

DOI: 10. 12138/j. issn. 1671-9638. 20246299

· 论 著 ·

HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度现状及相关因素研究

秦子琪¹, 曹桂英², 谢建平², 王笑², 李怡轩¹, 陆乔悦¹, 王红红¹, 肖雪玲¹

(1. 中南大学湘雅护理学院, 湖南长沙 410013; 2. 长沙市第一医院, 湖南长沙 410005)

[摘要] **目的** 了解人类免疫缺陷病毒(HIV)感染者/艾滋病(AIDS)患者疾病接受度现状及其相关因素,以指导临床制定干预措施,并为改善其临床结局提供实证依据。**方法** 采用便利抽样法选取在某医院 AIDS 定点治疗门诊接受治疗的 555 例 HIV 感染者/AIDS 患者,收集研究对象的一般资料、疾病接受度、疾病自我管理效能和临床结局(即生活质量、CD4⁺T 淋巴细胞计数、HIV 病毒载量)。**结果** HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度平均为(26.08±5.34)分。多元线性回归分析结果显示,宗教信仰、疾病自我管理效能是影响患者疾病接受度的相关因素(均 $P<0.05$),可解释 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度 30.4% 的变异,且患者的疾病接受度与其生活质量紧密相关($P<0.001$)。**结论** HIV 感染者/AIDS 患者的疾病接受度处于中等水平。在临床工作中医务人员应充分考虑患者的宗教信仰情况和疾病自我管理效能水平,以制定针对性的干预措施,提高患者疾病接受度,从而进一步促进患者获得更高的生活质量。

[关键词] 人类免疫缺陷病毒; 艾滋病; 疾病接受度; 临床结局; 生活质量

[中图分类号] R181.3 R512.91

Disease acceptance in HIV/AIDS patients and related factors

QIN Zi-qi¹, CAO Gui-ying², XIE Jian-ping², WANG Xiao², LI Yi-xuan¹, LU Qiao-yue¹, WANG Hong-hong¹, XIAO Xue-ling¹ (1. Xiangya Nursing School, Central South University, Changsha 410013, China; 2. The First Hospital of Changsha, Changsha 410005, China)

[Abstract] **Objective** To understand the disease acceptance status and related factors in human immunodeficiency virus (HIV)-infected/acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) patients, so as to guide the clinical development of intervention measures, and to provide empirical evidence for improving clinical outcomes. **Methods** Convenience sampling method was used to select 555 HIV-infected/AIDS patients who received treatment in the designated AIDS treatment clinic of a hospital. General data, disease acceptance, disease self-management efficacy and clinical outcomes (such as quality of life, CD4⁺T lymphocyte count and HIV viral load) of the studied subjects were collected. **Results** The average disease acceptance of HIV-infected/AIDS patients was (26.08±5.34) points. Multiple linear regression analysis showed that religious belief and self-management efficacy were related factors affecting the disease acceptance of patients (both $P<0.05$), which could explain the 30.4% variation in disease acceptance of HIV-infected/AIDS patients, and the disease acceptance of patients was closely related to their quality of life ($P<0.001$). **Conclusion** HIV-infected/AIDS patients have a moderate level of disease acceptance. Medical staff should fully consider patients' religious beliefs and self-management efficacy, so as to formulate targeted intervention measures to improve patients' acceptance of disease, and further promote patients' quality of life.

[Key words] human immunodeficiency virus; acquired immunodeficiency syndrome; acceptance of disease; clinical outcome; quality of life

[收稿日期] 2024-03-29

[基金项目] 国家自然科学基金项目(82204169);湖南省自然科学基金项目(2023JJ40787)

