

اثربخشی شناخت درمانی هستی نگر در نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۵

شایوا فرمانی شهرضا*، بهمن بهمنی**، علی قائدنیای جهرمی***، معصومه امین اسماعیلی****، سعید خانجانی*****

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی هستی نگر در کاهش نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان بود.

روش: در قالب یک طرح پژوهشی از نوع مطالعات تک آزمودنی و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، سه نفر از زنان مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان که برای مشاوره و درمان پزشکی به مرکز شهید سبزه پرور کرج مراجعه و واجد ملاک‌های ورود و خروج بودند انتخاب و هر یک در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شناخت درمانی هستی نگر شرکت کردند. متغیر وابسته نیز طی ۷ بار (۲ بار خط پایه، ۳ بار مداخله، ۲ بار پیگیری) به وسیله‌ی ابزار نشانگان افت روحیه کیسان (۲۰۰۴) مورد سنجش قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل چسبی و شاخص‌های تغییرات روند، شیب، اندازه اثر و شاخص کوهن و بازبینی فراز و فرود نمودارها استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج حاکی از کاهش قابل توجه نشانگان افت روحیه نسبت به خط پایه بوده و بیش‌ترین میزان کاهش در جلسه پایان درمان مشاهده شد. نمرات مربوط به دو سنجش پیگیری نسبت به نتایج جلسه آخر درمان افزایش داشته، اما نسبت به خط پایه همچنان کاهش چشمگیر نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: شناخت درمانی هستی نگر باعث کاهش نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان گردید، در نتیجه استفاده از این روش مداخله می‌تواند در کاهش برخی آلام روان‌شناختی این گروه از بیماران موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی هستی نگر، نشانگان افت روحیه، ویروس نقص سیستم ایمنی انسان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Sh.farmani.shahreza@gmail.com

Ba.bahmani@uswr.ac.ir

alighaednia@gmail.com

dr.m.a.esmaeeli@gmail.com

saeedkh76@yahoo.com

* کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

** نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

**** استادیار، روان‌پزشکی مرکز ملی مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

***** دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

بیماری مزمن^۱ از جمله بیماری‌هایی است که برای مدت طولانی فرد را درگیر کرده، پیامدهای نامشخص و سطوح بالای ابهام در پیش آگهی و درمان غیرقطعی دارد [۱]. علی‌رغم این که علم پزشکی پیشرفت‌های چشم‌گیری در توسعه درمان‌های مؤثر برای تبعات جسمی این بیماری‌ها داشته است، اما مواجه‌شدن با پیامدهای سلامت روانی و سازگاری هیجانی این بیماری‌ها از چالش‌های اصلی پیش روی فرد مبتلا و تیم پزشکی او محسوب می‌شود [۱]. نشانگان نقص سیستم ایمنی انسان^۲ به عنوان یکی از این بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده، محصول ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسان^۳ است [۲]. ویروس HIV پس از ورود به بدن به سیستم ایمنی بدن حمله کرده و به مرور زمان آن را به قدری ضعیف می‌کند که دیگر نمی‌تواند از بدن در برابر بیماری‌ها محافظت کند و این همان مرحله عفونت پیشرفته ویروس HIV مثبت، یعنی ایدز^۴ است [۲].

افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از قبیل HIV مثبت و ایدز با دشواری‌های زیادی از قبیل فشارهای روانی هیجانی^۵ (اضطراب، افسردگی، غمگینی و تظاهرات رفتاری به دنبال این هیجانات اعم از کم‌خوابی، ناتوانی در تمرکز، کاهش اشتها، افکار خودکشی، بد کارکردی جنسی، اختلال در فعالیت روزانه) [۳]، فشارهای روانی اجتماعی^۶ (مرتبط با افشای بیماری به دوستان و خانواده، تغییر روابط اجتماعی، مواجهه با عکس‌العمل اطرافیان، تغییر در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحات) و فشارهای روانی وجودی^۷ (مواجهه با معنا و هدف زندگی، ناعادلانه بودن بیماری و نامعلومی و پیش‌بینی‌ناپذیری آینده، جدایی و تنهایی، درماندگی و ترس از احتمال مرگ) [۴، ۵ و ۶] مواجه هستند.

با بروز فزاینده عوارض بیماری نظیر خستگی، ناتوانی در تمرکز، کاهش انرژی، تغییر نقش‌ها و اختلال در فعالیت‌های روزمره و نیز آگاهی و پذیرش تدریجی این واقعیت که هنوز درمان کامل و قطعی برای این بیماری وجود ندارد، ممکن است بیمار را به جای مدیریت و کنترل

مشکلات، به سمت پذیرش احساس درماندگی و خود ناکارآمدی سوق دهد که به همراه احساس انزوا و ناامیدی می‌تواند فرضیات، باورها و ارزش‌های بنیادین فرد را که تا قبل از بیماری زیربنای معنا و اهداف زندگی او را تشکیل می‌داد، به چالش کشیده و زیر سؤال ببرد [۳]. اینجاست که پرسش‌های وجودی^۸ نظیر اینکه "چرا من"، "چرا اکنون"، "چرا زندگی" و یا سؤال‌ها (شکایت‌ها)ی مبنایی‌تری نظیر "بود و نبود خدا و یا عدالت خدا و سرنوشت در ذهن فرد شکل‌گرفته یا تشدید شوند و در اثر آن شکافی بین اطلاعات نهفته در منبع فشارزا که در این موارد شرایط بیماری است، از یک طرف، و انتظارات و باورهای مثبت قبلی افراد در مورد جهان که تا قبل از بیماری باعث پیش‌بینی پذیری امور برای او شده و بنابراین برایش آرامش‌زا بود، از طرف دیگر، به وجود می‌آید [۷ و ۸].

اگر چه این ناهماهنگی شناختی اضطراب‌زا خواهد بود، اما لزوماً آسیب‌زا محسوب نمی‌شود. در واقع وجودگرایان معتقدند رویارویی انسان با احتمال مرگ که زمینه آگاه شدن او از چهار ویژگی غیرقابل اجتناب حضور انسان در جهان هستی یعنی ترس از آزادی و مسئولیت، ناپایداری معنا، تنهایی ذاتی بشر و بالأخره فناپذیری و ناماندگاری است را برای او فراهم می‌کند، فعال‌کننده تجربه منحصر به فرد اضطراب هستی در انسان محسوب می‌شود [۹]. در این دیدگاه اضطراب وجودی پاسخی صادقانه به آگاهی از احتمال نیستی محسوب شده و پیامد طبیعی هوشیاری است [۱۰]. بر اساس دیدگاه وجودگرایان، آگاه شدن نسبت به اجتناب‌ناپذیری‌های وجود یا همان مسلمات هستی و اضطراب‌های وجودی ناشی از آن، هنگامی آسیب‌زا شده و رنج و آزرده‌گی وجودی^۹ را برایش به ارمغان خواهد آورد که او نتواند به این گروه از اضطراب‌ها پاسخی اصیل و معنادار بدهد [۱۱ و ۱۲]. بنابراین می‌توان گفت رنج و آزرده‌گی وجودی در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، یکی از وضعیت‌های ناتوان‌کننده و طاقت‌فرسای روانی است [۱۳] که بر اساس نتایج پژوهش‌های قبلی، وقوع آن در بین جمعیت بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته [۱۴]، بیماران مبتلا به سرطان در حال درمان‌های سرپایی [۱۵] و افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن و سخت

- 1- Chronic Illness
- 2- Human immunodeficiency syndrome-AIDS
- 3- Human Immunodeficiency Viruse- HIV
- 4- Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS
- 5- Emotional stressors
- 6- Social stressors
- 7- Existential stressors

- 8- Existential Question
- 9- Existential distress

روحیه را تشکیل می‌دهد. در این وضعیت فرد انگیزه تلاش و روحیه مناسب برای آزمودن شیوه‌های مقابله‌ای جدید را در آینده نخواهد داشت [۱۶]. نشانگان افت روحیه بر خلاف تصور رایج در برخی منابع، سازهای کاملاً متفاوت با افسردگی است [۲۰]. درحالی‌که در اختلال افسردگی، افراد به شدت درگیر احساس گناه نسبت به گذشته خود بوده، از زمان حال لذت نبرده (فاقد انگیزه و پشتکارند) و نسبت به هر گونه تغییر مثبت در آینده نیز بدبین‌اند، اما در افراد دچار نشانگان افت روحیه، احساس گناه و خسران شدیدی که افسرده‌ها نسبت به گذشته دارند، وجود نداشته و بر خلاف آن‌ها می‌توانند از زمان حال لذت ببرند. با این وجود به واسطه سردرگمی در انتخاب مسیر (ندانستن این‌که چه باید یا می‌توانند انجام دهند)، عملاً احساس درماندگی، بی‌کفایتی و بازدارنده و تصور می‌کنند که آینده‌ای بدون لذت^۹ و بنابراین بی‌ارزش خواهند داشت [۲۰].

