Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2019, Vol: 7, No: 1, Pages: 31-38.

Expression of the Spiritual Experiences of AIDS (HIV) Infected Women: A Qualitative Study

Zahra Behboodi-Moghadam[1], Morteza Motaharipoor[2], Sara Esmaelzadeh-Saeieh[3*]

1- Associate Professor, Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical, Tehran, Iran
2- Assistant Professor, Department of Islamic Education, School of Medical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
3- Assistant Professor, Department of Reproductive Health, School of Medical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

***Corresponding Author:**
Sara Esmaelzadeh-Saeieh
School of Medical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Email:
esmaelzadeh1360@gmail.com

Received: 06 Aug 2018
Revised: 16 Feb 2019
Accepted: 01 Jul 2019

Abstract

Background and Purpose: Spirituality can affect the patients' perception of health, disease, and interaction with other individuals. Human immunodeficiency virus (HIV) is more stressful in women due to their maternal role and reproductivity; therefore, coping with the disease is more difficult for women than for men.

Materials and Methods: This qualitative study tried to investigate experiences, as well as spiritual perception and its role, in the lives of women positive for HIV using conventional content analysis. Therefore, the present study was carried out on 15 women positive for HIV referring to the Behavioral Diseases Counseling Center of Imam Khomeini Hospital in Tehran, Iran. The data collection was conducted through in-depth semi-structured interviews.

Results: In the analysis of the interviews, after being infected, two spirituality groups were categorized into three subgroups, including 1) compliance with the disease, 2) belief in divine destiny, and 3) responsible behaviors to obtain God's satisfaction. The spirituality group and disease charges group were extracted divided into two subgroups of 1) divine punishment and 2) feeling of guilt.

Conclusion: Regarding the role of spirituality in coping with and enduring HIV among patients, it is recommended to perform interventions on women with HIV based on spirituality and religious beliefs, as well as decrease of the disease charges in societies. It is also suggested that caregivers in risky behaviors counseling centers should be trained in the domains of spirituality and spiritual well-being. Moreover, the caregivers can use the religious beliefs of the infected patients to help them with the disease disclosure and adaptation, use of drugs, and reduction of risky behaviors, as well as the harm to the community.

Keywords: HIV, Spiritual experiences, Women

▶ **Citation:** Behboodi-Moghadam Z, Motaharipoor M, Esmaelzadeh-Saeieh S. Expression of the Spiritual Experiences of AIDS (HIV) Infected Women: A Qualitative Study. Religion and Health, Spring & Summer 2019; 7(1): 31-38 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی

دوره ۷، شماره ۱، سال ۱۳۹۸ صفحه: ۳۸-۳۱.

تبیین تجارب معنوی زنان مبتلا به ایدز (HIV): یک مطالعه کیفی

زهرا بهبودی مقدم[۱]، مرتضی مطهری‌پور[۲]، سارا اسمعیل‌زاده ساعیه[۳*]

چکیده

سابقه و هدف: معنویت عاملی است که می‌تواند بر درک بیماران از سلامتی، بیماری و تعامل با دیگر انسان‌ها تأثیر بگذارد. بیماری HIV (Human Immunodeficiency Viruses) در زنان به دلیل داشتن وظایف مادری و باروری، استرس بیشتری را به همراه دارد و سازگاری با این بیماری در زنان مبتلا نسبت به مردان مشکل‌تر می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی سعی بر آن بود تا با استفاده از تحلیل محتوای قراردادی تجارب، درک معنوی و نقش آن در زندگی زنان مبتلا به HIV مثبت مورد بررسی قرار گیرد. بدین‌منظور ۱۵ زن مبتلا به HIV مثبت مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های پرخطر بیمارستان امام خمینی شهر تهران در این مطالعه شرکت نمودند. شایان ذکر است که جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق انجام شد.

یافته‌ها: در تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، دو گروه معنویت‌گرایی پس از ابتلا در سه زیرگروه سازگاری با بیماری، اعتقاد به تقدیر الهی و داشتن رفتار مسئولانه برای کسب رضایت خداوند و گروه‌های معنویت و اتهام ناشی از ابتلا به بیماری با دو زیرگروه تنبیه الهی و احساس گناه استخراج گردید.

