

نقش تعدیل‌گری متغیرهای جمعیت‌شناختی در تأثیر بسته روان‌درمانی یکپارچه‌نگر چهار عاملی بر نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به HIV

چکیده

زمینه: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌گری متغیرهای جمعیت‌شناختی در تأثیر بسته درمانی یکپارچه‌نگر مبتنی بر چهار عامل بر نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به HIV انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این مرحله، ۳۲ نفر از بین زنان و مردان مبتلا به HIV در دو مرکز مورد ارجاع و گروه‌های حمایتی آن، به صورت هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۶ نفر)، به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزار پژوهش، چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL90) بود که در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. مداخله درمانی یکپارچه‌نگر مبتنی بر چهار عامل طی ۱۲ جلسه هفتگی در گروه آزمایش برگزار گردید و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس یکطرفه تحلیل شدند.

یافته‌ها: بسته درمانی یکپارچه‌نگر مبتنی بر چهار عامل در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی صرف نظر از متغیرهای جمعیت‌شناختی موثر است. به عبارت دیگر متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات و تاهل آزمودنی‌ها تأثیری بر میزان اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌نگر مبتنی بر چهار عامل بر نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به HIV ندارد.

واژگان کلیدی: درمان یکپارچه‌نگر مبتنی بر چهار عامل، نشانه‌های روان‌شناختی، متغیرهای جمعیت‌شناختی، ویروس نقص ایمنی انسانی

^۱ گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

^۳ دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

نشانی الکترونیک:

lotfi.kashani@gmail.com

مقدمه

که توانسته‌اند در کار آزمایش‌های تصادفی بالینی، اثربندی خود را به اثبات برسانند عبارت‌اند از رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین فردی و شناخت درمانی. هرچند هر سه ی این درمان‌ها دارای اثربندی هستند، اما در میان آنها تفاوت‌هایی از نظر میزان تأثیر و باصرفه بودن وجود دارد. در این پژوهش سعی شده تا اثربخشی یک مداخله روان شناختی را براساس روان درمانی چهار وجهی (۲۵)، در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی واکنشی افراد مبتلا به HIV مورد بررسی قرار دهد.

از سوی دیگر یکی از خلاهای پژوهشی موجود در این حوزه، عدم انجام پژوهش‌های لازم در زمینه ی کشف متغیرهای تعدیل کننده‌ی احتمالی و موثر بر میزان اثربخشی مداخلات روان شناختی بر علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به HIV است. به عبارت دیگر اثربخشی مداخلات مختلف ممکن است تحت تأثیر عوامل و متغیرهای دیگری قرار گیرد که کشف آنها می‌تواند راهگشا باشد. این امکان وجود دارد که میان تأثیر مداخلات مختلف بر علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به HIV با برخی از متغیرهای تعدیل کننده‌ی احتمالی، تعامل معنادار وجود داشته باشد؛ که از جمله‌ی مهمترین آنها می‌توان به متغیر جنسیت و سن، تحصیلات و تاهل آزمودنی‌ها اشاره کرد که ممکن است در میزان اثربخشی مداخلات درمانی تأثیر داشته و تغییرات آن سبب تغییر در اثربخشی مداخلات مختلف بر بهبود علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به HIV شود. بنابراین با کشف این متغیرهای تعدیل کننده، می‌توان نتایج بهتری را در بهبود علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به HIV کسب کرد که هیچ یک از پژوهش‌های انجام شده در این حوزه، تاکنون به این مهم نپرداخته‌اند. البته در پژوهش‌های قبلی در حوزه تعدیلگری متغیرهای جمعیت شناختی در اثربخشی مداخلات درمانی، بررسی‌های صورت گرفته است که نتایج با هم یکسان نیست. به طور مثال در پژوهشی، نتایج نشان داد، متغیرهای جنسیت و سن آزمودنی به عنوان متغیرهای تعدیل کننده تأثیری بر میزان اثربخشی مداخلات آموزشی و درمانی اختلال‌های یادگیری ندارد (۲۶). همچنین در پژوهش آریا پوران و اسکندری (۲۷)، تأثیر جنسیت و تأثیر تعاملی درمان شناختی- رفتاری و جنسیت بر خودافشاگری زناشویی و ابعاد آن معنی‌دار نبود. اما در پژوهش موحدی و همکاران (۲۸)، تفاوت روش‌های درمانی شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار بر تعلل ورزی در بین دانشجویان دختر و پسر، نشان از تفاوت سازه‌های شناختی متناسب با جنسیت بود که به نظر می‌رسد بی‌ارتباط با نقش‌های جنسیتی نباشد. بنابراین با توجه به وجود چنین نتایج متناقضی و خلا پژوهشی در زمینه بررسی تعدیلگری متغیرهای جمعیت شناختی در اثربخشی مداخلات درمانی برای افراد مبتلا به HIV، پژوهش حاضر به دنبال آن است تا نقش تعدیل‌گری متغیرهای جمعیت شناختی را در تأثیر بسته درمانی یکپارچه نگر بر روی بیماران مبتلا به ایدز در نشانه‌های روان شناختی مورد بررسی قرار دهد.

