مقـــاله تحقیقی

نقش تعدیل‌گری متغیرهـــای جمعیت شنـــاختی در تاثیر بســـته روان‌درمانی یکپارچه‌نگر چهار عاملی بر نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به HIV

شهناز شیبانی[1]، فرح لطفی کاشانی[2*]، شهرام وزیری[3]

[1] گروه روان شناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی ،جزیره کیش، ایران.

[2] دانشیار، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

[3] دانشیار، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی ،رودهن، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

نشانی الکترونیک:
lotfi.kashani@gmail.com

چکیده

زمینه: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌گری متغیرهای جمعیت شناختی در تاثیر بسته درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل بر نشانه‌های روان شناختی 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 پیش آزمون و پس آزمون 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 یکپارچه نگرمبتنی بر چهار عامل در کاهش نشانه‌های روان شناختی صرف نظر از متغیرهای جمعیت‌شناختی موثر است. به عبارت دیگر متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات و تاهل آزمودنی‌ها تاثیری بر میزان اثربخشی روان درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل بر نشانه‌های روان شناختی بیماران مبتلا به HIV ندارد.

واژگان کلیدی: درمان یکپارچه نگرمبتنی بر چهار عامل، نشانه‌های روان شناختی، متغیرهای جمعیت شناختی، ویروس نقص ایمنی انسانی

مقدمه

ویروس نقص ایمنی انسان[1] به سرعت در جهان در حال گسترش می‌باشد و باعث مرگ بسیاری از انسان ها و آلودگی افراد می شود (۱). به طوری که اصلی‌ترین عامل مرگ بزرگسالان در جهان بر اثر بیماری‌های عفونی است (۲). سازمان جهانی بهداشت[2]، 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 می دهند. 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 جنسی۲/۷ 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 می رود (۵). بیماری ایدز، مبتلایان را از لحاظ جسمانی، اجتماعی و روانشناختی درگیر می کند (۶). اغلب بیماران مبتلا به ایدز با مشکلات متعددی چون افسردگی (۱۰-۷)، 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 مبتال 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 که توانسته‌اند در کار آزمایی‌های تصادفی بالینی، اثرمندی خود را به اثبات برسانند عبارت‌اند از رفتاردرمانی، رواندرمانی بین فردی و شناخت درمانی. هرچند هر سه ی این درمان‌ها دارای اثرمندی هستند، اما در میان آنها تفاوت‌هایی ازنظر 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 مور 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 تاثیر عوامل و متغیرهای دیگری قرار گیرد که کشف آنها می‌تواند راهگشا باشد. این امکان وجود دارد که میان تاثیر 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 مدخلات درمانی تاثیر 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، می توان نتایج بهتری را در بهبود علائم روانشناختی افراد مبتلا به HIV کسب کرد که هیچ یک از پژوهش های انجام شده در این حوزه، تاکنون به این مهم نپرداخته اند. البته در پژوهش های 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 تاثیری 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 تعدیگری 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 تاثیر بسته درمانی یکپارچه نگر بر روی بیماران مبتلا به ایدز در نشانه‌های روان شناختی مورد بررسی قرار دهد.

۱. Human Immunodeficiency Virus (HIV)
۲. 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 ملاک های ورودی بود که با روش نمونه‌برداری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه (n1= =۱۶ n2)، 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 روان درمانی تدوین شده طی ۱۲ جلسه هفتگی در گروه آزمایش برگزار گردید و گروه گواه مداخله ای 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، لیپمنو 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 کودرریچاردسون 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 قبلا 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 روان درمانی 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 می شود. 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 دارووااشاره 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 دارووااشاره 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 نیازبه مراقبت و درمان می باشد)، 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 می‌گرفت . همچنین نظم‌بخشی رفتار گاهی به صورت بررسی و شناخت احساسات و رفتار درموقعیتهای جلسات و در بین شرکت کنندگان انجام می شد.) آموزش ارتباط احساس ، افکار و رفتار با یکدیگر، آموزش تنفس در راستای مدیریت احساسات
جلسه چهارم	ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های 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 تردر موقعیت‌های بیرون جلسات