استنتاج: با توجه به نقش معنویت در سازگاری و تحمل مشکلات ناشی از بیماری، انجام مداخلاتی مبتنی بر معنویت‌گرایی و باورهای دینی در زنان مبتلا به HIV و کاهش اتهام ناشی از بیماری در جوامع توصیه می‌شود. علاوه‌براین پیشنهاد می‌گردد مراقبین مراکز مشاوره رفتارهای پرخطر، آموزش‌های لازم را در زمینه معنویت‌گرایی و سلامت معنوی دریافت نمایند و از باورهای دینی مبتلایان به‌منظور کمک به افشای بیماری، سازگاری با آن، مصرف داروها و کاهش رفتارهای پرخطر و آسیب به جامعه استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: ایدز، تجارب معنوی، زنان

۱- دانشیار، عضو هیأت علمی گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- استادیار، عضو هیأت علمی گروه معارف، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۳- استادیار، عضو هیأت علمی گروه بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

*** مؤلف مسئول:**
سارا اسمعیل‌زاده ساعیه
گروه بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

Email:
esmaelzadeh1360@gmail.com

دریافت: ۱۵ مرداد ۱۳۹۷
اصلاحات: ۲۷ بهمن ۱۳۹۷
پذیرش: ۱۰ تیر ۱۳۹۸

استناد: بهبودی مقدم، زهرا؛ مطهری‌پور، مرتضی؛ اسمعیل‌زاده ساعیه، سارا. تبیین تجارب معنوی زنان مبتلا به ایدز (HIV): یک مطالعه کیفی. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۳۹۸؛۷(۱): ۳۸-۳۱ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

آخرین آمار ابتلا به HIV در ایران معادل ۵۹۵۳۱ نفر تخمین زده شده است که این میزان برای مردان برابر با ۴۳۹۶۴ نفر و برای زنان معادل ۱۵۵۶۸ نفر تا سال ۲۰۱۷ بوده است. امروزه استعمال مواد اعتیادآور و سرنگ مشترک که در دهه قبل شایع‌ترین راه انتقال ویروس HIV بوده است، جای خود را به رابطه جنسی داده است (۱).

معنویت و دینداری می‌تواند بر درک بیماران از سلامتی، بیماری و تعامل با دیگر انسان‌ها تأثیر بگذارد (۲). معنویت شامل بیان احساسی و شخصی مقدسات می‌باشد که اغلب با سلامت معنوی، احساس صلح و آرامش و سازگاری معنوی ارزیابی می‌شود (۳).

اعتقادات دینی و معنویات از فردی به فرد دیگر متفاوت بوده و به‌صورت یک شمشیر دو لبه می‌باشد که ممکن است باعث افزایش یا کاهش احساس سلامتی به‌ویژه در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند اختلالات روحی، سرطان، دیابت و HIV شود (۴).

در مطالعاتی که در زمینه نقش معنویت در زندگی افراد HIV مثبت انجام شده است، ارتباط با خداوند به‌عنوان برترین قدرت ذکر شده است. بسیاری از مبتلایان، بیماری را به‌عنوان عاملی جهت نزدیک‌شدن به خدا می‌دانستند و پس از ابتلا به این بیماری، شیوه زندگی آن‌ها به شکل هدفمند و به‌صورت زندگی‌کردن در لحظه تغییر کرده بود (۵).