ویروس نقص ایمنی انسان^۱ به سرعت در جهان در حال گسترش می‌باشد و باعث مرگ بسیاری از انسان‌ها و آلودگی افراد می‌شود (۱). به طوری که اصلی‌ترین عامل مرگ بزرگسالان در جهان بر اثر بیماری‌های عفونی است (۲). سازمان جهانی بهداشت^۲، در گزارشی که به مناسبت روز جهانی آگاهی بخشی درباره ایدز منتشر شد، شمار مبتلایان به این بیماری در سراسر جهان تا پایان سال ۲۰۱۸ میلادی را دست‌کم ۳۷ میلیون و ۹۰۰ هزار نفر اعلام کرد (۳). آخرین آمار ابتلا به HIV در ایران معادل ۶۰۴۳۱ نفر تخمین زده شده است که ۲۹ درصد موارد ثبت شده را زنان و ۷۱ درصد آنها را مردان تشکیل می‌دهند. علل ابتلا به HIV در بین مواردی که در سال ۱۳۹۸ تشخیص داده شده راه احتمالی انتقال در ۲۶/۵ درصد موارد اعتیاد تزریقی، ۴۷ درصد روابط جنسی ۲/۷ درصد از مادر به کودک و در ۲۳/۸ درصد راه احتمالی ابتلا بیان نشده است (۴).

این بیماری بیشتر جمعیت فعال و مولد جامعه را در بر گرفته و مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد. و به لحاظ آمار بالای مرگ و میر و هزینه‌های مراقبتی فراوان، به عنوان خطر جدی برای سلامت و اقتصاد جوامع به شمار می‌رود (۵). بیماری ایدز، مبتلایان را از لحاظ جسمانی، اجتماعی و روان‌شناختی درگیر می‌کند (۶). اغلب بیماران مبتلا به ایدز با مشکلات متعددی چون افسردگی (۷-۱۰)، اضطراب (۱۱)، کیفیت پایین زندگی (۱۲) و نشانگان افت روحیه (۱۳) مواجه هستند.

با توجه به وجود چنین مشکلات روان شناختی در این بیماران، به کارگیری مداخلات روان شناختی یکی از بهترین راهکارهای مورد استفاده برای کمک به بهبود وضعیت روان شناختی آنهاست که از جمله رویکردهای مشاوره و روان درمانی به کار گرفته شده در این زمینه، می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به بیماری ایدز (۱۳)، درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مرگ و افزایش سلامت روان (۱۴)، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش افسردگی (۱۵) و افزایش کیفیت زندگی (۱۶)، درمان دیالکتیک بر سلامت روان و رفتارهای مخاطره‌آمیز (۱۷)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارضات زناشویی (۱۸)، روان درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی (۱۹)، آموزش واقعیت درمانی بر کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی (۲۰)، گروه درمانی امید محور باعث بهبود کیفیت زندگی (۲۱)، معنادرمانی بر بهبود سلامت معنوی و کیفیت زندگی زنان (۲۲) و امید درمانی بر افزایش سلامتی (۲۳)، اشاره نمود.

از ابتدا و از سال ۱۹۸۱، روان‌شناسان در سراسر دنیا درگیر چالش‌های زیاد در زمینه مسائل سلامت ناشی از ایدز بودند (۲۴). امروزه درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای بالابردن بردن سلامت روان افراد مبتلا به بیماری ایدز مورد بررسی و کارآزمایی قرار گرفته‌اند. اما تعداد کمی از آنها

1. Human Immunodeficiency Virus (HIV)

2. World: WHO Organization Health

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق را افرادی که تشخیص بیماری ایدز آنها قطعی بوده، حداقل سن آنها ۲۰ سال می‌باشد، ایرانی بوده و توانایی درک و صحبت به زبان فارسی را داشته، از تشخیص بیماری خود مطلع باشند، و سابقه اختلالات مهم روانی (روان‌پریشی) یا بستری در بخش‌های روان‌پزشکی نداشته باشند تشکیل داده‌اند که به باشگاه‌های مثبت یا مراکز کاهش آسیب مراجعه کرده‌اند. نمونه شامل ۳۲ نفر از افراد مبتلا به HIV مطابق با ملاک‌های ورودی بود که با روش نمونه‌برداری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه ($n1=16$)، به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزار پژوهش، چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL90) بود که در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. مداخله روان‌درمانی تدوین شده طی ۱۲ جلسه هفتگی در گروه آزمایش برگزار گردید و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد.