ادامه جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان

جلسه پنجم	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 تردر موقعیتهای بیرون جلسات و مشاهده آنها بر بدن از تمرینهای جلسات بود.زمانی که اثر احساس برروی بدن دیده می شد تاثیر آن در موقعیتهای بعدی بر بدن کمتر می شد. در واقع گاهی آگاهی ازاحساس 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.
جلسه ششم	ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه آگاهی‌افزایی: آگاهی‌افزایی درخصوص اینکه علت و عامل احساسات به وجود آمده درونی است یا بیرونی؟ نظم‌بخشی رفتار: به دنبال شناخت و تشخیص احساس ها و تاثیر آنها بر بدن،بر روی عوامل درونی به وجود آورنده احساسات تمرکز و تمرین شد.
جلسه هفتم	ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییراحساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان) آگاهی‌افزایی: آگاهی درخصوص 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).
جلسه هشتم	ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییراحساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان) آگاهی‌افزایی: آگاهی درخصوص عاملیت بر احساس ،رفتار و تغییر درآنها 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 تغییردرآنها هست و قسمتی که قابلیت تغییردر 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.
جلسه نهم	ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییراحساسات 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
جلسه دهم	ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییراحساسات 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) ، تاثیراین 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.
جلسه یازدهم	ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییراحساسات 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
جلسه دوازدهم	انجام پس آزمون و برگزاری یک جشن کوچک

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 به‌صورت فردی بر روی افراد، توسط پژوهشگر اجرا شد؛ گروه آزمایش تحت مداخله روانشناختی تدوین شده، طی ۱۲ جلسه هفتگی قرار گرفتند و گروه گواه مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام مداخله مجددا 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.

یافته ها

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 رعایت‌شده‌اند.

نمرات گروه درمانی ($p<۰/۰۸۲$، $w=۰/۱۷۳$) و گروه کنترل ($p<۰/۲۰۰$، $w=۰/۱۶۶$) 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 جمعیت‌شناختی موثر است. سایر نتایج در جدول ۳ ارایه شده‌اند.

جدول ۲ پیش فرضهای تحلیل کوواریانس یکطرفه براساس متغیرهای جمعیت شناختی

شاخص‌ها		درمان		کنترل	
		F	معنی‌داری	F	معنی‌داری
سن	یکسانی واریانس‌ها	۱/۹۲۳	۰/۱۸۶	۰/۹۳۵	۰/۴۱۷
	یکسانی خطوط رگرسیون	۲/۱۳۶	۰/۱۵۹	۰/۲۷۸	۰/۸۴۰
تحصیلات	یکسانی واریانس‌ها	۰/۷۸۵	۰/۵۲۵	۲/۶۸۸	۰/۰۸۷
	یکسانی خطوط رگرسیون	۱/۴۰۳	۰/۲۶۴	۲/۱۴۹	۰/۱۷۳
جنسیت	یکسانی واریانس‌ها	۲/۱۳۲	۰/۱۶۶	۱/۴۱۲	۰/۲۵۴
	یکسانی خطوط رگرسیون	۱/۳۸۰	۰/۲۸۹	۰/۶۰۰	۰/۵۶۴
تاهل	یکسانی واریانس‌ها	۰/۱۷۳	۰/۶۸۴	۰/۰۰۹	۰/۹۲۶
	یکسانی خطوط رگرسیون	۱/۳۰۳	۰/۳۰۸	۰/۳۸۵	۰/۶۸۹

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

گروه	درمان					کنترل		F	معنی‌داری	اندازه اثر
شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار	F	معنی‌داری	اندازه اثر	میانگین	انحراف معیار			
۴۲-۳۳ سال	۱/۱۶۵	۰/۲۶۱	۱/۹۹۷	۰/۱۸۶	۰/۲۸۵	۱/۱۳۷	۰/۳۳۳	۰/۳۲۰	۰/۷۳۳	۰/۰۶۰
۵۲-۴۳ سال	۰/۹۵۳	۰/۳۸۸			۰/۱۲۳	۰/۹۶۴	۰/۵۲۸			۰/۴۵۶
۶۳-۵۳ سال	۱/۲۷۷	۰/۸۳۰				۰/۹۸۰	۰/۷۴۳			
راهنمایی	۱/۰۴۹	۰/۴۶۳	۱/۴۰۳	۰/۲۶۴		۰/۷۹۴	۰/۱۶۰	۳/۳۴۷	۰/۰۸۸	
متوسطه	-	-			۰/۰۳۰	۲/۹۰	۱/۲۳۷			۰/۰۹۶
دیپلم	۰/۷۱۶	۰/۲۹۴			۰/۰۳۲	۰/۳۱۸	۰/۶۴۱			۰/۰۳۴
فوق دیپلم	-	-				-	-			
لیسانس	-	-				-	-			
مرد	۰/۷۸۴	۰/۲۹۷	۰/۳۷۳	۰/۵۵۳	۰/۲۸۵	۱/۳۰۴	۰/۳۸۴	۱/۲۸۰	۰/۲۸۰	۰/۰۶۰
زن	۱/۱۲۷	۰/۲۹۳				۰/۹۴۷	۰/۲۹۷			
مجرد	۰/۷۸۰	۰/۲۴۷	۰/۴۰۲	۰/۵۳۸	۰/۱۲۳	۱/۱۴۰	۰/۳۱۳	۰/۴۱۹	۰/۵۲۹	۰/۴۵۶
متاهل	۱/۱۶۹	۰/۳۱۰				۱/۱۱۲	۰/۴۵۶			

