

اثربخشی امید درمانی گروهی بر افزایش امید به زندگی در مبتلایان به

HIV ویروس

مرتضی علیزاده*، علیرضا رجایی*، صغری حسینی قصر***

دریافت مقاله:

۹۱/۱۲/۱۷

پذیرش:

۹۲/۹/۲۰

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی امید درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان امید به زندگی در بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت انجام گرفته است.

روش: این پژوهش از نوع مطالعات شبه آزمایشی (طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل نامتعادل) است که برای انجام این تحقیق، تعداد ۲۰ نفر از بیماران مرد اچ آی وی مثبت در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری - عفونی مشهد، به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت غیر تصادفی جایگزین شدند. آزمون امید اشنایدر^۱ (۱۹۹۱) با ضریب پایایی ۰/۸۹ قبل از مداخله برای گروه آزمایش و کنترل، استفاده شد و بعد از انجام ۸ جلسه امید درمانی (هفته ای دو جلسه) از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و داده‌ها با آزمون t برابر و مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد امید درمانی به شیوه گروهی به طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی در مبتلایان به ویروس اچ آی وی گردیده است.

نتیجه‌گیری: همخوانی نتایج مربوط به فرضیه تحقیق با نتایج سایر پژوهش‌ها دلالت بر تأیید و مطابقت این پژوهش با سایر پژوهش‌های انجام شده در زمینه امید درمانی دارد.

کلیدواژه‌ها: امید درمانی، گروه درمانی، بیماران اچ آی وی مثبت.

*کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام. پست الکترونیک: Malizade14@yahoo.com

** دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام.

*** کارشناسی ارشد رشته تحقیقات آموزشی، دانشگاه خوارزمی تهران.

مقدمه

امروزه بیماری ایدز^۱، یکی از چالش‌های بزرگ هزاره سوم می‌باشد که با سرعت در حال شیوع و گسترش است. این بیماری با آلوده کردن افراد و از بین بردن آنها در مهم‌ترین دوران زندگی‌شان، موجب چالش‌های بهداشت عمومی، اقتصادی و اجتماعی می‌شود و به عبارت کلی‌تر، پیشرفت و توسعه را در جوامع به خطر می‌اندازد (اکبری و صداقت، ۱۳۸۵). ایدز به صورت یکی از کشنده‌ترین و ترسناک‌ترین بیماری‌های تاریخ به عنوان یک عامل مهم مرگ و میر از دهه ۱۹۸۰، مطرح می‌باشد. ایدز یا سندرم نقص ایمنی اکتسابی^۲ اولین مورد آن در سال ۱۹۸۱ گزارش گردید. ایدز ابتدا مسئله برخی از کشورهای صنعتی بود اما امروزه تبدیل به یک مسئله جهانی شده است. تا سال ۱۹۹۲ این بیماری از بیش از ۱۸۰ کشور به سازمان جهانی بهداشت گزارش شده، بنابراین یک مشکل اساسی بهداشت عمومی در تمام دنیا به شمار می‌رود (محرز و همکاران، ۱۳۷۲). اولین مورد ابتلا به ایدز در ایران در سال ۱۳۶۵، در یک کودک مبتلا به هموفیلی گزارش شده است. از آن پس تا سال ۱۳۷۴ موارد شناخته شده‌ای در گزارش‌های سالیانه افزایش اندک و تدریجی را نشان می‌دهد. اما در سال ۱۳۷۴، با شناسایی همه‌گیری در برخی زندان‌های کشور، موارد شناخته شده یک‌باره افزایش چشمگیری پیدا نمود (اکبری و صداقت، ۱۳۸۵).

اما نکته‌ای که در این بیماران قابل تأمل است این است که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن (به خصوص بیماری‌های مزمن دارای مرگ و میر بالا) مثل سرطان و ایدز در دو بُعد جسمی و روانی، تحت تأثیر قرار می‌گیرند. به طوری که برخی مطالعات رابطه بین بیماری‌های مزمن جسمانی و فرایندهای روانشناختی و اختلال‌های وابسته به آنها را بررسی کرده‌اند. مثلاً در پژوهش، (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از کونگ و ونگ، کوک و کان، ۲۰۰۷) متوجه شدند افرادی که متحمل بیماری‌های مزمن جسمانی که درد خفیفی دارند، می‌شوند مثل آرتروز روماتیسمی، مشکلات قلبی و اچ آی وی و ایدز، سطح بالایی از افسردگی و اختلال در عملکرد را نشان داده‌اند. آنها دریافتند که افرادی که دارای تحریفات شناختی می‌باشند، بیماری‌های فیزیکی هم دارند. این واکنش ممکن است بلافاصله پس از بیماری یا مدتی پس از آن رخ دهد. بنابراین توجه به مفاهیم ذهن و بدن از زمان‌های قدیم شروع شده و توسط متفکرانی چون بقراط، سقراط و افلاطون مورد توجه قرار گرفته است. سقراط، معتقد بود که تلاش برای درمان جسم، بدون روان و روان، بدون جسم صحیح نیست (سبحانی فرد، ۱۳۸۰). با شروع قرن بیستم یک رویکرد کل‌نگر به سلامتی و بیماری آغاز شده و توجه به ارتباط بین ذهن و بدن عمیق‌تر گردیده است. موارد متعددی وجود دارند که نشان می‌دهد چگونه افسردگی^۳، درماندگی و ناامیدی^۴ با