[作者简介] 秦子琪(2001-),女(汉族),湖南省邵阳市人,硕士研究生在读,主要从事传染病护理研究。

[通信作者] 曹桂英 E-mail: 343769964@qq.com

得益于抗病毒治疗的发展和普及,艾滋病(AIDS)已成为一种可控的慢性传染性疾病。截至 2022 年,全球存活的人类免疫缺陷病毒(HIV)感染者/AIDS 患者共 3 900 万例^[1],我国大陆地区存活的 HIV 感染者/AIDS 患者已达 114 万人^[2],人群数量日渐庞大。在兼具传染病和慢性病的双重特质下,HIV 感染者/AIDS 患者面临的情况更为复杂,HIV 感染相关自我歧视及社会大众对该疾病的偏见使得该群体往往选择隐瞒或回避^[3],极大地冲击了该群体的疾病适应过程,包括生理、心理及社会适应等多方面受到影响^[4]。因此,有必要对该人群疾病适应能力进行深入探究,以探索更多有效的策略来提升其疾病适应能力。疾病接受度最初由 Dembo 等^[5]提出,是指患者能够接受疾病带来的影响,并且通过调整疾病的体验及生活方式来重新获得个人对生活的控制感^[6]。疾病接受度与患者的用药依从性和医患沟通紧密相关,其有助于实现更好的治疗效果^[7]。本研究从该角度出发,旨在了解我国 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度现状并分析其相关因素,以及疾病接受度与临床结局指标的关系,为提高 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度,进而改善其疾病适应结局提供实证证据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用便利抽样法选取 2018 年 9 月—2019 年 1 月在湖南省长沙市某医院 AIDS 定点治疗门诊就诊的患者作为研究对象。纳入标准:①确诊 HIV 感染(符合 2021 年艾滋病诊疗指南^[8]制定的诊断标准);②年满 18 周岁;③获得知情同意。排除标准:①合并肿瘤;②患有认知障碍或活动性精神疾病;③机会性感染急性发作期。本研究已通过中南大学医学伦理委员会批准(审批号:2018034)。

1.2 样本量的确定 本研究为既往资料的二次分析,基于前期研究基础和既往证据,应用 SPSS 15.0 软件计算获得总样本量为 499 份,考虑到 10%~20%无效问卷,最终目标样本量不应 \leq 549 份。

1.3 研究变量与工具 本研究的探索变量基于前期综合任务模型的研究^[9]结果获得,包括 HIV 感染者/AIDS 患者的社会人口学数据、疾病相关资料、疾病接受度、疾病自我管理效能,以及临床结局指标(即 CD4⁺ T 淋巴细胞计数水平、HIV 病毒载量水平、生活质量)。调查工具介绍如下。

1.3.1 一般资料调查问卷 问卷由研究团队自行

设计,内容包括患者的社会人口学资料(如性别、年龄、婚姻状况、文化程度、就业状况、个人月收入、居住地、是否独居、宗教信仰、性取向),疾病相关资料(如感染时长、是否接受抗病毒治疗、病情告知情况、最近一次的 CD4⁺ T 淋巴细胞计数水平和 HIV 病毒载量水平)。

1.3.2 疾病接受度量表 疾病接受度量表最初由 Felton 等^[6]开发,赵雯雯^[9]将其引入并汉化,形成中文版疾病接受度量表。该量表共 8 个条目,条目采用 Likert 5 级评分法进行评估,1 分代表“非常同意”,5 分代表“非常不同意”,累计总分 8~40 分,得分越高表示疾病接受度越好。其克隆巴赫系数为 0.754,内容效度指数为 0.925,信效度良好。

1.3.3 疾病自我管理效能量表 采用 Lorig 等^[10]针对慢性病患者设计的自我效能量表(中文版)调查患者的自我管理效能水平。该量表包含 6 个条目,采用 1~10 级评分法,得分越高表示患者的自我效能水平越高,患者对完成疾病自我管理越有信心。该量表克隆巴赫系数为 0.96,有较高的信度和效度,目前广泛应用于各种慢性疾病患者的自我管理效能调查。