در این راستا، نتایج یک مطالعه طولی نشان داده است که معنویت پس از تشخیص ابتلا به HIV در بیماران افزایش یافته و منجر به کاهش پیشرفت بیماری شده است (۶). ابتلا به HIV در زنان به دلیل وظایف مادری و باروری، استرس بیشتری را به همراه دارد و سازگاری با بیماری در زنان مبتلا نسبت به مردان سخت‌تر می‌باشد (۷). اعتقادات دینی و معنویت می‌توانند نتایج منفی همچون انتظار معجزه از جانب خدا، عدم مصرف داروهای ضد رتروویروس (Antiretroviral) و تلقی‌کردن بیماری به‌عنوان تنبیهی از سوی خدا به دلیل زندگی گناهکارانه را به همراه باشد. اتهام ناشی از بیماری و مجادله روانی (احساس عصبانیت و دوری از خدا) با سطوح بالاتری از افسردگی، تنهایی و عدم پایبندی به درمان در افراد مبتلا به HIV همراه است (۵). در این راستا، سازمان جهانی بهداشت بر نیاز به مراقبت معنوی از بیماران به‌عنوان عامل اصلی (و نه یک عامل جانبی) تأکید کرده است. بسیاری از بیماران از مراقبت معنوی به‌عنوان عاملی جهت ادامه درمان نام می‌برند. تشخیص اعتقادات دینی و باورهای معنوی بیماران برای مراقبت‌های جامعه‌نگر و پیشگیری از بیماری ضروری به نظر می‌رسد (۸)؛ از این رو، از آنجایی که تاکنون پژوهش کیفی منطبق با فرهنگ ایرانی به‌منظور شناسایی و تبیین تجارب معنوی، نگرش و باورهای دینی زنان HIV مثبت به روش تحلیل محتوای قراردادی صورت نگرفته است، تبیین این تجارب برای ارائه مراقبت بهتر به این مبتلایان امری ضروری در جهت سلامت و پیشگیری از انتشار بیماری در جامعه می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه کیفی حاضر با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی در ارتباط با ۱۵ زن ایرانی HIV مثبت انجام شد. نمونه‌ها به‌صورت هدفمند با بیشترین تنوع و مشورت با مراقبین بهداشتی مرکز رفتارهای پرخطر بیمارستان امام خمینی شهر تهران انتخاب شدند. مسلمان‌بودن و تمایل‌داشتن نسبت به شرکت در پژوهش، معیارهای ورود به مطالعه بودند. اعتیاد شدید به حدی که فرد قادر به پاسخ‌گویی نباشد و بیماری‌های روحی- روانی تشخیص داده‌شده توسط پزشک نیز به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. شایان ذکر است که جمع‌آوری داده‌ها از شرکت‌کنندگان بدون تحمیل طبقات و یا دیدگاه‌های نظری قبلی صورت گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق جمع‌آوری شدند. این مطالعه از ماه مهر تا اسفند سال ۱۳۹۴ به طول انجامید. مصاحبه‌ها توسط نویسنده مسئول مقاله و نویسنده اول انجام شدند

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

و با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط گردیدند. بلافاصله پس از اتمام مصاحبه، هر مصاحبه به‌صورت کلمه به کلمه نوشته شد و کدگذاری گردید. پس از تحلیل هر مصاحبه، مصاحبه بعدی انجام می‌شد. مدت زمان انجام مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه و به‌طور میانگین ۶۰ دقیقه بود. پس از انجام ۱۵ مصاحبه، داده‌ها به اشباع رسیدند. مصاحبه با شرکت‌کنندگان در پژوهش در یک اتاق خصوصی انجام می‌شد. این مصاحبه‌ها با سؤالات باز آغاز شده و با سؤالات اکتشافی ادامه می‌یافت. تجزیه و تحلیل اطلاعات بر مبنای رویکرد تحلیل محتوای قراردادی و پردازش آن‌ها با استفاده از روش Graneheim و Lundman انجام شد (۹).

لازم به ذکر است که مدیریت کدهای استخراج‌شده از طریق نرم‌افزار سازماندهی داده‌های متنی (MAXQDA10) صورت گرفت.