ابزار پژوهش: در این پژوهش به منظور بررسی میزان آسیب‌های روانشناختی از چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL90) استفاده شد. این آزمون شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگو گزارش می‌شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روانشناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی

گردیده است. فرم اولیه آزمون توسط درگوتیس، لیمنو کووی (۱۹۷۳) معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روانسنجی از آن، مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن تهیه گردید. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس پنج درجه‌ای (لیکرت) از میزان ناراحتی که از (هیچ = صفر) تا (شدید = ۴) می‌باشد مشخص می‌گردد. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی بدست می‌آید. برای سنجش اعتبار آزمون از ضرایب آلفا و کودریرچاردسون ۲۰ استفاده شده است که تمامی ضرایب رضایت‌بخش بوده است. بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۹٪ و کمترین آنها روان‌پریشی با ۷۷٪ بوده است. آزمون دارای روایی خوبی می‌باشد. این آزمون را بر روی بیماران سرطانی که قبلاً وجود اختلال روانی در آنها به وسیله پرسشنامه سلامتی بیمارستان تعیین شده بود به کار بردند. نتایج نشان داد که SCL-90 به خوبی قادر به تمیز بین بیماران سرند شده نیازمند مداخله درمانی، با کسانی که احتیاج به شیوه درمانی خاصی نداشتند بوده است. محتوای پروتکل نهائی تدوین شده براساس روان‌درمانی مبتنی بر چهار عامل (۲۵) به شرح زیر است (جدول ۱):

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان

جلسات	شرح جلسه
جلسه اول	معرفی خود و آشنایی با شرکت کنندگان، ارایه هدف از برگزاری این جلسات و پیامدهای مثبت آن و انجام پیش آزمون
جلسه دوم	برقراری رابطه درمانی که در تمام جلسات تکرار می‌شود. ایجاد امید و انتظار درمان: اشاره بر پیشرفت‌های درمانی صورت گرفته در خصوص بیماری ایدز، انتظار از درمان آگاهی‌افزایی: اشاره به عوارض جسمانی و روانی ابتلا به بیماری ایدز، توضیح لزوم مراقبت‌های درمانی نظم‌بخشی رفتار: بررسی تاثیر بیماری بر کیفیت زندگی افراد ایجاد امید و انتظار درمان: اشاره به داشتن یک زندگی طبیعی و سالم در صورت مصرف به موقع و مرتب داروواشاره مجدد به پیشرفت‌های درمانی صورت گرفته
جلسه سوم	ایجاد امید و انتظار درمان: اشاره به داشتن یک زندگی طبیعی و سالم در صورت مصرف به موقع و مرتب داروواشاره مجدد به پیشرفت‌های درمانی صورت گرفته آگاهی‌افزایی: آگاهی‌افزایی در جهت اهمیت درمان پزشکی و روانی (با توجه به اینکه یکی از مکانیسم‌های دفاعی آنها انکار بیماری و نیاز به مراقبت و درمان می‌باشد)، آگاهی‌افزایی جهت ارتباط روان و جسم و تاثیر مداخلات روان‌شناختی بر تقویت سیستم ایمنی بدن نظم‌بخشی رفتار: (نظم‌بخشی رفتار در کنار آگاهی‌افزایی، اثربخشی زیادی بر تغییر رفتار دارد. نظم‌بخشی رفتار به صورت آموزش و تمرین در جلسات و یا در طول هفته و بررسی آنها در جلسات انجام می‌گردد. همچنین نظم‌بخشی رفتار گاهی به صورت بررسی و شناخت احساسات و رفتار در موقعیتهای جلسات و در بین شرکت کنندگان انجام می‌شود.) آموزش ارتباط احساس، افکار و رفتار با یکدیگر، آموزش تنفس در راستای مدیریت احساسات
جلسه چهارم	ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه آگاهی‌افزایی: آموزش خود آگاهی، آگاه شدن به احساسات، تاثیر احساسات بر بدن و توجه به آن نظم‌بخشی رفتار: استفاده از جدول احساسات و شناخت احساسات عمیق تر در موقعیتهای بیرون جلسات