3 . Depression
4 . Hopelessness

1. AIDS
2. Human Immunodeficiency Virus

تغییر دستگاه ایمنی بدن در افراد مرتبط هستند. اختلالات روانی و پیچیدگی‌های عاطفی اچ آی وی و ایدز، تقریباً عمومیت داشته و بیش از نیمی از این بیماران، اختلالات قابل تشخیص عاطفی و آشفتگی‌های روانی مثل اختلالات افسردگی، مانیک، سایکوز و اضطراب را از خود نشان می‌دهند. چندین مطالعه نشان داده که مشکلات چون افسردگی، اضطراب، ترس و مشکلات سازگاری ممکن است برای فرد اتفاق بیفتد (گاچل، آندروباوم و کرانتس^۱، ۱۳۷۷). همچنین از واکنش‌های احتمالی در مقابل پیش آگهی اچ آی وی و ایدز، افسردگی و اضطراب است. تمام افراد مبتلا به اچ آی وی و ایدز حداقل در دوره ای از بیماری خود، افسردگی را تجربه می‌کنند که ممکن است بلافاصله پس از بیماری یا مدتی پس از آن رخ دهد. افسردگی ممکن است بسیار شدید باشد، به ویژه در افرادی که با روش انکار سعی در سازگاری یافتن با بیماری خود دارند، یا کسانی که معتقدند بیماری‌شان مجازات کارهای ناشایست قبلی آنهاست و نیز کسانی که دوستانشان آنها را طرد کرده‌اند (سارافینو، ۱۳۸۷). افسردگی برای افراد مبتلا به ویروس اچ آی وی و ایدز بسیار زیانبار است زیرا باعث شده تا در برابر بیماری تسلیم گردند. افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند، دچار ناامیدی می‌گردند و فرصت‌های بهتر زندگی کردن در باقیمانده عمر را از دست می‌دهند (دیماتئو^۲، ۱۹۶۴، به نقل از سبحانی فرد، ۱۳۸۰). همچنین در

مطالعه‌ای که توسط (آتکینز و آمیتتا^۳، ۱۹۹۱، به نقل از آلدردگ^۴، ۱۹۹۳) انجام شد میزان سازگاری خانواده افراد اچ آی وی ایدز و دیگر خانواده‌ها نیز مورد مقایسه قرار گرفت. که خانواده افرادی که اچ آی وی مثبت بودند به طور معناداری استرس بیشتری را تحمل می‌کردند و ممنوعیت بیشتری در بروز هیجان‌ناشان داشتند. همچنین در تحقیقی که توسط آبرونسون و همکاران (۱۹۹۴)، (به نقل از سارافینو، ۲۰۰۲) انجام پذیرفت، مشاهده شد که روند بیماری افراد افسرده آلوده به HIV، سرعت بیشتری داشته و طول عمر آنان کمتر از افراد غیر افسرده است. لذا از آنجا که عوامل روان‌شناختی بر دستگاه ایمنی بدن تأثیر دارند، این امر خود باعث افزایش خطر بیماری می‌شود، بنابراین روان‌درمانی می‌تواند برای پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمانی مفید فایده قرار گیرد (سارافینو، ۱۳۸۷). به طوری که روان‌شناسان پذیرفته‌اند که امید می‌تواند بر بیماری، اثر روانی داشته باشد (فرانک^۵، ۱۹۷۸). مثلاً در تحقیقی که رولاند (۱۹۹۸)، (به نقل از بیجاری، ۱۳۸۷) بر روی افراد بیمار سرطانی انجام داد، افراد با امید بالا، نشانه‌های درمان مثل از دست دادن مو، خستگی و حالت تهوع را بهتر تحمل کرده بودند. تحقیقات نشان داده که امید با عاطفه مثبت (شنايدر و همکاران، ۱۹۹۱)، و احساس خود ارزشمندی (شنايدر، ۱۹۹۵) همبستگی مثبت دارد و نیز به طور منفی با اضطراب (ولز، ۲۰۰۵)، احساس افسردگی (شروین و همکاران، ۱۹۹۲) به

3. Atkins & Amenta
4. Aldridge
5. Frank

1. Rabert, J., Gatchel, Andrew Baum, David S. Krantz
2. Dimatteo M. Robin

مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار^۵ یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها^۶.