بهمنی، نقیائی، علی‌محمدی، دهخدا [۲۱] در مطالعه‌ای بر روی مادران کودکان مبتلا به بیماری‌های بالقوه مهلک نشان دادند که بین سه متغیر اضطراب وجودی، نشانگان افت روحیه و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد، به طوری که اضطراب وجودی بالا پیش‌بینی کننده نشانگان افت روحیه بوده و درعین‌حال نشانگان افت روحیه بالا پیش‌بینی کننده افسردگی است.

بهمنی، فرمانی شهرضا، امین اسماعیلی، نقیائی و قاندرنیای جهرمی [۲۲] نشان دادند که نشانگان افت روحیه (بی-معنایی، ملالت، یاس، درماندگی و احساس شکست) بین بیماران مبتلا به HIV از افراد عادی به نحو معناداری بیشتر است. متغیر افت روحیه با علائمی چون ناتوانی در پیشبرد زندگی [۲۳] حالت بی‌قراری [۲۴] حس عدم قدرت و پوچی [۲۶] حس عدم انسجام [۲۷] همراه است. از آنجایی که عدم توجه به نشانگان افت روحیه می‌تواند - منجر به بروز افسردگی، رشد افکار خودکشی، تغییر اصول اخلاقی، تشدید خطاهای شناختی، ایجاد نگرش‌هایی چون یاس، سرخورده‌گی و درماندگی و در موارد شدیدتر اضطراب شود [۲۸]، از منظر انسانی و حرفه‌ای رسیدگی به موقع و موثر به آن اجتناب‌ناپذیر محسوب می‌شود.

متأسفانه بررسی‌های انجام‌شده نشان داده‌اند که اگر چه برای کاهش آلام روان‌شناختی بیماران مبتلا به HIV

درمان [۱۶] در طی تمام مراحل بیماری از احتمال بالایی برخوردار است.

کیسان^۱ [۱۷] از اصطلاح آزرده‌گی وجودی برای توصیف تجربه پریشانی^۲ روانی در افرادی که با آگاهی از مرگ قریب‌الوقوع مواجه می‌شوند، استفاده می‌کند و بیان می‌کند که چنین وضعیتی از آزرده‌گی اغلب با افکار حاکی از پشیمانی^۳، ضعیف بودن^۴، پوچی و بیهودگی^۵ و باور به بی-معنایی^۶ زندگی، همراه است. وی بیان می‌کند که چنانچه بیماران نتوانند عواطف مرتبط با این مضامین وجودی مانند نگرانی درباره مرگ، از دست دادن معنا، تنهایی ذاتی و ترس از آزادی و مسئولیت انتخاب‌هایشان را کنترل کنند دچار نشانگان افت روحیه^۷ خواهند شد [۱۸]. نشانگان افت روحیه یکی از مظاهر آزرده‌گی وجودی بوده و حاکی از فقدان انسجام و کلیت یافتگی در فرد است [۱۸].

جروم فرانک [۱۹] تعابیر منزوی، مأیوس، بیگانه، طردشده و دارای عزت نفس پایین را در تعریف مفهوم نشانگان افت روحیه بیماران سایکوتیک مطرح کرد. کیسان، کلارک و استریت^۸ [۱۸] نشانگان افت روحیه را به عنوان تشخیص روان‌پزشکی آزرده‌گی و رنج وجودی توصیف کردند و برای آن چند ویژگی یا علامت اساسی را به قرار زیر برشمردند:

(۱) ناامیدی، فقدان معنا و هدف در زندگی، (۲) نگرش و افکار بدبینانه منفی در مورد قابلیت تأثیرگذاری بر امور، احساس درماندگی، احساس در تله افتادن (گیر کردن)، احساس شکست و ناکامی شخصی و یا فقدان آینده درخشان، (۳) فقدان انگیزه تلاش و مقابله، (۴) گرایش به کناره‌گیری اجتماعی و یا احساس نداشتن حامی، (۵) استمرار این علائم برای بیش از دو هفته و (۶) عدم وجود تشخیص افسردگی مزمن یا سایر اختلالات روان‌پزشکی را پیشنهاد کردند.

به این ترتیب تهدید شدن معنای قبلی زندگی، وجود احساس گیر افتادن و درماندگی در زمان حال و پیش‌بینی ناتوانی تغییر شرایط در آینده، هسته مرکزی نشانگان افت

- 1- Kissane
- 2- Turmoil
- 3- Remorse
- 4- Powerlessness
- 5- Futility
- 6- Meaninglessness
- 7- Demoralization Syndrom
- 8- Clark & Street

استفاده از مزایای حاصل از تلفیق جنبه‌هایی از دو رویکرد روان‌درمانی مبتنی بر نظریه شناختی بک^۳ و وجودگرای یالوم^۴ در قالب فنون مشاوره گروهی ارائه و اثر بخشی آن بر کاهش میزان افسردگی و افزایش امیدواری بیماران مبتلا به سرطان گزارش کرد. در ایران بهمنی [۱۹] در پژوهش خود مزیت نسبی گروه‌درمانی شناختی وجودگرا را بر روش "شناخت درمانی آموزش محور گروهی" در کاهش افسردگی و افزایش امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان گزارش کرد. بهمنی، اسکندری، حسنی، دکانه‌ای فرد و شفیق آبادی [۳۸] در مطالعه‌ای دیگر نشان دادند که گروه درمانی شناختی وجودگرا باعث کاهش افسردگی و افزایش امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان شده است. معتمد [۳۷] نیز نشان داد که گروه درمانی شناختی هستی نگر بر افزایش امیدواری افراد بیماران دچار نارسائی شدید کلیه که در حال همودیالیز بوده‌اند، تاثیر قابل توجه دارد.

رویکرد شناخت درمانی هستی نگر تلاش می‌کند که با استفاده از فنون خاص، ضمن کمک به آگاهی و ابراز هیجان‌های ناشی از فعال شدن اضطراب‌های هستی نظیر اضطراب از مرگ، عدم قطعیت، بی‌معنایی، تنهایی و کنترل ناپذیری جهان، به پذیرش صادقانه و بروز پاسخ‌های اصیل‌تر به آن‌ها منجر شود، همچنین با استفاده از فنون شناخت درمانی برخی از طرح‌واره‌ها، افکار خود آیند و خطاهای شناختی که در شکل‌گیری گرایش به اجتناب از مواجهه‌شدن با اضطراب‌های هستی نقش داشته‌اند را نیز شناسایی و اصلاح نماید [۱۹]؛ بنابراین می‌توان گفت درمان عبارت است از تسهیل، جستجوی معنا و هدف در زندگی، ارتقای روابط و کمک به بیمار برای توسعه افکار و نگرش‌های انطباقی [۷]، احساس معنا و آرامش ذهنی که می‌تواند به عنوان نقطه پایانی عمومی درمان تعبیر شود [۴۴].

در یک نگاه کلی می‌توان اذعان داشت بیماری عفونت ایدز مرتبط با مشکلات اساسی در مفاهیم بنیادین هستی‌گرایانه از جمله نشانگان افت روحیه است، بروز این نشانگان می‌تواند منجر به تشدید مشکلات، ظهور اختلال‌های روانی و ناسازگاری شود. بنابراین تدوین مداخله‌ای که بتواند به طور همزمان مواجهه با بحران‌های وجودی و معنایی را در این

مثبت و ایدز مطالعات متعددی نظیر سلگی، هاشمیان و سعیدی [۲۹]، شاکری، پرویزی فرد و امین زاده [۳۰]، شریفی، محمود علیو، و هاشمی نصرت آباد [۳۱]، سویلی، مک نی، پاردیتگ، تینکر و هاوکین [۳۲] و قزلسفلو و اثباتی [۳۳] منتشر شده است، لیکن گزارش پژوهشی مستدلی که در آن به اضطراب‌های وجودی این افراد از جمله نشانگان افت روحیه پرداخته باشد، در دسترس نیست. از آنجایی که نشانگان افت روحیه بر مفاهیم بنیادین رویکرد هستی‌گرایانه (وجودی) به سلامت و رشد انسان مبتنی است، مداخله‌های روان‌شناختی مورد استفاده برای کاهش و درمان آن نیز می‌بایست بر مفاهیم و سازه‌های مشابه استوار باشد.

