مدل‌یابی معادلات ساختاری، رفتار پرخطر، تصمیم‌گیری پرخطر، کارکرد خانواده و سبک زندگی در بیماران مبتلابه اچ‌آی‌وی

فریبا ابراهیم بابایی ،سعید قدرتی

چکیده:

رفتارهای پرخطری که شیوعشان در جمعیت مبتلابه اچ‌آی‌وی، از جمعیت کلی بیشتر است، از عواملی همچون ویژگی‌های زیستی، داشتن سبک زندگی ناسالم و عملکرد خانوادگی ناسالم و... متأثر است. هدف اصلی این پژوهش، بررسی نقش کارکرد خانواده در پیش‌بینی تصمیم‌گیری پرخطر در افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی است که با درنظرگرفتن نقش میانجی متغیرهای سبک زندگی و تصمیم‌گیری پرخطر انجام پذیرفته است. پژوهش حاضر از نوع توصیفی‌همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری است. این پژوهش روی ۱۴۷ فرد مبتلابه اچ‌آی‌وی صورت گرفته و برای انجام آن از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. نمونهٔ آماری برطبق روش‌های تعیین حجم نمونه و براساس خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌های پژوهش ۱۴۷نفر تعیین شد. از پرسش‌نامه‌های ارزیابی رفتار پرخطر RBS، پرسش‌نامهٔ انعطاف و انسجام خانواده، پرسش‌نامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت و برای ارزیابی تصمیم‌گیری پرخطر نیز از آزمون بارت استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار لیزرل انجام شد. عملکرد خانوادگی با رفتار پرخطر رابطهٔ منفی و معنی‌دار معکوسی با مقدار ۰/۲۰- داشت. تمامی نتایج بیان‌شده نشان می‌دهد که مسیرها و مدل پژوهش تأیید شده است. در این پژوهش دریافتیم که عملکرد خانوادگی با رفتار پرخطر هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم و از طریق تصمیم‌گیری پرخطر و نیز سبک زندگی رابطه دارد. پژوهش‌های آینده باید سهم عوامل خانوادگی را در تصمیم‌گیری پرخطر افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی بیشتر مدنظر قرار دهد.

واژگان کلیدی: اچ‌آی‌وی، کارکرد خانوادگی، سبک زندگی، تصمیم‌گیری پرخطر، رفتارهای پرخطر

Structural equation modeling of risky behavior, risky decision making, family functioning and lifestyle in people living with HIV

Abstract:

Background:

Risk behaviors are more common in HIV-positive population than general population and are affected by various factors such as biological factors, lifestyle, family functioning and etc.. The aim of this research is to investigate how family functioning leads to risk behaviors in this population.

Methods: This research was conducted on 147 HIV-positive individuals and we used convenience sampling for data gathering. Sample size was chosen based on the questionnaire's subscales. We used Risk Behaviors Scale (RBS), FACESS, HPLP and balloon analogue risk test (BART), to assess risky decision making. The data were analyzed using Lisrel software and structural equation modeling method.

Findings: Findings suggests that there is a negative and meaningful relationship between family functioning and risk behaviors and un-direct effects were found because of two mediator factors of lifestyle and risky decision making.

Conclusion: Whatever family functioning becomes ameliorated, lifestyle improves and risky decision making declines and the possibility of risk behaviors will be reduced. Targeting family factors can be helpful to the interventions designed to reduce risk behaviors of HIV infected individuals.

Keywords: HIV, family functioning, life style, risky decision making, risky behavior

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]

مقدمه:

رفتارهای پرخطر از مهم‌ترین عوامل ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی بوده و در پیش‌گیری از شیوع این بیماری از اهمیت زیادی برخوردارند (۱). رفتارهای مخاطره‌آمیز به هرگونه رفتار مداومی اطلاق می‌شود که مضرات واقعی و بالقوه‌ای را متوجه سلامتی کرده و موجب صدمات و ضایعاتی مانند مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، سوءمصرف مواد مخدر، سوءمصرف مواد محرک و روان‌گردان و رفتارهای پرخطر جنسی می‌شود (۲). مطابق تحقیقات انجام‌شده، ویژگی‌های زیستی، چرخه‌ی رشد، موقعیت اجتماعی‌اقتصادی، ویژگی‌های خانوادگی، تأثیر همسالان و رسانه ازجمله عواملی هستند که بر رفتارهای پرخطر جنسی جوانان تأثیر بسزایی دارند (۳)؛ علاوه بر این، عوامل شخصیتی (ارزش‌ها، انتظارات و عقاید)، عوامل رفتاری (ناهنجاری‌ها و بزهکاری)، قراردادهای اجتماعی و هنجارها و عوامل محیطی نیز در گرایش افراد به رفتارهای پرخطر جنسی تأثیرگذارند (۴). رفتارهای پرخطر جنسی شامل داشتن شرکای جنسی متعدد و رفتارهای جنسی محافظت نشده است (۵).