1.3.4 HIV 感染者/AIDS 患者生活质量量表 生活质量采用世界卫生组织 HIV 感染者/AIDS 患者生存质量量表(WHO QOL-HIV BREF)中文版进行调查。该量表包含 31 项条目,其中 29 项由 6 个维度组成,即生理(4 项)、心理(5 项)、独立性(4 项)、社会关系(4 项)、环境(8 项)、精神支柱/个人信仰(4 项),每个维度得分采用 Likert 5 级评分法(1~5 分)进行评估,均采用正向计分,另外 2 项条目分别用于评价整体生活质量和一般健康感知状况,不计入量表总分^[11]。中文版量表的克隆巴赫系数为 0.94,该量表在测量 HIV 感染者/AIDS 患者的生活质量方面表现出良好的心理测量特性^[12]。

1.4 资料收集方法 采用纸质问卷进行调查,调研团队由经过统一培训的 1 名博士研究生和 3 名硕士研究生(以下称调查者)在 AIDS 定点治疗门诊发放和收集问卷。首先向患者解释本研究的目的和意义,取得患者知情同意后发放问卷。所有患者均在安静、私密的门诊诊室内完成问卷填写,必要时调查者协助患者填写问卷;其中 CD4⁺ T 淋巴细胞计数水平和 HIV 病毒载量水平由调查者从患者病历档案中获得,病历档案中无相关数据时记为“不清楚”。问卷均现场回收,对存疑的内容及时向患者核查确认。填写完成后,每例研究对象将获得 20 元时间补

助费。

1.5 统计学方法 问卷资料应用 EpiData 3.1 双人核对录入建立数据库,完成数据录入后导入 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析,采用频数、百分比描述计数资料,均数±标准差描述计量资料,采用 *t* 检验或 ANOVA 检验分析与疾病接受度得分相关的变量。随后,将单因素分析中有统计学差异($P < 0.05$)的单因素纳入多因素分析,运用多因素回归分析方程分析疾病接受度的影响因素($\alpha_{入} = 0.05, \alpha_{出} = 0.10$)。采用方差分析进行多组间比较,采用 ANOVA 检验分析疾病接受度与临床结局之间的关系。

以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本情况 555 例 HIV 感染者/AIDS 患者,年龄为 18~74 岁,平均(33.38±11.39)岁;男性 482 例(86.8%),同性恋 246 例(44.3%);有宗教信仰的患者 68 例(12.3%),其中信仰佛教的患者占 83.8%(57 例)。病程在 5 年内的患者 467 例(84.1%),HIV 感染时长中位数为 23.0(0.55~253.0)个月。见表 1。

表 1 不同特征 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度的单因素分析($n = 555$)

Table 1 Univariate analysis on disease acceptance of HIV-infected/AIDS patients with different characteristics ($n = 555$)

相关因素	例数(%)	得分($\bar{x} \pm s$)	<i>t</i> / <i>F</i>	<i>P</i>	相关因素	例数(%)	得分($\bar{x} \pm s$)	<i>t</i> / <i>F</i>	<i>P</i>
性别			1.175	0.240	独居			0.716	0.475
男	482(86.8)	26.19±5.32			是	209(37.7)	26.29±5.10		
女	73(13.2)	25.19±5.42			否	346(62.3)	25.96±5.48		
婚姻状况			0.199	0.820	宗教信仰			2.347	0.019
已婚	217(39.1)	25.91±5.11			有	68(12.3)	24.66±5.41		
离异	69(12.4)	26.09±5.13			无	487(87.7)	26.28±5.30		
单身	269(48.5)	26.22±5.58			性取向			0.315	0.815
文化程度			0.992	0.018	异性恋	198(35.7)	25.99±5.13		
小学及以下	39(7.0)	26.74±5.92			同性恋	246(44.3)	26.29±5.19		
初中	89(16.0)	24.76±5.52			双性恋	62(11.2)	25.97±5.74		
高中	75(13.5)	26.83±5.09			不确定	49(8.8)	25.56±6.40		
大专或中专	158(28.5)	25.54±4.82			接受抗病毒治疗			0.307	0.759
本科及以上学历	194(35.0)	26.71±5.51			是	513(92.4)	26.10±5.35		
就业情况			2.067	0.039	否	42(7.6)	25.84±5.25		
是	450(81.1)	26.31±5.29			病情告知			0.332	0.74
否	105(18.9)	25.12±5.45			是	80(14.4)	26.27±5.04		
个人月收入(元)			2.127	0.050	否	475(85.6)	26.05±5.39		
无收入	88(15.9)	25.21±5.43			CD4 ⁺ T 淋巴细胞计数(个/mm ³)			1.019	0.440
<1 000	15(2.7)	28.23±5.23			<200	77(13.9)	25.57±5.70		
1 000~	30(5.4)	23.91±5.94			200~	335(60.3)	25.86±5.22		
2 000~	48(8.6)	25.45±5.30			>500	143(25.8)	26.87±5.37		
3 000~	92(16.6)	26.66±5.30			病毒载量水平(copies/mL)			0.942	0.603
>4 000	220(39.6)	26.45±5.15			低于检测值	122(22.0)	26.48±5.43		
不稳定	62(11.2)	26.17±5.39			≤200	34(6.1)	26.47±5.81		
居住地			2.142	0.033	>200	58(10.5)	25.57±5.37		
城镇	252(45.4)	26.61±5.11			不清楚	341(61.4)	25.99±5.26		
农村	303(54.6)	25.64±5.49							