منطقی به نظر می‌رسد که اثربخش‌ترین مداخله‌ها آن‌هایی هستند که به لحاظ محتوا و روش بیش‌ترین تناسب مفهومی و سازه‌ای را با آسیب‌شناسی زیربنایی یک اختلال دارا هستند. بهمنی و همکاران معتقدند که رویکردهای یکپارچه نگر^۲ که محصول تلفیق هوشمندانه و منطقی مبانی نظری، اصول، مفاهیم و روش‌های برگرفته از دو یا چند نظریه پایه هستند، نسبت به روش‌های تک وجهی که در عمل مجبورند سازه‌ها، مفاهیم و مفروضه‌های خود را بر دامنه وسیعی از پدیده‌های انسانی تحمیل کنند، ظرفیت اثرگذاری بیشتری را برای کمک به رفع مشکلات روان-شناختی افراد در شرایط متفاوت فراهم می‌کنند [۳۴].

شیوه روان‌درمانی موسوم به شناختی وجودگرا (هستی نگر) یکی از روش‌های مداخله‌های است که با توجه به نیازهای خاص بیمارانی که به نوعی با خطر از دست دادن زندگی خود و یا سایر افراد مهم زندگی مواجه‌اند و یا از سایر از دست دادن‌های مهم زندگی رنج می‌برند، طراحی و ارائه شده است. به نظر می‌رسد که این شیوه مداخله مؤلفه‌های لازم را برای کمک به کاهش نشانگان افت روحیه در بیماران درگیر اچ، آی، وی مثبت و ایدز دارا باشد.

شناخت درمانی هستی‌نگر به عنوان یک روش یکپارچه شده کمک زیادی به کاهش آلام روان‌شناختی در بسیاری از بیماران مزمن کرده است [۱۹، ۲۸، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳]. نخستین بار گروه درمانی شناختی وجودگرا (هستی نگر) توسط کیسان [۳۵] برای

3- Beck Cognitive Therapy
4- Yalom Existential Therapy

1- Scoili, Macnei, Partridge, Tinker & Hawkin
2- Integrative approaches

- داشتن قابلیت کلامی لازم برای شرکت در جلسه روان-درمانی (بر اساس نتایج مصاحبه تشخیصی اولیه).
- عدم وجود بیماری افسردگی شدید و یا سایر اختلالات روان پزشکی (به تشخیص روان پزشک).
معرفی مختصر آزمودنی‌ها:

آزمودنی اول:

"ز" ۳۵ ساله، ساکن حصارک کرج، دارای تحصیلات سیکل و از طبقه اقتصادی-اجتماعی متوسط، در حال حاضر مجرد و دارای ۲ فرزند است. او ۶ سال پیش و از طریق همسر خود مبتلا شده بود. در سن ۱۶ سالگی ازدواج کرده بود و همسر خود را ۴ سال پیش در اثر مرگ ناشی از مصرف بیش از حد مواد و ابتلا به HIV مثبت از دست داد. نمره نشانگان افت روحیه او در اندازه‌گیری اول ۴۸ بود.

آزمودنی دوم:

"ب" ۳۰ ساله، ساکن نظرآباد کرج، تحصیلات دیپلم، خانه‌دار و از طبقه اقتصادی-اجتماعی متوسط، در حال حاضر مجرد و بدون فرزند است. او ۴ سال پیش و از طریق همسر خود مبتلا به بیماری شده است. در سن ۱۸ سالگی ازدواج کرده بود ولی همسرش به علت اعتیاد شدید و از دست دادن کبد و مبتلا شدن به این بیماری از طریق روابط نامشروع فوت کرده بود. نمره نشانگان افت روحیه او در اندازه‌گیری اول ۵۸ بود.

آزمودنی سوم:

"ل" ۲۵ ساله، ساکن عظیمیه کرج، دارای تحصیلات دیپلم و از طبقه اقتصادی-اجتماعی بالا، بی‌کار، مجرد و از دو سال پیش از طریق رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی با دوست پسر خود به این بیماری مبتلا شده است. مدت نمره نشانگان افت روحیه او در اندازه‌گیری اولیه ۵۵ بود.

ابزار

- ۱- پرسشنامه جمعیت شناختی: شامل مشخصات متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، داشتن شریک جنسی، نحوه‌ی مبتلا شدن به بیماری، مدت زمان ابتلا به بیماری و سایر معیارهای شمول.
- ۲- پرسشنامه نشانگان افت روحیه: در این پژوهش برای سنجش نشانگان افت روحیه از پرسشنامه مقیاس نشانگان افت روحیه کیسان و همکاران استفاده شد. این ابزار دارای ۲۴ سؤال چهارگزینه‌ای از نوع درجه‌بندی پاسخ لیکرت (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) و ۵ خرده

دسته از بیماران مدنظر قرار دهد، ضروری است. مزیت عمده شناخت درمانی هستی‌نگر، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های وجودی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. باتوجه به جدیدبودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر بیماران مبتلا به عفونت HIV ضروری به نظر می‌رسد و در صورت تایید می‌تواند در روان‌درمانی این بیماران، تحولی ایجاد نماید. از این رو با توجه به تمهیدات کنونی و کاستی‌های درمانی موجود در این گستره و فقدان پژوهش‌های مرتبط در ایران و نیز لزوم توجه به این اختلال، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان مذکور باعث کاهش نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به عفونت HIV می‌شود؟

روش

طرح پژوهش: طرح مورد استفاده در این پژوهش از نوع مطالعات تک آزمودنی^۱ بود.

آزمودنی‌ها: سه نفر زن مبتلا به عفونت HIV با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از جامعه آماری زنان مبتلا به عفونت HIV و از بین جمعیت بیماران مراجعه‌کننده به مرکز درمانی شهید سبزه پرور کرج که دارای معیارهای شمول پژوهش بودند، انتخاب و هر یک در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار انفرادی با رویکرد شناخت درمانی هستی نگر شرکت کردند. طرح مطالعه شامل ۷ بار سنجش متغیر وابسته (۲ بار خط پایه، ۳ بار در طی ده جلسه اجرای برنامه مداخله و ۲ سنجش پیگیری نیز به فاصله چهار و هشت هفته پس از آخرین جلسه درمان) به وسیله پرسشنامه نشانگان افت روحیه کیسان [۴۵] بود. معیارهای شمول: برای انتخاب نمونه‌ها از معیارهای شمول زیر استفاده شد:

- داشتن دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۵ سال
- گذشتن بیش از یک سال از زمان دریافت تشخیص ابتلا به HIV مثبت
- مجرد بودن در هنگام اجرای پژوهش (مطلقه، فوت همسر، ازدواج‌نکرده)
- کسب نمره بالاتر از خط برش (>۳۰) پرسشنامه نشانگان افت روحیه کیسان و همکاران [۴۵]

تکمیل شد. هر آزمودنی طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک بار در هفته تحت آموزش شناخت درمانی هستی نگر [۱۹] قرار گرفتند و در هر جلسه تمریناتی به عنوان تکلیف خانگی تعیین می‌شد آزمودنی‌ها طی ۵ بار دیگر (۳ بار مداخله، ۲ بار پیگیری) به وسیله‌ی ابزار نشانگان افت روحیه ارزیابی شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل چشمی تغییرات روند و محاسبه اندازه اثر و شاخص کوهن استفاده گردید. تحلیل چشمی یکی از رایج‌ترین انواع تحلیل‌ها در طرح تک آزمودنی است که امکان سنجش اثر بالینی حاصل از برنامه مداخله و انجام تغییرات مورد نیاز در آن را برای درمانگر فراهم می‌کند. از مزایای دیگر این روش حساسیت به تفاوت‌های فردی و صرف مدت زمان اندک برای تحلیل آن است. افزون بر این برای محاسبه داده‌های حاصل از این طرح، روش معناداری بالینی^۱ نیز به کار گرفته شد که برای به دست آوردن آن از فرمول درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، اندازه تأثیر و شاخص کوهن استفاده گردید.