ویروس اچ‌آی‌وی بر تمام جنبه‌های زندگی اعم از روانی، جسمانی، اجتماعی و معنوی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند موجب ترس از زندگی با این عفونت شود و مشکلات زیادی برای افراد خانواده و مراقبان این بیماران ایجاد کند (۶)؛ بااین‌وجود خانواده می‌تواند با حمایت اجتماعی و روانی امکان زندگی آن‌ها را در کنار سایر اعضای خانواده فراهم کند (۷). حمایت خانواده می‌تواند موجب ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان و پیش‌گیری از انتقال عفونت شود (۶). مطالعات نشان داده‌اند که خانواده‌ها در خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی در نوجوانان به چهار طریق تأثیر می‌گذارند که شامل نظارت و کنترل، نگرش‌های والدین دربارهٔ رابطهٔ جنسی، رفتارهای عاطفی والدین (ملایمت/حمایت) و ارتباط بین والدین و فرزندان می‌شود (۸). پژوهش‌های اخیر به این نتیجه رسیده‌اند که خانواده یکی از عوامل مؤثر در رفتار پرخطر و تصمیم‌گیری پرخطر در افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی است (۹-۱۱).

یکی از عالی‌ترین پردازش‌های شناختی مغز تصمیم‌گیری است که توسط قطعهٔ پیش‌پیشانی اجرا می‌شود (۱۲). تصمیم‌گیری یک سازهٔ شناختی است که در ارزیابی اختلالات عصب‌شناختی مرتبط با اچ‌آی‌وی[1] مدنظر قرار نگرفته است؛ اما نقش بسیار مهمی در کارکرد نامناسب و نیز سلامتی بیماران مبتلابه عفونت اچ‌آی‌وی ایفا می‌کند (۱۳). تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد که در جمعیت اچ‌آی‌وی مثبت، تاحدودی ضعف در تصمیم‌گیری وجود دارد (۱۴). در تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز، شخص با گزینه‌هایی روبه‌روست که انتخاب آن‌ها باری از سود و زیان، در زمان حال و آینده را به‌دنبال دارد؛ هرچند این سود و زیان با درجاتی از احتمال و عدم قطعیت همراه است (۱۵). تصمیم‌گیری پرخطر از عواملی است که با رفتار پرخطر در بیماران مبتلابه اچ‌آی‌وی و نیز کارکرد خانوادگی رابطه دارد (۱۶).

عامل دیگری که بر رفتارهای پرخطر در افراد مبتلابه ایدز تأثیر می‌گذارد، سبک زندگی است و ریشهٔ بسیاری از رفتارهای پرخطر از قبیل عادات غذایی ناسالم، نداشتن فعالیت فیزیکی، مصرف تنباکو و الکل و انجام رفتارهای پرخطر جنسی، به‌علت سبک زندگی ناسالم است که باعث گسترش انواع بیماری‌ها و اختلالات مزمن می‌شود (۱۷،۱۸). پژوهش‌های انجام گرفته طی سال‌های اخیر توجه کمی به سبک زندگی سالم در میان مبتلایان به اچ‌آی‌وی داشته است (۱۹). سبک زندگی همچنین یکی از عواملی است که با عوامل مرتبط با خانواده رابطه دارد (۲۰)؛

بنابراین هدف ما از این پژوهش، بررسی رابطهٔ بین عملکرد خانوادگی با رفتار پرخطر با درنظرگرفتن نقش میانجی تصمیم‌گیری پرخطر و سبک زندگی، در میان افراد دارای ویروس اچ‌آی‌وی است. مدل علّی پیشنهادی به‌صورت زیر است:

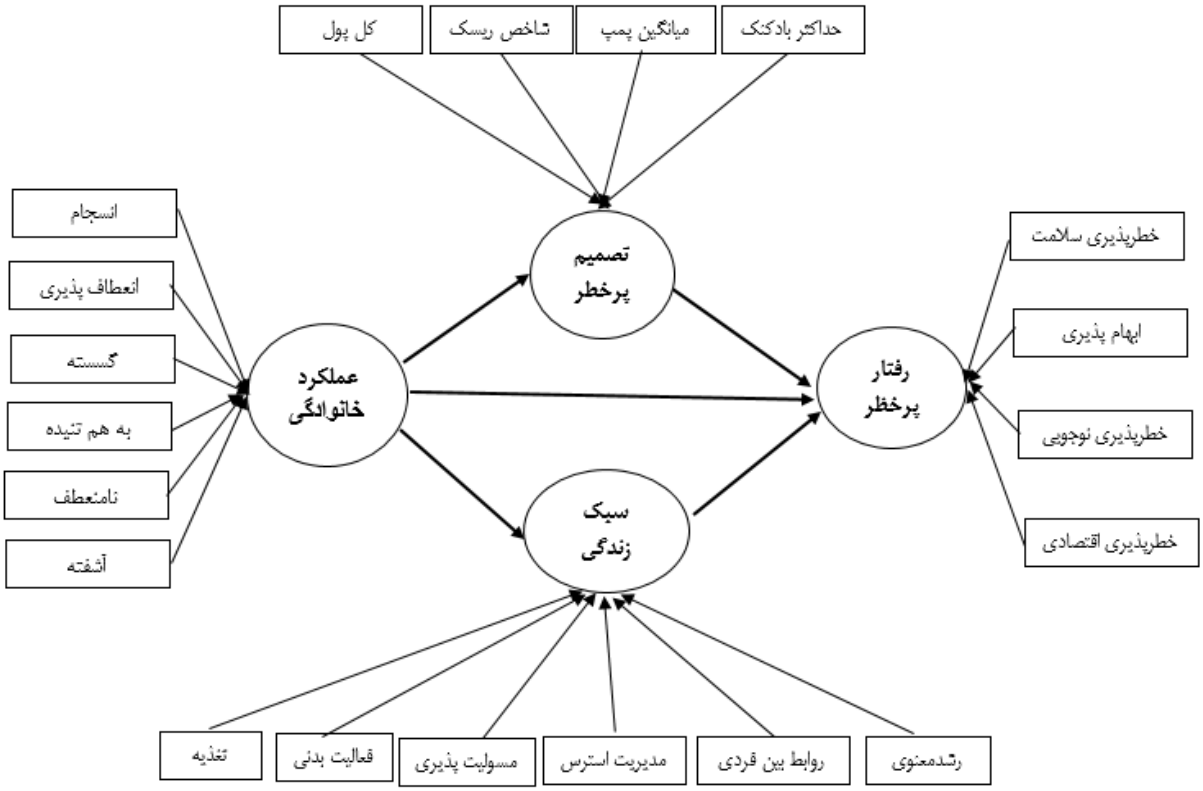
[1] HIV-associated neurocognitive disorders (HAND)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]



