

## The Effectiveness of Spiritual-Religious Psychotherapy on Depression, Basic Psychological Needs and Life Satisfaction in Patients with HIV

Zeynab RostamiNasab DolatAbad<sup>1</sup> , Nahid Alizadeh<sup>2</sup>, Shaniya Haghighat<sup>3\*</sup> , Fereshteh SardarZadeh<sup>4</sup>

1- Department of Human Science, Faculty of Literature and Human Science, University of Jiroft, Jiroft, Iran.

2- Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Alborz, Alborz, Iran.

3- Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

4- Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Karaj, Karaj, Iran.

\*Correspondence should be addressed to Mrs. Shaniya Haghighat; Email: [clanclaim10@gmail.com](mailto:clanclaim10@gmail.com)

### Article Info

Received: May 5, 2018

Received in revised form:

Jun 30, 2018

Accepted: Jul 14, 2018

Available Online: Sep 23, 2018

### Keywords:

Depression

HIV

Life Satisfaction

Psychological Basic Needs

Spiritual-Religious Psychotherapy

### Abstract

**Background and Objective:** HIV not only disrupts the routine life of those affected, but also negatively influences their mental health. This study aimed to examine the effectiveness of spiritual-religious psychotherapy on depression, fulfillment of basic psychological needs and satisfaction with life among people with HIV.

**Method:** The research design was a semi-experimental one with pretest-posttest and control group format. The population consisted of all men with HIV who referred to Imam Reza Hospital in Kermanshah. The criteria for inclusion were BDI-S, BPNQ, and SWLS. The patients with the highest scores were selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups ( $n_1=n_2=15$ ,  $N=30$ ). The experimental group was provided with eight 60-minute sessions of therapeutic intervention scheduled once a week, while the control group received no intervention. The data were analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance (MANCOVA). All ethical issues were observed in this study and the researchers declared no conflict of interests.

**Results:** The results showed a significant difference between the experimental and control groups in reducing depression as well as satisfying psychological basic needs including autonomy, competence, and communication with others ( $P<0.05$ ). Moreover, in overall life satisfaction scores were significantly different between two groups ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** The findings indicate that spiritual-religious psychotherapy on patients with HIV in conjunction with standard medical care have a beneficial effect on health and reduce the severity of clinical disorders.

Please cite this article as: RostamiNasab DolatAbad Z, Alizadeh N, Haghighat Sh, SardarZadeh F. The Effectiveness of Spiritual-Religious Psychotherapy on Depression, Basic Psychological Needs and Life Satisfaction in Patients with HIV. J Res Relig Health. 2018; 4(4): 7- 20.

### Summary

**Background and Objective:** Chronic diseases are today the most important cause of death (1, 2). One of the four main chronic conditions is the acquired immunodeficiency syndrome (3). AIDS is a fatal disorder of internal nervous system that is known as HIV (4). Negative emotions associated with this disease might directly be targeted to friends, family, hospital staff, and caregivers (3-7). One of the negative

emotions in HIV is depression (8, 9). Patients with HIV may complain of fatigue, appetite loss, weight loss, insomnia, decreased libido, social phobia, low mood, irritability, difficulty concentrating, mental retardation, and suicidal tendencies (3, 5, 8). Basic psychological needs and their lack of satisfaction can play a significant role in health care demands (10). In addition, the concept of needs can be closely linked to treatments and their outcomes (11). Studies on the theory of autonomy show that the satisfaction of basic psychological needs, including "autonomy, competence

and communication", is associated with better performance in the homework, well-being and mental health of individuals (12, 13). Today there is a growing consensus that improving lifestyle satisfaction should be one of the main goals of treatment in chronic diseases and HIV-positive people (14-16). Reports indicate that psychological problems are high among patients with low level of satisfaction and yet, these problems also reduce the amount of life satisfaction (19). Satisfaction with life is one of the predictors of psychological health (20). Decrease in life satisfaction not only increases the psychological distress in the affected person, but also affects the outcomes of treatment and care by influencing one's commitment to medical care and instructions (20-22).

A good number of researchers believe psychotherapy is influenced by the cultural context, beliefs and values of the cultures of the clients (23). Not including all aspects of the patient can interfere with his treatment and healing (24). Therefore, the beliefs and spiritual beliefs and the use of spiritual attitudes, methods and teachings in the form of therapeutic approaches have more favorable results in treatment of people (25, 26). The results of research by Naghi et al (27) showed that cardiovascular patients receiving spiritual therapy were higher in quality of life scores than those in the control group and lower in terms of depression. Ebrahimi et al (28) also indicated that spiritual-religious psychotherapy has been effective in reducing the severity of suicidal tendencies in patients with depression. Moreover, the results of research by Riley et al (29) demonstrated that satisfaction with life among patients participating in spiritual therapy sessions increased dramatically. Several psychological treatments have been developed over the years for the treatment and reduction of psychological disorders as well as the improvement of life satisfaction in chronic patients. In addition to drug therapies, several psychological treatments have been developed over the years. Today there is no doubt that psychological states can affect health behaviors. However, researchers are still uncertain about how and by what mechanism these effects are applied; the lack of such certainty necessitates conducting studies in various fields of health behavior (30). The aim of this study was to "examine the effectiveness of spiritual-religious psychotherapy on depression, satisfaction of basic psychological needs and life satisfaction in HIV positive patients".

**Method:** The research design was semi-experimental with pre-test and post-test and control group. The statistical population consisted of all men with HIV who referred to Imam Reza Hospital in Kermanshah seeking treatment in 2016. A sample of 30 men was selected and randomly divided into two groups of 15 experimental and control groups. The experimental group (n= 15) was provided with eight sessions of one hour therapeutic intervention scheduled each week and the control group did not receive the treatment intervention. After completing the sessions, the post-test was administered in both groups. Data collection

was done using Beck Depression Inventory-short form, basic psychological needs, and life satisfaction questionnaires. In addition to descriptive statistics, multivariate covariance analysis (MANCOVA) was used to analyze the data.

**Results:** Demographic data of patients showed that the mean age in the experimental group was  $31.19 \pm 4.23$  and in the control group was  $30.45 \pm 5.15$  years. Findings of covariance analysis indicated that the observed difference between the mean scores of autonomy, competence and communication with others in the post-test stage was significant ( $P < 0.05$ ). Further, it was found that the observed difference between mean depression scores and life satisfaction in post-test stage was significant ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** In line with the results of previous studies (27, 34, 35), the present study showed that the spiritual-religious program had a significant effect on basic psychological needs. Various studies have suggested that spiritual-religious beliefs and a purposeful life play an important role in improving physical illness, reducing recovery, and tolerating incurable diseases (3).

Concordant to the results of the previous studies (28, 29, 36, 37), the findings of this study showed that the observed difference was significant between depression mean scores and life satisfaction (both experimental and control groups). To illustrate, it should be noted that spiritual-religious psychotherapy can provide a safe environment for patients; thus reducing the severity of their negative and depressed mood. Overall, it can be concluded that spiritual-religious psychotherapy along with standard medical care has a beneficial effect on health and decreases the severity of clinical disturbances on the psychological parameters of HIV-positive people. This study had some limitations such as sampling, self-monitoring tools, and generalized results. It is suggested that this treatment be considered for other psychological problems and other chronic patients.

## References

1. Snderson CA. Health Psychology. 2<sup>nd</sup> 2013. Translated by; Farhad Jomehri & et al. Tehran Publication Sarafraz. 2015. (Full Text in Persian)
2. Nosh K, Sukawa Y, Nakase H. Association of colorectal carcinogenesis pathway with life style and intestinal microbiome based on the genome and epigenome abnormalities. *Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi*. 2016; 113(11):1878-86.
3. Sarafino EP. Health psychology: Biopsychosocial interactions. 8<sup>th</sup> ed. Translated by: Elahe Mirzaei & et al. Tehran: Publication Rooshd. 2015. (Full Text in Persian)
4. Caceres DH, Tobón AM, Cleveland AA, Scheel CM, Berbesi DY, Ochoa J & et al. Clinical and Laboratory Profile of Persons Living with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency

Syndrome and Histoplasmosis from a Colombian Hospital. *Am J Trop Med Hyg.* 2016; 95(4):918-24.