مقیاس فقدان معنا (۵ سؤال)، ملالت (۵ سؤال)، دلسردی (۶ سؤال)، درماندگی (۴ سؤال)، احساس شکست (۴ سؤال) است و ضریب پایایی آن ۰/۹۴ بود [۴۵]. نمره بالاتر از نقطه برش ۳۰ به معنی رنج بردن از نشانگان افت روحیه است. کیسان و همکاران [۴۵] ضریب پایایی آن را ۰/۹۴ و بهمنی و همکاران [۲۲] در جمعیت عادی معادل ۰/۸۷ و در افراد مبتلا به عفونت ویروس نقص سیستم ایمنی انسان ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. ضریب روایی آن نیز بر اساس آزمون آلفای کرون باخ توسط بهمنی و همکاران [۲۲] ۰/۸۶ به دست آمد.

۳- برنامه اجرای درمان (پروتکل) شناخت درمانی هستی نگر: به منظور اجرای جلسات مداخله، پروتکل اجرایی کیسان که توسط بهمنی [۱۹] اجرا شده بود با تعدیل و تطبیق با شرایط اجرای در جلسات درمان انفرادی مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۱).

۴- احراز شرایط کفایت درمانگر: پژوهشگر مجری برنامه مداخله باهدف تطبیق خود با معیار اخلاق پژوهش در مطالعات بالینی، دو برنامه کارآموزی متفاوت را زیر نظر استاد راهنمای خود در زمینه کاربرد فنون شناخت درمانی وجودنگر انفرادی به مدت ۱۵ جلسه و نیز گروه درمانی شناختی وجودگرا (۱۰ جلسه) گذرانیده و مجوز استفاده نظارت شده از این فن را در ارائه خدمات مشاوره از ایشان اخذ کرد.

روند اجرای پژوهش: ابتدا پس از کسب مجوزهای لازم، اطلاعات کامل در زمینه پژوهش در اختیار مسئولین مرکز بهداشتی درمانی شهید سبزه پرور کرج قرار داده شد. درعین حال به منظور رعایت ضوابط اخلاق پژوهش، اطلاعات کافی در مورد هدف و نحوه اجرا و نیز استفاده از یافته‌های پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. گروه نمونه که تعداد سه نفر از آزمودنی‌های مبتلا جهت مشاوره و درمان پزشکی به مرکز بهداشتی درمانی شهید سبزه پرور کرج (وابسته به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی البرز) که آمادگی لازم جهت شرکت در طرح مداخله را دارا و واجد معیارهای شمول بودند، انتخاب شدند. بیست روز قبل از اجرای مداخله پرسشنامه نشانگان افت روحیه کیسان و همکاران [۴۵] توسط آزمودنی‌ها به عنوان خط پایه اول تکمیل شد، در هنگام شروع درمان دوباره پرسشنامه نشانگان افت روحیه به عنوان خط پایه دوم

جدول ۱) محتوای جلسات شناخت درمانی هستی نگر

مراحل	جلسات درمانی	محتوای جلسات درمان
مرحله آشنایی	مقدماتی	آشنایی آزمودنی با اهداف کلی جلسات درمانی/ توضیح خطوط کلی جلسات اعم از مسئولیت‌پذیری در قبال فرآیند درمان، لزوم رعایت اصل رازداری، رعایت زمان‌بندی جلسات، سعی در خودافشایی از طریق ابراز افکار و احساسات، توافق در مورد مکان و زمان برگزاری جلسات/ اجرای اندازه‌گیری خط پایه (نکته: خط پایه در ابتدای جلسه اجرا می‌شود تا تأثیر مداخله به حداقل خود برسد).
	اول	درخواست از آزمودنی برای بیان داستان خود در مورد نحوه ابتلا به بیماری و به دنبال آن واکنش‌های احساسی و رفتاری نسبت به بیماری/ کمک در ایجاد فضای درمانی امن و پویا در جلسه/ کمک به خود ابراز گری و خود آشکارسازی آزمودنی/ کمک به حضور فرد در اینجا و اکنون/ بررسی برش طولی رفتار، احساس و فکر آزمودنی در حین بیان نحوه ابتلا به بیماری/ سعی در برقراری ارتباط درمانی و اعتمادسازی جهت کمک به خود افشایی بیشتر
	دوم	ایجاد فضایی برای بودن آزمودنی به منظور تجربه‌ی خود/ تسهیل اظهار عقاید و باورهای آزمودنی در مورد بیماری و ابتلا به آن و ارزیابی علت آن/ شناخت تحریفات و خطاهای شناختی آزمودنی مثلاً در مورد نسبت دادن علت بیماری به گناهان گذشته‌ی خود (تقصا از طرف خدا)/ استخراج خطاهای شناختی موجود و در نهایت چالش با آن‌ها/ بروز مقاومت‌های احتمالی و شروع کار برای کاهش و رفع آن‌ها
مرحله مانی	سوم	توجه تدریجی به اضطراب‌های وجودی برون‌ریزی شده توسط آزمودنی در حین خود افشاسازی/ تسهیل ادامه فرآیند خود افشاسازی و مواجهه آزمودنی با مفاهیم اضطراب‌های وجودی/ پرداختن به مفهوم پیش‌بینی‌ناپذیری دنیا و عدم قطعیت هستی/ کار با مظاهر اضطراب پیش‌بینی‌ناپذیری (اعم از ترس از عود بیماری، سرایت به سایر نقاط بدن، مبتلا شدن به ایدز و آینده زندگی فردی) و کمک به کاهش این ترس‌ها از طریق پذیرش اضطراب پیش‌بینی‌ناپذیری/ ارزیابی و چالش با افکار آزمودنی در رابطه با غیرقابل کنترل بودن امور مربوط به بیماری از طریق فنون شناختی و اصلاح تحریفات نهفته در آن‌ها/ اندازه‌گیری متغیر نشانگان افت روحیه
	چهارم	کار با مضمون اضطراب مرگ در هنگام بیان واکنش به تشخیص HIV مثبت تشویق به بیان معنای فردی در ارتباط با اضطراب مرگ کمک به مواجهه با واقعیت مرگ (در صورت عود بیماری و مبتلا شدن به ایدز) اصلاح تحریفات شناختی موجود در معنای اضطراب وجودی مرگ تسهیل فرآیند سوگ (ایجاد فضایی به منظور برون‌ریزی هیجاناتی مثل غم و اندوه و سوگواری برای فقدان‌های ناشی از HIV مثبت و احتمال مبتلا شدن به ایدز و اعتماد به خود در توانایی پذیرش تجارب هیجانی منفی).
	پنجم	کمک به خلق معنایی جدید در علت مبتلا شدن به HIV مثبت و مبتلا شدن احتمالی به ایدز از طریق فنون شناختی در راستای کمک به پذیرش مرگ احتمالی به عنوان یک واقعیت اجتناب‌ناپذیر/ آشنا شدن فرد با مفهوم اضطراب تنهایی بنیادین (مبنی بر اینکه فرد احساس می‌کند بعد از مبتلا شدن به این بیماری تنها شده است)/ کمک به پذیرش تنهایی به عنوان تجربه‌ای اصیل برای افزایش میل و انگیزه برای کنار دیگران و اعضای خانواده بودن
	ششم	چالش با مفهوم از دست دادن معنا در زندگی/ چالش با معنای ناکارآمد اطلاق شده به بیماری و احساس گناه ناشی از آن (اعم از تقاص پس دادن، تنبیه شدن، گناهکار بودن)/ کمک به آزمودنی در یافتن معنایی کارآمد و عاری از تحریفات شناختی/ کمک به پذیرش انتخاب در معنا دهی به تجارب زندگی/ کمک به ارزیابی مجدد اولویت‌ها و تصمیمات زندگی/ کمک به پذیرش احساس مسئولیت در قبال سرنوشت خود/ استفاده از اعتقادات معنوی- مذهبی آزمودنی در پیدا کردن معنا/ اندازه‌گیری متغیر نشانگان افت روحیه
	هفتم	کمک به مواجهه فرد با تبعات عدم قبول مسئولیت و نادیده گرفتن اصل آزادی و انتخاب/ چالش با مفهوم رنج ناشی از عواقب مبتلا شدن/ کمک به آزمودنی در پذیرش رنج در پی فرآیند معنا دهی، از طریق فنون شناختی/ کمک به آزمودنی برای جستجوی بیشتر در واقعیت ثابت‌شده‌اش در راستای رها شدن از رنج و پذیرش آن
	هشتم	جمع‌بندی جلسات قبل و کمک در رسیدن فرد به این چشم‌اندازها که: زندگی و مرگ به یکدیگر وابسته‌اند و مرگ همواره به ما می‌نگرد و زندگی را نیز نمی‌توان به تویق انداخت/ در پس تعبیر هر تجربه- ای، معنای شخصی وجود دارد و فرد در انتخاب این معنا از آزادی بی‌قید و شرطی برخوردار است چرا که همه ما به درون جهانی خالی از معنا افکنده شده‌ایم/ هر یک از ما در هستی تنهایییم و هیچ رابطه‌ای قادر به از میان بردن تنهایی‌مان نیست ولی می‌توانیم در تنهایی یکدیگر شریک شویم و رابطه‌ای عمیق و پرمعنا با یکدیگر برقرار کنیم.
	نهم	جمع‌بندی کل مباحث مطرح شده با کمک آزمودنی/ بررسی تأثیر مداخلات انجام شده و تحریفات شناختی اصلاح‌شده/ صحبت با آزمودنی در مورد هویتی که در اثر فرآیند معنا دهی ناکارآمد، افکار ناسازگار و ... معشوش شده بود/ کمک به ساخت هویت جدید آزمودنی متناسب با موقعیت جدید
پیگیری	دهم	جمع‌بندی جلسه قبل/ هماهنگی لازم برای جلسات پیگیری/ اجرای پس آزمون
	اول	اندازه‌گیری متغیر نشانگان افت روحیه ۴ هفته بعد از اتمام مداخله درمانی
	دوم	اندازه‌گیری متغیر نشانگان افت روحیه ۸ هفته بعد از اتمام مداخله درمانی

