شاخص‌های ورود به پژوهش شامل داشتن پرونده‌ی فعال بیماری در مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری شهر کرمانشاه، توانایی پاسخ به گویه‌های پرسش‌نامه و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بوده‌اند. گردآوری داده‌ها در زمان پاندمی Covid-19 با رعایت شیوه‌نامه‌ها صورت گرفت. ضمن دریافت رضایت نگارش‌شده‌ی آگاهانه، بیماران از محرمانه بودن اطلاعات و هدف پروژه مطلع شدند و با تمایل وارد مطالعه شدند. مطالعه به تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی کرمانشاه با شناسه‌ی اخلاق ۷۴۹ , ۱۴۰۰ IR.KUMS.REC رسید.

ابزار سنجش

ابزار پژوهش، پرسش‌نامه‌ی کتبی شامل سه بخش بود و داده‌ها با انجام مصاحبه از بیماران جمع‌آوری شد. بخش اول، اطلاعات جمعیت‌شناختی را با سؤالاتی ازجمله سن (سال)، جنس (زن، مرد)، میزان تحصیلات (ابتدایی، راهنمایی، دیپلم و تحصیلات دانشگاهی)، شغل (بدون شغل، شاغل، خانه‌دار)، وضعیت اقتصادی (ضعیف، متوسط، خوب)، بعد خانوار (تعداد) و وضعیت تأهل (مجرد، متأهل) می‌سنجید.

بخش دوم شامل گویه‌های مربوط به پرسش‌نامه‌ی ایمان مذهبی بود. در این قسمت از پرسش‌نامه قدرت ایمان مذهبی سانتا کلارا (Santa Clara Strength of Religious Questionnaire Faith) استفاده شد (جدول ۲). این پرسش‌نامه شامل ۱۰ گویه با مقیاس پاسخ‌دهی چهاررتبه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) است که بدون تمرکز بر بار ارزشی، با عبارات شفاف و به‌صورت عملی میزان قدرت ایمان مذهبی را می‌سنجد [۲۴]. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران بررسی و تأیید شده است [۲۵]. پایایی پرسش‌نامه با انجام یک مطالعه‌ی مقدماتی بر ۲۰ نفر از بیماران و با استفاده

از روش ضریب آلفا (Coefficient alpha) بررسی شد. پایایی ابزار در این مطالعه برابر با ۰/۹۴ برآورد شد.

بخش سوم نیز پرسش‌نامه‌ی پایبندی به مصرف منظم دارو بود. رفتار پایبندی به مصرف منظم دارو نیز با پرسش‌نامه‌ی پنج‌گویه‌ای استاندارد (برای مثال، چند بار در روز فراموش می‌کنید داروهای خود را مصرف کنید؟) سنجیده شد [۲۶]. این قسمت با مقیاس لیکرت پنج‌رتبه‌ای (خیلی کم تا خیلی زیاد) سنجیده شد. پایایی پرسش‌نامه‌ی پایبندی به مصرف منظم دارو در این مطالعه برابر با ۰/۹۶ برآورد شد.

آنالیز داده‌ها: داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه‌وتحلیل شد. داده‌های توصیفی با میانگین (انحراف معیار) و تعداد (درصد) گزارش شده است. برای اندازه‌گیری پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار پایبندی به مصرف منظم دارو از رگرسیون خطی خام و تعدیل‌شده استفاده شد. در مدل خام، متغیرها به‌صورت جداگانه وارد مدل شدند و اگر متغیری سطح معناداری کمتر از ۰/۲۵ داشت در مدل تعدیل‌شده قرار می‌گرفت. همچنین همبستگی میان قدرت ایمان مذهبی و رفتار پایبندی به مصرف منظم دارو با همبستگی پیرسون سنجیده شد.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۹/۰۵ با انحراف معیار ۶/۸۹ سال بود. وضعیت پاسخ به متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی بیماران در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱: مشخصات زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی بیماران

		تعداد	درصد
جنس	زن	۴۷	۳۲
	مرد	۱۰۰	۶۸
وضعیت تأهل	مجرد	۷۳	۴۹/۷
	متأهل	۷۴	۵۰/۳
بعد خانوار	۱ و ۲ نفر	۳۶	۲۴/۵
	۳ و ۴ نفر	۹۶	۶۵/۳
	بالای ۴ نفر	۱۵	۱۰/۲
میزان تحصیلات	ابتدایی	۲۷	۱۸/۴
	راهنمایی	۶۷	۴۵/۶
	دیپلم	۵۳	۳۶/۱
شغل	بدون شغل	۳۹	۲۶/۵
	شاغل	۷۲	۴۹
	خانه‌دار	۳۱	۲۱/۱
	بدون پاسخ	۵	۳/۴
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۰۳	۷۰/۱
	متوسط	۴۳	۲۹/۳
	بدون پاسخ	۱	۰/۶