5. Bengtson AM, Pence BW, Gaynes BN, Quinlivan EB, Heine AD, O'Donnell JK & et al. Improving Depression Among HIV-Infected Adults: Transporting the Effect of a Depression Treatment Intervention to Routine Care. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016; 73(4):482-8.

6. McIntosh RC, Hurwitz BE, Antoni M, Gonzalez A, Seay J, Schneiderman N. The ABCs of Trait Anger, Psychological Distress, and Disease Severity in HIV. *Ann Behav Med.* 2015; 49(3):420-33.

7. Whitehead NE, Hearn LE, Burrell L. The association between depressive symptoms, anger, and perceived support resources among underserved older HIV positive black/African American adults. *AIDS Patient Care STDS.* 2014; 28(9):507-12.

8. Judd A, Le Prevost M, Melvin D, Arenas-Pinto A, Parrott F, Winston A & et al. Cognitive Function in Young Persons With and Without Perinatal HIV in the AALPHI Cohort in England: Role of Non-HIV-Related Factors. *Clin Infect Dis.* 2016; 63(10):1380-7.

9. Epeldegui M, Lee JY, Martínez AC, Widney DP, Magpantay LI, Regidor D & et al. Predictive Value of Cytokines and Immune Activation Biomarkers in AIDS-Related Non-Hodgkin Lymphoma Treated with Rituximab plus Infusional EPOCH (AMC-034 trial). *Clin Cancer Res.* 2016; 22(2):328-36.

10. Di Domenico SI, Le A, Liu Y, Ayaz H, Fournier MA. Basic psychological needs and neurophysiological responsiveness to decisional conflict: an event-related potential study of integrative self-processes. *Cogn Affect Behav Neurosci.* 2016; 16(5):848-65.

11. Rakovec-Felser Z. The Sensitiveness and Fulfillment of Psychological Needs: Medical, Health Care and Students. *Coll Antropol.* 2015; 39(3):541-50.

12. Emery AA, Heath NL, Mills DJ. Basic Psychological Need Satisfaction, Emotion Dysregulation, and Non-suicidal Self-Injury Engagement in Young Adults: An Application of Self-Determination Theory. *J Youth Adolesc.* 2016; 45(3):612-23.

13. Sicilia Á, Sáenz-Alvarez P, González-Cutre D, Ferriz R. Social Physique Anxiety and Intention to Be Physically Active: A Self-Determination Theory Approach. *Res Q Exerc Sport.* 2016; 87(4):354-64.

14. Miśkiewicz H, Antoszewski B, Woźniak E, Iljin A. Satisfaction with Life and Social Factors in Decision-Making Proces on Breast Reconstruction in Women after Mastectomy. *Pol Przegl Chir.* 2016; 88(5):270-6.

15. Oetzel J, Wilcox B, Avila M, Hill R, Archiopoli A, Ginossar T. Patient-provider interaction, patient satisfaction, and health outcomes: testing explanatory models for people living with HIV/AIDS. *AIDS Care.* 2015; 27(8):972-8.

16. Soares GB, Garbin CA, Rovida TA, Garbin AJ. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2015; 20(4):1075-84.

17. Sagy R, Amitai M, Weizman A, Aizenberg D. Levels of depression and satisfaction with life as indicators of health services consumption. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2016; 20(4):245-8.

18. Schapir L, Zalsman G, Hasson-Ohayon I, Gaziel M, Morag-Yaffe M, Sever J & et al. Suicide, Satisfaction With Life, and Insight Capacity Among Adolescents With Mental Disorders. *Crisis.* 2016; 37(5):347-52.

19. Lee J, Kim E, Wachholtz A. The effect of perceived stress on life satisfaction: The mediating effect of self-efficacy. *Chongsonyonghak Yonju.* 2016; 23(10):29-47.

20. Valois RF, Kerr JC, Hennessy M, DiClemente RJ, Brown LK, Carey MP & et al. Perceived Difficulty of Performing Selected HIV/AIDS Preventive Behaviors and Life Satisfaction: Is there a Relationship for African American Adolescents? *AIDS Behav.* 2015; 19(7):1288-97.

21. Ventura Cerdá JM, Martín Conde MT, Morillo Verdugo R, Tébenes Cortés M, Casado Gómez MA. Adherence, satisfaction and health-related quality of life in HIV-infected patients with antiretroviral therapy in Spain. The ARPAS study Farm Hosp. 2014; 38(4):291-9.

22. Roborel de Climens A, Tunceli K, Arnould B, Germain N, Iglay K, Norquist J & et al. Review of patient-reported outcome instruments measuring health-related quality of life and satisfaction in patients with type 2 diabetes treated with oral therapy. *Curr Med Res Opin.* 2015; 31(4):643-65.

23. Hofmann, SG. The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and behavioral practice.* 2006; 13(4):243-54.

24. AbdAleati NS, Mohd Zaharim N, Mydin YO. Religiousness and Mental Health: Systematic Review Study. *J Relig Health.* 2016; 55(6):1929-37.

25. Drobin F. Recovery, spirituality and psychotherapy. *J Relig Health.* 2014; 53(3):789-95.

26. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. 1nd ed. Oxford: Oxford University Press, USA; 2004.

27. Naghi JJ, Philip KJ, Phan A, Cleenewerck L, Schwarz ER. The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. *J Relig Health.* 2012; 51(4):1124-36.

28. Ebrahimi H, Kazemi AH, Fallahi Khoshknab M, Modabber R. The effect of spiritual and religious group psychotherapy on suicidal ideation in depressed patients: a randomized clinical trial. *J Caring Sci.* 2014; 3(2):131- 40. (Full Text in Persian)

29. Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998; 79(3):258-64.
30. Hamdiah M & Shahidi S. Principles of Mental Health. 5th ed. Tehran: Publication Samt. 2014. pp; 113-29. (Full Text in Persian)
31. Saetchi M, Kamkar K, Asgarian M. Psychological Tests. 3rd ed. Tehran: Wiraiesh; 2013: 73- 80. (Full Text in Persian)
32. Mehri Y, Ghorbani N, Sabzeh Ara Langroudi M. Relationship between Basic Psychological Needs Satisfaction, Integrative Self-Knowledge, Mindfulness, Self-Compassion, Self-Control, Mental Health Indicators )Depression, Anxiety, Stress( and Teachers' Job Performance. *Journal of Industrial/Organization Psychology*. 2012; 3(11):9-20. (Full Text in Persian)
33. Salimi SH, Azad Marzaabadi E, Abedi M. Study on Mental Health and Its Relationship with the Burnout and Life Satisfaction in Staff at a Military University in 2010. *Iranian Journal of Military Medicine*. 2013; 14(4):276-81. (Full Text in Persian)

34. Kiani J, Jahanpour F, Abbasi SH, Darvishi B. The effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients. *Nursing Journal of the Vulnerable*. 2016; 2(5):40-51. (Full Text in Persian)
35. Zarandi A, Lalansolfa FA & Ramezani V. The Role of Self-Knowledge, Psychological Basic Needs and Social Support in Application for Cosmetic Surgery. *Journal of Psychology*. 2012; 15 (4):369-81. (Full Text in Persian)
36. Akuchekian SH, Jamshidian M, Maracy MR & Almasi A. Effectiveness of Religious-Cognitive-Behavioral Therapy on Religious Oriented Obsessive Compulsive Disorder and its Co-morbidity. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 28(114):801-11. (Full Text in Persian)
37. Bagheri M, Esmail Chegeni M, Mah Negar F. Reviews of the effectiveness of religious, spiritual and mental therapy on stress reduction, anxiety and depression in women with addicted spouse in Ilam city. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 1(3):19-24. (Full Text in Persian)





## دراسة مدى تأثير العلاج النفسي الديني والمعنوي على الاكتئاب، وتلبية الاحتياجات النفسية الأساسية ورضا الحياة لدى المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (H.I.V)

زينب رستمي نسب دولت آباد<sup>١</sup>، ناهيد عليزاده<sup>٢</sup>، شانيا حقيقت<sup>٣</sup>، فرشته سردارزاده<sup>٤</sup>

١- قسم العلوم الإنسانية، كلية الأدب والعلوم الإنسانية، جامعة جهرت، جهرت، إيران.