یافته‌ها

نتایج است [۴۶] در ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران در جدول ۲ ارائه شده و سپس تغییر نمرات بیماران را در مقیاس نشانگان افت روحیه به وسیله جدول ۳ و نمودار ۱ نشان داده و فراز و فرود آن‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد.

روش‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش، درصد بهبودی، اندازه تأثیر و شاخص کوهن است. به منظور سهولت درک یافته‌های این پژوهش از نمودار نیز استفاده شده است. در طرح‌هایی مانند طرح پژوهشی حاضر روش ترسیم نمودار مفیدترین و قابل قبول‌ترین روش برای تفسیر

جدول ۲) ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

وضعیت تأهل	سن	سطح تحصیلات	شغل	مدت ابتلا به بیماری	نحوه ابتلا
فوت همسر	۳۵	سیکل	کارگر خیاطی	۶ سال	همسر
فوت همسر	۳۰	دیپلم	خانه‌دار	۴ سال	همسر
مجرد	۲۵	دیپلم	بیکار	۲ سال	ارتباط با جنس مخالف

اجرای درمان، مجرد بوده‌اند.

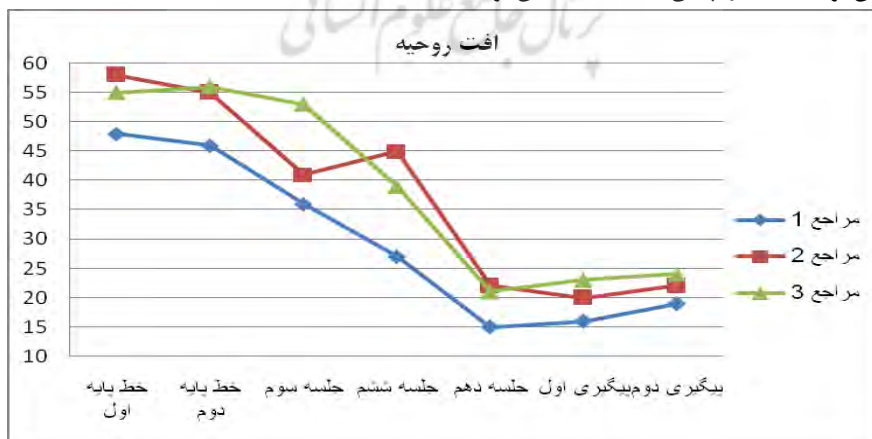
همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود هر سه آزمودنی از طریق رابطه جنسی به HIV مبتلا شده‌اند و در زمان

جدول ۳) تغییرات نمرات مقیاس نشانگان افت روحیه مربوط به سه آزمودنی در طی جلسات

	خط پایه اول	خط پایه دوم	جلسه سوم	جلسه ششم	جلسه دهم	پیگیری اول	پیگیری دوم
آزمودنی ۱	۴۸	۴۶	۳۶	۲۷	۱۵	۱۶	۱۹
آزمودنی ۲	۵۸	۵۵	۴۱	۴۵	۲۲	۲۰	۲۲
آزمودنی ۳	۵۵	۵۶	۵۳	۳۹	۲۱	۲۳	۲۴

این کاهش پایدار بوده است؛ و همچنین نمرات آزمودنی سوم در طی جلسات درمان تغییراتی در جهت کاهش شدت نشانگان افت روحیه داشته است و این کاهش تا جلسات پیگیری پایدار بوده است. در نمودار ۱ تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس نشانگان افت روحیه مشاهده می‌شود.

همان گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی اول در طی جلسات درمان تغییراتی در جهت کاهش شدت نشانگان افت روحیه داشته است و این کاهش در جلسات پیگیری افزایش اندکی داشته است. نمرات آزمودنی دوم ابتدا کاهش شدت نشانگان افت روحیه را نشان می‌دهد. در وسط درمان افزایش و مجدداً در پایان جلسات کاهش و



نمودار ۱) تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس نشانگان افت روحیه

بازبینی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه‌ی اثر بیانگر کاهش معنادار و قابل توجه نشانگان افت روحیه هر سه مراجع بود. این نکته در جدول ۴ بر اساس شاخص‌های

تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفته است

جدول ۴) شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری آزمودنی‌ها

شاخص نمونه	اندازه اثر	درصد کاهش نمرات (MPR)	درصد بهبودی پس از پیگیری (MPI)	انحراف استاندارد پیگیری	میانگین پیگیری	شاخص نمونه	اندازه اثر	درصد کاهش نمرات (MPR)	درصد بهبودی پس از مداخله (MPI)	انحراف استاندارد مداخله	میانگین مداخله	انحراف استاندارد خط پایه	میانگین خط پایه	آزمودنی پایه
۱۶/۳۸	۰/۹۹	۱۶۸	۶۲/۷۶	۲/۱۲	۱۷/۵	۲/۷۹	۰/۸۱	۸۰	۴۴/۶۸	۱۰/۵۳	۲۶	۱/۴۱	۴۷	۱
۱۹/۷۱	۰/۹۹	۱۶۹	۶۲/۸۳	۱/۴۱	۲۱	۲/۳۲	۰/۷۵	۵۶/۹۴	۳۶/۲۸	۱۲/۲۸	۳۶	۲/۱۲	۵۶/۵	۲
۴۵/۷۱	۰/۹۹	۱۳۶/۱۷	۵۷/۶۵	۰/۷۰	۲۳/۵	۱/۵۷	۰/۶۱	۴۷/۳۷	۳۲/۱۴	۱۶/۰۴	۳۷/۶۶	۰/۷	۵۵/۵	۳

داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهند که در هر سه آزمودنی میزان بهبودی و کاهش نمرات قابل ملاحظه است، به عبارت دیگر می‌توان گفت که شناخت درمانی هستی نگر منجر به کاهش نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان شده است.

بحث

این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی روش مداخله یکپارچه شده موسوم به شناخت درمانی هستی نگر در نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به ویروس نقص ایمنی سیستم ایمنی انسان و با استفاده از طرح مطالعات تک آزمودنی انجام شد.

نگرانی‌های وجودی، ویژگی هستی شناختی هر فرد است که با آگاهی او از احتمال مرگ و تهدید نیستی تجربه می‌شود [۱۰] و از این رو می‌توانند منبع قابل توجه آزرده‌گی در افرادی باشد که با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی دست به گریبان هستند [۱۳]. سهم مهمی از این آزرده‌گی محصول از اعتبار افتادن فرض‌ها و معناهای قبلی است که افراد از آن‌ها برای اعمال کنترل بر امور جاری و توانایی پیش‌بینی آینده بهره می‌برده‌اند [۳، ۱۰ و ۱۳]. افرادی که عوامل فشارزای عمده زندگی مثل تشخیص بیماری مهلک را تجربه می‌کنند در یافتن هدف و معنا بخشی به رویداد آسیب‌زای بیماری با دشواری مواجه شده و با احتمال بیشتری، آزرده‌گی‌های وجودی را تجربه می‌کنند [۱۷]. نشانگان افت روحیه یکی از انواع آزرده‌گی‌های وجودی است که احتمال بروز آن در این افراد زیاد است. بر این اساس، مواجهه انسان با عوامل تهدیدکننده زندگی می‌تواند او را با جنبه‌هایی از زندگی که اغلب می‌کوشد تا از

مواجه‌شدن با آن طفره برد، روبرو کرده و چنانچه فرد آمادگی قبلی برای این مواجهه را نداشته و نتواند برای آنچه که اتفاق افتاده معنایی همساز با مقتضیات هستی پیدا کند، ممکن است درگیر تجربه روان‌شناختی شود که محصول تهدید شدگی معنا بوده و خود را در مجموعه علائمی نشان دهد که به نشانگان افت روحیه موسوم است [۱۸].