امید درمانی از اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی^۷ رفتاری^۸؛ درمان راه حل‌مدار^۷ و درمان روایتی^۸ مشتق شده است (اشنایدر و پترسون، ۲۰۰۰). طبق نظریه‌های شناختی، آنچه که ما فکر می‌کنیم و می‌اندیشیم؛ شناخت، آنچه که ما احساس می‌کنیم؛ هیجان یا عاطفه و آنچه که ما انجام می‌دهیم، رفتار می‌باشد که این سه جزء در تقابل با یکدیگر می‌باشند. هدف اصلی شناخت درمانی، شناسایی افکار غیرمنطقی و ناسازگارانه است. باورهای منفی باعث هیجان‌ات منفی و این دو باعث بد عملکردی در فرد می‌گردد (رجایی، ۲۰۱۰). در واقع ریشه عمده گروه درمانی به جنگ جهانی دوم برمی‌گردد. این شیوه درمان در پاسخ به کمبود پرسنل آموزش دیده برای ارائه درمان فردی پدید آمد. در ابتدا، درمان‌گر نقش سنتی درمانی را به عهده می‌گرفت و عمدتاً با گروه‌های کوچکی از مراجعان که مشکل مشترکی داشتند، کار می‌کرد. با گذشت زمان، متخصصان دریافتند که موقعیت گروه فرصت‌های درمانی منحصر به فردی را فراهم می‌کند. تبادل-های صورت گرفته میان اعضای یک گروه درمانی به عنوان وسیله‌ای مؤثر در ایجاد تغییر و تحول در نظر گرفته شد. مثلاً روانپزشکی در بریتانیا برای درمان نوروژ جنگ^۹ در دهه ۱۹۴۰ (جنگ جهانی دوم) متوجه شد که درمان چنین

نقل از بیجاری، ۱۳۸۷) و به طور کلی عواطف منفی در ارتباط است (اشنایدر، ۱۹۹۵). لذا روانشناسان در جستجوی درمان‌های روان‌شناختی علاوه بر درمان‌های فیزیکی برآمده‌اند، به طوری- که در چند دهه اخیر روانشناسی مثبت‌گرا و روانشناسی سلامت، به افزایش شادمانی و سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش نیرومندی-های شخصی و سازه‌های مثبت در ارتقای سلامت، تأکید زیادی داشته است و مضامین اصلی روانشناسی مثبت‌گرا را شادمانی، امید و خلاقیت تشکیل می‌دهد (کار، ۱۳۸۵). از جمله این درمان‌های روان‌شناختی امید درمانی است که بر مبنای رویکرد روانشناسی مثبت، به جای تمرکز صرف بر ضعف‌های انسان، توانمندی‌ها و قابلیت‌های او را مورد توجه قرار می‌دهد (سلیگمن، ۱۳۸۸). امید به عنوان یک استراتژی کنار آمدن در حوزه‌های مختلف تحصیلی، ورزشی، سلامت روان، شغل و کار ایجاد شده است و از بین سازه‌های مثبت (مثل خوش‌بینی و امید)، که در سلامت جسمانی و روانی مؤثر می‌باشند، سازه امید توجه فزاینده‌ای را به خود اختصاص داده است (پترسون، گرهارد و رود، ۲۰۰۵).

اشنایدر (۲۰۰۰) بنیان‌گذار نظریه امید درمانی^۲ و درمان مبتنی بر آن، امید^۳ را به عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این گونه تعریف می‌کند: «توانایی طراحی گذرگاه‌های^۴ به سوی اهداف

5. Agency
6. Cognitiv-Behavior Therapy
7. Solution-Focused Therapy
8. Narrative Therapy
9. War Neurosis

1. Peterson, Gerhardt , Rode
2. Hope therapy
3. hope
4. Pthways

افرادی در گروه‌ها خیلی مؤثر است (فری^۱، ۱۹۹۷، به نقل از بیجاری، ۱۳۸۷). بنابراین با توجه به مطالب ارائه شده و روشن شدن نقش کلیدی امید در مراحل مختلف بیماری ایدز از جمله تشخیص، درمان بهبودی و نیز از طرفی شیوع بالا و در حال افزایش عفونت اچ آی وی و ایدز و پیامدهای خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی آن و خلع این‌گونه تحقیقات بر روی بیماران ایدز، این پژوهش در پی دستیابی به اثر امید درمانی گروهی با استفاده از الگوی امید درمانی اشنايدر، بر افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت می‌باشد و بر این پیش فرض استوار است که، امید درمانی به شیوه گروهی، موجب افزایش میزان امید به زندگی در مبتلایان به ویروس اچ آی وی می‌گردد.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های بنیادی به روش شبه آزمایشی می‌باشد، که به صورت طرح گروه کنترل نابرابر اجرا شده است. پژوهش نیمه آزمایشی شامل استفاده از گروه‌های خود به خود تشکیل شده از آزمودنی‌ها به جای گمارش تصادفی آنها در تدبیرهای آزمایشی است. این چنین پژوهش‌هایی دارای ارزش قابل اهمیتی می‌باشند، اما محقق در تفسیر و تعمیم نتایج بایستی محتاط باشد. عدم وجود گمارش تصادفی به طور بالقوه مشکلاتی را در روایی پژوهش (هم درونی و هم بیرونی) به وجود می‌آورد. یکی از

تهدیدهای روایی درونی، انتخاب متفاوت، نه تصادفی آزمودنی‌هاست و از آنجایی که در چنین تحقیقاتی فرایند تصادفی بودن اعضای گروه آزمایش و کنترل، تصادفی نیست، احتمال دارد که سوگیری انتخاب، قابلیت تعمیم نتایج را به خطر اندازد. که پژوهشگر برای روایی درونی باید سعی کند در جاتی از معادل بودن را بین گروه‌ها بر قرار سازد (خوی نژاد، ۱۳۸۷).