٢- قسم علم النفس، كلية علم النفس، جامعة آزاد للعلوم والبحوث البرز، البرز، إيران.

٣- قسم علم النفس، كلية علم النفس، جامعة العلوم والثقافة، طهران، إيران.

٤- قسم علم النفس، كلية علم النفس، جامعة آزاد الإسلامية، فرع كرج، كرج، إيران.

\* المراسلات الموجهة إلى السيدة شانيا حقيقت؛ البريد الإلكتروني: [clanclaim10@gmail.com](mailto:clanclaim10@gmail.com)

### معلومات المادة

الوصول: ١٨ شعبان ١٤٣٩

وصول النص النهائي: ١٦ شوال ١٤٣٩

القبول: ٣٠ شوال ١٤٣٩

النشر الإلكتروني: ١٣ محرم ١٤٤٠

### الكلمات الرئيسية:

الاكتئاب

الاحتياجات النفسية الأساسية

الرضا عن الحياة

فيروس نقص المناعة البشرية

العلاج النفسي الديني والمعنوي

### الملخص

خلفية البحث وأهدافه: إن فيروس نقص المناعة البشرية يعطل في الأداء الطبيعي للحياة المصابين به وإضافة إلى هذا فإنه يؤثر سلباً على صحتهم النفسية؛ فالغرض من هذا البحث دراسة مدى فعالية العلاج النفسي الديني والمعنوي على الاكتئاب، وتلبية الاحتياجات النفسية الأساسية ورضا الحياة لدى المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (H.I.V).

منهجية البحث: هذا البحث عبارة عن دراسة شبه تجريبية من نوع مشروع الاختبار القبلي والاختبار مع مجموعة المراقبة، وقد اشتمل المجتمع الإحصائي جميع الذكور المصابين بـ H.I.V الذين تم مراجعتهم مستشفى الامام الرضا (عليه السلام) في مدينة كرمنشاه. وفقاً لمعايير دخول البحث، بالإضافة إلى استمارة «بيك» للاكتئاب (BDI-S)، والاحتياجات النفسية الأساسية (BPNQ)، والرضا من الحياة (SWLS)، تم اختيار المرضى الذين حصلوا على أعلى الدرجات باستخدام طريقة أخذ العينات المتاحة وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية ومراقبة (n<sub>1</sub>=n<sub>2</sub>=١٥) تلقت المجموعة التجريبية ٨ جلسات من التدخل العلاجي حيث كانت مدة كل جلسة ٦٠ دقيقة في الأسبوع، ولكن لم تتلق المجموعة الضابطة أي تدخل. تم تحليل البيانات باستخدام الإحصاء الوصفي وتحليل التباين المتعدد المشترك (MANCOVA). تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث؛ وإن مؤلفي المقالة لم يشاروا إلى أي تضارب في المصالح.

الكشوفات: أظهرت الكشوفات ان هناك فارقاً كبيراً بين المجموعتين التجريبية والمراقبة في خفض الاكتئاب؛ تلبية الحاجات النفسية الأساسية بما في ذلك الاستقلالية والكفاءة والتعامل مع الآخرين (P<٠/٠٥)، أيضاً، بشكل عام، كانت درجات الرضا عن الحياة تختلف اختلافاً كبيراً بين المجموعتين (P<٠/٠٥).

الاستنتاج: استناداً إلى النتائج، فإن العلاج النفسي الديني والمعنوي، جنباً إلى جنب الرعاية الطبية الصحيحة لهما تأثير إيجابي ونافع على المؤشرات النفسية للمرضى المصابين بـ H.I.V في صحتهم وتقليل شدة الاضطرابات السريرية.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

RostamiNasab DolatAbad Z, Alizadeh N, Haghigat Sh, SardarZadeh F. The Effectiveness of Spiritual-Religious Psychotherapy on Depression, Basic Psychological Needs and Life Satisfaction in Patients with HIV. J Res Relig Health. 2018; 4(4): 7- 20.

## بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افسردگی، ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به اچ.آی.وی مثبت

زینب رستمی نسب دولت‌آباد<sup>۱</sup>، ناهید علیزاده<sup>۲</sup>، شاینا حقیقت<sup>۳\*</sup>، فرشته سردارزاده<sup>۴</sup>

- ۱- گروه علوم انسانی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه جیرفت، جیرفت، ایران.  
۲- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات البرز، البرز، ایران.  
۳- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.  
۴- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، کرج، ایران.  
\*مکاتبات خطاب به خانم شاینا حقیقت؛ رایانامه: [clanclaim10@gmail.com](mailto:clanclaim10@gmail.com)

### اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۷  
دریافت متن نهایی: ۹ تیر ۱۳۹۷  
پذیرش: ۲۳ تیر ۱۳۹۷  
نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۱۳۹۷

### واژگان کلیدی:

افسردگی  
ایدز  
رضایت زندگی  
روان‌درمانی معنوی - مذهبی  
نیازهای بنیادین روان‌شناختی

### چکیده

سابقه و هدف: ایدز علاوه بر اینکه در عملکرد طبیعی زندگی مبتلایان اختلال ایجاد می‌کند، بر سلامت روان آنان نیز تأثیر منفی دارد. پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افسردگی، ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به اچ.آی.وی مثبت صورت گرفته است.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پژوهش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی مردان مبتلا به اچ.آی.وی مثبت از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه است که بر اساس معیارهای ورود به پژوهش و پرسش‌نامه‌های افسردگی بک - قُرم کوتاه (BDI-S)، نیازهای بنیادین روان‌شناختی (BPNQ) و رضایت از زندگی (SWLS)، بیمارانی که دارای بالاترین نمره‌ها بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و گواه ( $n_1=n_2=15$ ) تقسیم شدند ( $n=30$ ). گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله‌ی درمانی ۶۰ دقیقه‌ی طی یک جلسه در هفته دریافت کرد؛ اما گروه گواه مداخله‌ی دریافت نکرد. اطلاعات به‌دست‌آمده با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است و نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و گواه در کاهش افسردگی، ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی شامل خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران ( $P<0/05$ )؛ و همچنین نمره‌ی کل رضایت از زندگی وجود داشت ( $P<0/05$ ).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر شاخص‌های روان‌شناختی مبتلایان به اچ.آی.وی مثبت در پیوند با مراقبت پزشکی استاندارد، اثر سودمندی بر سلامتی و کاهش شدت اختلالات بالینی دارد.

استناد مقاله به این صورت است:

RostamiNasab DolatAbad Z, Alizadeh N, Haghghat Sh, SardarZadeh F. The Effectiveness of Spiritual-Religious Psychotherapy on Depression, Basic Psychological Needs and Life Satisfaction in Patients with HIV. J Res Relig Health. 2018; 4(4): 7- 20.

## مقدمه

تا اوایل قرن گذشته، بیماری‌های عفونی<sup>۱</sup> و واگیر عامل اصلی مرگ و میر محسوب می‌شد، اما اکنون بیماری‌های مزمن<sup>۲</sup> به مهم‌ترین عامل مرگ و میر تبدیل شده است (۱ و ۲). یکی از چهار بیماری مزمن اصلی نشانگان<sup>۳</sup> نقص ایمنی اکتسابی<sup>۴</sup> است (۳). این نشانگان اختلال عصبی داخلی کشنده همراه با عفونت ویروس‌های پس‌گرد یا رترو ویروس<sup>۵</sup> است که ویروس‌های نقص ایمنی اکتسابی<sup>۶</sup> شناخته می‌شود (۴). همانند دیگر بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، در سیر عفونت و تطابق با بیماری؛ شوک، خشم، افسردگی، اضطراب و انکار وجود دارد (۵-۷).