همسو با استدلال و نیز پیش‌بینی فوق، نتایج سنجش خط پایه نشانگان افت روحیه هر سه مراجع (آزمودنی) نشان داده شده در نمودار شماره ۱، بسیار بالاتر از نمره ۳۰ که به عنوان نقطه برش این مقیاس تعیین شده، بوده است. این یافته با نتایج گزارش شده توسط کیسان [۷ و ۱۸]، بهمنی و همکاران [۲۱ و ۲۲] در مورد شیوع نشانگان افت روحیه در بین بیماران همسو است. همان طور که در بیان مسئله اشاره شد، نشانگان افت روحیه به عنوان یک آزرده‌گی وجودی محصول ناتوانی فرد در کشف معنای کارآمد برای رویدادهای سهمگین زندگی است [۱۸]؛ و بامعنای زندگی و نیز احساس انسجام کلی فرد رابطه معکوس دارد [۲۷، ۵۰ و ۵۱]. درمان نشانگان افت روحیه در این بیماران، شامل تسهیل جستجوی معنی و مقصود در زندگی، گسترش ارتباطات فردی و کمک به بیمار برای توسعه افکار و نگرش‌های سازگار و مناسب است [۱۹].

همان طور که نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد، نمرات هر سه مراجع در مقیاس نشانگان افت روحیه در فاصله بین نخستین جلسه مشاوره (که سنجش خط پایه دوم نیز در ابتدای آن انجام شد) و جلسه دهم مشاوره (که آخرین سنجش پیش از پیگیری در آن انجام شده است) به غیر از

تأییدکننده انتظار فوق دانست. همان طور که مشاهده شد با شروع جلسات درمان به شکل قابل‌توجهی از میزان نشانگان افت روحیه هر سه مراجع کاسته شده است. بر اساس قابلیت‌های طرح مطالعه مورد استفاده، این تغییرات را می‌توان به تأثیر برنامه مداخله نسبت داد. به طور کلی در این نوع رویکرد درمانی معمولاً علاوه بر شناخت درمانی که هدف آن تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، در طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود تا افراد فرصت پیدا می‌کنند تا از طریق بیان احساسات با اضطراب‌های وجودی خود آشنا شده و آن‌ها را بپذیرند درعین‌حال با استفاده از راهبردهای شناختی، خطاهای شناختی و نیز رفتارهای نگه‌دارنده این خطاها را شناسایی و تغییر دهند. باید در نظر داشت که فضای درمان در مداخله شناختی هستی‌نگر، بر مبنای گوش فرادادن به قصه‌های آزمودنی برای درک دنیای پدیداری او و کمک به او برای مواجه‌شدن با کلیت خود با تأکید بر دو مفهوم بنیادین اینجا و اکنون پایه‌ریزی شده بود. آزمودنی‌ها به بیان قصه‌های خود و نحوه‌ی مبتلا شدن به بیماری پرداختند، به آن‌ها کمک شد تا به راحتی هیجان و افکار خود را ابراز نموده و مسئولیت آن‌ها را بپذیرند. محتوای اصلی این جلسات بر تسهیل برون‌ریزی هیجانی و وقوف افراد به تجربه هیجانی خود و مواجه‌شدن با مضامین اضطراب‌های وجودی تمرکز داشته است. تأکید این روش درمانی به کار بر روی اضطراب مرگ و تسهیل سوگواری برای خود و سپس تلاش برای کشف معنای جدید در امور در جلسات چهارم تا ششم مداخله اختصاص داشت. اگر چه این فرایند نیز در مراجعین اول و سوم باعث تداوم روند کاهش نشانگان افت روحیه شده اما در مراجع شماره ۲ روند کاهش متوقف و اندکی نیز افزایش مشاهده می‌شود. در بازبینی محتوای ثبت‌شده جلسات چهارم، پنجم و ششم مشخص شد که مراجع شماره ۲ به طور گزرا درگیر خطای شناختی بیش برآورد در مورد سهم خود از مسئله شده و نیز فعال شدن اضطراب‌های مرگ موضوع جلسات چهارم و پنجم برنامه مداخله او را به شدت درگیر احساس گناه کرده بود و به این ترتیب بیش از اینکه بتواند به مقدرات زمان حالش فکر کند، در دام حسرت فرصت‌های سوخته و اشتباهات انجام‌شده افتاده بود. با ادامه جلسات و پذیرش

مراجع شماره ۲ که در سنجش چهارم (جلسه ششم مشاوره) نمره‌ای بیش از نتایج سنجش سوم و پنجم داشته، از روند کاهشی قابل‌توجهی برخوردار بوده و نمرات هر سه آزمودنی در پنجمین سنجش که در آخرین جلسه مشاوره انجام شد، بسیار پایین‌تر از نقطه برش (نمره ۳۰) است.

برای تبیین این یافته می‌بایست به مقتضیات طرح مطالعه مورد استفاده و نیز محتوای جلسات ده‌گانه برنامه مداخله، رجوع کرد. در بخش روش تحقیق بیان شد که روش مطالعه تک آزمودنی به عنوانی یکی از طرح‌های تجربی این قابلیت را دارد که بتوان از آن نتیجه‌گیری علی کرد. روش شناخت درمانی هستی‌نگر با استفاده از فنون خاص، ضمن کمک به آگاهی و ابراز هیجان‌های ناشی از فعال شدن اضطراب‌های هستی نظیر اضطراب از مرگ، عدم قطعیت، بی‌معنایی، تنهایی و کنترل ناپذیری جهان که در اثر تهدید مرگ یا از دست دادن‌های مهم نهفته در بیماری تشدید می‌شوند و سپس پذیرش صادقانه و بروز پاسخ‌های اصیل‌تر به آن‌ها، با استفاده از فنون شناخت درمانی برخی از طرح‌واره‌ها، افکار خود آیند و خطاهای شناختی که در شکل‌گیری گرایش به اجتناب از مواجه‌شدن با اضطراب‌های هستی نقش داشته‌اند را نیز شناسایی و اصلاح نمود.

به منظور نیل به این هدف، پروتکل اجرای مداخله شناخت درمانی هستی‌نگر (جدول ۱) به گونه‌ای طراحی شده بود که بتواند به تدریج از طریق استقرار فضای امن ارتباطی برای برون‌ریزی هیجانی، زمینه را برای خود افشائی و مواجهه با هیجان‌های بازداری، تحریف و انکار شده فراهم آورد و سپس با اتکا به این افزایش آگاهی مراجع از جنبه‌های هیجانی خود به طرف شناسایی، اصلاح و یا حذف شناخت‌های ناکارآمد، غیرمنطقی و غلطی که زیربنای فاصله‌گیری از تجربه اضطراب‌های وجودی است، حرکت کند.

در واقع شناخت درمانی هستی‌نگر علاوه بر این که به ریشه‌یابی شکل‌گیری الگوهای غلط و غیر منطقی شناخت در زمان گذشته و چگونگی استمرار آن در زمان حال می‌پردازد، سعی می‌کند به مراجع کمک کند تا این الگوهای غلط را شناسایی و به تغییر باورهای ناکارآمد بپردازد، در عین حال تلاش می‌کند تا تمرکز جلسات بر اینجا و اکنون باشد. اطلاعات ارائه‌شده در نمودار شماره ۱ را می‌توان

جلسه مشاوره است. در واقع قطع دریافت بازخوردهای مثبت از درمانگر، زمان بر بودن کسب مهارت‌های ذهنی برای استفاده از مفاهیم و مضامین تازه یاد گرفته شده در مواجهه با رویدادهای روزمره، ناتمام مانده فرایند مداخله به خاطر کم تعداد بودن جلسات مداخله را می‌توان جزو عوامل این پس رفت مختصر، فهرست کرد. با این وجود از آنجایی که اطلاعاتی از روند دوام این تغییرات در فاصله زمانی سه و شش ماه پس از اتمام جلسات مشاوره در دست نیست، نمی‌توان در مورد این پس رفت مختصر ارزیابی مناسب ارائه کرد.