<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه آگاهی‌افزایی: آگاهی‌افزایی در خصوص تاثیر احساسات تجربه شده بر بدن نظم‌بخشی رفتار: استفاده از جدول احساسات و شناخت احساسات عمیق تدریس موقعیتهای بیرون جلسات و مشاهده آنها بر بدن از تمرینهای جلسات بود. زمانی که اثر احساس بر روی بدن دیده می شد تاثیر آن در موقعیتهای بعدی بر بدن کمتر می شد. در واقع گاهی آگاهی از احساس آن را خود به خود از بین می برد و گاهی با راه حل و مهارت می توان مشکلات را مدیریت کرد. در واقع آگاهی از احساس و اثرش روی بدن باعث می شود حس جدا شود و سیستم ایمنی تقویت شود.</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه آگاهی‌افزایی: آگاهی‌افزایی در خصوص اینکه علت و عامل احساسات به وجود آمده درونی است یا بیرونی؟ نظم‌بخشی رفتار: به دنبال شناخت و تشخیص احساسات و تاثیر آنها بر بدن، بر روی عوامل درونی به وجود آورنده احساسات تمرکز و تمرین شد.</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییر احساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان) آگاهی‌افزایی: آگاهی در خصوص سهم عوامل درونی و نیازها در ایجاد احساسات به جای عوامل بیرونی نظم‌بخشی رفتار: تمرین در خصوص عاملیت درونی (در این قسمت مقایسه ای بین شرکت کنندگان در موقعیت های مشابه شد که احساسات متفاوتی را تجربه می کردند و نشان می داد عامل درونی تاثیر بسیار زیادی در شکل گیری احساس دارد).</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییر احساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان) آگاهی‌افزایی: آگاهی در خصوص عاملیت بر احساس، رفتار و تغییر در آنها و به دنبال آن تغییر در وضعیت زندگی بود. دیدن توانایی ها و عامل بودن باعث ایجاد اعتماد به نفس و احساس رضایت مندی می شد. نظم‌بخشی رفتار: شناخت و بررسی قسمتی از عوامل و شرایط بیرونی که امکان ایجاد تغییر در آنها هست و قسمتی که قابلیت تغییر در آنها وجود ندارد. پذیرش شرایط غیرقابل تغییر (مانند بیماری) از دیگر مواردی بود که جزیی از درمان بود. در واقع فرد یاد بگیرد برخوردش با مشکلات مبتنی بر عوامل درونی اش باشد و باید آنها را بشناسد و برای آنها راه حل پیدا کند تا احساس توانمندی و عاملیت کند.</p>	<p>جلسه هشتم</p>
<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییر احساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان) آگاهی‌افزایی: آگاهی در خصوص اینکه می توانم در خودم و بر روی فکر و احساسم تغییری ایجاد کنم. آگاهی در خصوص عاملیت خود من.. نظم‌بخشی رفتار: مدیریت احساس و نظم‌بخشی آن. استفاده از توانایی های درونی و امکانات و شرایط بیرونی برای تغییر شرایط و احساسات ناخوشایند</p>	<p>جلسه نهم</p>
<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییر احساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان) آگاهی‌افزایی: آگاهی نسبت به اهمیت روابط و حمایت های اجتماعی در سلامت روان و جسم. نظم‌بخشی رفتار: آموزش و شناخت موانع ارتباطی (دوازده مانع) ، تاثیر این موانع بر روابط بین فردی و احساسات مرتبط با این روابط بر روی موانع ارتباطی (۱۲ مانع) کار شد و افراد بر اساس جدول موانع ارتباطی مشکلات ارتباطی خود را در هفته تشخیص و بررسی می کردند و در جلسات با بیان مثال بر روی مهارت‌های ارتباطی آنها کار می شد.</p>	<p>جلسه دهم</p>
<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییر احساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان) آگاهی‌افزایی: آگاهی نسبت به اهمیت روابط و حمایت های اجتماعی در سلامت روان و جسم. نظم‌بخشی رفتار: آموزش روابط انسانی موثر جهت امکان برقراری روابط اجتماعی و کسب حمایت‌های اجتماعی</p>	<p>جلسه یازدهم</p>
<p>انجام پس آزمون و برگزاری یک جشن کوچک</p>	<p>جلسه دوازدهم</p>

تحت مداخله روانشناختی تدوین شده، طی ۱۲ جلسه هفتگی قرار گرفتند و گروه گواه مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام مداخله مجدداً از تمامی آزمودنی‌ها پس آزمون گرفته شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و...) جهت تعیین ویژگی‌های آماری نمونه آزمودنی‌ها و تحلیل کوواریانس یکطرفه چند متغیری جهت پاسخ به فرضیه پژوهش تجزیه و تحلیل شدند.