بیماری‌های مرتبط با مقاربت عاملی استرس‌زا محسوب می‌شود که می‌تواند زمینه‌ساز بیماری‌های روان‌پزشکی باشد (۶). هیجان‌ات منفی همراه با این بیماری‌ها ممکن است به‌طور مستقیم به طرف دوستان، خانواده، کادر درمان بیمارستان و مراقبان هدایت شود (۳). از جمله هیجان‌ات منفی در بیماری‌های مزمن به‌ویژه اچ‌ای‌وی<sup>۷</sup> مثبت، افسردگی<sup>۸</sup> است (۸ و ۹). بیماران آلوده با اچ‌ای‌وی ممکن است از خستگی، اختلال اشتها، کاهش وزن، بی‌خوابی، کاهش میل جنسی، گوشه‌گیری اجتماعی، خُلق پایین، تحریک‌پذیری، اشکال در تمرکز، کُندی روانی - حرکتی و افکار مرگ شکایت کنند (۳، ۵ و ۸).

نیازهای بنیادین روان‌شناختی<sup>۹</sup> و ارضاء نشدن آنها می‌تواند نقش بسزایی در تقاضای بهداشتی - درمانی داشته باشد. از آنجا که ارضای نیازها شرایط لازم را برای رشد و بالندگی، انسجام‌یافتگی و بهزیستی روان‌شناختی بیمار فراهم؛ و زیربنای گسترده‌ی وسیعی از رفتارها را تبیین می‌کند، مفهومی نو و اساسی در روان‌شناختی است (۱۰). همچنین، مفهوم نیازها از این نظر جالب است که می‌تواند با درمان‌ها و نتایج آنها ارتباطی تنگاتنگ داشته باشد (۱۱). مطالعات صورت‌گرفته در

نظریه‌ی خودمختاری<sup>۱۰</sup> نشان می‌دهد که ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی شامل «خودمختاری، شایستگی و ارتباط»<sup>۱۱</sup> با عملکرد بهتر در تکلیف، بهزیستی و سلامت روان افراد همراه است (۱۲). طبق نظریه‌ی خودمختاری، افراد ذاتاً تمایل دارند رفتارها و اعمال را به خواست و اراده‌ی خود انتخاب کنند و انجام دهند، در انجام آنها احساس شایستگی و مؤثر بودن کنند و با دیگران روابط صمیمی و متعهدانه داشته باشند. بر اساس این نظریه، چنانچه محیط در مواجهه با بیماران به آنها حق تعقل، شناخت و انتخاب عمل و رفتار را بدهد و نیاز به شایستگی و ارتباط آنها را به صورت نامشروط و به دور از تبعیت از شروط و قواعدی معین ارضاء کند، سبب می‌شود بیماران نه برای کسب پاداش یا اجتناب از تنبیه (انگیزش بیرونی)<sup>۱۲</sup>، بلکه با حفظ و افزایش نگرشی مثبت نسبت به خود و اجتناب از احساس گناه و اضطراب (انگیزش درون‌فکنی‌شده)<sup>۱۳</sup>، تنها برای کسب لذت موجود در خود رفتار (انگیزش ذاتی)<sup>۱۴</sup> به پیگیری و انجام رفتارها بپردازند و بهزیستی و سلامت روانی را تجربه کنند (۱۱-۱۳).

امروزه توافق عمومی وجود دارد که بهبود رضایت از زندگی<sup>۱۵</sup> باید یکی از اهداف اصلی درمان در بیماری‌های مزمن و افراد مبتلا به اچ‌ای‌وی مثبت باشد (۱۴-۱۶). گزارش‌ها نشان می‌دهد که مشکلات روان‌شناختی در بیماران که رضایت پایینی از زندگی دارند بسیار است و از دیگر سو، خود این مشکلات نیز موجب کاهش بیشتر رضایت از زندگی می‌شود (۱۹).

رضایت از زندگی که یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان‌شناختی است (۲۰)، تنها بیانگر جنبه‌ی روان‌شناختی سازه‌ی بهزیستی است نه ارزیابی عینی از کیفیت زندگی اشخاص. بهزیستی روانی، خود دارای دو جزء شناختی و عاطفی (عواطف مثبت و منفی) است که هر دو حالت‌های ذهنی است، اما به گونه‌ی عینی در رفتار و روابط افراد مشاهده می‌شود. رضایت‌مندی، بُعد شناختی بهزیستی (ذهنی)؛ و بُعد دیگر آن، عاطفی است (۲۱ و ۲۲). بررسی رضایت از زندگی در نظام‌های مراقبت بهداشتی از این جنبه

1) infectious diseases

2) chronic diseases

3) Syndrome

4) virus/acquired immune deficiency syndrome (AIDS)

5) Retrovirus

6) human immunodeficiency virus (HIV)

7) HIV

8) depression

9) basic psychological needs

10) self-determination theory

11) autonomy, competence &amp; relatedness

12) extrinsic motivation

13) introjection motivation

14) intrinsic motivation

15) life satisfaction

متأثر سازد؛ هر چند هنوز پژوهشگران در اینکه چگونه و با چه سازوکاری این تأثیر اعمال می‌شود، به قطعیت نرسیده‌اند. نبود همین قطعیت، انجام بررسی‌ها در حوزه‌های گوناگون رفتارهای سلامت را ضروری می‌سازد (۳۰). امیدهای کاذب برای معالجه‌ی سریع و آسان با داروهای جدید، در هنگام پایداری علائم با وجود درمان، به ناکامی و خشم تبدیل می‌شود. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند اچ‌ای.وی اغلب طیفی از پاسخ‌ها را از پذیرش منفعلانه تا همکاری نکردن با درمان نشان می‌دهند. گزارش‌ها نشان می‌دهد که میزان اقدام به خودکشی در این افراد حدود ۱۵ تا ۶۶ برابر بیشتر از گروه گواه هم‌سن آنان در جامعه است (۳۰). از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افسردگی، ارضاء نیازهای بنیادین روان‌شناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به اچ‌ای.وی مثبت صورت گرفته است.

### روش کار

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی مردان مبتلا به اچ‌ای.وی مثبت از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۵ است. در مجموع، از میان ۷۸ نفر بیمار بررسی شده، بر اساس معیارهای ورود به پژوهش و اجرای یک جلسه پیش‌آزمون، ۳۰ نفر از بیمارانی که بالاترین نمره‌ها را (به عنوان خط پایه) پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها به دست آوردند، با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب؛ و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه ( $n_1=n_2=15$ ) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله‌ی درمانی یک ساعته طی ۸ جلسه‌ی هفتگی دریافت کردند و گروه گواه، مداخله‌ی درمانی مذکور را دریافت نکردند و پژوهش بدون ریزش و اُفت آزمودنی‌ها انجام شد. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه‌های ذیل صورت گرفته است:

**الف) پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک - فرم کوتاه<sup>۴</sup>:** این مقیاس ابزار خودگزارشی ۱۳ ماده‌ی است که به صورت ۴ گزینه‌ی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی بالا در آن نشان‌دهنده‌ی وجود اختلال است. حداقل نمره‌ی اکتسابی ۰ و حداکثر آن ۳۹ است (۳۱). رجبی ضریب آلفای کرونباخ کل

مهم است که بر اساس پژوهش‌های انجام شده، این مفهوم در تعامل کامل با سلامتی است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی وجود دارد (۲۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پیامدهای جسمی و روانی اچ‌ای.وی مثبت به کاهش رضایت از زندگی در افراد مبتلا منجر می‌شود (۱۹). کاهش رضایت از زندگی نه تنها موجب افزایش اختلالات روان‌شناختی در فرد مبتلا می‌شود، بلکه با تحت تأثیر قرار دادن تعهد فرد نسبت به انجام دستورهای درمانی و مراقبتی می‌تواند بر نتایج حاصل از درمان و مراقبت از بیماری مؤثر واقع شود (۲۰-۲۲).