به عنوان جمع‌بندی می‌توان تصریح کرد که شناخت درمانی هستی نگر توانسته است نقش موثر در کاهش نشانگان افت روحیه زنانی که تشخیص HIV مثبت دریافت کرده‌اند ایفا کند. این یافته را می‌توان به معنی حمایت از پیش‌فرض‌های زیربنائی نظریه هستی گرایی در شکل‌گیری و نیز درمان نشانگان افت روحیه تلقی کرد. با این وجود در ارزیابی نهایی میزان تأثیر برنامه و قابلیت تعمیم نتایج و استفاده از یافته‌های این تحقیق باید به چند عامل توجه داشت، نخست این که به نظر می‌رسد که ۱۰ جلسه مداخله برای کمک به بیماران برای مواجه شدن با پیامدهای سنگین احتمال مرگ زودهنگام کافی نباشد. درعین حال کم بودن نسبی حجم نمونه، محدود بودن اجرای مداخله به یک مرکز بهداشتی درمانی و تعداد کم سنجش‌های پیگیری نیز از قابلیت تعمیم یافته‌ها کاسته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی با تعداد حداقل ۱۶ جلسه مشاوره برنامه‌ریزی شود. به منظور استفاده از مقدرات و مزایای گروه‌های درمان‌کننده، پیشنهاد می‌شود تا از برنامه گروه درمانی شناختی هستی نگر که اثربخشی آن بر روی سایر بیماران صعب‌العلاج گزارش شده است نیز برای این بیماران استفاده شود. از جمله مزایای گروه درمانی ایجاد فرصت استفاده از روابط ایجاد شده بین اعضا برای حمایت‌های روانی اجتماعی پس از اتمام فرایند مداخله است. درعین حال پیشنهاد می‌شود تا این مطالعه با حجم نمونه بالاتر اجرا و تعامل آن با دیگر متغیرهای روان‌شناختی نیز بررسی گردد.

مسئولیت انتخاب‌های تازه برای خلق فرصت‌های تازه از جمله استفاده بهتر از زمان باقی‌مانده که محتوای اصلی جلسات ششم و هفتم بود، روند کاهش نشانگان افت روحیه، مجدداً شروع و نظیر هر دو مراجع دیگر تا پایان جلسه دهم نیز ادامه یافت. جلسات آخر به بازبینی معنای تجربه و اصلاح خطاهای شناختی که باعث فاصله گرفتن فرد از تجربه اضطراب هستی و اصلاح این خطاها توجه داشت، که روند کاهش نمرات افراد در جلسات آخر قابل مشاهده است؛ که با نتایج گزارش شده توسط کیسان و همکاران [۳۸] مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی هستی نگر بر کاهش میزان غم و اندوه و افزایش قابلیت حل مسئله و توسعه راهبردهای شناختی کارآمد در بیماران مبتلا به سرطان، بریت بارت^۱ [۵۳] در مورد اثربخشی گروه درمانی وجودی بر بهبود معنا و افزایش امیدواری بیماران افسرده مبتلا به سرطان، کیسان، بلوچ، اسمیت، میاچ، کلارک، اِکین، لاو، رنجری و مکنزی^۲ [۳۹] در مورد اثربخشی شناخت درمانگری وجودی بر کاهش نشانه‌های کلی درماندگی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان غیر منتشر، کیسان، لاو، هاتون^۳، بلوچ، اسمیت، کلارک، میاچ، اِکین، رنجری و اسنایدر^۴ [۴۰] در مورد تأثیر بر بهبود روابط خانوادگی و از آن طریق بر افزایش طول عمر بیماران مبتلا به سرطان پستان، بهمنی [۱۹] مبنی بر اثربخش بودن گروه درمانی شناختی هستی نگر بر کاهش میانگین افسردگی و افزایش میانگین امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان، بهمنی و همکاران [۳۸] مبنی بر اثربخش بودن شناخت درمانی هستی نگر در افزایش امیدواری و کاهش افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان همسو است.

یکی از معیارهای ارزیابی تأثیر روش‌های مداخله روان‌شناختی بر متغیر وابسته، میزان دوام پیامدهای مثبت مداخله پس از اتمام جلسات مشاوره است. همان طور که در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است، نتایج به دست آمده از دو نوبت سنجش پیگیری، حاکی از افزایش خفیف نمره نشانگان افت روحیه هر سه آزمودنی پس از آخرین

- 1- Breitbart
- 2- Bloch, Smith, Miach, Clarke, Ikin, Love, Ranieri & Mekenzie
- 3- Hatton
- 4- Snyder

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری بیماران گرامی و یاری دوستانه کارکنان محترم مرکز بهداشتی درمانی شهید سبزه پرور کرج به خصوص دکتر دلجانی سرپرست مرکز و سرکارخانم کارآزموده بی‌نهایت تشکر می‌گردد.

منابع

- 15-Lee CY, Fang CK, Yang YC, Liu CL, Leu YSh, Wang TE, Chang YF, Hsieh RK, Chen YJ, Tsai LY, Liu Sh, Chen HW. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. *Support Care Cancer*. 2012;(20): 2259-67.
- 16-Vehling S, Lehmann C, Oechsle K, Bokemeyer C, Krull A, Koch U, Mehnert A. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning. The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psycho Oncol*. 2012;(21):54-63.
- 17-Kissane DW. Psychospiritual and existential distress. *Australian Fam Physician*. 2000; (29): 1022-25.
- 18-Kissane DW, Clark DM, Street AF. Demoralization syndrome. A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care*. 2001;(7): 12-21.
- 19-Bahmani B. Comparison the effectiveness of two methods of "cognitive therapy-based teaching style Michael Ferry" and "Group Therapy Cognitive / Existential" the hope, self-esteem and quality of life in women after treatment for breast cancer, non-reported symptoms of depression have demonstrated [Dissertation]. Tehran: University of Allameh Tabatabai, 2010. [persian]
- 20- Kissane DW, Maj M, Sartorius N. *Depression and Cancer*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 244p, (ISBN 978-0-470-68966-0).
- 21-Bahmani B, Naghiay M, Alimohammadi F, Dehkhoda A. Demoralization in women with breast cancer: a comparative study. *Proceedings of the Third National Congress of Psychology*. Marvdasht. 2013. [persian]
- 22-Bahmani B, Farmani Shahreza S, Amin Esmaeili M, Naghiay M, Ghaedniay Jahromi A. Demoralization Syndrome in Patients with Human Immunodeficiency Virus. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2015; 3 (1) :19-2724. [persian]
- 23- Sahoo S, Mohapatra PK. Demoralization syndrome: a conceptualization. *Orissa J Psychiatry* 2009; 16: 18-20.
- 24-Juliet CJ. Demoralization in medical practice. *Prim Care Companion J Clinl Psychiatry*. 2007; 2 (9).
- 25-Cheng YL. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. *Support Care in Cancer*. 2012; 10 (20): 2259-67.
- 26-Randy AS. Demoralization in patients with medical illness. *Psychiatry*. 2010; 8 (7): 42-7.
- 27-Boscaglia N, Clarke DM. Sense of coherence as a protective factor for demoralization in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. *Psycho Oncol*. 2007; 16 (3):189-95
- 28-Rahimi Z, Effectiveness of cognitive spirituality-based counseling on decreasing of demoralization in elders [Dissertation]. Tehrn: University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2013. [persian]
- 1-Craig W. Cognitive behavioral therapy for chronic medical diseases. Molodi R, Fatahi K. 4th ed. Tehran: Arjmand; 2010. [persian]
- 2-Hubbli J. AIDS (Genesis, symptoms, transmission, prevention, and promising treatments). Ghaffari A, 1th ed. Tehran: Bud growth; 2007.
- 3-Kayser K, Scott JL. Helping couples cope with womnn s aaneers nn evddhnce-based approach for practitioners. Springer Science Business Media, LLC. 2008.
- 4-Kaut K. Religion, spirituality, and existentialism near the end of life: implications for assessment and application. *Am Behav Sci*. 2002; (46): 220-34.
- 5-Chochinov H, Cann B. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Medi*. 2005;(8): 103-15.
- 6-Avii IA, Kumaagzz .. Mrrllll ll justment nnd loneliness status of women with mastectomy and husbands reactions. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2011; (12): 453-59.
- 7-Kissane DW, Clark DM. Demoralization: it,s phenomenology and importance. *Australian and Newzeland J Psychiatry*. 2002; (36):733-42.
- 8- Kernan WD, Lepore SJ. Searching for and making meaning after breast cancer: Prevalence, patterns, and negative affect. *Soc Sci Med*. 2009; 68(6), 1176-82.
- 9-Yalom ID. *Existential Psychotherapy*, Translated Habib S. Tehran. Publication requirement. 2011. [persian]
- 10-Prochaska J. Norcross CJ. *Theories of psychotherapy*. Seyyed Mohammad Y. 3th ed. Tehran. Emissions growth. 2010. [persian]
- 11-Cherny NI, Blinderman CD. Existential issues do not necessarily result in existential suffering:Lesson from cancer patients in Israel. *Palliat Med*. 2005;(19): 377-80.
- 12-Leung D, Esplan MJ. Alleviating existential distress of cancer patients: Can relational ethics guide clinicians? *Euro J Cancer Care*. 2010; (19): 30-8.
- 13-Schreiber R, Bruce A, Boston P. Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review, *J Pain and symptom Manag*. 2011;(3): 604-18.
- 14-Mullane M, Dooley BE, Bates U. Validation of the Demoralization Scale in an Irish advanced cancer sample. *Palliat Support Care*. 2009; (7): 323-30.