جامعه آماری مورد نظر در این پژوهش شامل کلیه افراد شناخته شده مبتلا به ویروس اچ آی وی و ایدز در شهر مشهد می‌باشد که در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و عفونی مشهد دارای پرونده می‌باشند. انتخاب نمونه به صورت نمونه-گیری در دسترس یا مبتنی بر هدف انجام شده است. سپس پرونده افراد مورد بررسی قرار گرفته و با توجه به ملاک‌های در نظر گرفته شده (با سواد بودن، گذشتن حداقل ۴ ماه از زمان دادن جواب مثبت آزمایش تکمیلی اچ آی وی، نداشتن سابقه بیماری جسمانی دیگر) به منظور همسان-سازی دو گروه، تعداد ۲۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۰ نفر در هر یک از گروه‌ها) قرار داده شدند. روش درمانی مبتنی بر نظریه امید درمانی اشنايدر شامل این تکنیک‌ها بود: معارفه افراد جهت آشنایی با درمان‌گر و با هم، هدف از تشکیل گروه، معرفی امید و جنبه-های مختلف آن، کشف اهداف در زمینه‌های مختلف زندگی و اولویت‌بندی آنها، توضیح رابطه تفکر و احساس مثبت ناشی از رسیدن به اهداف در افزایش امید، آشنایی با شیوه‌های بالابردن انگیزه در پیگیری اهداف، تغییر خودگویی‌های منفی، ساختن فیلم درونی با استفاده از تصویرسازی ذهنی مثبت‌گرایانه، ارائه جملات و

1. Free, M.

حکایات امیدبخش و محتوی جلسات را بحث گروهی در مورد امید و بیان افکار و احساسات، تمرین و ارائه تکلیف خانگی تشکیل می‌داد. جلسات درمانی، شامل ۸ جلسه ۲ ساعته گروهی (هر هفته ۲ جلسه) بوده، که توسط خود پژوهشگر اول با توجه به تجربه ۲ ساله مشاوره انجام شد و در برخی از موضوعات پزشکی از پزشک مرکز کمک گرفته می‌شد. در ابتدای هر جلسه در مورد فعالیت‌ها و تکالیف هفته قبل بحث می‌شد و افراد گروه تشویق می‌شدند تا فعالانه در گروه شرکت نمایند تا به یکدیگر در رفع مشکلات مربوط به آن تکلیف همکاری نمایند، در ادامه در زمینه سه حیطه اهداف، گذرگاه‌ها و عامل نظریه امید، افراد به بحث کشیده می‌شدند و به آنها کمک می‌شد تا با استفاده از مهارت‌های امید مثل تفکر مثبت یا تغییر خودگویی‌های منفی به حل مشکل اقدام نمایند و در پایان هر جلسه پس از جمع‌بندی، تکلیف مربوط به جلسه بعد به افراد ارائه و نیز جمله امیدوارکننده به آنها داده می‌شد.

همچنین برای بررسی امید از پرسشنامه امید بزرگسالان اشنایدر استفاده گردید. این مقیاس یک پرسشنامه ۱۲ سؤالی است که توسط اشنایدر (۲۰۰۰) برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده که خود شامل دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش می‌باشد و مدت زمان خیلی کم (حدود ۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن آن کافی است.

برای پاسخ به هر سؤال پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. سؤالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ نمره‌گذاری نمی‌شود و مربوط به حواس پرتی است و سؤالات ۱، ۴، ۶ و ۸ در رابطه با خرده مقیاس گذرگاه و سؤالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ مربوط به خرده مقیاس انگیزش می‌باشد. لذا مجموع نمرات از ۸ تا ۳۲ متغیر می‌باشد. در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش‌آموز دختر در استان تهران انجام شد، پایایی مقیاس امید اشنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش با توجه به طرح شبه آزمایشی «طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل نامتعادل» از روش‌های آماری زیر استفاده شد: برای توصیف ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند: نمودارها، جداول فراوانی و محاسبه میانگین استفاده شد و جهت تجزیه و تحلیل نتایج داده‌ها، از آمار استنباطی با روش T گروه‌های مستقل استفاده شد و از نرم‌افزار «SPSS» استفاده گردید.

یافته‌ها

الف) وضعیت بوم‌شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی سن گروه آزمایش و کنترل

عنوان	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین
سن گروه آزمایش	۱۰	۲۶	۴۷	۳۶/۹
سن گروه کنترل	۱۰	۲۸	۵۳	۴۰/۶

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین سنی گروه آزمایش حدود ۳۷ سال می‌باشد و بزرگ‌ترین فرد گروه، ۴۷ ساله و کوچک‌ترین فرد گروه، ۲۶ ساله می‌باشد و میانگین سن افراد گروه کنترل حدود ۴۰ سال می‌باشد و بزرگ‌ترین فرد گروه، ۵۳ ساله و کوچک‌ترین فرد گروه، ۲۸ ساله می‌باشد.