شکل ۱. مدل پیش‌بینی رفتار پرخطر براساس عملکرد خانوادگی متوازن با متغیرهای میانجی سبک زندگی و تصمیم‌گیری پرخطر در افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی

روش‌ها:

پژوهش حاضر از تحقیقات توصیفی‌همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، تمام افراد مبتلابه ویروس اچ‌آی‌وی در بیمارستان امام خمینی، بوده و از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد که از مهرماه ۱۳۹۳ تا اردیبهشت ۱۳۹۴ نمونه‌گیری انجام گرفت. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه، از مدل‌یابی معادلات ساختاری و بدین‌منظور از نرم‌افزار لیزرل استفاده شد.

در این پژوهش به بیماران گفته شد که اطلاعاتشان کاملاً محرمانه می‌ماند و از این اطلاعات فقط در راستای پژوهش استفاده خواهد شد. به شرکت‌کنندگان گوشزد شد که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری است و هر وقت که بخواهند می‌توانند بدون هیچ عذر و دلیلی پژوهش را ترک کنند. به‌این‌ترتیب کلیه‌ی افرادی که توسط دو آزمون مثبت الایزا[۲] و سپس یک آزمون مثبت وسترن بلات[۳] ابتلایشان به ویروس اچ‌آی‌وی ثابت شده بود، وارد پژوهش شدند. تعداد افراد شرکت‌کننده در این پژوهش ۱۴۷ نفر بود که قابل‌قبول است. ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، مثبت بودن آزمون الایزا و آزمون وسترن بلات و موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بود. در این پژوهش از آزمون خطرپذیری بادکنکی (BART)، پرسش‌نامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت-۲ (HPLP-II)، مقیاس انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده (FACES-IV) و پرسش‌نامهٔ برآورد رفتارهای پرخطر (RBA) استفاده شد.

ابزار:

آزمون خطرپذیری بادکنکی (BART): آزمون خطرپذیری بادکنکی (۲۱) میزان خطرپذیری افراد را در شرایط واقعی بررسی کرده و میزان کارکرد[۴] یا کژکنشی[۵] راهبرد مخاطره‌جویانهٔ وی را می‌سنجد. در این آزمون، روی صفحه‌نمایش رایانه تصویر یک بادکنک ظاهر می‌شود که فرد با فشاردادن تکمهٔ زیر آن، می‌تواند بادکنک را باد کند. در صفحه‌نمایش دو جعبه یکی به‌عنوان صندوق موقت و یکی به‌عنوان صندوق دائم وجود دارد که موجودی هر صندوق روی آن نمایش داده می‌شود. با هربار بادشدن بادکنک مقداری پول (در اینجا ۵۰ تومان)، به صندوق موقت ریخته می‌شود. فرد می‌تواند به‌جای بادکردن بیشتر بادکنک روی «کلید جمع‌آوری» فشار دهد؛ در این زمان بادکنک جدیدی جایگزین می‌شود و مقدار پولی که از بادکردن بادکنک به‌دست آمده، به صندوق دائم می‌رود. تعداد کل بادکنک‌ها محدود و ۳۰ عدد است. با هربار بادکردن بادکنک، پول صندوق موقت افزایش می‌یابد؛ ولی اگر بادکنک بترکد، پول صندوق موقت از دست می‌رود. در اینجا فرد با بادکردن بادکنک هرچند مبلغی را به صندوق موقت اضافه می‌کند، ولی کل پول صندوق موقت را به‌خطر می‌اندازد. بادکنک‌ها در نقطهٔ غیرمشخصی می‌ترکند و این موضوع تصمیم‌گیری در شرایط عدم قطعیت را امکان‌پذیر می‌کند. فرد با تصمیم‌گیری پرخطر تمایل دارد با نادیده‌گرفتن خطر ترکیدن بادکنک، هر بادکنک را به میزان بیشتری باد کند تا پول بیشتری از آن به دست آورد (۲۲).