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌گری متغیرهای جمعیت شناختی در تاثیر بسته درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل بر نشانه‌های روان شناختی بیماران مبتلا به HIV انجام شد. نتایج حاصل نشان داد، مداخله درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهارعامل بر کاهش نشانه‌های روان شناختی تاثیر معناداری داشته است اما تأثیر متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت و سن، تحصیلات و تاهل) در تاثیر بسته درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل بر نشانه‌های روان شناختی بیماران مبتلا به HIV معنی‌دار نبود.براساس پژوهش های قبلی روان درمانی 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 (آگاهی افزایی، امید، ایجاد رابطه درمانی مناسب و نظم بخشی رفتار) براساس چارچوب روان درمانی یکپارچه نگر در بین گروه آزمایش اجرا شد. این مداخله درمانی از طریق آموزش مهارت های روان شناختی از جمله آگاهی افزایی ، مدیریت استرس، نظم بخشی به رفتار و واکنش به بیماری ایدز، 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 استرس زاهای زندگی روزمره خود شدند و به دنبال آن مهارت های مقابله ای کارآمد برای مقابله موثر با موقعیت‌های استرس زا به آنها آموزش داده شد و بدین ترتیب مهم ترین عوامل زمینه ساز به دقت مورد توجه قرار گرفت.

افزایش آگاهی، آموزش مهارت کاهش استرس، اصلاح ارزیابی‌های شناختی، ایجاد مهارت‌های بین فردی 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 به منظور کاهش انزوای اجتماعی و تقویت مهارت‌های اجتماعی، تکنیک هایی 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 بین فردی موثر بود.

از آنجایی در 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 کند (۳۱)، به همین دلیل، از محیط گریزان می شود و به دلیل نشخوار فکری ممکن است به تخریب و رفتارهای پرخاشگرانه دست بزنند. در این مداخله درمانی از طریق خودنظم دهی به رفتار به بیماران کمک شد تا ظرفیت تنظیم هیجان های خود را بالا ببرند و از طریق آشنایی با احساسات و هیجانات خود و کنترل آن ها در موقعیت های بروز مشکل، فکرشان را معطوف به مسئله نمایند و بر حل مشکل تمرکز نمایند، در نتیجه سعی کنند هیجان های 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 تجربهٔ خود بودن در گروه پیدا می‌کند. همچنین شیوه‌های ارتباطی که گروه یاد می‌گیرند و می‌توانند آنها را در موقعیت های 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 اجبارهایش مبارزه نکند؛ لذا ترس بیماری زا، جای خود را به جای آرزوی متضاد می‌دهد و دور باطل اضطراب انتظاری ازهم گسسته شده است. درنهایت شخص به مجرداینکه معلوم شد که زندگی سرشار و آ کنده از اضطراب و بی معنایی 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 نگرمبتنی 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 درنظر 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.

منابع

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. رفیعی نرگس، آقاپور سید مهدی، بهنام پور ناصر، حشمتی هاشم، قاسمیانی شبنم. ارتقا باورهای پیشگیری‌کننده 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, Lédo 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, Booysen 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-RuizdeApodaca MJ, Laguía 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، اکبرپور 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) :۹-۱۹.

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 مخاطره‌آمیز، 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، پریوش. 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. Scioli 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 کلیبر رامین. فراتحلیل نقش جنسیت و سن آزمودنی‌ها بر اثربخشی مداخلات آموزشی و درمانی اختلال‌های یادگیری. روانشناسی افراد استثنایی ۱۳۹۷؛ ۸(۳۱): ۱۰۱-۱۹۴.

۲۷. آریاپوران، سعید، اسکندری، آرزو. اثربخشی آموزش مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری بر خودافشاگری 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 تعلل 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(۲۳): ۵۷-۷۳.

۳۰. اکبری، محبوبه، لطفی کاشانی، فرح. روان درمانی چهار وجهی. تهران: ارسباران. ۱۳۹۶.

۳۱. زرگر یداللّه، مردانی مریم، مهرابی زاده هنرمند مهناز. اثربخشی مداخله شناختی – رفتاری بر کمال گرایی و احساس گناه در دانشجویان. مجله روان شناسی کاربردی ۱۳۹۱؛ ۲۴: ۷۱ تا ۸۶.