به منظور اجرای پژوهش در ابتدا با مراجعه به باشگاه‌های مثبت و مراکز کاهش آسیب که دسترسی به افراد مبتلا به بیماری ایدز در آن وجود داشت، هماهنگی با مسئولین انجام شد. ۳۲ نفر از افراد مبتلا به HIV پس از کسب رضایت آنها برای شرکت در پژوهش، به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. سپس پیش آزمون به صورت فردی بر روی افراد، توسط پژوهشگر اجرا شد؛ گروه آزمایش

یافته‌ها

نمرات گروه درمانی ($w=0/173, p<0/082$) و گروه کنترل ($p<0/200$) در پس آزمون شاخص شدت کلی نشانه‌ها نرمال بودند. آزمون ناواریانس بودن اثربخشی درمان مبتنی بر چهار عامل شاخص شدت کلی نشانه‌ها یا ضریب ناراحتی حاکی از این است که متغیرهای جمعیت شناختی اثر معنی‌داری ندارند. به عبارت دیگر، بسته درمانی تدوین شده در کاهش نشانه‌های روان شناختی صرف نظر از متغیرهای جمعیت شناختی موثر است. سایر نتایج در جدول ۳ ارایه شده‌اند.

نقش تعدیل‌گری و نامتغیربودن متغیرهای جمعیت شناختی در تاثیر بسته درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل بر روی بیماران مبتلا به ایدز در نشانه‌های روان شناختی با روش تحلیل کوواریانس یکطرفه چند متغیری بررسی شد. بررسی پیش‌فرض‌های یکسانی واریانس‌های خطا و شیب خطوط رگرسیون در جدول ۲ ارایه شده‌اند. همان‌طور که مشاهده می‌شود تمام پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس یکطرفه رعایت شده‌اند.

جدول ۲ پیش فرضهای تحلیل کوواریانس یکطرفه بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی

کنترل		درمان		شاخص‌ها	
معنی‌داری	F	معنی‌داری	F		
0/417	0/935	0/186	1/923	یکسانی واریانس‌ها	سن
0/840	0/278	0/159	2/136	یکسانی خطوط رگرسیون	
0/087	2/688	0/525	0/785	یکسانی واریانس‌ها	تحصیلات
0/173	2/149	0/264	1/403	یکسانی خطوط رگرسیون	
0/254	1/412	0/166	2/132	یکسانی واریانس‌ها	جنسیت
0/564	0/600	0/289	1/380	یکسانی خطوط رگرسیون	
0/926	0/009	0/684	0/173	یکسانی واریانس‌ها	تاهل
0/689	0/385	0/308	1/303	یکسانی خطوط رگرسیون	

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس یکطرفه متغیرهای جمعیت شناختی و شاخص شدت کلی ناراحتی

اندازه اثر	معنی‌داری	F	کنترل		درمان				گروه	
			انحراف معیار	میانگین	اندازه اثر	معنی‌داری	F	انحراف معیار		میانگین
0/060 0/456	0/733	0/320	0/333	1/137	0/285 0/123	0/186	1/997	0/261	1/165	۴۲-۳۳ سال
			0/528	0/964				0/388	0/953	۵۲-۴۳ سال
			0/743	0/980				0/830	1/277	۶۳-۵۳ سال
0/096 0/034	0/088	3/347	0/160	0/794	0/030 0/032	0/264	1/403	0/463	1/049	راهنمایی
			1/237	2/90				-	-	متوسطه
			0/641	0/318				0/294	0/716	دیپلم
			-	-				-	-	فوق دیپلم
			-	-				-	-	لیسانس
0/060	0/280	1/280	0/384	1/304	0/285	0/553	0/373	0/297	0/784	مرد
			0/297	0/947				0/293	1/127	زن
0/456	0/529	0/419	0/313	1/140	0/123	0/538	0/402	0/247	0/780	مجرد
			0/456	1/112				0/310	1/169	متاهل

بحث و نتیجه‌گیری

به تخریب و رفتارهای پرخاشگرانه دست بزنند. در این مداخله درمانی از طریق خودنظم‌دهی به رفتار به بیماران کمک شد تا ظرفیت تنظیم هیجان‌های خود را بالا ببرند و از طریق آشنایی با احساسات و هیجانات خود و کنترل آن‌ها در موقعیت‌های بروز مشکل، فکرشان را معطوف به مسئله نمایند و بر حل مشکل تمرکز نمایند، در نتیجه سعی کنند هیجان‌های منفی خود را به صورت پرخاشگری آشکار بیان نکنند.