جدول ۲. وضعیت تأهل گروه آزمایش و کنترل

	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مجرد	۳	٪۳۰	۴	٪۴۰
متأهل	۷	٪۷۰	۶	٪۶۰
جمع	۱۰	٪۱۰۰	۱۰	٪۱۰۰

از مجموع افراد گروه آزمایش، ٪۳۰ مجرد و ٪۷۰ متأهل و گروه کنترل ٪۴۰ مجرد و ٪۶۰ متأهل می‌باشند.

جدول ۳. وضعیت تحصیلات گروه آزمایش و کنترل

	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
ابتدایی	۳	٪۳۰	۶	٪۶۰
راهنمایی	۴	٪۴۰	۱	٪۱۰
دبیرستان	۳	٪۳۰	۳	٪۳۰
جمع	۱۰	٪۱۰۰	۱۰	٪۱۰۰

از مجموع ۱۰ نفر گروه آزمایش تعداد ۳ نفر (٪۳۰) دارای تحصیلات ابتدایی، ۴ نفر (٪۴۰) مقطع راهنمایی و ۳ نفر (٪۳۰) مقطع دبیرستان می‌باشند. همچنین گروه کنترل تعداد ۶ نفر (٪۶۰) دارای تحصیلات ابتدایی، ۱ نفر (٪۱۰) مقطع راهنمایی و ۳ نفر (٪۳۰) مقطع دبیرستان می‌باشند.

تحلیل‌های آماری و آزمون فرضیه پژوهش
با توجه به فرضیه اصلی پژوهش که عبارت بود از

اینکه امید درمانی به شیوه گروهی به طور معناداری موجب افزایش میزان امید به زندگی در مبتلایان به ویروس اچ آی وی می‌گردد. جهت آزمون این فرضیه، از آزمون T برای گروه‌های مستقل و برابر استفاده شد. لذا از مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه در آزمون امید شناسا استفاده شد. همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، میانگین نمره گروه آزمایش ۶/۶ و گروه کنترل تنها ۱/۷ افزایش یافته است و واریانس‌ها

برابر می‌باشند و مقدار T به دست آمده ۲/۸۹ می- باشد که با احتمال خطای کمتر از ۰/۰۱ (P=۰/۰۰۵)* می‌باشد که فرض صفر رد و فرضیه پژوهشگر تأیید می‌گردد. یعنی امید درمانی به شیوه گروهی به طور معناداری باعث افزایش میزان امید به زندگی در بیماران اچ آی وی مثبت می‌شود.

جدول ۴. آزمون T برای تعیین معناداری امید در دو گروه

گروه	شاخص	تعداد	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	تفاضل میانگین ها	انحراف استاندارد	آزمون T	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش		۱۰	۱۶	۲۲/۶	۶/۶	۶/۷۳	۲/۸۹	۱۸	*۰/۰۰۵
کنترل		۱۰	۱۳/۲	۱۴/۹	۱/۷	۵/۰۴			

جهت حمایت بیشتر از فرضیه تحقیق که آیا رابطه معنادار مشاهده شده واقعاً اثر جلسات امید درمانی بوده یا ممکن است تأثیر متغیرهای دیگری باشد از تحلیل کوواریانس استفاده شد که برای مهار تفاوت‌های اولیه بین گروه‌ها قبل از مقایسه واریانس درون گروهی و واریانس بین گروهی، به کار برده می‌شود (گال و همکاران، ۱۹۴۲). نتایج طبق مشاهدات جدول شماره ۵ و ۶ نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده و آزمون لوین معنادار نشده است و جهت مقایسه واریانس درون و بین گروه‌ها، سطح معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل و پیش آزمون و پس آزمون حفظ شده و همبستگی مدل پیشنهادی ۸۱٪ گزارش شده است.

جدول ۵. آزمون لوین جهت همگنی واریانس‌ها

F	درجه آزادی	سطح معناداری
۳/۹۱۲	۱۸	۰/۰۶۳

جدول ۶. مقایسه واریانس درون گروهی و بین گروهی

مقیاس	مجموع مجذوران	درجه آزادی	مجموع مجذوران	F	معناداری
مدل اصلاح شده	۷۷۹,۹۴۷	۲	۳۸۹,۹۷۴	۴۳,۱۰۴	۰/۰۰۰
پیش آزمون/ پس آزمون	۴۸۳,۴۹۷	۲	۴۸۳,۴۹۷	۵۳,۰۴	۰/۰۰۰
گروه آزمایش و کنترل	۸۲,۹۶۰	۱	۸۲,۹۶۰	۹,۱۷۰	۰/۰۰۸

جدول ۷. تحلیل آزمون‌های یک متغیری

سطح معناداری	F	مقدوران میلکینز	درجه آزادی	مجموع مقدوران	
۰۰۸.	۹/۱۷۰	۸۲,۹۶۰	۱	۸۲,۹۶۰	مقایسه
		۹,۴۰۷	۱۷	۱۵۳,۸۰۳	خطا

جامعه و شیوع بیشتر بیماری جلوگیری می‌نماید. همچنین طبق مطالعه وونگ و لیم (۲۰۰۹) خوش‌بینی و امید به طور معناداری با هم رابطه دارند. آبرونگ و همکاران (۱۹۹۷)، شیونز و همکاران (۲۰۰۱) و هنکینز (۲۰۰۴) در پژوهش‌های خود طی بررسی مداخله‌های مبتنی بر امید برای بزرگسالان دارای تشخیص افسردگی نشان دادند که این درمان منجر به کاهش علائم افسردگی و افزایش امید می‌شود.

افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن (به خصوص بیماری‌های مزمن دارای مرگ و میر بالا) مثل سرطان و ایدز در دو بعد جسمی و روانی، فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برخی مطالعات رابطه بین بیماری‌های مزمن جسمانی و فرایندهای روان‌شناختی و اختلال‌های وابسته به آنها را بررسی کرده‌اند. مثلاً در پژوهش، (اسمیت و همکاران ۱۹۹۹، به نقل از وونگ و کوک و کان، ۲۰۰۷) متوجه شدند افرادی که متحمل بیماری‌های مزمن جسمانی می‌شوند که درد خفیفی دارند، مثل آرتروز روماتیسمی، مشکلات قلبی و اچ آی وی و ایدز، سطح بالایی از افسردگی و اختلال در عملکرد را نشان داده‌اند. آنها نیز دریافتند که افرادی که دارای تحریف‌های شناختی

با توجه به سطح معناداری آزمون F مشخص شد که هم خطی وجود ندارد و تفاوت معنادار مشاهده شده بین گروه آزمایش و کنترل ناشی از تأثیر متغیر مستقل یعنی امیددرمانی به شیوه گروهی می‌باشد.

نتیجه‌گیری و بحث

با توجه به خلع این‌گونه تحقیقات بر روی بیماران ایدز، این پژوهش با هدف دستیابی به اثر امید درمانی گروهی با استفاده از الگوی امید درمانی اشنايدر، بر افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت صورت پذیرفت و بر این پیش فرض استوار بود که، امید درمانی به شیوه گروهی، موجب افزایش میزان امید به زندگی در مبتلایان به ویروس اچ آی وی می‌گردد و چنانچه بتوان در این بیماران امید به زندگی را افزایش داد، طبق تحقیقات اشنايدر و همکاران ۱۹۹۱، رودین و همکاران ۲۰۰۸ و... افزایش امید بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس و فشارهای روحی بیماران صعب‌العلاج تأثیر گذاشته و باعث بهبود عملکردهای رفتاری آنها در جامعه می‌گردد که این امر خود به نفع جامعه بوده و از رفتارهای پرخطر این افراد در

دست دادن انرژی، تغییرات در اشتها و الگوهای خواب) را ذکر کرده است. که این علائم در افراد ناامید نیز وجود دارد، از این رو به نظر می‌رسد مداخلات در جهت افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی مؤثر باشد (باچر، مینیکا و هولی^۲، ۱۳۸۸).

طبق نتایج به دست آمده این پژوهش، برنامه امید درمانی گروهی منجر به افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به اچ آی وی مثبت شده است، که نتایج این تحقیق با نتایج پژوهش‌هایی که در مورد اثر امید درمانی در کاهش مشکلات جسمانی و روانی داشته مورد بررسی قرار گرفته، به طوری که تحقیقات اشنایدر و همکاران ۱۹۹۱ نشان داده که امید با عاطفه همبستگی مثبت داشته. ایروینگ در سال ۱۹۹۷ (به نقل از بیجاری، ۱۳۸۷) در تحقیقی ثابت کرد که بزرگسالان افسرده از گروه درمانی مبتنی بر راهکارهای امید درمانی سود بردند و ناامیدی و اضطراب به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده و امید در بین آنها افزایش یافت. همچنین در پژوهشی که توسط (رودین و همکاران، ۲۰۰۸) بر روی بیماران سرطانی به انجام رسیده است، چندین عامل تعیین‌کننده افسردگی، ناامیدی و میل به پایان زندگی در بیماران سرطانی متاستاز^۳، و فاکتورهای کل‌گرایانه‌ای نظیر توجهات فیزیکی، روان‌شناختی به همراه مراقبت‌های معنوی مورد توجه قرار گرفته شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که افسردگی و ناامیدی

بوده‌اند، بیماری‌های فیزیکی هم داشتند. ایدز علاوه بر از بین بردن سیستم ایمنی و مشکلات جسمانی، پیامدهای دیگر مثل مشکلات اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی نیز به دنبال دارد. به دلیل قضاوت‌های غیر واقعی مردم درباره این گونه افراد (اینکه همه افراد اچ آی وی مثبت، افراد همجنس‌باز و یا معتاد تزریقی می‌باشند) بسیاری از آنان احساس بی‌آبرویی می‌کنند. یکی از اولین پرسش‌های آنان این است که آیا باید به کسی بگویم، اگر آری، به چه کسی؟ لذا خیلی از آنان موضوع را پنهان می‌کنند و ممکن است خود را از شبکه‌های حمایت اجتماعی و یا خانواده که به آنها نیاز دارند، محروم کنند (سارافینو، ۱۳۸۷). لذا چنانچه بتوان با برنامه‌های امید درمانی به بالارفتن امید به زندگی در این بیماران کمک کرد، می‌توان به خانواده‌های این بیماران نیز یاری رساند، به طوری که طبق مطالعه‌ای که آتکینز و آمیتتا (۱۹۹۱)، (به نقل از آلدردگ، ۱۹۹۳) در مورد میزان سازگاری خانواده افراد اچ آی وی ایدز و دیگر خانواده‌ها انجام پذیرفت، مشخص شد که خانواده افرادی که اچ آی وی مثبت بودند به طور معناداری استرس بیشتری را تحمل می‌کردند و ممنوعیت بیشتری در بروز هیجان‌اتشان داشتند، که این امر خود می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات بیشتری در اجتماع گردد. ^۱DSM ° IV برای افسردگی، ملاک‌هایی از جمله نشانه‌های شناختی (احساس بی‌ارزشی یا گناه و افکار خودکشی) نشانه‌های رفتاری (خستگی یا بی‌قراری جسمانی) و نشانه‌های جسمانی (احساس بلاتصمیمی و از