میانگین نمره‌ی ایمان مذهبی میان شرکت‌کنندگان ۲۰/۲۳ با انحراف معیار ۶/۳۱ در دامنه‌ی نمره ۱۰ تا ۴۰ بود. این یافته نشان می‌دهد بیماران ۵۰/۵۷ درصد از حداکثر نمره‌ی قابل اکتساب برای ایمان مذهبی را کسب کرده‌اند. جدول (۲) وضعیت پاسخ به گویه‌های پرسش‌نامه‌ی ایمان مذهبی را بین بیماران نشان می‌دهد. بین گویه‌های پرسش‌نامه‌ی ایمان مذهبی، «لذت بردن در کنار افراد هم‌عقیده» بالاترین میانگین نمره را کسب کرد.

در جدول (۳) با بهره‌گیری از رگرسیون خطی خام و تعدیل‌شده به بررسی مهم‌ترین عوامل مؤثر بر پایبندی به مصرف دارو میان بیماران پرداخته شده است. همان‌گونه که یافته‌ها نشان می‌دهد در مدل تعدیل‌شده از بین عوامل مورد بررسی وضعیت تأهل (β = ۰/۲۳۴) و ایمان مذهبی (β = ۰/۱۶۴) مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر پایبندی به مصرف دارو میان بیماران بوده‌اند. همبستگی میان قدرت ایمان مذهبی و رفتار پایبندی به مصرف منظم دارو با همبستگی پیرسون سنجیده شد. یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی همبستگی مثبت و معنادار بوده است (r =۰/۱۸۴ و P =۰/۰۲۶).

جدول ۲: وضعیت پاسخ به گویه‌های پرسش‌نامه‌ی ایمان مذهبی بین بیماران

گویه	کاملاً مخالفم تعداد (درصد)	مخالفم تعداد (درصد)	موافقم تعداد (درصد)	کاملاً موافقم تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
من از بودن در کنار دیگرانی که عقیده من را دارند، لذت می‌برم.	۴ (۲/۷)	۱۶ (۱۰/۹)	۸۳ (۵.۵۶)	۴۴ (۲۹/۹)	۳/۱۴ (۰/۷۰)
رابطه‌ی من با خدا برای من فوق‌العاده مهم است.	۱۶ (۱۰/۹)	۲۸ (۱۹)	۷۹ (۵۳/۷)	۲۴ (۱۶/۳)	۲/۷۶ (۰/۸۵)
ایمان مذهبی من، برایم فوق‌العاده مهم است.	۳۴ (۲۳/۱)	۳۹ (۲۶/۵)	۶۳ (۴۲/۹)	۱۱ (۷/۵)	۲/۳۵ (۰/۹۱)
ایمان من بر بسیاری از تصمیمات من تأثیر می‌گذارد.	۵۷ (۳۸/۸)	۵۹ (۴۰/۱)	۳۰ (۲۰/۴)	۱ (۰/۷)	۱/۸۳ (۰/۷۷)
من هر روز نماز می‌خوانم.	۶۶ (۴۴/۹)	۵۳ (۳۶/۱)	۲۸ (۱۹)	-	۱/۷۴ (۰/۷۵)
من به ایمان خود به‌مثابه‌ی منبعی از تسلی نگاه می‌کنم.	۶۹ (۴۶/۹)	۵۱ (۳۴/۷)	۲۶ (۱۷/۷)	۱ (۰/۷)	۱/۷۲ (۰/۷۷)
ایمان من بخش مهمی از من به‌مثابه‌ی یک شخص است.	۶۸ (۴۶/۳)	۵۵ (۳۷/۴)	۲۳ (۱۵/۶)	۱ (۰/۷)	۱/۷۱ (۰/۷۵)
من به ایمان خود به‌مثابه‌ی منبع الهام نگاه می‌کنم.	۶۹ (۴۶/۹)	۵۴ (۳۶/۷)	۲۴ (۱۶/۴)	-	۱/۶۹ (۰/۷۳)
من به ایمان خود به‌مثابه‌ی معنا و هدف زندگی خود نگاه می‌کنم.	۷۱ (۴۸/۳)	۵۶ (۳۸/۱)	۱۹ (۱۲/۹)	۱ (۰/۷)	۱/۶۶ (۰/۷۲)
من خودم را در ایمان خود فعال می‌دانم.	۷۳ (۴۹/۷)	۵۳ (۳۶/۱)	۲۱ (۱۴/۲)	-	۱/۶۵ (۰/۷۲)