在临床结局指标方面,CD4⁺ T 淋巴细胞水平 < 200 个/mm³ 的占 13.9% (77 例), 200~500 个/mm³ 的占 60.3% (335 例), >500 个/mm³ 的占 25.8% (143 例)。22.0% (122 例) 的患者病毒载量低于可检测水平, 13.0% (72 例) 的患者病毒载量 >50 copies/mL; 61.4% (341 例) 的 HIV 感染者/AIDS 患者当前病毒载量情况为不清楚。疾病自我管理效能得分为 (6.31 ± 1.94) 分。生活质量总分为 (83.28 ± 12.37) 分, 其中独立性领域得分最高 (15.2 ± 2.4) 分, 社会关系领域得分最低 (12.8 ± 2.7) 分。

2.2 疾病接受度得分情况 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度总分是 (26.08 ± 5.34) 分, 得分率为 65.2%, 条目均分是 (3.26 ± 0.67) 分。其中得分最高的条目是“我的健康问题使我比想象中更加依赖别人(反向计分)”, 为 (3.54 ± 1.01) 分; 得分最低的条目是“我的健康状况不会让我觉得自己没有足够的能力应对生活”, 为 (2.82 ± 1.08) 分。

2.3 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度的单因素分析 单因素分析结果显示, 文化程度、就业情况、居住地、宗教信仰是影响患者疾病接受度的相关因素 (均 $P < 0.05$), 见表 1。疾病自我管理效能与其疾病接受度之间存在相关性 ($r = 0.543, P < 0.001$)。

2.4 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度与其他变量的相关性分析 疾病接受度越高的患者, 其 CD4⁺ T 淋巴细胞水平呈现越高的趋势, HIV 病毒载量呈现越低的趋势, 但差异无统计学意义。而患者疾病接受度与生活质量总得分以及各维度指标均呈正相关, 见表 2。

表 2 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度与生活质量量表的相关性分析

Table 2 Correlation analysis between disease acceptance and quality of life scale in HIV-infected/AIDS patients

维度	<i>r</i>	<i>P</i>
生理	0.526	<0.001
心理	0.594	<0.001
独立性	0.490	<0.001
社会关系	0.509	<0.001
环境	0.559	<0.001
精神支柱/个人信仰	0.539	<0.001
生活质量总分	0.693	<0.001

2.5 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度影响因素的多元线性回归分析 以 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度总分为因变量, 以单因素分析中结果差异有统计学意义的变量为自变量, 赋值情况见表 3。多元线性回归分析结果显示, 宗教信仰、疾病管理自我效能进入回归方程, 是影响 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度的独立因素, 可解释因变量 30.4% 的变异。见表 4。