به‌منظور تأییدپذیری و معتبربودن داده‌ها از بازنگری و مرور دست‌نوشته‌ها توسط شرکت‌کنندگان (Member Check) و بازنگری ناظرین (Peer Debriefing) استفاده گردید. برای این منظور علاوه بر تیم پژوهش، یکی از اعضای هیأت علمی مسلط به مطالعات کیفی، متن مصاحبه‌ها را با استفاده از کدها و طبقات استخراج‌شده مورد بررسی قرار داد و صحت فرایند کدگذاری آن‌ها را تأیید نمود. برای تأیید قابلیت اعتماد مطالعه، تحلیل داده‌ها به پژوهشگران کیفی دیگر ارائه شد تا صحت و درستی نتایج و طبقات بررسی شود. باید خاطرنشان ساخت که برای ارزیابی و تأمین قابلیت انتقال داده‌ها، نمونه‌ها با حداکثر تغییرپذیری از طبقات مختلف اجتماعی- اقتصادی، سطوح مختلف تحصیلی و گروه‌های متنوع انتخاب شدند. طی انجام این پژوهش، تمامی مراحل به دقت ثبت و ضبط گردید و کلیه مستندات به‌صورت الکترونیکی ذخیره شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۸/۰۰۲±۳۳/۳ سال بود. ۸۰ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل بودند، ۴۶ درصد دارای تحصیلات در سطح دیپلم بودند و ۷۳ درصد خانه‌دار بودند. از سوی دیگر، علت ابتلای ۶۰ درصد از شرکت‌کنندگان (نه نفر) رابطه با همسر، ۲۰ درصد (سه نفر) رابطه جنسی خارج از ازدواج و ۲۰ درصد (سه نفر) نامشخص بود. شایان ذکر است که مدت ابتلای ۵۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان بین ۵-۱ سال بود. علاوه‌براین از میان تمام افراد مورد بررسی، ۷۰ درصد اظهار نمودند که نماز می‌خوانند و ۹۰ درصد اظهار کردند که به دعاکردن و نیایش با خدا می‌پردازند.

پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، گروه‌های زیر استخراج گردید:

- گروه معنویت‌گرایی پس از ابتلا با سه زیرگروه: سازگاری با بیماری، اعتقاد به تقدیر الهی و داشتن رفتار مسئولانه جهت کسب رضایت خداوند.
- گروه معنویت و اتهام ناشی از بیماری با دو زیرگروه: تنبیه الهی و احساس گناه.

الف. معنویت‌گرایی پس از ابتلا

سازگاری با بیماری

بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش، معنویت را به‌عنوان یک درمان اضافی و راهی برای سازگاری با بیماری و اتهام ناشی از آن ذکر نمودند.

یکی از شرکت‌کنندگان که همسرش سالم بود، توکل و لطف خدا را عاملی برای پذیرش بیماری توسط خود و همسرش می‌دانست.

بر مبنای نتایج، زنان مبتلا از دعا و ارتباط با خدا برای جلوگیری از تشدید بیماری و مصرف داروها استفاده می‌کردند. در این راستا، یکی از زنان مبتلا که تازه فرزندی به دنیا آورده بود، دعا و توکل به خدا را عاملی برای تحمل بارداری و عدم ابتلای فرزندش می‌دانست.

اعتقاد به تقدیر الهی

برخی از زنان ابتلا به HIV را تقدیر الهی می‌دانستند و معتقد بودند که زنده‌ماندن یا مردن آن‌ها به خواست

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

خدا است. برخی از شرکت‌کنندگان نیز بیماری خود را با سایر بیماری‌ها مقایسه نموده و بیمارشدن را خواست خدا می‌دانستند و در مقایسه با ناتوانایی‌های ناشی از سایر بیماری‌ها نسبت به خواست خدا شاکر بودند. یکی از شرکت‌کنندگان که حدود ۱۱ سال به این بیماری مبتلا بود، ابتلا به بیماری را خواست خدا می‌دانست. برخی از مبتلایان نیز اعتقاد داشتند که خدا آن‌ها را درمان خواهد کرد و به خواست خدا هر اتفاقی می‌افتد.

رفتار مسئولانه جهت کسب رضایت خداوند

یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر رفتار مبتلایان، داشتن رفتار مسئولانه و افشای بیماری است که نه‌تنها آن‌ها، بلکه افراد دیگر و جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و از موارد مهم برای جلوگیری از انتشار بیماری می‌باشد. برخی از مبتلایان که باورهای دینی محکم‌تری داشتند، در زمینه افشای بیماری و داشتن رفتار مسئولانه، خود را موظف می‌دانستند.