در این مداخله درمانی، برای بیماران تحت آموزش از طریق بررسی معنای زندگی، فرصت تجربه کردن روابط نزدیک و صمیمی با دیگران فراهم می‌شود که فرد تجربه خود بودن در گروه پیدا می‌کند. همچنین شیوه‌های ارتباطی که گروه یاد می‌گیرند و می‌توانند آنها را در موقعیت‌های واقعی زندگی خود به کار ببرند، باعث اصلاح روابطشان با دیگران می‌شود و در نتیجه از حمایت‌های عاطفی و اجتماعی برخوردار می‌شوند.

علاوه بر این کمک به معنایابی در زندگی بیماران مبتلا به HIV موجب شد تا این بیماران تا حدودی با وسواس‌ها و اجبارهای مبارزه نکنند؛ لذا ترس بیماری‌زا، جای خود را به جای آرزوی متضاد می‌دهد و دور باطل اضطراب انتظاری از هم گسسته شده است. در نهایت شخص به مجرد اینکه معلوم شد که زندگی سرشار و آکنده از اضطراب و بی‌معنایی است باید معنایی را کشف کند که این معنا سبب می‌گردد وسواس بر چیز دیگری متمرکز نشود.

در راستای بررسی نقش تعدیل‌گری متغیرهای جمعیت‌شناختی در اثربخشی درمان یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل، پژوهش مشابهی یافت نشد اما در مداخلات درمانی دیگری که نقش تعدیل‌گری متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد بررسی قرار گرفتند، پژوهش‌های محمدی و همکاران (۲۶) و آریا پوران و اسکندری (۲۷) هم راستا با نتایج پژوهش حاضر بود.

بر اساس مطالب بیان شده چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که سن تعامل معناداری با اثربخشی مداخلات آموزشی و درمانی ندارد به بیان ساده، نمی‌توان گفت که مداخلات مختلف در یک جنسیت و سن، تحصیلات و تاهل خاص اثربخشی بالاتری دارند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، عدم پیگیری نتایج و استفاده از ابزارهای خودگزارشی بود. پس باید در تعمیم و استفاده از نتایج در نظر گرفته شوند، لذا توصیه می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از مصاحبه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده، روش‌های احتمالی یا تصادفی برای نمونه‌گیری و جامعه پژوهشی بزرگتر استفاده شود. براساس یافته‌های پژوهشی پیشنهاد می‌شود، از مداخله درمانی یکپارچه‌نگر مبتنی بر چهار عامل جهت کاهش آسیب‌های روانشناختی بیماران مبتلا به HIV استفاده شود.

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌گری متغیرهای جمعیت‌شناختی در تاثیر بسته درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل بر نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به HIV انجام شد. نتایج حاصل نشان داد، مداخله درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی تاثیر معناداری داشته است اما تاثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت و سن، تحصیلات و تاهل) در تاثیر بسته درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل بر نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به HIV معنی‌دار نبود. براساس پژوهش‌های قبلی روان‌درمانی چهار عاملی در ارتقاء احقاق جنسی، افزایش عزت نفس جنسی (۳۰ و ۲۹) و کیفیت زندگی (۲۵) به طور معناداری اثربخش بوده است. در این پژوهش بسته مداخلاتی مبتنی بر چهار عامل (آگاهی‌افزایی، امید، ایجاد رابطه درمانی مناسب و نظم بخشی رفتار) براساس چارچوب روان‌درمانی یکپارچه نگر در بین گروه آزمایش اجرا شد. این مداخله درمانی از طریق آموزش مهارت‌های روان‌شناختی از جمله آگاهی‌افزایی، مدیریت استرس، نظم بخشی به رفتار و واکنش به بیماری‌ایدز، تقویت مهارت‌های اجتماعی، بررسی معنا در زندگی، هدف از زندگی (امید و انتظار)، در کاهش نمره کلی علائم مرضی که در بیماران مبتلا به ایدز شایع است، موثر بود.

در این مداخله آگاهی‌های لازم در مورد بیماری و علل زمینه‌ساز به آن بیماران داده شد و همگی تشویق به شناسایی و ارزیابی دقیق استرس‌زاهای زندگی روزمره خود شدند و به دنبال آن مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد برای مقابله موثر با موقعیت‌های استرس‌زا به آنها آموزش داده شد و بدین ترتیب مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز به دقت مورد توجه قرار گرفت.