پرسش‌نامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت-۲ (HPLP-II): پرسش‌نامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت-۲، نسخهٔ اصلاح‌شدهٔ پرسش‌نامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت است. این پرسش‌نامه از ۵۲ سؤال تشکیل شده است که ۶ زیرشاخه تحت عناوین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی و رشد معنوی دارد. به‌طورکلی نمرهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت و نمرهٔ ابعاد رفتاری با استفاده از میانگین پاسخ‌ها برای کل ۵۲ سؤال و برای هر زیرشاخه (۸ تا ۹ آیتم) محاسبه می‌شود. واکر و هیل پولرکی[۶] برای ابزار HPLP II آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را گزارش کردند؛ همچنین اعتبار آزمون-بازآزمون سه هفته‌ای برای کل ابزار، برابر با

[۲] Eisa HIV-ab
[۳] Western-Blot HIV-ab
[۴] functional
[۵] dysfunctional
[۶] Hill-Polerecky

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]

۰/۸۹ بود (۲۳). برای همهٔ زیرشاخه‌ها غیر از حمایت اجتماعی، آلفای کرونباخ مساوی یا بالاتر از ۰/۷۴ به‌دست آمد (۲۴).

مقیاس انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده (FACES-IV): پرسش‌نامهٔ انسجام و مقیاس انعطاف‌پذیری خانواده برای پاسخ به انتقاداتی که در رابطه با نسخه‌های قبلی FACES صورت گرفته بود، طراحی شد. این مقیاس ۶۲ گویه دارد و با استفاده از شش خرده‌مقیاس فرعی و دو خرده‌مقیاس اصلی، انسجام و انعطاف‌پذیری خانوادگی را به‌طور کامل و جامع می‌سنجد. این خرده‌مقیاس‌ها هم جنبه‌های متوازن[۷] و سالم و هم جنبه‌های نامتوازن[۸] و مشکل‌دار کارکرد خانواده را ارزیابی می‌کنند (۲۵). ضریب آلفای کرونباخ، نمرهٔ کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های انسجام متوازن، انعطاف‌پذیری متوازن، گسسته، به‌هم‌تنیده، نامنعطف و آشفته برای پدران به‌ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۱، ۰/۶۱، ۰/۵۸ و برای مادران به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۲، ۰/۶۹، ۰/۵۶، ۰/۶۲ است (۲۶).

پرسش‌نامهٔ برآورد رفتارهای پرخطر (RBA): این پرسش‌نامه شامل ۹ گروه سؤال، با ۲۲ پرسش است و رفتارهای پرخطر را در ۳۰ روز گذشته بررسی می‌کند که توسط مؤسسهٔ ملی مواد مخدر امریکا[۹] ساخته شده است (۱۹۹۳) و شامل سؤالاتی است که رفتارهای پرخطر تزریقی و جنسی مرتبط با اچ‌آی‌وی را در حیطه‌های مختلف استفاده از مواد، تزریق مواد، سرنگ مشترک، فعالیت‌های جنسی محافظت‌نشده، داشتن چندین شریک جنسی و... بررسی می‌کند. ضریب همبستگی آزمون مجدد برای هر دو گروه سؤالات مواد مخدر و رفتار پرخطر جنسی قابل‌قبول به‌نظر می‌رسد (۲۷)؛ پرسش‌نامهٔ برآورد رفتارهای پرخطر، در مطالعات مختلف استفاده شده است و نتایج اعتبار پیش‌آزمون-پس‌آزمون خوبی را نشان داده و اعتبار ۰/۶۶ تا ۰/۸۳ گزارش شده است؛ علاوه‌برآن ضریب اطمینان آزمون-پس‌آزمون برای مؤلفه‌های رفتار پرخطر جنسی قابل‌قبول و در بازهٔ ۰/۶۶ تا ۰/۸۳ بود (۲۸).

یافته‌ها:

در ادامه به‌منظور بررسی اعتبار مدل ساختاری پیش‌بینی رفتار پرخطر، براساس عملکرد خانوادگی متوازن با میانجی‌گری سبک زندگی و تصمیم‌گیری پرخطر در افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج این تحلیل در قالب جدول و نمودار ارائه شده است.