بسیاری از زنان مبتلایی که دارای شرکای جنسی متعددی هستند، اکثراً وضعیت ابتلای خود را از شریک جنسی خود پنهان می‌کنند و به علت ترس از طردشدن، بر استفاده مداوم از کاندوم اصراری ندارند؛ اما اعتقادات دینی آن‌ها باعث می‌شود راه‌کارهایی را جهت کاهش احتمال انتقال بیماری به شریک جنسی خود به کار ببرند. برخی از مبتلایان نیز تمایلی به رابطه با افراد سالم نداشتند و با توجه به احتمال انتقال بیماری، برای اطمینان بیشتر بر روابط جنسی افراد مبتلا با یکدیگر تأکید می‌کردند.

ب. معنویت و اتهام ناشی از بیماری

یکی از مسئولیت‌های جوامع در برابر بیماری ایدز، ایجاد یک فضای محرمانه در زمینه مسائلی مانند افشای بیماری و ایجاد یک زندگی بدون اتهام و تبعیض برای بیماران است. بسیاری از بیماران در نتیجه فشارهای روحی و روانی واردشده از سوی جامعه، ابتلا به بیماری را به‌عنوان جزای اعمال خود می‌دانستند. این گروه دارای دو زیرگروه تنبیه الهی و احساس گناه بودند.

تنبیه الهی

برخی از بیماران HIV را نتیجه قهر خداوند می‌دانند و معتقد هستند همان‌طور که در قرآن آمده است، هر فرد نتیجه عمل خود را در این دنیا می‌بیند؛ از این رو، این بیماری را نتیجه گناهان خود می‌دانستند.

احساس گناه

برخی از بیماران به دلیل اعتقادات مذهبی خود، نسبت به ابتلا به این بیماری احساس شرم و خجالت می‌کردند و خود را مقصر و گناهکار می‌دانستند.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که تمامی شرکت‌کنندگان دارای باورهای دینی و اعتقاد به خداوند بودند و معنویت را به‌عنوان راهی برای تحمل استرس و احساس بهبودی توصیف می‌نمودند. در این راستا، در مطالعه‌ای نشان داده شده است که بین سبک‌های مقابله مذهبی در افراد مبتلا به HIV و کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط معناداری وجود دارد (۱۰). علاوه‌براین، نتایج مطالعه حاضر معنویت را به‌عنوان عاملی جهت سازگاری با بیماری نشان دادند. نتایج سایر مطالعات نیز حاکی از آن هستند که با وجود اینکه ابتلا به بیماری HIV باعث شرم و تهمت‌زدن به افراد می‌شود؛ اما توکل به خدا باعث می‌شود که از زنده‌بودن خود راضی باشند (۱۱،۱۲).

از سوی دیگر، نتایج این مطالعه بیانگر آن بودند که اعتقادات دینی می‌توانند به‌عنوان عاملی جهت پایبندی به درمان عمل نمایند. مصرف داروهای ضد رتروویروس، یک مسئولیت فردی است و بقای افراد مبتلا به HIV به مصرف دارو و پایبندی به آن بستگی دارد (۱۳). بسیاری از بیماران که به باورهای دینی معتقد هستند، مصرف داروهای ضد رتروویروس را رد نمی‌کنند؛ اما بسیاری از آن‌ها به معجزه الهی اعتقاد داشته و تمایلی به پایبندی به درمان ندارند. در این ارتباط یک نفر از شرکت‌کنندگان

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

در مطالعه حاضر، مصرف داروها را به امید معجزه الهی قطع کرده بود. علاوه‌براین، در مطالعه‌ای در جنوب آفریقا نشان‌داده شد که سه نفر از زنان مبتلا به HIV، مصرف داروهای خود را با این امید که خدا از آن‌ها در برابر بیماری محافظت می‌کند، قطع کرده بودند (۱۴). نیاز به توضیح ضرورت مصرف داروها همراه با توکل به خداوند و عواقب عدم مصرف داروها از مواردی است که نیاز به مشاوره بیشتر در ارتباط با مبتلایان دارد.