جدول ۳: عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی پایبندی به مصرف دارو میان بیماران HIV مثبت

	مدل ۱ (خام)				مدل ۲ (تعدیل‌شده)			
	B	Std. Error	β	P	B	Std. Error	β	P
سن	۰/۰۷۳	۰/۰۴۳	۰/۱۱۰	۰/۱۴۱	۰/۰۷۴	۰/۰۴۲	۰/۱۴۰	۰/۰۸۳
جنس	-۰/۱۰۴	۰/۶۳۴	-۰/۰۱۴	۰/۸۷۰	-	-	-	-
وضعیت تأهل	۱/۶۳۱	۰/۵۷۶	۰/۲۲۹	۰/۰۰۵	۱/۶۵۲	۰/۵۸۰	۰/۲۳۴	۰/۰۰۵
بعد خانوار	۰/۵۹۲	۰/۵۱۵	۰/۰۹۵	۰/۲۵۲	-	-	-	-
میزان تحصیلات	۰/۶۲۰	۰/۴۱۰	۰/۱۲۵	۰/۱۳۲	۰/۷۰۳	۰/۳۹۸	۰/۱۴۱	۰/۰۸۰
شغل	۰/۶۵۱	۰/۴۲۳	۰/۱۲۹	۰/۱۲۶	۰/۳۶۶	۰/۴۱۳	۰/۰۷۳	۰/۳۷۶
وضعیت اقتصادی	۰/۴۶۵	۰/۶۴۹	۰/۰۶۰	۰/۴۷۵	-	-	-	-
سطح ایمان مذهبی	۰/۱۰۴	۰/۰۴۶	۰/۱۸۴	۰/۰۲۶	۰/۰۹۳	۰/۰۴۵	۰/۱۶۴	۰/۰۴۳

بحث

هدف اصلی مطالعه‌ی حاضر تعیین نقش قدرت ایمان مذهبی در پایبندی به مصرف دارو میان بیماران HIV مثبت بوده است. یافته‌های ما نشان‌دهنده‌ی همبستگی مثبت بین قدرت ایمان مذهبی و پایبندی به مصرف منظم دارو بوده نشان‌دهنده‌ی نقش مثبت قدرت ایمان مذهبی در پیش‌بینی پایبندی به مصرف منظم دارو میان بیماران مورد بررسی بود. همسو با یافته‌ی ما، پژوهش‌های متعددی نقش مثبت باورهای مذهبی در پایبندی به درمان را نشان داده‌اند. برای مثال، Kremer و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان داده‌اند بیماران HIV مثبت که معتقد بوده‌اند معنویت به آن‌ها کمک می‌کند تا با عوارض جانبی دارو کنار بیایند، پایبندی بهتری را گزارش کرده‌اند [۲۷]. همچنین، Konkle-Parker و همکاران نیز دعا را تسهیل‌کننده‌ی پایبندی به مصرف منظم دارو شناسایی کرده‌اند [۲۸]. در مطالعه‌ی دیگری که Dalmida و همکاران میان ۲۹۲ بیماران مبتلا به HIV در جنوب شرقی ایالات متحده آمریکا انجام داده‌اند، نشان داده شد دعا کردن حداقل یک بار در روز به‌طور قابل‌توجهی با ۹۰ درصد ART مرتبط بوده است [۱]. شواهد نشان می‌دهد سطوح بالاتر معنویت / مذهب نیز با پریشانی روانی کمتر، درد کمتر، انرژی و اراده‌ی بیشتر برای زندگی، عملکرد شناختی و اجتماعی بهتر و احساس بهبود زندگی پس از تشخیص HIV همراه بوده است [۲۹]. به‌طورکلی باورهای مذهبی نقش کلیدی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی و مراقبت‌های پزشکی بیماران HIV مثبت دارد [۳۰،۳۱] و تصمیم بیماران برای مصرف یا مصرف نکردن دارو می‌تواند مستقیماً تحت‌تأثیر باورهای مذهبی قرار گیرد [۳۲،۳۳]. دراین‌باره، یافته‌های مطالعه‌ی Vyas و همکاران میان ۳۵۰ بیماران بزرگسال HIV مثبت