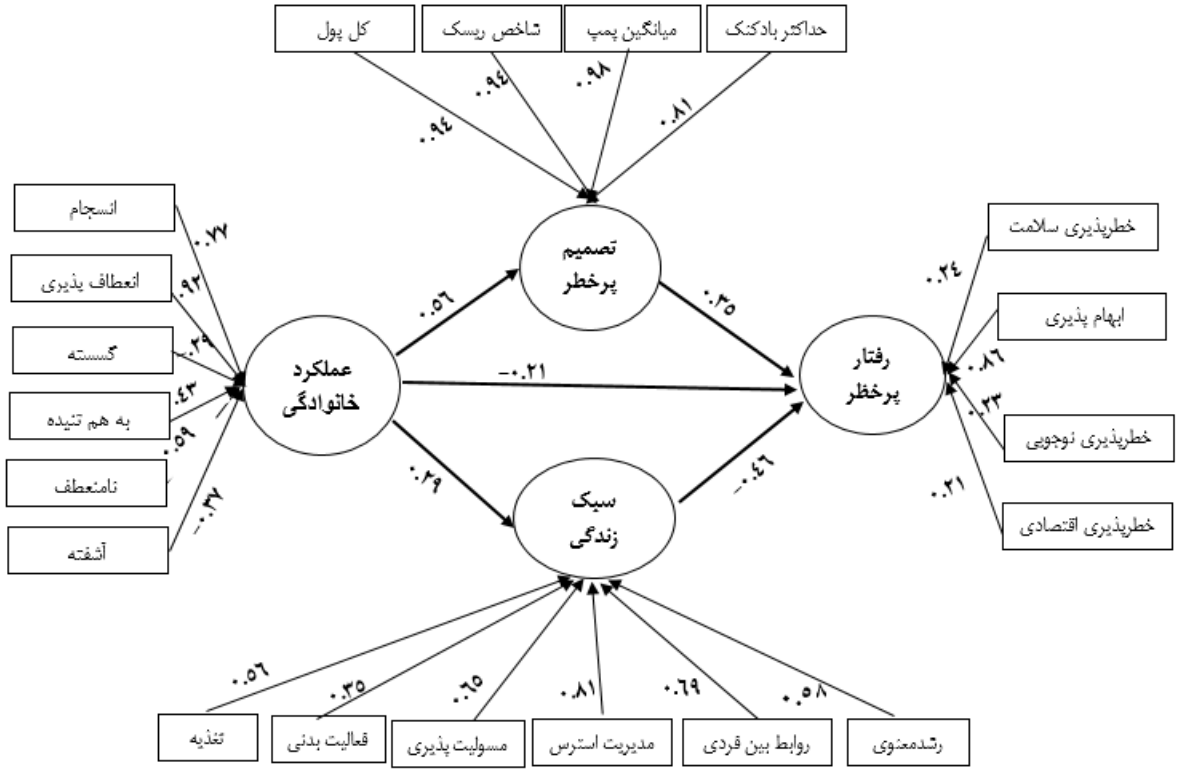
[۷] Balanced
[۸] Un-balanced
[۹] Nation Institute on Drug Abuse

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]



شکل۲- ضرایب مسیر استاندارد در مدل پیش‌بینی رفتار پرخطر براساس عملکرد خانوادگی متوازن با میانجی‌گری سبک زندگی و تصمیم‌گیری پرخطر در افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی

در جدول ۱، شاخص‌های برازش مدل‌های تأییدی و مدل ساختاری پیش‌بینی رفتار پرخطر براساس عملکرد خانوادگی با میانجی‌گری سبک زندگی و تصمیم‌گیری پرخطر در افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی گزارش شده است.

جدول ۱- شاخص‌های برازش مدل‌های تأییدی و مدل ساختاری پیش‌بینی رفتار پرخطر

مدل	متغیر مکنون	X^2	Df	df/X^2	NFI	IFI	CFI	GFI	AGFI	RMSEA
تأییدی	تصمیم پرخطر	3.22	2	1.610	0.99	1	1	0.99	0.94	0.035
تأییدی	عملکرد خانوادگی	38.2	17	2.247	0.97	0.95	0.97	0.94	0.88	0.033
تأییدی	سبک زندگی	13.7	6	2.283	0.96	0.98	0.98	0.97	0.91	0.044
تأییدی	رفتار پرخطر	3.4	2	1.700	0.96	0.93	0.92	0.99	0.94	0.039
ساختاری	مدل پیش‌بینی رفتار پرخطر	309	176	1.756	0.89	0.91	0.91	0.86	0.80	0.055

در مرحله تحلیل مدل، قبل از انجام تحلیل نهایی متغیرهای هر بخش با روش تحلیل عاملی تأیید بررسی شد که نتایج آن در چهار سطر ابتدایی جدول ۱، قابل‌مشاهده است. نتایج این بخش نشان داد که تمامی مؤلفه‌ها در پرسش‌نامهٔ خودشان با برازش‌های مناسب و قابل‌پذیرشی همراه هستند. در ادامه مدل پیش‌بینی رفتار پرخطر نیز در چند مرحله تحلیل شد که نتایج تحلیل نهایی مناسب و قابل‌قبول به‌دست آمد. این نشان می‌دهد مدل ساختاری پیش‌بینی رفتار پرخطر براساس عملکرد خانوادگی متوازن با میانجی‌گری سبک زندگی و تصمیم‌گیری پرخطر در افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی از اعتبار قابل‌قبولی برخوردار است.

در ادامه جدول تأثیرات مستقیم و ضرایب غیرمستقیم در متغیرهای آشکار و پنهان پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲- تأثیرات مستقیم و ضرایب غیرمستقیم در متغیرهای آشکار و پنهان پژوهش

متغیر وابسته	متغیر مستقل	ضرایب مستقیم	ضرایب غیرمستقیم	تأثیر کل
سبک زندگی	عملکرد خانوادگی	0.29**		0.29**
تصمیم پرخطر	عملکرد خانوادگی	-0.56**		-0.56**
	عملکرد خانوادگی	-0.20*	-0.529**	-0.729**
رفتار پرخطر	سبک زندگی	-0.46**		-0.46**
	تصمیم پرخطر	0.35**		0.35**