یکی دیگر از زیرگروه‌های استخراج‌شده، تأثیر معنویت بر داشتن رفتار مسئولانه بود که یکی از استراتژی‌های مؤثر در کنترل انتشار ویروس می‌باشد (۱۵). ۶۲/۵ درصد از افراد شرکت‌کننده در این مطالعه از طریق همسر یا شریک جنسی به بیماری مبتلا شده بودند و از وضعیت ابتلای همسر یا شریک جنسی خود اطلاع نداشتند. بحث در مورد افشای وضعیت ابتلا، هم در سلامت فردی و هم در سلامت عمومی کاربرد دارد (۱۶،۱۷)؛ از این رو با توجه به تأثیر باورهای دینی بر این بعد مهم از رفتار مبتلایان بهتر است از باورهای دینی به‌عنوان یک استراتژی به‌منظور افزایش مهارت افشای بیماری استفاده گردد. یکی از اطلاعات استخراج‌شده در این مطالعه، معنویت و اتهام ناشی از بیماری HIV بود. در این ارتباط Goffman در سال ۲۰۱۸، اتهام را به‌عنوان یک ویژگی به‌شدت بی‌اعتبار دانست که از طریق تعامل به وجود می‌آید و توسط مردم، شبکه‌های اجتماعی و جهان اجتماعی بزرگ‌تری که در آن زندگی می‌کنند، ساخته می‌شود (۱۸). براساس تئوری اتهام، یک هویت اجتماعی جدید برای افراد مبتلا به HIV در جوامع در نظر می‌شود که در این راستا، باورهای دینی می‌توانند به ساخت یک هویت جدید و مثبت برای افراد مبتلا کمک نمایند (۱۹).

بهره‌گیری از معنویت در بهبود سلامتی مبتلایان و آموزش مراقبین بهداشتی با مشکلاتی همراه می‌باشد؛ به‌عنوان مثال بسیاری از مراقبین بهداشتی از مهارت لازم در زمینه گفتگو در مورد نقش معنویت در سلامت و بیماری برخوردار نمی‌باشند (۲۰). علاوه‌براین، در مطالعات بسیاری به آموزش مراقبین بهداشتی در زمینه معنویت جهت ارائه خدمات به افراد مبتلا به HIV مثبت توصیه شده است (۲،۲۱۲). در این زمینه، نتایج مطالعه Vance در سال ۲۰۱۱ نشان دادند که ارتباط مراقبین بهداشتی با بیماران، بسیار بیشتر از خدماتی که آن‌ها ارائه می‌دهند، بر تمایل بیماران نسبت به پایبندی به درمان تأثیر می‌گذارد (۲۳).

نتیجه‌گیری

با توجه به نقش معنویت در سازگاری با بیماری، مراقبین بهداشتی، پزشکان و جوامع می‌بایست از تأثیر معنویت بر زندگی افراد مبتلا به بیماری مطلع باشند و آموزش‌های لازم را در این زمینه دریافت کنند. همچنین، لازم است از افراد آموزش‌دیده و مداخلاتی مبتنی بر معنویت در مراکز مشاوره رفتارهای پرخطر به‌منظور ارتباط با بیماران و کمک به سازگاری با بیماری استفاده شود. علاوه‌براین، برنامه‌ریزی در ارتباط با برنامه‌های آموزشی با رویکرد معنوی در جوامع به‌منظور کاهش اتهام ناشی از بیماری ضروری می‌باشد.