- reducing depression in patients with hiv-positive man. *Psychol Stud.* 2005; 3(4). [persion]
- care in patients with breast cancer. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2010.
- 43-Eskandari M. The effectiveness of cognitive-existential therapy on depression, parents hope that their children due to cancer are under medical treatment [Dissertation], Tehran: Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran. 2012. [persion]
- 44- Murata H, Morita T. Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project. *Palliat support care.* 2006; 4(3): 279-85.
- 45-Kissane DW, Wein S, Love A, Lee XQ. The Demoralization scale: a report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care.* 2004;(4): 269-76.
- 46- Nazari V, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. Comparative efficacy of cognitive-behavioral marital therapy enriched with a combination of behavioral marital therapy marital satisfaction. *J Mod Psychol.* 2011;6(22): 149-75.
- 47-LeMay K, Wilson KG. Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clin Psychol Rev.* 2008;(28):472-93.
- 48-Henoch I, Danielson E. Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: An integrative literature review. *Psycho Oncol.* 2009;(18): 225-36.
- 49-Koenig H. Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *Southern Med J.* 2004;(12):1194-200.
- 50-Boscaglia N, Clarke DM. Sense of Coherence as a Protective Factor for Demoralization in Women with a Recent Diagnosis of Gynaecological Cancer. *Psychooncology.* 2007; 16(3): 189-95.
- 51-Lethborg C, Aranda S, Shelley C, Kissane D. To What Extent Does Meaning Mediate Adaptation to Cancer? The Relationship between Physical Suffering, Meaning in Life, and Connection to Others in Adjustment to Cancer. *Palliat Support Care.* 2007; 5(4): 377-88.
- 52-Thorn BE. Cognitive Therapy for chronic pain. National Register of Health service providers in psychology. Washington: DC. 2005.
- 52-Thorn BE. Cognitive Therapy for chronic pain. National Register of Health service providers in psychology. Washington: DC. 2005.
- 53-Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care. *Supportive Care in Cancer.* 2001; 10(4): 272-80.
- 29-Salgi Z, Hashemian K, Saidipour B. The effectiveness of cognitive group therapy in 30- Shakeri J, Parvizifard A, Aminzadeh J. HIV-positive patients admitted to the mental state of health counseling centers Kermanshah. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2006; 10 (1): 31-39. [persion]
- 31-Sharafi M, Mahmood Aliloo M, Hashemi Nosratabad T. The comparison of clinical personality patterns and severe personality disorders in patients with hiv infection and normal individuals. *Clin Psychol Personality.* 2011; 2 (4):17-30. [persion]
- 32-Scoili A, MacNei S, Partridge, Tinker E, Hawkin E. Hope hiv and health: Aprospective study *AIDS.* 2012; 24 (2): 149-156
- 33-Ghezelo M, Esbati M. The effectiveness of group therapy hope on quality of life of HIV-positive men. *J Thought Behav.* 2009; 6 (22). [persion]
- 34-Bahmani B, Etemadi A, Shafiabadi A, Delavar A, Ghanbari Motlagh A. Cognitive-existential group therapy and cognitive therapy-oriented training in breast cancer patients. *J Developmental Psychol.* 2008; 6 (23). 201-14. [persion]
- 35-Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cognitive existential group therapy for patients with primary breast cancer. *Psycho Oncol J.* 1997; 6(1):25-33.
- 37-Motameed F. The effectivness of cognitive therapy in hemodialysis Vjvdgra to increase hope and depression in men. Master's thesis. University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2013.
- 38-Bahmani B, Eskandari M, Hasani F, Dokaneyi Fard F, Shafiabadi A. The effect of cognitive existential group therapy on depression and hopefulness of parent with children having cancer. *Health Psycho.* 2013; 2(2). 48-61.
- 39-Kissane DW, Bloch S, Smith G, Miach P, Clarke D, Ikin J, Love A, Ranieri N, Mekenzie D. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Psycho Oncol J.* 2003; (12): 532-46.
- 40-Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM, Miach P, Ikin J, Ranieri N, Snyder RD. Effect of cognitive existenia group therapy on survival in early stage breast Cancer. *J Clin Oncol.* 2004; (22): 4255-60.
- 41-Dehkhoda A. The effectiveness of cognitive therapy in reducing depressive symptoms in mothers of children with cancer centered spirituality. MS Thesis, University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2013. [persion]
- 42-Bahmani B, Kermani Ranjbar F, Ghanbari Motlagh A, Eskandri M. The effectiveness of cognitive-existential group therapy intervention to improve the quality of life in women with breast cancer. *International Seminar supportive palliative*

The Effectiveness of Cognitive-Existential Therapy on the Demoralization Syndrome in Women with HIV

Farmani-Shahreza, Sh. M.A., Bahmani, B. *Ph.D., Ghaedniay-Jahromi, A. M.A., Amin-Esmaceli, M. Ph.D., Khanjani, S. Ph.D Student.

Abstract

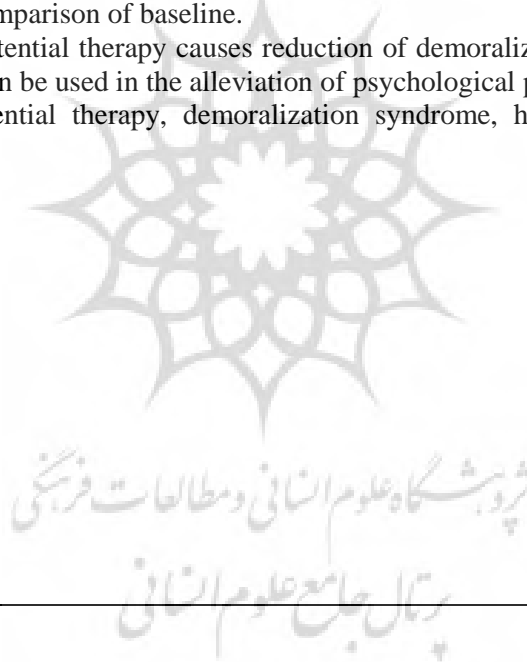
Introduction: This study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-existential therapy on the reduction of demoralization syndrome in patients with HIV.

Method: In single case study three women with HIV who had been referred to Sabzeh Parvar Center in Karaj city for the medical treatment and consultation were selected by the convenience sampling method and received ten 90-minute individual sessions of cognitive-existential therapy. Participants completed Keisan Demoralization Syndrome Instrument (2004) seven times (2 times at the baseline phase, 3 times at intervention phase, and 2 times at follow-up phase). In data analyses, indexes of process changes, slope, effect size, Cohen index, and interpretation of ups and downs in charts were employed.

Results: The results showed significant reduction on demoralization syndrome in comparison with the baseline and the most amount of reduction was observed in the final treatment session. Although the scores increased in the two follow-up sessions in comparison with the final session of therapy, they also showed a significant reduction in comparison of baseline.

Conclusion: Cognitive-existential therapy causes reduction of demoralization syndrome in patients with HIV and this intervention can be used in the alleviation of psychological pain in this group.

Keywords: cognitive-existential therapy, demoralization syndrome, human Immunodeficiency Virus (HIV).



*Correspondence E-mail:
Ba.bahmani@uswr.ac.ir