N= 147 و*p<0.05 و**p<0.01

همان‌گونه که در جدول شمارهٔ ۲ مشاهده می‌شود تمامی ضرایب به دست آمده معنی‌دارند. عملکرد خانوادگی با رفتار پرخطر رابطهٔ منفی و معنی‌دار معکوسی با مقدار0/20– دارد. عملکرد خانواده با میانجی‌گری دو متغیر سبک زندگی و عملکرد خانواده تأثیر خود را به ۰/۷۲۹- رساند. تمامی نتایج بیان‌شده نشان می‌دهد که مسیرها و مدل پژوهش تأیید شده است؛ بر این اساس می‌توان گفت در مدل پیش‌بینی رفتار پرخطر براساس عملکرد خانوادگی متوازن با میانجی‌گری سبک زندگی و تصمیم‌گیری پرخطر در افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی تأیید شد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]

بحث و نتیجه‌گیری:

در این پژوهش فرضیهٔ اصلی ما این بود که عملکرد خانوادگی با رفتار پرخطر و درنظرگرفتن نقش میانجی تصمیم‌گیری پرخطر و سبک زندگی در میان افراد مبتلابه ویروس اچ‌آی‌وی رابطه دارد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، عملکرد خانوادگی با رفتار پرخطر هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم و از طریق تصمیم‌گیری پرخطر و نیز سبک زندگی رابطه دارد؛ بدین‌ترتیب سبک زندگی و تصمیم‌گیری پرخطر بین رفتار پرخطر و عملکرد خانوادگی در میان مبتلایان به اچ‌آی‌وی، نقش میانجی را ایفا می‌کند.

با توجه به دانش ما تاکنون پژوهشی که این مدل را به‌صورت خاص در میان مبتلایان به اچ‌آی‌وی اجرا کرده باشد، انجام نشده است؛ بدین‌ترتیب به بررسی تک‌تک روابط مدل پرداخته و هماهنگی یا ناهماهنگی آن را با پژوهش‌های پیشین بررسی کرده‌ایم.

نتایج ما با پژوهش پافر[1] و همکاران (۲۰۱۰)، همسوست که رابطهٔ بین رفتارهای پرخطر جنسی و کارکردهای خانواده را مطالعه کرده و نشان داده که فعالیت پرخطر جنسی نوجوانان، به‌طور معناداری با حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی مرتبط با ایدز در خانواده رابطه دارد. پژوهشی دیگر که همسو با نتایج حاضر است، مطالعه‌ای است که رودس و همکاران (۱۹۹۷) در ارتباط با رفتارهای پرخطر انجام داده و به این نتیجه دست یافتند که تعاملات با والدین، از عوامل تعیین‌کنندهٔ رفتارهای پرخطر در دو جنس است (۱۱)؛ همچنین رفات (۲۰۰۴) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که حمایت خانواده در پیشگیری از رفتارهای جنسی نوجوانان نقش دارد. به‌نظر می‌رسد که وجود مشکل در کارکرد خانوادگی می‌تواند یکی از عواملی باشد که افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی را به‌سمت رفتارهای پرخطر می‌کشاند (۲۹)؛ همچنین در تحقیق انجام‌گرفته توسط لی، داویسون و جورکوسکی (۲۰۱۰) که به‌منظور بررسی کارکرد خانواده و تعیین‌کننده‌های سبک زندگی غیرفعال در میان زنان کم‌درآمد دارای فرزند نوجوان انجام گرفت، نشان داده شد که کارکرد خانوادگی ضعیف، به‌طور مستقلی با سبک زندگی غیرفعال ارتباط دارد که این نیز همسو با یافتهٔ پژوهشی حاضر است. (۳۰). در پژوهشی دیگر که هوو و همکاران (۲۰۰۸) روی زنان میان‌سال انجام دادند، عملکرد در سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت با کارکرد خانوادگی ارتباط داشت که با یافته‌های بررسی حاضر هماهنگ است (۳۱)؛ بدین‌ترتیب با توجه به نتایج پژوهش پیشِ رو به‌نظر می‌رسد که اگر خانواده‌ای کارکردی صحیح داشته باشد، این کارکرد صحیح باعث اصلاح سبک زندگی افراد خانواده شده و آن را بهبود می‌بخشد.

در پژوهشی دیگر پینار و همکاران (۲۰۰۸) نتایج مشابه با پژوهش حاضر را البته در میان جمعیت دانش‌آموزان به‌دست آوردند. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که سبک زندگی این دانش‌آموزان به‌گونه‌ای است که آن‌ها را به‌سمت رفتارهای پرخطر مصرف مواد می‌کشاند؛ به‌گونه‌ای که به‌راحتی به مواد مخدر دسترسی دارند و در فرهنگ عمومی آن‌ها نوشیدن آبجو و سایر نوشیدنی‌های الکلی بلامانع است و شیوع کشیدن سیگار در آن‌ها بسیار بالاست (۳۲).