پیشنهادات

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، انجام آن در بین زنان مسلمان و دارای باورهای دینی بود؛ از این رو پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای در ارتباط با افراد بدون اعتقادات دینی و یا اعتقاداتی غیر از مذهب اسلام صورت بگیرد تا تعمیم‌پذیری نتایج، بیشتر امکان‌پذیر باشد.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان اعلام می‌دارند که در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه‌بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

خروج از آن رعایت شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل تصویب این پژوهش با کد ۹۰۲۱۱۵۰۰۱ و شماره اخلاق ۱۳۰/۲۶۳۹/د/۹۲ تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Center for disease control and prevention (CDC). Upublished AIDS Data. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2017 (Persian).
2. Szaflarski M. Spirituality and religion among HIV-infected individuals. Current HIV/AIDS Reports. 2013; 10(4):324-32.
3. Dalmida SG, Holstad MM, DiIorio C, Laderman G. The meaning and use of spirituality among African American women living with HIV/AIDS. Western Journal of Nursing Research. 2012; 34(6):736-65.
4. Trevino KM, Pargament KI, Cotton S, Leonard AC, Hahn J, Caprini-Faigin CA, et al. Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. AIDS and Behavior. 2010; 14(2):379-89.
5. Lee M, Nezu AM, Nezu CM. Positive and negative religious coping, depressive symptoms, and quality of life in people with HIV. Journal of Behavioral Medicine. 2014; 37(5):921-30.
6. 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. Journal of General Internal Medicine. 2006; 21(5):S62.
7. McIntosh RC, Rosselli M. Stress and coping in women living with HIV: a meta-analytic review. AIDS and Behavior. 2012; 16(8): 2144-59.
8. Mukolo A, Villegas R, Aliyu M, Wallston KA. Predictors of late presentation for HIV diagnosis: a literature review and suggested way forward. AIDS and Behavior. 2013; 17(1):5-30.
9. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004; 24(2):105-12.
10. Sanagouye Moharer G, Raisi M, Sultan Ahmadi Moghaddam F. Relationship between religious coping styles and quality of life in HIV-positive patients. Journal o Religion and Health. 2018; 5(2):58-67 (Persian).
11. Goudge J, Ngoma B, Manderson L, Schneider H. Stigma, identity and resistance among people living with HIV in South Africa. SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS. 2009; 6(3):94-104
12. Tsai AC, Bangsberg DR, Kegeles SM, Katz IT, Haberer JE, Muzoora C, et al. Internalized stigma, social distance, and disclosure of HIV seropositivity in rural Uganda. Annals of Behavioral Medicine. 2013; 46(3):285-94.
13. HIV-Causal Collaboration. The effect of combined antiretroviral therapy on the overall mortality of HIV-infected individuals. AIDS (London, England). 2010; 24(1):123.
14. Speakman S. Comparing the impact of religious discourse on HIV/AIDS in Islam and christianity in Africa. Vanderbilt Undergraduate Research Journal. 2012; 8:1-7.
15. 15. Shacham E, Small E, Onen N, Stamm K, Overton ET. Serostatus disclosure among adults with HIV in the era of HIV therapy. AIDS Patient Care and STDs. 2012; 26(1): 29-35.
16. 16. Kallem S, Renner L, Ghebremichael M, Paintsil E. Prevalence and pattern of disclosure of HIV status in HIV-infected children in Ghana. AIDS and Behavior. 2011; 15(6):1121-7.
17. Kennedy CE, Medley AM, Sweat MD, O'Reilly KR. Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. Bulletin of The World Health Organization. 2010; 88:615-23.
18. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York: Simon and Schuster; 2009.
19. Choi SA. Exploring religiosity and spirituality on the meaning of HIV/AIDS and service provision in Malawi. Albany: State University of New York; 2018.
20. Lucchetti G, Lucchetti AL. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999–2013). The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2014;

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

48(3):199-215.
21. Hodge DR, Salas-Wright CP, Wolosin RJ. Addressing spiritual needs and overall satisfaction with service provision among older hospitalized inpatients. Journal of Applied Gerontology. 2016; 35(4):374-400.
22. 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.
23. Vance DE, Brennan M, Enah C, Smith GL, Kaur J. Religion, spirituality, and older adults with HIV: critical personal and social resources for an aging epidemic. Clinical Interventions in Aging. 2011; 6:101.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-22]