در ایالات متحده‌ی آمریکا قابل‌توجه است. آنان در پژوهش خود نشان داده‌اند بیمارانی که می‌گفتند باورهای مذهبی‌شان به زندگی آن‌ها معنا می‌بخشد و باعث می‌شود احساس کنند با موجودی بالاتر ارتباط دارند؛ تا بیش از ۹۰ درصد از درمان پیروی می‌کنند؛ برعکس، بیمارانی که بیشتر به تقدیر باور داشتند و اینکه خداوند به آن‌ها پشت نمی‌کند (تصور کردن همه‌ی قدرت در اختیار خداوند بدون انجام اقدامات درمانی توصیه‌شده) کمتر از ۹۰ درصد از درمان پیروی می‌کردند [۳۴]. برخی شواهد نیز نشان داده‌اند معنویت / مذهب نیز به‌دلیل اتکای بالقوه به خدا و رد درمان ضد رتروویروسی و به‌دلیل دیدگاه‌هایی که نسبت به HIV به‌عنوان مجازاتی از جانب خداوند برای سبک زندگی گناه‌آلود وجود دارد، می‌تواند نتایج درمانی را بدتر کند؛ باورهای ننگ مرتبط با HIV و مبارزه‌ی معنوی (خشم، بیگانگی از خدا) با سطوح بالاتر افسردگی، تنهایی و پایبندی ضعیف‌تر به درمان میان بیماران HIV مثبت مرتبط است [۳۵،۳۰]. دراین‌باره Parsons و همکاران بیان کرده‌اند شکاف بین تشخیص و شروع مراقبت‌های پزشکی برای HIV با رابطه‌ی ضعیف‌تر با خدا و اعتقاد قوی‌تر مبنی بر اینکه HIV مجازاتی از جانب خداست، مرتبط است [۳۰]؛ بنابراین، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت باید نیازهای معنوی بیماران HIV مثبت را شناسایی کنند. مداخلات باید به گونه‌ای طراحی شوند که بر استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت مذهبی تأکید و به پیامدهای نامطلوب تقدیرگرایی مذهبی توجه کنند. بااین‌حال، پژوهش‌های بیشتری برای درک نقش ایمان مذهبی برای سلامت و پیروی از درمان در شرایط مزمن ضروری است.

یافته‌های ما نشان داد از میان متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی، وضعیت تأهل پیش‌بینی‌کننده‌ی پایبندی به مصرف دارو میان بیماران بود، به‌طوری‌که بیماران متأهل پایبندی بهتری داشتند. بسیاری از پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی نقش مثبت متأهل بودن در پایبندی به درمان است [۳۹-۳۶]. برای مثال، Odili و همکاران در پژوهش خود میان بیماران HIV مثبت در نیجریه (Nigeria) نشان دادند بیماران متأهل بالاترین و بیماران جداشده کمترین ART را داشته‌اند [۳۶]. دیگر مطالعه‌ی انجام‌گرفته در نیجریه از Pennap نیز یافته‌های مشابهی را گزارش کرده است که در آن بیماران HIV مثبت متأهل، بالاترین سطح پایبندی به درمان را داشته‌اند [۳۷]. کمک به همسر ممکن است با افزایش پایبندی ازطریق ارائه‌ی حمایت عملی (مانند یادآوری به بیمار برای مصرف دارو) یا با بهبود خودپنداره‌ی بیماران همراه باشد [۳۸]. حضور همسر یا مراقب دیگر ممکن است ازطریق نظارت مستقیم بر تجویز دارو، پایبندی به درمان را افزایش دهد و به نظر می‌رسد بدون کمک اعضای خانواده، بیماران در پایبندی به رژیم دارویی خود، قرار ملاقات با پزشک و پیگیری مسائل پزشکی خود با مشکل مواجه می‌شوند [۳۹]. تعیین وضعیت تأهل بیمار می‌تواند به شناسایی افرادی که در معرض خطر بالاتر پیروی ضعیف‌تر از درمان هستند، کمک کند. توسعه و اجرای مداخلاتی برای بهبود پایبندی به درمان میان بیماران مجرد که در معرض خطر بالاتری برای پایبند نبودن و نتایج ضعیف‌تر هستند، مهم است. البته تناقضاتی نیز دراین‌باره وجود دارد. این تناقضات ممکن است به‌دلیل مسائل فرهنگی در جوامع مختلف باشد. برای مثال، Kioko و Pertet در پژوهش خود میان بیماران HIV مثبت در کنیا نشان دادند مطلقه بودن پیش‌بینی‌کننده‌ی اولیه ART است [۴۰]. افزون‌براین، Xuan Tran و همکاران در پژوهش خود میان ۱۰۱۶ بیمار HIV مثبت در ویتنام (Vietnam) گزارش کردند، مجرد بودن با پایبندی کمتر از حد مطلوب ART همراه است [۴۱]. پژوهش‌های آینده به درک تأثیر متفاوت وضعیت تأهل بر پایبندی، به انواع توصیه‌ها در مدیریت بیماری‌های مزمن کمک می‌کند.

مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که عبارت‌اند از: اول) این مطالعه تنها میان بیماران HIV مثبت دارای پرونده‌ی فعال مراجعه‌کننده به مراکز بیماری‌های رفتاری شماره‌ی یک و دوی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه صورت گرفت؛ بنابراین، در تعمیم‌پذیری آن باید دقت کرد؛ دوم) جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت خوداظهاری بیماران و با پرسش‌نامه بوده و ممکن است با درصدی از خطا همراه باشد؛ سوم) ما در این مطالعه وضعیت تأهل را به‌صورت یک معیار تک‌بعدی ارزیابی کردیم و کیفیت رابطه یا نوع حمایت (عاطفی در مقابل ابزاری) بررسی نشده است. با توجه به اهمیت وضعیت تأهل در پایبندی به درمان و همچنین تناقضاتی که دراین‌باره وجود دارد، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این مسئله مدنظر قرار گیرد. درواقع، این محدودیت شانس ما را برای یافتن اثر به‌طور دقیق‌تر کاهش می‌دهد. بااین‌حال، علی‌رغم این محدودیت‌ها، این مطالعه شواهدی را به پژوهش‌های مربوط به تعیین‌کننده‌های مؤثر بر پایبندی به درمان میان بیماران HIV مثبت اضافه می‌کند که می‌تواند برای توسعه‌ی مداخلات ارتقای سلامت مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش نشان داده شد قدرت ایمان مذهبی و

Commented [A1]: واژه به نظر درست نمی‌رسد.

وضعیت تأهل مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های تأثیرگذار بر پایبندی به مصرف منظم دارو میان بیماران HIV مثبت بوده است. به این یافته‌ها می‌توان برای توسعه و اجرای مداخلات ارتقای پایبندی به درمان میان بیماران HIV مثبت توجه کرد و مداخلات معنوی می‌تواند در ترویج پایبندی به درمان و نتایج مثبت سلامت میان بیماران مبتلا به HIV مفید باشد.

تشکر و قدردانی

از همه‌ی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه و مشاوره، واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی بیمارستان معتضدی کرمانشاه کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی گزارش نکردند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه به تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه با شناسه‌ی اخلاق ۷۴۹, IR.KUMS.REC. ۱۴۰۰ رسید.

حمایت مالی

این دست‌نوشته حاصل یک طرح پژوهشی است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه (طرح شماره‌ی ۴۰۰۰۸۱۱) انجام شد.