در تحقیق انجام‌گرفته توسط کاسام و همکاران (۲۰۰۹)، استرس، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سبک زندگی، به کاهش در انطباق با تلاش‌های منجر به سود در آزمایش انجامید و در تلاش‌های منجر به فقدان، استرس به انتخاب‌های پرخطرتر انجامید (۳۳). مطالعه‌ی دیگری توسط پوتمن[2] و همکاران (۲۰۱۰) روی دانش‌آموزان با استفاده از سنجش سطح کورتیزول برای تعیین میزان استرس و ارتباط آن با رفتار پرخطر انجام گرفت (۳۴). در این مطالعه وقتی پاداش احتمالی برای فرد زیاد به‌نظر می‌رسید، استرس به رفتار پرخطر می‌انجامید. در مطالعه‌ی انجام‌گرفته توسط استارک و همکاران (۲۰۰۸) روی دانش‌آموزان از آزمون اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر و نیز سنجش سطح کورتیزول، برای سنجش میزان استرس استفاده شد. استرس به

[1] Puffer

[2] Putman

انتخاب‌های غیرسودمند در آزمون GDT[1] انجامید؛ همچنین پاسخ به کورتیزول و تصمیم‌گیری پرخطر، با یکدیگر همبستگی داشتند که این یافته‌ها در راستای یافته‌های پژوهش حاضر است (۳۵).

کرمر، ایرونسون و پور (۲۰۰۹) به‌منظور بررسی تأثیر عقاید معنوی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سبک زندگی، برای درمان مشکل تصمیم‌گیری فرد دچار اچ‌آی‌وی که تحت درمان آنتی‌ریتروویروسی بودند مطالعه‌ای انجام دادند؛ نتایج نشان داد که تصمیم‌گیری با عقاید معنوی مرتبط با سلامت مانند دعاکردن، قدرت بالاتر برای کمک و محافظت، قدرت کنترل بیماری توسط خدا یا قدرت‌های معنوی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۳۶). جورج[2] و همکاران (۲۰۰۵) بیان کردند، افرادی که الکل مصرف می‌کنند دچار نقص در تصمیم‌گیری برای به تعویق انداختن پاداش مربوط به آینده هستند و سبک زندگی ناسالم‌تر باعث اختلال در تصمیم‌گیری یا تصمیم‌گیری پرخطر می‌شود؛ بدین ترتیب یافته‌های این پژوهش‌ها نیز با نتایج پژوهش حاضر همسوست (۳۷).

تشکر و قدردانی

تمام کسانی را که در به سرانجام رسیدن این مطالعهٔ پژوهشی یاری‌رسان بودند، به‌خصوص شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش، سپاس می‌گوییم.

منابع:

1. DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, editors. Handbook of adolescent health risk behavior. Springer Science & Business Media; 2013 Nov 21.
2. Monasterio E, Hwang LY, Shafer MA. Adolescent sexual health. Current problems in pediatric and adolescent health care. 2007 Sep 30;37(8):302-25.
3. Hassan EA, Creatsas GC. Adolescent sexuality: a developmental milestone or risk-taking behavior? The role of health care in the prevention of sexually transmitted diseases. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2000 Aug 31;13(3):119-24.
4. Fisher HH, Eke AN, Cance JD, Hawkins SR, Lam WK. Correlates of HIV-related risk behaviors in African American adolescents from substance-using families: Patterns of adolescent-level factors associated with sexual experience and substance use. Journal of Adolescent Health. 2008 Feb 29;42(2):161-9.
5. Eskandari M. Prevalence of HIV and hepatitis B diseases in patients referred to Surgery ward of Kerman Dental Department in a 6 month period. Kerman University of Medical Science. 2007.
6. World Health Organization, UNICEF., Joint United Nations Programme on HIV/AIDS., United Nations Population Fund. HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers. World Health Organization; 2003.
7. Rochat TJ, Bland R, Coovadia H, Stein A, Newell ML. Towards a family-centered approach to HIV treatment and care for HIV-exposed children, their mothers and their families in poorly resourced settings. Future virology. 2011 Jun;6(6):687-96.
8. Roger K, Migliardi P, Mignone J. HIV, social support, and care among vulnerable women. Journal of Community Psychology. 2012 Jul 1;40(5):487-500.
9. Puffer ES, Broverman S, Odhiambo RO, Sikkema KJ. MENTAL HEALTH FACTORS ASSOCIATED WITH HIV RISK BEHAVIOR AMONG ADOLESCENTS IN RURAL KENYA. InANNALS OF BEHAVIORAL MEDICINE 2010 Apr 1 (Vol. 39, pp. 205-205). 233 SPRING ST, NEW YORK, NY 10013 USA: SPRINGER.
10. DiClemente RJ, Crittenden CP, Rose E, Sales JM, Wingood GM, Crosby RA, Salazar LF. Psychosocial predictors of HIV-associated sexual behaviors and the efficacy of prevention

[1] General Development Test

[2] George

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]