افزایش آگاهی، آموزش مهارت کاهش استرس، اصلاح ارزیابی‌های شناختی، ایجاد مهارت‌های بین‌فردی و افزایش ابراز هیجانی و کاهش انزوای اجتماعی را دنبال کند، همچنین شناسایی افکار خودآیند منفی به شیوه‌های چالش با افکار، توانسته در کاهش علائم مرضی موثر باشد. همچنین در این مداخله درمانی به منظور کاهش انزوای اجتماعی و تقویت مهارت‌های اجتماعی، تکنیک‌هایی ارائه شد که همگی در بهبود روابط اجتماعی و خانوادگی و ارتباطی و افزایش دریافت حمایت اجتماعی بیماران و به دنبال آن کاهش حساسیت در روابط بین‌فردی موثر بود.

از آنجایی که بیماران مبتلا به HIV، انگ، اتهام و تبعیض در نهایت باعث احساس گناه، افسردگی، خودکم‌بینی و حقارت می‌شود و این احساس گناه باعث می‌شود عملکرد آنها در محیط با اضطراب و ترس همراه شود و نتوانند خود را با محیط‌های مختلف به خوبی سازگار کنند (۳۱)، به همین دلیل، از محیط‌گریزان می‌شود و به دلیل نشخوار فکری ممکن است