REFERENCES

1. Dalmida SG, McCoy K, Koenig HG, Miller A, Holstad MM, Thomas T, Clayton-Jones D, Grant M, Fleming T, Wirani MM, Mugoya G. Examination of the role of religious and psychosocial factors in HIV medication adherence rates. Journal of Religion and Health. 2017; 56:2144-61 Link
2. Peltzer K, Friend-du Preez N, Ramlagan S, Anderson J. Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. BMC public health. 2010; 10:1-0 Link
3. Azia IN, Nyembezi A, Carelse S, Mukumbang FC. Understanding the role of religious beliefs in adherence to antiretroviral therapy among Pentecostal Christians living with HIV in sub-Saharan Africa: a scoping review. BMC Public Health. 2023; 23(1):1768. Link
4. Onoya D, Hirasen K, van den Berg L, Miot J, Long LC, Fox MP. Adverse drug reactions among patients initiating second-line antiretroviral therapy in South Africa. Drug Safety. 2018;41:1343-53. Link
5. Onoya D, Nattey C, Budgell E, Van den Berg L, Maskew M, Evans D, Hirasen K, Long LC, Fox MP. Predicting the need for third-line antiretroviral therapy by identifying patients at high risk for failing second-line antiretroviral therapy in South Africa. AIDS patient care and STDs. 2017; 31(5):205-12. DOI: 10.1089/apc.2016.0291
6. Edessa D, Sisay M, Asefa F. Second-line HIV treatment failure in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. PloS one. 2019;14(7):e0220159. DOI: 10.1371/journal.pone.0223158
7. Lima VD, Harrigan R, Murray M, Moore DM, Wood E, Hogg RS, Montaner JS. Differential impact of adherence on long-term treatment response among naive HIV-infected individuals. Aids. 2008; 22(17):2371-80. DOI: 10.1097/QAD.0b013e328315cdd3
8. Tumwine C, Neema S, Wagner G. Reasons why high religiosity can co-exist with and precipitate discontinuation of antiretroviral therapy among different HIV clients in Uganda: an exploratory study. Religions. 2012; 3(3):817–832. DOI: 10.3390/rel3030817
9. Ironson G, Kremer H, Lucette A. Relationship between spiritual coping and survival in patients with HIV. Journal of general internal medicine. 2016; 31:1068-76. Link
10. Adeniyi OV, Ajayi AI, Ter Goon D, Owolabi EO, Eboh A, Lambert J. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy among pregnant women in the Eastern Cape, South Africa. BMC infectious diseases. 2018; 18(1):175. Link
11. Zurlo GA, Johnson TM, Crossing PF. Christianity 2019: what's missing? A call for further research. International bulletin of mission research. 2019; 43(1):92-102. DOI: 10.1177/2396939318804771
12. Oji VU, Hung LC, Abbasgholizadeh R, Terrell Hamilton F, Essien EJ, Nwulia E. Spiritual care may impact mental health and medication adherence in HIV+ populations. HIV/AIDS-Research and Palliative Care. 2017:101-9. Link
13. Mohr WK. Spiritual issues in psychiatric care. Perspect Psychiatr Care. 2006; 42(3):174–183. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2006.00076.x
14. Rumun AJ. Influence of religious beliefs on healthcare practice. International Journal of Education and Research. 2014; 2(4):37-48. Link
15. Szaflarski M. Spirituality and religion among HIV-infected individuals. Current Hiv/aids Reports. 2013; 10:324-32. Link
16. Amadi KU, Nduanya UC, Odinka JI, Onu JU, Muomah CR, Odinka PC, Ndukuba AC, Igwe MN. Religion and adherence to antiretroviral medication: Is there a link. Am J Humanit Soc Sci Res. 2020;4:425-33. Link
17. Ayuk AE. Influence of spirituality and religion on adherence to highly active antiretroviral therapy in adult HIV/AIDS patients in Calabar. Nigeria Recent Adv Biol Med. 2017; 2017(3):2006. Link
18. Arrey AE, Bilsen J, Lacor P, Deschepper R. Spirituality/Religiosity: A Cultural and Psychological Resource among Sub-Saharan African Migrant Women with HIV/AIDS in Belgium. PLoS One. 2016; 11(7):e0159488. DOI: 10.1371/journal.pone.0159488
19. Gabaitse RM. Partners in crime: Pentecostalism and Botswana HIV/AIDS policy on Cross-border migrants. Studia Historiae Ecclesiasticae. 2015;41(1):20-39. DOI: 10.17159/2412-4265/2015/v41n1a3
20. Mutambara J, Sodi T, Mtemeri J, Makomo M. Harmonizing religion and health: an exploration of religious reasons for defaulting ARVs among people living with HIV and AIDS in Gweru, Zimbabwe. AIDS care. 2021; 33(3):383-8. DOI: 10.1080/09540121.2020.1724255
21. Norder WAJ, Peters RPH, Kok MO, van Elsland SL, Struthers HE, Tutu MA, et al. The church and paediatric HIV care in rural South Africa: A qualitative study. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV. 2015; 27(11):1404–1409. DOI: 10.1080/09540121.2015.1114987
22. Tarakeshwar N, Khan N, Sikkema KJ. A relationship-based framework of spirituality for individuals with HIV. AIDS and Behavior. 2006; 10:59-70. Link
23. Parsons SK, Cruise PL, Davenport WM, Jones V. Religious beliefs, practices and treatment adherence among individuals with HIV in the southern United States. AIDS Patient Care STDS. 2006; 20(2):97–111. DOI: 10.1089/apc.2006.20.97
24. Plante TG, Boccaccini MT. The Santa Clara strength of religious faith questionnaire. Pastoral Psychology. 1997; 45(5):375-87. Link
25. Farshbaf-Zivari J, Bakhshipour Roudsari A. The Structural relationships among Dogmatism, Identity style, commitment and religious faith in Youth. Biquarterly