2. James, N.; Bucher, Susan Mineka, Jill Hooley
3. Metastatic

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

بیشترین مؤلفه‌هایی هستند که روند بیماری را تسریع می‌بخشد و به طور غیرمستقیم، در میل به پایان زندگی کمک می‌کنند. همچنین بین افسردگی و بیماری‌های جدی سرطانی به خصوص زمانی که فرد از مشکلات مالی هم رنج می‌برد رابطه مستقیم مشاهده شده است. طبق یافته‌های این پژوهش بین ناامیدی و میل به مردن (۰/۱۷٪)، بین افسردگی و میل به مردن (۰/۰۸) و بین ناامیدی و افسردگی (۰/۹۷) رابطه وجود داشت. در تحقیقی که (بیجاری، ۱۳۸۷) بر روی امید به زندگی زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان انجام داد به این نتایج رسید که درمان مذکور، میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را به طور معناداری بیش از گروه گواه افزایش داده است و نیز، میزان افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش هم به نحو معناداری نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. در تحقیقی دیگر که (علاءالدینی، ۱۳۸۷) بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان جهت بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی آنان انجام داد، به این نتایج رسید که میانگین نمرات سلامت روانی و زیرمقیاس‌های آن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس از آزمون کاهش یافته است. همچنین نتایج حاکی از آن است که برنامه امید درمانی منجر به افزایش میزان امید و کاهش افسردگی گردیده است.

همانطور که ملاحظه می‌شود همخوانی نتایج این پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌ها دلالت بر تأیید و مطابقت این مطالعه با سایر پژوهش‌های

انجام شده در زمینه امیددرمانی دارد. همچنین با توجه به مشاهدات به دست آمده، هرچند تأثیر گروه درمانی بر روی گروه آزمایش به طور معناداری مشاهده گردیده است، اما در گروه کنترل که عملاً کار درمانی‌ای بر روی آنها انجام نشده است، تغییر مثبت اندکی (حدود ۱/۷) در تفاضل میانگین نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون پرسشنامه امید به زندگی، حاصل شده که جای تأمل داشته و می‌تواند از جمله اثرات مثبت مورد توجه قرار گرفتن افراد این گروه باشد (خلع ارتباطات و طرد اجتماعی‌ای که متعاقب ایجاد این بیماری در افراد بوده است).

به‌رغم تلاش جدی در جهت انجام صحیح و اصولی پژوهش حاضر، این تحقیق مانند دیگر پژوهش‌های انجام شده در حیطه مسائل انسانی، با محدودیت‌ها و مشکلاتی مواجه بود که تلاش برای برطرف کردن آنها در پژوهش‌های آتی، می‌تواند مهر تأییدی بر نتایج به دست آمده در این پژوهش باشد. این محدودیت‌ها عبارت‌اند از اینکه این پژوهش بر روی مردان اچ آی وی مثبت اجرا شده است و قابل تعمیم به زنان اچ آی وی مثبت، نیست. همچنین در روند پژوهش و تنظیم برنامه درمانی مورد نظر پژوهشگر، (امید درمانی) در طول مدت اجرای پژوهش در برخی اوقات با ناهماهنگی و عدم همکاری مناسب برخی از آزمودنی‌ها (اعضای گروه) که از جمله بیماران اچ آی وی مثبت بودند مواجه می‌شد. همچنین به علت نوپدید بودن و انگ اجتماعی که این بیماری در میان جامعه دارد، تحقیقات در این زمینه (به خصوص در کشور ما) اندک بوده و