表 3 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度自变量赋值表
Table 3 Assignment table of independent variables of disease acceptance of HIV-infected/AIDS patients

自变量	赋值方式
文化程度	小学及以下 = 1, 初中 = 2, 高中 = 3, 大专或中专 = 4, 本科及以上 = 5
就业情况	否 = 0, 是 = 1
居住地	农村 = 0, 城镇 = 1
宗教信仰	无 = 0, 有 = 1
疾病自我管理效能	原值输入

表 4 影响 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度的多元逐步回归分析 ($n = 555$)

Table 4 Multivariate stepwise regression analysis on the factors affecting disease acceptance in HIV-infected/AIDS patients ($n = 555$)

自变量	β	S_b	β'	<i>t</i>	<i>P</i>
常数项	16.372	0.855	-	19.141	<0.001
宗教信仰	-1.351	0.580	-0.083	-2.329	0.020
疾病管理自我效能	1.475	0.100	0.535	14.821	<0.001

注: $R^2 = 0.304, F = 119.397, P < 0.001$ 。

3 讨论

3.1 HIV 感染者/AIDS 患者的疾病接受度处于中等水平 本研究中 HIV 感染者/AIDS 患者的疾病接受度平均得分为 (26.08 ± 5.34) 分, 处于中等接受水平。究其原因可能与本研究中男性患者占 86.8% 有关, 男性与生俱来的个性以及中国社会赋予男人的责任和义务导致感染 HIV 的男男性行为者能更快地接受他们的疾病状况^[13]。但低于大部分常见癌症 (包括前列腺癌、乳腺癌、子宫癌、结直肠癌) 患

者的疾病接受度^[14]。通过对比可以发现 HIV 感染者/AIDS 患者的疾病接受度低于常见癌症患者的水平,此人群对 AIDS 有抵触和抗拒,存在“患艾不如患癌”的心理^[15],提示医护人员在临床工作中应重视疾病接受度低的 HIV 感染者/AIDS 患者,积极促进社会环境和患者自身对于 HIV 感染的正确认知,减少 HIV 感染相关歧视,以提高患者的疾病接受程度。

3.2 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度的影响因素

3.2.1 无宗教信仰的 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度高

本研究结果显示,没有宗教信仰的 HIV 感染者/AIDS 患者接受度高于有宗教信仰的 HIV 感染者/AIDS 患者。分析原因可能为:宗教信仰是一种复杂的社会文化现象,具有双重作用,虽然在一定程度上可以帮助患者拥有更为豁达的生死观,从而降低患者面对死亡的负面情绪^[16],但在信仰中国传统宗教(如佛教)的群体中,恐同心理、性少数的性压抑现象更为严重,很大程度上降低了社会支持对疾病接受的缓冲作用^[17-18]。本研究中,性少数群体占 44.3%,该群体相对于其他传染病或慢性病而言,具有更多外化污名(即种族和性别歧视)、内化污名(即同性恋)和心理困扰(即焦虑和抑郁症状)的经历^[19],提示需加强对医护人员人文内涵的培养,鼓励护理人员了解相关理念和知识并及时评估患者对待宗教信仰的态度,引导患者采取积极的应对方式,处理宗教信仰与疾病冲突带来的消极影响,为患者提供多元文化的整体护理,以提升其心理弹性和社会支持。

3.2.2 疾病自我管理效能高的患者疾病接受度高

本研究结果表明,HIV 感染者/AIDS 患者疾病自我管理效能越高,疾病接受度越高,与鼻咽癌、脑卒中等患者的研究结果相似^[20-21]。首先,疾病管理自我管理效能高的患者能尽早地识别疾病征兆并及时就医,从而有效控制并延缓 AIDS 的疾病进展,也是患者健康行为的预测指标,能在一定程度上降低疾病带来的负面影响,加速患者的疾病适应过程^[22]。其次,疾病接受度与疾病自我管理效能密切相关,根据健康信念模型^[23],患者对疾病的接受程度越高,越能客观地看待疾病,出院后执行治疗的主动性越强,对自我的管理积极度也就越高^[24-25]。提示未来可在多团队协作下共同构建针对性的干预措施,帮助 HIV 感染者/AIDS 患者提高对疾病的认识,尽早适应疾病带来的变化,进而逐步形成自信体系,提高其自我管理效能和疾病接受度。