Journal of studies and Psychological news in Adolescents and Youth. 2022 Jan 10;2(2):60-9. Link
26. Lin CY, Ou HT, Nikoobakht M, Broström A, Årestedt K, Pakpour AH. Validation of the 5-item medication adherence report scale in older stroke patients in Iran. Journal of Cardiovascular Nursing. 2018 Nov 1;33(6):536-43. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000488
27. Kremer H, Ironson G, Porr M. Spiritual and mind–body beliefs as barriers and motivators to HIV-treatment decision-making and medication adherence? A qualitative study. AIDS patient care and STDs. 2009; 23(2):127-34. DOI: 10.1089/apc.2008.0131
28. Konkle-Parker DJ, Erlen JA, Dubbert PM. Barriers and facilitators to medication adherence in a southern minority population with HIV disease. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2008; 19(2):98-104. DOI: 10.1016/j.jana.2007.09.005
29. Szaflarski M. Spirituality and religion among HIV-infected individuals. Current Hiv/aids Reports. 2013; 10:324-32. Link
30. Parsons SK, Cruise PL, Davenport WM, Jones V. Religious beliefs, practices and treatment adherence among individuals with HIV in the southern United States. AIDS Patient Care & STDs. 2006; 20(2):97-111. DOI: 10.1089/apc.2006.20.97
31. Bader1ABCDEFG A, Kremer2CDEF H, Erlich-Trungenberger3ABCD I, Rojas4BCD R, Lohmann4BCD M, Deobald4BCD O, Lochmann5BCD R, Altmeyer1A P, Brockmeyer1A N. An adherence typology: coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. Med Sci Monit. 2006; 12(12):500. Link
32. Kisenyi RN, Muliira JK, Ayebare E. Religiosity and adherence to antiretroviral therapy among patients attending a public hospital-based HIV/AIDS clinic in Uganda. Journal of religion and health. 2013; 52:307-17. Link
33. Dalmida SG, Holstad MM, Diiorio C, Laderman G. Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS. Women & health. 2009; 49(2-3):119-43. DOI: 10.1080/03630240902915036
34. Vyas KJ, Limneos J, Qin H, Mathews WC. Assessing baseline religious practices and beliefs to predict adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. AIDS care. 2014; 26(8):983-7. DOI: 10.1080/09540121.2014.882486
35. Tarakeshwar N, Khan N, Sikkema KJ. A relationship-based framework of spirituality for individuals with HIV. AIDS Behav. 2006; 10(1):59–70. Link
36. Odili VU, Obieche AO, Amibor KC. Adherence to antiretroviral therapy and its determinants among HIV-infected patients in Nigeria. Journal of pharmacy practice. 2017; 30(3):291-5. DOI: 10.1177/0897190016633978
37. Pennap GR, Abdullahi U, Bako IA. Adherence to highly active antiretroviral therapy and its challenges in people living with human immunodeficiency virus (HIV) infection in Keffi, Nigeria. J AIDS HIV Res. 2013; 5(2):52-8. Link
38. Trivedi RB, Ayotte B, Edelman D, Bosworth HB. The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. Journal of behavioral medicine. 2008; 31:489-97. Link
39. Wu JR, Lennie TA, Chung ML, Frazier SK, Dekker RL, Biddle MJ, Moser DK. Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. Heart & Lung. 2012; 41(2):107-14. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2011.09.009
40. Kioko MT, Pertet AM. Factors contributing to antiretroviral drug adherence among adults living with HIV or AIDS in a Kenyan rural community. African Journal of Primary Health Care and Family Medicine. 2017; 9(1):1-7. Link
41. Xuan Tran B, Thanh Nguyen L, Hoang Nguyen N, Van Hoang Q. Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/AIDS patients: a multisite study. Global health action. 2013; 6(1):19570. DOI: 10.3402/gha.v6i0.19570

Commented [ZE2]: Ref 29 same ref 15

Commented [ZE3]: Ref 30 same ref 23