به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران، روان‌درمانی تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی مراجعان قرار دارد (۲۳). تحقیقات نشان داده است که بیماران انتظار دارند طی مراحل درمان، همچون یک انسان تمام و کامل به آنها توجه شود. توجه نکردن به همه‌ی ابعاد انسانی بیمار می‌تواند با درمان و بهبودی وی تداخل پیدا کند (۲۴). از این رو، ایمان و اعتقادات معنوی و استفاده از نگرش‌ها، روش‌ها و آموزه‌های معنوی در قالب رویکردهای درمانی نتایج مطلوب‌تری در درمان افراد به همراه دارد (۲۵). از دیگر سو، طی دهه‌ی اخیر علاقه‌ی خاصی به روان‌شناسی معنوی به وجود آمده است؛ اما اغلب زمینه‌هایی که علاقه‌مندان را به خود جلب کرده، در حوزه‌ی خاصی مانند تحول ایمان مذهبی یا جنبه‌های روان‌شناختی اجتماعی - مذهبی بوده است (۲۶). نتایج پژوهش ناگی<sup>۱</sup> و همکاران نشان داده که بیماران قلبی - عروقی دریافت‌کننده‌ی روان‌درمانی معنوی نسبت به بیماران گروه گواه در نمره‌های کیفیت زندگی افزایش؛ و در افسردگی کاهش نشان داده‌اند (۲۷). ابراهیمی و همکاران نیز نشان داده‌اند که روان‌درمانی معنوی - مذهبی<sup>۲</sup> در کاهش شدت افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر است (۲۸). همچنین، نتایج پژوهش رایلی<sup>۳</sup> و همکاران حاکی از آن است که رضایت از زندگی بیماران شرکت‌کننده در جلسات معنویت‌درمانی به طور چشمگیری افزایش داشته است (۲۹). برای درمان و کاهش اختلالات روان‌شناختی و نیز بهبود میزان رضایت از زندگی در بیماران دارای بیماری‌های مزمن، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی وجود طول سال‌های متوالی ابداع شده است. امروزه تردیدی وجود ندارد که حالت‌های روان‌شناختی می‌تواند رفتارهای سلامت را

<sup>۱</sup>) Naghi

<sup>۲</sup>) Spiritual-Religious Therapy

<sup>۳</sup>) Riley

<sup>۴</sup>) Beck Depression Short Inventory (BDI-S)



حضور داشت. پس از انجام نمونه‌گیری، یک جلسه پیش‌آزمون برگزار شد و دو گروه به سؤال‌های پرسش‌نامه‌های یادشده پاسخ دادند. سپس روان‌درمانگر گروه آزمایش را به صورت گروهی طی ۸ جلسه‌ی هفتگی یک ساعته تحت درمان معنوی - مذهبی قرار داد؛ اما بر روی گروه گواه مداخله‌ی انجام نداد. پس از اتمام جلسه‌ها، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. محتوای برنامه‌ی آموزشی در پژوهش حاضر، برگرفته از متون اسلامی شامل آیات متعدد قرآن کریم، نهج‌البلاغه و احادیث اسلامی است که از نظر علمی و عملی، انجمن مشاوران علمی و متخصصان امر (روان‌پزشک، روان‌شناس سلامت، روحانیون و متخصص پزشکی اجتماعی) آن را تأیید کرده‌اند. محتوای جلسه‌های درمانی به‌طور سازمان‌یافته اجرا شد. یادآوری این نکته لازم است که برای گروه گواه، جلسه‌ها به صورت مشاوره‌ی حمایتی اجرا شد و بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، این گروه نیز در کاربندی درمانی وارد شد. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری<sup>۱</sup> نیز استفاده شد.

خلاصه‌ی محتوای جلسات روان‌درمانی معنوی - مذهبی به شرح ذیل است:

پیش‌جلسه: آشنایی اولیه و برقراری رابطه با هدف پُر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و ایجاد اعتماد، اجرای پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی و اجرای پیش‌آزمون.

**جلسه‌ی اول، معرفی درمانگر:** آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه‌ی درمانی، آموزش طلب کمک از خدا در سختی‌ها و امید به رحمت او، اعتقاد به گرفتن پاداش در مقابل صبر بر مصائب و اعتقاد به کمک و لطف پروردگار در رفع سختی‌ها، راهبردهای مقابله؛ و مرور درمان‌های مربوط و هزینه‌ها و فواید آنها.

**جلسه‌ی دوم:** مروری بر تجارب جلسه‌ی قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بحث درباره‌ی تجربیات و ارزیابی آنها، بیان فلسفه‌ی رنج در اسلام، آموزش اعتقاد به آزمایش الهی بودن رویدادهای ناخوشایند، وجود اراده‌ی خدا در همه‌ی امور و همچنین قضا و قدر الهی در مصائب، استراحت و پذیرایی و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.

**جلسه‌ی سوم:** مروری بر تجارب جلسه‌ی قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بی‌هودگی آنها، آموزش انجام دستورهای دینی در

پرسش‌نامه را ۰/۸۷، ضریب تنصیف را ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی سه هفته را ۰/۶۹ گزارش کرده است (۳۱).

**ب) پرسش‌نامه‌ی نیازهای بنیادین روان‌شناختی:** لاگاردیا<sup>۲</sup> و همکاران این پرسش‌نامه را که شامل ۲۱ سؤال است و بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ی (۱= اصلاً درست نیست تا ۷= بسیار درست است) درجه‌بندی شده است، در سال ۲۰۰۰ تدوین کرده‌اند. ضرایب پایایی پرسش‌نامه ۰/۹۱ درصد است؛ و روایی آن در پژوهش‌های متعدد مطلوب گزارش شده است (۳۲). همچنین، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه بر روی نمونه‌ی ایرانی بین ۰/۷۶ تا ۰/۷۹ درصد در نوسان بوده است (۳۲).

**پرسش‌نامه‌ی رضایت از زندگی:**<sup>۳</sup> دینر<sup>۴</sup> و همکاران این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۸۵ برای اندازه‌گیری قضاوت کلی فرد از «رضایت از زندگی» به‌طور نظری طراحی کرده‌اند. این مقیاس خودگزارشی در ابتدا شامل ۴۸ سؤال بود که پس از تحلیل عاملی به ۱۰ سؤال و در نهایت به دلیل شباهت‌های معنایی موجود در سؤال‌ها به ۵ سؤال کاهش یافته است و بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ی (۱= کاملاً مخالفم تا ۷= کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود و دامنه‌ی نمره‌ها بین ۵ تا ۳۵ قرار دارد که با افزایش نمره، میزان رضایت از زندگی نیز افزایش می‌یابد. از این مقیاس در بیش از ۴۰۰ مطالعه در کشورها و گروه‌های مختلف استفاده شده است؛ و همواره از ثبات درونی بالا و بیش از ۰/۷۹ درصد برخوردار بوده است. همچنین، پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است (۳۳). در این پژوهش مفاد مطرح شده در بیانیه‌ی هلسینکی<sup>۵</sup> رعایت شده است؛ بدین صورت که در مرحله‌ی اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را به افراد مورد بررسی معرفی کرد و پس از مصاحبه‌ی انفرادی با بیماران و توضیح کامل درباره‌ی پژوهش، هدف آن و نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه‌ها؛ تأکید کرد که اطلاعات افراد محرمانه باقی خواهد ماند؛ و نتایج پژوهش بدون نام و نشان منتشر خواهد شد و شرکت‌کنندگان در هر زمان که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند، تا بیماران با رضایت کامل پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. همه‌ی پرسش‌نامه‌ها به صورت انفرادی پُر شد و پژوهشگر طی تکمیل پرسش‌نامه‌ها برای رفع ابهام‌های احتمالی بیماران در محل

<sup>۱</sup>) Basic Psychological Needs Questioner (BPNQ)

<sup>۲</sup>) Lagardia

<sup>۳</sup>) Satisfaction With Life Scale (SWLS)

<sup>۴</sup>) Diener

<sup>۵</sup>) World Medical Association Declaration of Helsinki

در هنگام مواجهه با تنش، آموزش آرام‌سازی عضلانی، استراحت و پذیرایی و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.