3.3 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度与其生活质量紧密相关 本研究发现,HIV 感染者/AIDS 患者的疾病接受度总分与生活质量总分及其各维度得分之间均有明显的相关性,提示 HIV 感染者/AIDS 患者的疾病接受度可达到初步预测其生活质量的效果。此在对系统性红斑狼疮^[26]、乳腺癌^[27]等慢性疾病的调查中也初步证实了此点。疾病接受度对患者的心理调节有着极其重要的作用,同时也介导患者的自我管理行为^[24-25],与患者的整体生活质量紧密相关。除此之外,本研究中 HIV 感染者/AIDS 患者的独立性维度情况得分较差,提示医务工作者在治疗过程中应充分重视疾病接受度的作用,以提高护理人文关怀的效果。这就要求医护人员在临床医疗护理实践中应结合患者宗教信仰、疾病自我管理效能等,加强对患者个性化健康教育和有效信息源的控制,为患者提供充分、准确的疾病信息,积极引导患者配合治疗,使其对疾病有正确的认识。并鼓励患者之间的互动和经验交流,帮助患者理性接受疾病,进而全方位提高生活质量。

然而,本研究虽然发现了患者疾病接受度与其 CD4⁺ T 淋巴细胞水平或者 HIV 病毒载量之间存在相关趋势,但其关系并不明显,可能是随着抗逆转录病毒治疗的进展,患者 CD4⁺ T 淋巴细胞计数水平、HIV 病毒载量与患者的疾病接受度联系不再紧密,另外本研究所获取的 CD4⁺ T 淋巴细胞计数水平和 HIV 病毒载量为回顾性数据,也可能导致研究结果存在偏倚,有待开展进一步研究以探明该人群疾病接受度与这两者之间的关系。

3.4 本研究的局限性 首先,该研究为横断面分析,导致无法获得疾病接受度与其相关因素之间的因果结论,未来的研究将需要在纵向分析中检验这些变量的确切关系。其次,在本研究样本中,男性患者比例较高、有宗教信仰的患者较少,但既往的研究^[28]显示性别差异对慢性病患者的疾病接受度得分无明显影响,而关于宗教信仰与 HIV 感染者/AIDS 患者疾病接受度之间的关系有待进一步的大样本验证。最后,本研究为既往数据的二次分析,回顾性数据可能导致研究结果存在偏倚,有待开展进一步研究以探明该人群疾病接受度与其他相关因素之间的关系。

综上所述,本研究通过对湖南省 555 例 HIV 感染者/AIDS 患者的横断面调查表明,HIV 感染者/AIDS 患者的疾病接受度处于中等水平,受宗教信仰、疾病自我管理效能的影响;且疾病接受度越高的

患者,其生活质量越高。本研究提示在日后的临床工作和相关研究中,临床工作者有必要根据该人群的宗教信仰和疾病自我管理效能情况,开展针对性的干预措施以提高其疾病接受度,将有利于患者更好的适应疾病,从而获得更好的生活质量,减轻患者及其家庭,乃至社会的负担。

利益冲突:所有作者均声明不存在利益冲突。

[参 考 文 献]