منابع

- تحقیق در این زمینه با مشکلاتی همراه می‌باشد. اما پیشنهاداتی که از ماحصل این تحقیق به دست آمده این است که:
۱. برنامه‌ریزی و اقدام منسجم درخصوص راه-اندازی جلسات گروه درمانی برای تمام بیماران اچ آی وی مثبت در مراکز مشاوره در کل کشور صورت پذیرد، چرا که اگر این بیماران امید به زندگی خود را به دست آورند وضعیت سلامت روانی این افراد در جامعه بالاتر رفته و فکر انتقام-گیری و انتقال این بیماری در خیلی از این بیماران که عمدتاً از طریق اعتیاد تزریقی و رابطه جنسی مبتلا به این بیماری شده‌اند، کم‌رنگ‌تر می‌گردد.
 ۲. نتایج این نوع روش درمانی با روش درمانی شناختی^۰ رفتاری، عقلایی-هیجانی-رفتاری و درمان دینی-شناختی-هیجانی، توسط سایر پژوهشگران مورد مقایسه قرار گیرد و بهترین راه امید درمانی در شرایط بیماران خاص به دست آید.
 ۳. این نوع درمان بر روی زنان اچ آی وی مثبت نیز انجام گیرد، تا نتایج معتبرتری جهت تعمیم یافته‌ها در کلیه افراد به دست آید.
- ### سپاسگزاری
- پژوهش حاضر با همکاری مرکز مشاوره بیماری-های رفتاری^۰ عفونی مشهد انجام شد که در این راستا از کلیه همکاران و بیمارانی که در انجام این پژوهش با صبر و حوصله خود ما را یاری نمودند و همچنین از سرکار خانم بیجاری به خاطر انتقال تجارب ارزنده خود درخصوص جلسات درمانی، بسیار سپاسگزاریم.
- اکبری، مجید و صداقت، عباس (۱۳۸۵). گزارش فعالیت‌ها و دستاوردها درباره اچ آی وی و ایدز در جمهوری اسلامی. تهران: مرکز نشر صدا.
- باچر، جیمز؛ منیکا، سوزان و هولی، جیل (۱۳۸۸). آسیب‌شناسی روانی. جلد دوم. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷).
- بیجاری، زهرا (۱۳۸۷). «بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی متلا به سرطان پستان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- خوی‌نژاد، غلامرضا (۱۳۸۷). روش تحقیق در علوم تربیتی. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب درسی: سمت.
- سارافینو، ادوارد پ. (۱۳۸۷). روان‌شناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی و همکاران. تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲).
- سبحانی‌فرد، طاهره (۱۳۸۰). «بررسی اثر روان درمانی حمایتی در کاهش اختلالات روانی زنان مبتلا به سرطان پستان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه الزهرا (س).
- سلیگمن، مارتین (۱۳۸۸). شادمانی درونی. ترجمه تبریزی، کریمی و نیلوفری. تهران: نشر دانژه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۴).
- علاء‌الدینی، زهره؛ کجباف، محمدباقر و مولوی، حسین (۱۳۸۶). «بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی». فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی. دوره اول. شماره چهارم.
- کار، آلن (۱۳۸۵). روان‌شناسی مثبت: علم شادمانی و

روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. ترجمه احمدرضا نصر و همکاران. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت). جلد اول. چاپ پنجم. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۴۲). ص ۶۷۸.

محرز، مینو؛ رضائی، حمیدرضا و صراف‌نژاد، عبدالفتاح (۱۳۷۲). *ایندز یا سندرم اکتسابی نقص ایمنی*. تهران: ارمغان. معاونت امور بهداشتی وزارت بهداشت.

نیرومندی‌های انسان. ترجمه حسن پاشاشریفی و همکاران. تهران: سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۶).

گاجل، رابرت جی و کرانتس، دیوید اس (۱۳۷۷). *زمینه روانشناسی تندرستی*. ترجمه غلامرضا خوی‌نژاد. مشهد: به نشر. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۸).

گال، مردیت و بورگ، والتر، گال، جوئیس (۱۳۸۹).

- Aldridge, David (1993). "Hope, Meaning and the creative ARTS therapies in the treatment of AIDS". *The ARTS in Psychotherapy*. 20. 285-297.
- Frank, J. D. (1978). *Persuasion and Healing*. New York: Schocken Books.
- Keung Wong, D.; Kwok, A.; Kwan, J. (2007). "Cognitive Behavioral Treatment Groups for People With Chronic Physical Illness in Hong Kong: Reflections on a Culturally Attuned Model". *International journal of group psychotherapy*. 57. 3. Academic Research Library.
- Peterson Suzanne, J.; Gerhardt Megan W. & Rode Joseph, C. (2005). *Hope, learning goal. and task performance*. Arizona: State University. p.o Box 37100.
- Rajaei, A.R. (2010). "Religious Cognitive -Emotional Therapy: A New Form Of Psychotherapy". *Iranian J Psychiatry*. 5. 81-87.
- Rodin, Gary, Christopher, Lo, Mario, Mikulincer. (2008). "Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients". 68. 562-569.
- Snyder, C. R. (1995). "Conceptualizing, measuring, and nurturing hope". *Journal of counseling and Development*. 73. 335-360.
- Snyder, C. R. (2002). "Hope theory: rainbow in the mind". *Psychological Inquiry*. 13. 249- 275.
- Snyder, C. R. & Pterson, C. (2000). *Handbook of hope: theory, measures & applications*. San Diego: Academic Press.
- Sndyer, C. R.; Harris, C.; Anderson. J. R.; Holleran, S. A. L. M.; Irving, S. A.; Sigmon, S. T.; Yoshinobu, L. (1991). "The will and the ways: development and validation of an individual". *Journal of personality and Social Psychology*. 60. 570-585.
- Wowong, S. S. & Lim, T. (2009). "Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction". 46. 648-652.