**جلسه هفتم:** مرور تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباه‌های معمول در انتخاب ارزش‌ها، بحث درباره‌ی موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها، آموزش قناعت برای کسب آرامش در امور زندگی و به خدا توکل کردن و به اعمال آئینی از قبیل نماز و دعا پرداختن یا رفتن به مراکز مذهبی و هم‌صحبتی با افراد روحانی در هنگام رویدادهای ناگوار و دردهای مرتبط با بیماری.

**جلسه هشتم:** مرور تجارب جلسه گذشته و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی ابزار هیجان‌ات و پیامدهای آن در هر یک از افراد، تفاوت بین روش‌های کاهش درد دارویی؛ رفتاری و هیجانی، آموزش رفتن به زیارت ائمه (ع) به منظور کاهش فشار روانی، بخشش مالی و صدقه برای رفع تنش‌ها و نگرانی‌ها و خواندن نمازهایی برای رفع ناراحتی‌ها و عجز و لابه در پیشگاه خداوند در نمازهای پنجگانه.

### یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی بیماران نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش  $31/19 \pm 4/23$  و در گروه گواه  $30/45 \pm 5/15$  سال بود. شاخص‌های توصیفی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس‌های مورد پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

مشکلات زندگی و پشیمان بودن از انجام اعمال خلاف دستورهای دینی و تصمیم به جبران آنها، شناخت نعمات خداوند و بیان شکر آنها، بحث صبر بر اساس اعتقادات مذهبی، استراحت و پذیرایی و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.

**جلسه چهارم:** مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، آموزش اعتقاد به مؤثر بودن خواندن قرآن و ادعیه در زمان رویدادهای ناگوار و هنگام مواجهه با رنج، ذکر داستان‌هایی از قرآن در الگوسازی و تحمل رنج، وجود راه توبه به عنوان یک روش مقابله با تنش‌های زندگی و نیز آمادگی برای تحمل دردهای ناشی از بیماری مزمن و تعبیر آن به رضای خدا، استراحت و پذیرایی و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.

**جلسه پنجم:** مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، آموزش در نظر گرفتن رضایت خدا در هنگام تصمیم‌گیری در مواقع دشوار زندگی، راهنما قرار دادن سخنان ائمه (ع) در سختی‌ها، انتخاب مسیر سعادت در تعارض‌ها و ترجیح آن در مقابل لذت دنیا و آخرت، آموزش فن توقف افکار و فن برگرداندن توجه از خود به سوی جهان هستی، بحث نگرش مثبت به درد و رنج ناشی از بیماری، استراحت و پذیرایی و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.

**جلسه ششم:** مرور تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آنها، آموزش زندگی ائمه (ع) را الگو قرار دادن، توجه به میزان صبر در برابر سختی‌ها و حکیمانه تفسیر کردن اراده‌ی الهی در هنگام نرسیدن به خواسته‌ها و در عین حال مشورت با افراد روحانی

جدول ۱) داده‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

سطح معناداری	گروه گواه		گروه آزمایش		متغیرهای پژوهش
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
۰/۰۰۱	$3/17 \pm 14/80$	$3/20 \pm 14/85$	$2/60 \pm 9/32$	$3/36 \pm 14/70$	افسردگی
۰/۰۰۴	$0/55 \pm 4/91$	$0/47 \pm 6/33$	$0/75 \pm 8/05$	$0/67 \pm 6/12$	خودمختاری
۰/۰۰۲	$0/99 \pm 5/67$	$1/29 \pm 5/65$	$1/14 \pm 7/65$	$1/08 \pm 5/40$	نیاز بنیادین شایستگی
۰/۰۰۱	$0/71 \pm 4/94$	$0/87 \pm 5/60$	$1/02 \pm 8/48$	$0/92 \pm 5/30$	روان‌شناختی ارتباط با دیگران
۰/۰۰۳	$3/41 \pm 12/32$	$3/66 \pm 12/87$	$3/73 \pm 19/79$	$2/24 \pm 13/04$	رضایت از زندگی

$n_1 = n_2 = 15$

بودن<sup>۲</sup> برقرار بود ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون باکس<sup>۳</sup> نیز حاکی از آن بود که مفروضه‌ی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس تأیید شده است ( $P = 0/127$  و  $F = 2/532$ )؛ همچنین بررسی همگنی شیب رگرسیون از معنی‌دار نبودن شرایط و پیش‌آزمون حکایت داشت؛ از این‌رو، استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره<sup>۴</sup> بی‌مانع است. علاوه‌براین، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در متن مانکوا با کنترل (کووریت) متغیر پیش‌آزمون و متغیر نیازهای بنیادین روان‌شناختی در مرحله‌ی پس‌آزمون انجام شد.

نتایج جدول شماره‌ی ۱ نشان می‌دهد که افسردگی در بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی مثبت گروه آزمایش بعد از دریافت روان‌درمانی معنوی - مذهبی در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش؛ و نمره‌های نیازهای بنیادین روان‌شناختی در هر سه مؤلفه (خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران) و نیز رضایت از زندگی افزایش داشت ولی این شرایط برای گروه گواه تقریباً یکسان بود و تغییری رخ نداده بود.

پیش از تحلیل داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های لازم برای تحلیل کوواریانس بررسی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها<sup>۱</sup> و نرمال

جدول ۲) تحلیل کوواریانس چندمتغیره‌ی تأثیر روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر متغیرهای پژوهش در مرحله‌ی پس‌آزمون

مقیاس	متغیر شاخص	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	مقدار احتمال	میزان تأثیر	توان آماری
افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۱۲/۸۷	۲/۶۶	۰/۰۰۵	۰/۶۰۹	۰/۵۶۲
	گروه‌درمانی	۱	۱۰/۲۶	۶/۷۵	۰/۰۰۲	۰/۶۹۱	۰/۷۱۳
خودمختاری	پیش‌آزمون	۱	۱۰/۲۴۶	۴/۰۸۵	۰/۰۰۲	۰/۲۶۸	۰/۴۸۰
	گروه‌درمانی	۱	۱۰/۳۹۶۵	۱۲/۱۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷۰	۰/۷۶۸
نیاز بنیادین روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱	۱۱/۱۲۵	۲/۵۴۰	۰/۰۰۲	۰/۴۷۵	۰/۲۱۲
	گروه‌درمانی	۱	۱۲۱/۵۴۵	۱۵/۸۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	۰/۷۸۵
ارتباط با دیگران	پیش‌آزمون	۱	۱۴/۹۰۸	۲/۰۰۴	۰/۰۱۶	۰/۲۸۸	۰/۳۲۸
	گروه‌درمانی	۱	۱۲۶/۵۱۲	۱۴/۶۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱	۰/۷۵۲
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۱	۷/۱۰۸	۲/۵۳۴	۰/۰۰۴	۰/۲۰۷	۰/۵۰۳
	گروه‌درمانی	۱	۲۸/۴۳۴	۴/۵۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۳	۰/۷۳۰

افسردگی و رضایت از زندگی داشته؛ و موجب کاهش ۰/۶۹ درصد افسردگی و ۰/۶۴ درصد رضایت از زندگی شده است ( $P < 0/05$ ). بنابراین می‌توان گفت برنامه‌ی معنوی - مذهبی بر بهبود ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی، رضایت از زندگی و نیز افسردگی بیماران اچ‌آی‌وی مثبت اثربخش بوده است (جدول شماره‌ی ۲).

یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمره‌های مؤلفه‌های سه‌گانه‌ی نیازهای بنیادین روان‌شناختی خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران پس از گروه‌درمانی (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله‌ی پس‌آزمون معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ). بنابراین، برنامه‌ی معنوی - مذهبی در مرحله‌ی پس‌آزمون گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری بر نمره‌های سه مؤلفه‌ی خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران داشته؛ و به ترتیب موجب بهبود ۰/۶۷ درصد، ۰/۷۲ درصد و ۰/۶۵ درصد شده است ( $P < 0/05$ ). همچنین، یافته‌های تحلیل کوواریانس (جدول شماره‌ی ۲) حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمره‌های افسردگی و رضایت از زندگی پس از گروه‌درمانی (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله‌ی پس‌آزمون معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ). بنابراین، برنامه‌ی معنوی - مذهبی در مرحله‌ی پس‌آزمون گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری بر نمره‌های

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف «بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی بر افسردگی، ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به اچ‌آی‌وی مثبت» صورت گرفته است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داده که برنامه‌ی معنوی - مذهبی در مرحله‌ی پس‌آزمون گروه آزمایش تأثیر

<sup>۲</sup>) Shapiro-Wilk Test

<sup>۳</sup>) Box's M

<sup>۴</sup>) MANCOVA

<sup>۱</sup>) Levenes Test

می‌شود به جای توجه صرف به لذات دنیوی و تمرکز بر مشکلات ناشی از بیماری، به تقویت رابطه با خدا و تقرب او توجه کند. در نتیجه‌ی بروز مشکلات، چنین فردی زندگی را بامعنا؛ و درد را تحمل‌پذیر می‌بیند. این مداخله به بیماران کمک می‌کند با وجود بیماری و ناامیدی در جستجوی معنا برای زندگی خود باشند و بر هدفمندی، امیدواری و استفاده از ظرفیت موجود و باقی‌مانده‌ی خود تأکید کنند. توجه به معنویت در زندگی می‌تواند تکیه‌گاه روانی باشد که به ارتقای دستگاه ایمنی در این بیماران کمک کند و به رشد سازگاری بیماران در پذیرش بیماری خود و نیز توجه بیشتر به امکانات موجود در زندگی بپردازد و رضایت از زندگی را بهبود ببخشد. در این پژوهش برای نخستین بار برنامه‌ی آموزش معنوی - مذهبی شاخص‌های روان‌شناختی در مبتلایان به اچ‌آی‌وی مثبت در ایران بررسی شده است. همخوانی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات خارج از کشور، اثربخشی این برنامه را در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی این بیماران نشان می‌دهد.

### محدودیت‌ها و پیشنهادها

در این پژوهش نیز مانند دیگر پژوهش‌هایی که در حوزه‌ی علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرد، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله اینکه برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده است. با توجه به اینکه پرسش‌نامه جنبه‌ی خودگزارش‌دهی دارد و بیماران با تمایل خود به پرسش‌نامه پاسخ می‌دهند، ممکن است در پاسخ‌هایشان به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی سوگیری و تحریف وجود داشته باشد. محدودیت دیگر پژوهش حاضر، نبود امکان پیگیری بود. همچنین، به دلیل تک‌جنسیتی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌ها به زنان و دیگر مقاطع سنی باید جانب احتیاط رعایت شود. انتخاب نمونه‌ی پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس نیز اجرای پژوهش را با اندکی مشکل مواجه ساخت. بنابراین، پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخش بودن برنامه‌ی معنوی - مذهبی در متغیرهای مورد پژوهش، این برنامه شیوه‌ی درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش علائم روان‌شناختی و ارتقای رضایت از زندگی در بیماران مزمن در نظر گرفته شود. علاوه‌براین، استفاده از این روش در کاهش شدت اختلالات روان‌شناختی دیگر بیماران دارای بیماری‌های مزمن و اختلالات بالینی و همچنین

معنی‌داری بر نمره‌های سه مؤلفه‌ی خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران داشته؛ و به ترتیب موجب بهبود ۰/۶۷ درصد، ۰/۷۲ درصد و ۰/۶۵ درصد شده است ( $P < 0/05$ ). نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله نتایج پژوهش ناگی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۷)، کیانی و همکاران (۳۴) و زندی و همکاران (۳۵) همسو است.

به‌تازگی، اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، توجه روان‌شناسان و پزشکان را به خود جلب کرده است و نیازهای معنوی در زندگی ماشینی جدید در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کرده است (۲۶). تحقیقات مختلف بیانگر این واقعیت است که باورهای معنوی - مذهبی و داشتن زندگی هدفمند نقش مؤثری در بهبود بیماری‌های جسمانی، کاهش دوره‌ی نقاهت و تحمل بیماری‌های صعب‌العلاج دارد (۳). کسانی که به آینده می‌اندیشند، هدفی در آینده دارند و در جستجوی یافتن معنا هستند، می‌توانند شرایط سخت محیطی را راحت‌تر تحمل کنند. پس در کنار درمان‌های پزشکی، باید نگرش بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی را درباره‌ی بیماری و فلسفه‌ی زندگی اصلاح کرد تا فشارهای روانی ناشی از بیماری کاهش یابد (۲۵).

همسو با نتایج مطالعات پیشین (۲۷، ۲۹، ۳۶ و ۳۷)، یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین نمره‌های افسردگی و رضایت از زندگی پس از گروه‌درمانی (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله‌ی پس‌آزمون معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ). بنابراین، برنامه‌ی معنوی - مذهبی در مرحله‌ی پس‌آزمون گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری بر نمره‌های افسردگی و رضایت از زندگی داشت. در تبیین این یافته باید گفت روان‌درمانی معنوی - مذهبی می‌تواند محیطی امن برای بیماران ایجاد کند به گونه‌ی که بیماران بتوانند در آن به بیان احساسات منفی خود بپردازند و بر نیروی الهی در کمک به سعادت روحانی و معنوی خود تمرکز کنند و در نتیجه از شدت خلُق منفی و افسرده در آنان کاسته شود. در آیه‌ی ۲۳ سوره‌ی زمر «تَمَّ لَيْلٌ جُلُودُهُمْ وَ قُلُوبُهُمْ إِلَىٰ ذِكْرِ اللَّهِ» و آیه‌ی ۱۲۴ سوره‌ی طه «وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا» بر جنبه‌های عاطفی و رفتاری تعالیم اسلامی (معنوی) در برخورد با مشکلات، رنج‌ها و پیدایش آرامش زودرس در روان و جسم فرد با یاد خدا اشاره شده است. تبیین روان‌شناختی این ویژگی آن است که یاد خدا فرد را از امیال و تکانه‌هایی که برای او تنیدگی‌زا است، باز می‌دارد و سبب

<sup>۱</sup> Naghi



8. Judd A, Le Prevost M, Melvin D, Arenas-Pinto A, Parrott F, Winston A & et al. Cognitive Function in Young Persons With and Without Perinatal HIV in the AALPHI Cohort in England: Role of Non-HIV-Related Factors. *Clin Infect Dis*. 2016; 63(10):1380-7.

9. Epeldegui M, Lee JY, Martínez AC, Widney DP, Magpantay LI, Regidor D & et al. Predictive Value of Cytokines and Immune Activation Biomarkers in AIDS-Related Non-Hodgkin Lymphoma Treated with Rituximab plus Infusional EPOCH (AMC-034 trial). *Clin Cancer Res*. 2016; 22(2):328-36.

10. Di Domenico SI, Le A, Liu Y, Ayaz H, Fournier MA. Basic psychological needs and neurophysiological responsiveness to decisional conflict: an event-related potential study of integrative self-processes. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2016; 16(5):848-65.

11. Rakovec-Felser Z. The Sensitiveness and Fulfillment of Psychological Needs: Medical, Health Care and Students. *Coll Antropol*. 2015; 39(3):541-50.