- [1] UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics-fact sheet[EB/OL]. (2023-08-31)[2023-12-15]. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
- [2] 新华社. 新华全媒+聚焦 2023 世界艾滋病日:用爱注入希望防“艾”仍在路上[EB/OL]. (2023-11-30)[2024-03-15]. https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzxx/c100010/common/content/content_1730422840229810176.html.
Xinhua News Agency. Xinhua all media + focus on 2023 world AIDS day: injecting hope with love to prevent “AIDS” still on the road[EB/OL]. (2023-11-30)[2024-03-15]. https://www.ndcpa.gov.cn/jbkzxx/c100010/common/content/content_1730422840229810176.html.
- [3] Rahmati J, Ahmadi S, Rezaei S, et al. The worldwide prevalence of anxiety in acquired immune deficiency syndrome patients: a systematic review and Meta-analysis[J]. *Med J Islam Repub Iran*, 2021, 35: 101.
- [4] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement[J]. *J Clin Epidemiol*, 2021, 134: 103-112.
- [5] Dembo T, Leviton GL, Wright BA. Adjustment to misfortune; a problem of social-psychological rehabilitation[J]. *Artif Limbs*, 1956, 3(2): 4-62.
- [6] Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults[J]. *Soc Sci Med*, 1984, 18(10): 889-898.
- [7] Sued O, Cecchini D, Abbamonte JM, et al. Cumulative burden of mental health factors and engagement in HIV care in Argentina[J]. *Int J Behav Med*, 2021, 28(3): 318-327.
- [8] 中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组, 中国疾病预防控制中心. 中国艾滋病诊疗指南(2021 年版)[J]. *协和医学杂志*, 2022, 13(2): 203-226.
Acquired Immunodeficiency Syndrome and Hepatitis C Professional Group, Society of Infectious Diseases, Chinese Medical Association, Chinese Center for Disease Control and Prevention. Chinese guidelines for diagnosis and treatment of human immunodeficiency virus infection/acquired immunodeficiency syndrome (2021 edition)[J]. *Medical Journal of Peking Union Medical College Hospital*, 2022, 13(2): 203-226.
- [9] 赵雯雯. 中文版疾病接受度量表的信效度评价[J]. *中华现代护理杂志*, 2018, 24(22): 2652-2655.
Zhao WW. Evaluation of reliability and validity of the Chinese version of acceptance illness scale[J]. *Chinese Journal of Modern Nursing*, 2018, 24(22): 2652-2655.
- [10] Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial[J]. *Med Care*, 1999, 37(1): 5-14.
- [11] Chen D, Wang M, Duan LX, et al. Quality of life among older Chinese people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in Hunan[J]. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2022, 116(3): 213-221.
- [12] 陈新林, 贾卫东, 岑玉文, 等. WHOQOL HIV-BREF 量表用于 AIDS 病人的信度和效度评价[J]. *中国艾滋病性病*, 2010, 16(3): 239-242.
Chen XL, Jia WD, Cen YW, et al. Evaluation of the reliability and validity of WHOQOL HIV-BREF scale used for AIDS patients[J]. *Chinese Journal of AIDS & STD*, 2010, 16(3): 239-242.
- [13] Gao C, Xiao XL, Zhang L, et al. The relationship between acceptance of illness and quality of life among men who have sex with men living with human immunodeficiency virus: a cross-sectional study[J]. *Int J Nurs Sci*, 2022, 9(3): 313-320.
- [14] Religioni U, Czerw A, Deptala A. Acceptance of cancer in patients diagnosed with lung, breast, colorectal and prostate carcinoma[J]. *Iran J Public Health*, 2015, 44(8): 1135-1142.
- [15] Moskowitz JT, Wrubel J, Hult JR, et al. Illness appraisals and depression in the first year after HIV diagnosis[J]. *PLoS One*, 2013, 8(10): e78904.
- [16] 尹晓彤, 朱蓝玉, 王幽, 等. 中青年癌症患者预立医疗照护计划接受度现状及影响因素研究[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(7): 834-840.
Yin XT, Zhu LY, Wang Y, et al. Status quo and influencing factors of acceptance of advance care planning for young and middle-aged cancer patients[J]. *Chinese Journal of Nursing*, 2022, 57(7): 834-840.
- [17] Bauermeister JA, Muessig KE, Flores DD, et al. Stigma diminishes the protective effect of social support on psychological distress among young black men who have sex with men[J]. *AIDS Educ Prev*, 2018, 30(5): 406-418.
- [18] Ntetmen Mbetbo J. Internalised conflicts in the practice of religion among kwandengue living with HIV in Douala, Cameroun[J]. *Cult Health Sex*, 2013, 15 (Suppl): 76-87.
- [19] Watkins TL Jr, Simpson C, Cofield SS, et al. The relationship of religiosity, spirituality, substance abuse, and depression among black men who have sex with men (MSM)[J]. *J Relig Health*, 2016, 55(1): 255-268.
- [20] 刘梅梅, 林小兰, 刘玲玲. 自我超越思维架构下的护理策略对鼻咽癌患者希望水平、自我效能和疾病接受度的影响[J]. *解放军护理杂志*, 2019, 36(9): 10-13.
Liu MM, Lin XL, Liu LL. The effect of nursing strategy on