۱. حسینی شکوه سید جواد، دباغی پرویز، شهرآبادی رضا. بررسی اثربخشی برنامه آموزش پیشگیری از بیماری ایدز بر کاهش عوامل خطر ابتلا با رویکرد مبتنی بر جامعه در سربازان و پایوران. مجله طب نظامی. ۱۳۹۸؛ ۲۱ (۴): ۳۷۲-۳۷۹
۲. ربیعی نرگس، آقاپور سید مهدی، بهنام پور ناصر، حشمتی هاشم، قاسمیانی شبنم. ارتقا باورهای پیشگیری کننده از ایدز در دانش آموزان ترکمن با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی در شهر آق قلا. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۳۹۸؛ ۷ (۴): ۳۲۳-۳۳۲
3. Who U. UNICEF Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva: UNAIDS. 2018.
۴. مرکز مدیریت بیماری های واگیر. آخرین آمار مربوط به عفونت اچ آی وی در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۸.
۵. امینی آنا، پیمان اکرم، حاتمی منیره. تاثیر آموزش خودمراقبتی مبتنی بر فضای مجازی بر کیفیت زندگی افراد HIV مثبت. مجله آموزش و سلامت جامعه ۱۳۹۹؛ ۷ (۳): ۲۰۳-۲۱۱
6. Dutra BS, Léo AP, Lins-Kusterer L, Luz E, Prieto IR, Brites C. Changes health-related quality of life in HIV-infected patients following initiation of antiretroviral therapy: a longitudinal study. *Braz J Infect Dis* 2019;23(4):211-217.
7. Castrighini C, Gir E, Neves L, Reis R, Galvão M, Hayashido M. Depression and self-esteem of patients positive for HIV/AIDS in an inland city of Brazil. *Retrovirology* 2010;7(1):1.
8. Himelhoch S, Medoff D, Maxfield J, Dihmes S, Dixon L, Robinson C, et al. Telephone based cognitive behavioral therapy targeting major depression among urban dwelling, low income people living with HIV/AIDS: results of a randomized controlled trial. *AIDS Behav* 2013;17(8):2756-64.
9. Spies G, Konkiewitz EC, Seedat S. Incidence and Persistence of Depression Among Women Living with and Without HIV in South Africa: A Longitudinal Study. *AIDS Behav* 2018;22(10):3155-3165.
10. Deshmukh NN, Borkar AM, Deshmukh JS. Depression and its associated factors among people living with HIV/AIDS: Can it affect their quality of life? *J Family Med Prim Care* 2017;6(3):549-553.
11. Pappin M, Wouters E, Booyens FL. Anxiety and depression amongst patients enrolled in a public sector antiretroviral treatment programme in South Africa: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2012;12:244.
12. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Laguna A, Safreed-Harmon K, Lazarus JV, Cenoz S, Del Amo J. Assessing quality of life in people with HIV in Spain: psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health Qual Life Outcomes* 2019;17(1):144.
۱۳. شریفیان قاضی جهانی مریم، اکبری پور مرتضی، اسمخانی اکبری نژاد هادی. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به بیماری ایدز. سلامت جامعه ۱۳۹۹؛ ۱۴ (۲): ۱۹-۹
۱۴. میرزائی دوستان زینب، زرگر یداله، زندی پیام آرش. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت روان زنان مبتلا به HIV شهر آبادان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران ۱۳۹۸؛ ۲۵ (۱): ۲-۱۳
۱۵. عبدلی جمور اکرم، نوبخت مهدی. اثربخشی ذهن آگاهی در کاهش افسردگی افراد مبتلا به HIV-AIDS. هفتمین کنفرانس بین المللی دستاوردهای نوین پژوهشی علوم تربیتی، روانشناسی و علوم اجتماعی، اصفهان. ۱۳۹۹.
۱۶. حمید نجمه، بچاری حمید، عطاری یوسفعلی. اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز و HIV. مجله علمی پزشکی جندی شاپور ۱۳۹۷؛ ۱۷ (۶): ۶۵۳-۶۳۶
۱۷. بلیر سوسن، انصاری شهیدی مجتبی، محمدی شهرزاد. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای مخاطره آمیز، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به ایدز. مجله پژوهش سلامت ۱۳۹۷؛ ۳ (۳): ۱۵۵-۱۶۲
۱۸. امیرخانی، منظر. اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تعارضات زناشویی بیماران آلوده و مبتلا به HIV/AIDS. فصلنامه مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه ۱۳۹۵؛ ۲۷ (۳): ۱۹۸-۲۰۷
۱۹. حمید نجمه، کاویانی بروجنی اکرم. اثر روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان ۱۳۹۵؛ ۱۸ (۲): ۶۹-۷۶
۲۰. اسدی، سهیلا، وکیلی، پرویش. اثربخشی واقعیت درمانی بر اضطراب و افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به HIV مثبت مراجعه کننده به مرکز بیماری های رفتاری شبکه بهداشت شمیرانات. سلامت اجتماعی ۱۳۹۴؛ ۲ (۴): ۲۳۸-۲۴۵
۲۱. قزلسفلو مهدی، اثباتی مهرنوش. اثربخشی گروه درمانی امید محور بر بهبود کیفیت زندگی. نشریه اندیشه و رفتار روان شناسی بالینی ۱۳۹۰؛ ۲۲: ۸۹
۲۲. محمدی سید یونس، رحیم زاده تهرانی کتایون. اثربخشی معنادرمانی بر سلامت معنوی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری ایدز در شهر تهران. مجله روان شناسی سلامت ۱۳۹۷؛ ۲۵: ۱۲۰-۱۰۶
23. Sciolli A, MacNeil S, Partridge V, Tinker E, Hawkins E. Hope, HIV and health: a prospective study. *AIDS Care* 2012;24(2):149-56.
24. Backer TE, Batchelor WF, Jones JM, Mays VM. Introduction to the special issue: Psychology and AIDS. *American Psychological Association* 1988.
۲۵. اکبری، محبوبه، لطفی کاشانی، فرح، وزیری، شهرام. اثربخشی روان درمانی چهار عاملی بر افزایش عزت نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان. بیماری های پستان ایران ۱۳۹۶؛ ۱۰ (۱): ۶۰-۴۹
۲۶. محمدی مولود سعید، مصرآبادی جواد، حبیبی کلایر رامین. فراتحلیل نقش جنسیت و سن آزمودنی ها بر اثربخشی مداخلات آموزشی و درمانی اختلال های یادگیری. روانشناسی افراد استثنایی ۱۳۹۷؛ ۸ (۳۱): ۱۰۱-۹۴
۲۷. آریاپوران، سعید، اسکندری، آرزو. اثربخشی آموزش مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری بر خودافشگری زناشویی زوجین. مطالعات روانشناختی ۱۳۹۸؛ ۱۵ (۲): ۱۲۷-۱۴۴
۲۸. موحدی معصومه، عبادی راد محمد، کریمی نژاد کلثوم، مروج سیده فایزه. بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و مدیریت رفتار بر تعلق ورزی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. مجله علمی پژوهشی یافته ۱۳۹۶؛ ۱۹ (۲): ۱۸-۲۹
۲۹. اکبری، محبوبه، لطفی کاشانی، فرح. اثربخشی روان درمانی چهار عاملی بر افزایش احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۳۳): ۵۷-۷۳
۳۰. اکبری، محبوبه، لطفی کاشانی، فرح. روان درمانی چهار وجهی. تهران: ارسباران. ۱۳۹۶
۳۱. زرگر یدالله، مردانی مریم، مهربانی زاده هترمند مهناز. اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری بر کمال گرایی و احساس گناه در دانشجویان. مجله روان شناسی کاربردی ۱۳۹۱؛ ۲۴: ۷۱ تا ۸۶