12. Emery AA, Heath NL, Mills DJ. Basic Psychological Need Satisfaction, Emotion Dysregulation, and Non-suicidal Self-Injury Engagement in Young Adults: An Application of Self-Determination Theory. *J Youth Adolesc*. 2016; 45(3):612-23.

13. Sicilia Á, Sáenz-Alvarez P, González-Cutre D, Ferriz R. Social Physique Anxiety and Intention to Be Physically Active: A Self-Determination Theory Approach. *Res Q Exerc Sport*. 2016; 87(4):354-64.

14. Miśkiewicz H, Antoszewski B, Woźniak E, Iljin A. Satisfaction with Life and Social Factors in Decision-Making Proces on Breast Reconstruction in Women after Mastectomy. *Pol Przegl Chir*. 2016; 88(5):270-6.

15. Oetzel J, Wilcox B, Avila M, Hill R, Archiropoli A, Ginossar T. Patient-provider interaction, patient satisfaction, and health outcomes: testing explanatory models for people living with HIV/AIDS. *AIDS Care*. 2015; 27(8):972-8.

16. Soares GB, Garbin CA, Rovida TA, Garbin AJ. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(4):1075-84.

17. Sagy R, Amitai M, Weizman A, Aizenberg D. Levels of depression and satisfaction with life as indicators of health services consumption. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2016; 20(4):245-8.

18. Schapir L, Zalsman G, Hasson-Ohayon I, Gaziel M, Morag-Yaffe M, Sever J & et al. Suicide, Satisfaction With Life, and Insight Capacity Among Adolescents With Mental Disorders. *Crisis*. 2016; 37(5):347-52.

19. Lee J, Kim E, Wachholtz A. The effect of perceived stress on life satisfaction: The mediating effect of self-efficacy. *Chongsonyonhak Yongu*. 2016; 23(10):29-47.

گروه‌های سنی دیگر و مقایسه‌ی آن با درمان دارویی چه به صورت فردی، چه گروهی پیشنهاد می‌شود.

### قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی بیماران گرانقدری که در پژوهش حاضر شرکت کردند، همچنین، از کارکنان زحمت‌کش بیمارستان که در انجام این پژوهش یاریگرشان بودند، صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

### References

1. Snderson CA. *Health Psychology*. 2<sup>nd</sup> 2013. Translated by; Farhad Jomehri & et al. Tehran Publication Sarafraz. 2015. (Full Text in Persian)
2. Nosh K, Sukawa Y, Nakase H. Association of colorectal carcinogenesis pathway with life style and intestinal microbiome based on the genome and epigenome abnormalities. *Nihon Shokakiby Gakkai Zasshi*. 2016; 113(11):1878-86.
3. Sarafino EP. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. 8<sup>th</sup> ed. Translated by: Elahe Mirzaei & et al. Tehran: Publication Rooshd. 2015. (Full Text in Persian)
4. Caceres DH, Tobón AM, Cleveland AA, Scheel CM, Berbesi DY, Ochoa J & et al. Clinical and Laboratory Profile of Persons Living with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome and Histoplasmosis from a Colombian Hospital. *Am J Trop Med Hyg*. 2016; 95(4):918-24.
5. Imtiaz S, Salman B, Dhrolia MF, Nasir K, Bengtson AM, Pence BW, Gaynes BN, Quinlivan EB, Heine AD, O'Donnell JK & et al. Improving Depression Among HIV-Infected Adults: Transporting the Effect of a Depression Treatment Intervention to Routine Care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016; 73(4):482-88.
6. McIntosh RC, Hurwitz BE, Antoni M, Gonzalez A, Seay J, Schneiderman N. The ABCs of Trait Anger, Psychological Distress, and Disease Severity in HIV. *Ann Behav Med*. 2015; 49(3):420-33.
7. Whitehead NE, Hearn LE, Burrell L. The association between depressive symptoms, anger, and perceived support resources among underserved older HIV positive black/African American adults. *AIDS Patient Care STDS*. 2014; 28(9):507-12.

20. Valois RF, Kerr JC, Hennessy M, DiClemente RJ, Brown LK, Carey MP & et al. Perceived Difficulty of Performing Selected HIV/AIDS Preventive Behaviors and Life Satisfaction: Is there a Relationship for African American Adolescents? *AIDS Behav.* 2015; 19(7):1288-97.
21. Ventura Cerdá JM, Martín Conde MT, Morillo Verdugo R, Tébenes Cortés M, Casado Gómez MA. Adherence, satisfaction and health-related quality of life in HIV-infected patients with antiretroviral therapy in Spain. *The ARPAS study Farm Hosp.* 2014; 38(4):291-9.
22. Roborel de Climens A, Tunceli K, Arnould B, Germain N, Iglay K, Norquist J & et al. Review of patient-reported outcome instruments measuring health-related quality of life and satisfaction in patients with type 2 diabetes treated with oral therapy. *Curr Med Res Opin.* 2015; 31(4):643-65.
23. Hofmann, SG. The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and behavioral practice.* 2006; 13(4):243-54.
24. AbdAleati NS, Mohd Zaharim N, Mydin YO. Religiousness and Mental Health: Systematic Review Study. *J Relig Health.* 2016; 55(6):1929-37.
25. Drobin F. Recovery, spirituality and psychotherapy. *J Relig Health.* 2014; 53(3):789-95.
26. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health.* 1nd ed. Oxford: Oxford University Press, USA; 2004.
27. Naghi JJ, Philip KJ, Phan A, Cleenewerck L, Schwarz ER. The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. *J Relig Health.* 2012; 51(4):1124-36.
28. Ebrahimi H, Kazemi AH, Fallahi Khoshknab M, Modabber R. The effect of spiritual and religious group psychotherapy on suicidal ideation in depressed patients: a randomized clinical trial. *J Caring Sci.* 2014; 3(2):131-40. (Full Text in Persian)
29. Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998; 79(3):258-64.
30. Hamdih M & Shahidi S. *Principles of Mental Health.* 5th ed. Tehran: Publication Samt. 2014. pp: 113-29. (Full Text in Persian)
31. Saetchi M, Kamkar K, Asgarian M. *Psychological Tests.* 3rd ed. Tehran: Wiraiesh; 2013:73-80. (Full Text in Persian)
32. Mehri Y, Ghorbani N, Sabzeh Ara Langroudi M. Relationship between Basic Psychological Needs Satisfaction, Integrative Self-Knowledge, Mindfulness, Self-Compassion, Self-Control, Mental Health Indicators (Depression, Anxiety, Stress) and Teachers' Job Performance. *Journal of Industrial/Organization Psychology.* 2012; 3(11):9-20. (Full Text in Persian)
33. Salimi SH, Azad Marzaabadi E, Abedi M. Study on Mental Health and Its Relationship with the Burnout and Life Satisfaction in Staff at a Military University in 2010. *Iranian Journal of Military Medicine.* 2013; 14(4):276-81. (Full Text in Persian)
34. Kiani J, Jahanpour F, Abbasi SH, Darvishi B. The effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients. *Nursing Journal of the Vulnerable.* 2016; 2(5):40-51. (Full Text in Persian)
35. Zarandi A, Lalansolfa FA & Ramezani V. The Role of Self-Knowledge, Psychological Basic Needs and Social Support in Application for Cosmetic Surgery. *Journal of Psychology.* 2012; 15 (4):369-81. (Full Text in Persian)
36. Akuchekian SH, Jamshidian M, Maracy MR & Almasi A. Effectiveness of Religious-Cognitive-Behavioral Therapy on Religious Oriented Obsessive Compulsive Disorder and its Co-morbidity. *Journal of Isfahan Medical School.* 2011; 28(114):801-11. (Full Text in Persian)
37. Bagheri M, Esmail Chegeni M, Mah Negar F. Reviews of the effectiveness of religious, spiritual and mental therapy on stress reduction, anxiety and depression in women with addicted spouse in Ilam city. *Journal of Reaserch on Religion & Health.* 1(3):19-24. (Full Text in Persian)