hope level, self-efficacy and disease acceptance of nasopharyngeal carcinoma patients under the self-transcendental thinking framework[J]. Nursing Journal of Chinese People's Liberation Army, 2019, 36(9): 10-13.

- [21] 王乙洋, 李玉霞, 乔潇萱, 等. 脑卒中患者疾病接受度的潜在剖面分析及影响因素研究[J]. 军事护理, 2023, 40(11): 83-87. Wang YY, Li YX, Qiao XX, et al. Latent profile analysis of the acceptance of illness among stroke patients and its influencing factors[J]. Military Nursing, 2023, 40(11): 83-87.
- [22] Gangwani R, Cain A, Collins A, et al. Leveraging factors of self-efficacy and motivation to optimize stroke recovery[J]. Front Neurol, 2022, 13: 823202.
- [23] 陈辰, 郑晶, 刘旭, 等. 基于健康信念模式的血液透析患者液体管理影响因素的关系模型研究[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(24): 2996-3003. Chen C, Zheng J, Liu X, et al. Relational model of factors influencing fluid management in hemodialysis patients based on the health belief model[J]. Chinese Journal of Nursing, 2023, 58(24): 2996-3003.
- [24] Szczepańska-Gieracha J, Mazurek J. The role of self-efficacy in the recovery process of stroke survivors[J]. Psychol Res Behav Manag, 2020, 13: 897-906.
- [25] Qiu C, Zhang XN, Zang XY, et al. Acceptance of illness mediate the effects of health literacy on self-management behaviour[J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2020, 19(5): 411-420.
- [26] 屈莉, 石昊羽, 吴含雪, 等. 系统性红斑狼疮患者疾病接受度和生活质量的相关性及人文关怀策略[J]. 中国医学伦理学,

2020, 33(11): 1377-1384.

Qu L, Shi HY, Wu HX, et al. Humanistic care strategy and correlation between acceptance of disease and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus(SLE)[J]. Chinese Medical Ethics, 2020, 33(11): 1377-1384.

- [27] 尚艳丽, 王莉, 彭丽华, 等. 乳腺癌病人疾病接受度研究进展[J]. 护理研究, 2020, 34(15): 2719-2722. Shang YL, Wang L, Peng LH, et al. Research progress on acceptance of illness in patients with breast cancer[J]. Chinese Nursing Research, 2020, 34(15): 2719-2722.
- [28] Chrobak-Bień J, Gawor A, Paplacyk M, et al. The influence of socio-demographic and clinical factors on the process of acceptance of the disease among patients with ulcerative colitis [J]. Pol Przegl Chir, 2018, 90(6): 1-5.

(本文编辑:文细毛)

本文引用格式:秦子琪,曹桂英,谢建平,等. HIV感染者/AIDS患者疾病接受度现状及相关因素研究[J]. 中国感染控制杂志, 2024, 23(8): 1016-1022. DOI: 10.12138/j.issn.1671-9638.20246299.

Cite this article as: QIN Zi-qi, CAO Gui-ying, XIE Jian-ping, et al. Disease acceptance in HIV/AIDS patients and related factors [J]. Chin J Infect Control, 2024, 23(8): 1016-1022. DOI: 10.12138/j.issn.1671-9638.20246299.