interventions in adolescents at-risk for HIV infection: what works and what doesn't work?. Psychosomatic Medicine. 2008 Jun 1;70(5):598-605.
11. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. Jama. 1999 Nov 24;282(20):1934-41.
12. Bark R, Dieckmann S, Bogerts B, Northoff G. Deficit in decision making in catatonic schizophrenia: an exploratory study. Psychiatry research. 2005 Apr 15;134(2):131-41.
13. Iudicello JE, Woods SP, Cattie JE, Doyle K, Grant I, HIV Neurobehavioral Research Program (HNRP) Group. Risky decision-making in HIV-associated neurocognitive disorders (HAND). The Clinical Neuropsychologist. 2013 Feb 1;27(2):256-75.
14. Thames AD, Moizel J, Panos SE, Patel SM, Byrd DA, Myers HF, Wyatt GE, Hinkin CH. Differential predictors of medication adherence in HIV: findings from a sample of African American and Caucasian HIV-positive drug-using adults. AIDS patient care and STDs. 2012 Oct 1;26(10):621-30.
15. Bark R, Dieckmann S, Bogerts B, Northoff G. Deficit in decision making in catatonic schizophrenia: an exploratory study. Psychiatry research. 2005 Apr 15;134(2):131-41.
16. Kishi H, Ito K, Sugiura S, Kinoshita E. A Study of Maslow's Hierarchy of Needs and Decision-Making. Intelligent Decision Technologies: Springer; 2012. p. 89-97.
17. Igra V, Irwin Jr CE. Theories of adolescent risk-taking behavior. InHandbook of adolescent health risk behavior 1996 (pp. 35-51). Springer US.
18. Rew L, Carver T, Li CC. Early and risky sexual behavior in a sample of rural adolescents. Issues in comprehensive pediatric nursing. 2011 Dec 1;34(4):189-204.
19. Clingerman E. Physical activity, social support, and health-related quality of life among persons with HIV disease. Journal of Community Health Nursing. 2004 Sep 1;21(3):179-97.
20. Polezzi D, Sartori G, Rumiati R, Vidotto G, Daum I. Brain correlates of risky decision-making. Neuroimage. 2010 Jan 15;49(2):1886-94.
21. Lejuez CW, Read JP, Kahler CW, Richards JB, Ramsey SE, Stuart GL, Strong DR, Brown RA. Evaluation of a behavioral measure of risk taking: the Balloon Analogue Risk Task (BART). Journal of Experimental Psychology: Applied. 2002 Jun;8(2):75.
22. Ekhtiari H, Jannati A, Moghimi A, Behzadi A. The Farsi Version of the Balloon Analogue Risk Task: An Instrument for the Assessment of Riskful-Decision Making.
23. Walker LO, Fleschler RG, Heaman M. Is a healthy lifestyle related to stress, parenting confidence, and health symptoms among new fathers?. The Canadian journal of nursing research= Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres. 1997 Dec;30(3):21-36.
24. Aubi E, Shadnoush M, Nazarzadeh M, Bidel Z, Ranaei A, Delpisheh A. Translation and assessment of validity and reliability of the health-promoting lifestyle questionnaire, using factor analysis. Pajoohandeh Journal. 2012 Aug 15;17(3):114-20.
25. Olson DH, Gorall DM. Faces IV and the Circumplex model. Minneapolis, MN: Life Innovations. 2006.
26. Olson D. FACES IV and the circumplex model: Validation study. Journal of marital and family therapy. 2011 Jan 1;37(1):64-80.
27. Fisher DG, Reynolds GL, Wood MM, Johnson ME. Reliability of arrest and incarceration questions on the Risk Behavior Assessment. Crime & Delinquency. 2004 Jan 1;50(1):24-31.
28. Needle R, Fisher DG, Weatherby N, Chitwood D, Brown B, Cesari H, Booth R, Williams ML, Watters J, Andersen M, Braunstein M. Reliability of self-reported HIV risk behaviors of drug users. Psychology of addictive behaviors. 1995 Dec;9(4):242.
29. Refaat A. Practice and awareness of health risk behaviour among Egyptian university students. Eastern Mediterranean Health Journal. 2004;10(1-2):72-81.Li K, Davison KK, Jurkowski JM. Mental health and family functioning as correlates of a sedentary lifestyle among low-income women with young children. Women & health. 2012 Aug 1;52(6):606-19.
30. Li K, Davison KK, Jurkowski JM. Mental health and family functioning as correlates of a sedentary lifestyle among low-income women with young children. Women & health. 2012 Aug 1;52(6):606-19.
31. Can HO, Ceber E, Sogukpinar N, Saydam BK, Otles S, Ozenturk G. Eating habits, knowledge about cancer prevention and the HPLP scale in Turkish adolescents. Asian Pac J Cancer Prev. 2008 Jan 1;9(4):569-74.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]

32. Pinar R, Celik R, Bahcecik N. Reliability and construct validity of the Health-Promoting Lifestyle Profile II in an adult Turkish population. Nursing research. 2009 May 1;58(3):184-93.
33. Kasam V, Salzemann J, Botha M, Dacosta A, Degliesposti G, Isea R, Kim D, Maass A, Kenyon C, Rastelli G, Hofmann-Apitius M. WISDOM-II: Screening against multiple targets implicated in malaria using computational grid infrastructures. Malaria journal. 2009 May 1;8(1):88.
34. Putman P, Antypa N, Crysovergi P, van der Does WA. Exogenous cortisol acutely influences motivated decision making in healthy young men. Psychopharmacology. 2010 Feb 1;208(2):257.
35. Starcke K, Wolf OT, Markowitsch HJ, Brand M. Anticipatory stress influences decision making under explicit risk conditions. Behavioral neuroscience. 2008 Dec;122(6):1352.
36. 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 Feb 1;23(2):127-34.
37. George S, Rogers RD, Duka T. The acute effect of alcohol on decision making in social drinkers. Psychopharmacology. 2005 Oct 1;182(1):160-9.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.1.7]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.84]