

# تدوین بسته مداخله روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به ایدز و تعیین اثر بخشی بسته درمانی تدوین شده در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی واکنشی افراد مبتلا به ایدز

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۵/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۰۷

## خلاصه

**مقدمه:** بیماری ایدز برای فرد مبتلا آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی زیادی را ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته مداخله روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به ایدز و تعیین اثربخشی بسته درمانی تدوین شده در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی واکنشی افراد مبتلا به ایدز انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش، رویکرد آمیخته از نوع اکتشافی - توالی‌سازی بود. در مرحله کیفی، جهت تدوین بسته مداخله روان‌شناختی ابتدا مصاحبه‌ای بر روی ۷ نفر از افراد مبتلا به ایدز انجام گرفت، سپس جهت تعیین میزان اعتبار، مفاهیم استخراج شده در اختیار ۳ نفر از متخصصان با تجربه قرار گرفت. بسته مداخلاتی در چارچوب روان‌درمانی یکپارچه‌نگر و چهار عامل مشترک (رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی‌افزایی و نظم‌بخشی به رفتار) تدوین شد. در قسمت کمی، روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به ایدز شهر تهران در سه ماهه پاییز ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش، ۳۲ نفر از بین زنان و مردان مبتلا به ایدز، به صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه ( $n_1=n_2=16$ )، به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزار پژوهش، چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL90) بود. مداخله روان‌درمانی تدوین شده طی ۱۲ جلسه هفتگی در گروه آزمایش برگزار گردید و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد، پروتکل درمانی در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی واکنشی از جمله پرخاشگری، وسواس فکری / عملی، حساسیت در روابط بین‌فردی و علایم فوبیا تاثیر معنی‌داری دارد ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد مداخله درمانی تدوین شده، می‌تواند در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی واکنشی افراد مبتلا به ایدز مفید و اثربخش باشد.

**کلمات کلیدی:** مداخله روان‌شناختی، ایدز، آسیب‌های روان‌شناختی

شهناز شبیانی<sup>۱</sup>

فرح لطفی کاشانی<sup>۲\*</sup>

شهرام وزیری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Email: lotfi.kashani@gmail.com

## مقدمه

ایدز<sup>۱</sup> یا سندرم ایمنی اکتسابی در اثر آلوده شدن فرد به ویروس نقص ایمنی بدن به وجود می‌آید. این ویروس از مهلک‌ترین ویروس‌های شناخته شده در این عصر است و به لحاظ کشندگی زیاد و هزینه مراقبتی فراوان، تهدیدی جدی برای سلامت و اقتصاد جوامع است (ربیعی، فصیحی و هرنیدی، ۱۳۹۶). ایدز در حال حاضر چهارمین علت مرگ و میر انسان است (دمیرال و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> (۲۰۱۶)، در سال ۲۰۱۵، تعداد هفت میلیون بیمار مبتلا به ایدز در جهان شناسایی شده‌اند. در کشور ایران تا انتهای سال ۲۰۱۴ میلادی حدود ۲۷۰۰۰ بیمار ایدز مثبت شناسایی شدند که ۱۰/۷ درصد از کل موارد ثبت شده را زنان تشکیل می‌دادند. گزارشات جدید مربوط به تعداد افراد ایدز مثبت طی سال‌های ۱۳-۲۰۱۲ نشان دهنده آن هستند که ۲۹/۲ درصد از مبتلایان به این بیماری زنان می‌باشند که این مهم بیانگر افزایش نسبت ابتلای زنانی است که از طریق تماس جنسی به این بیماری آلوده شده‌اند (دبیرخانه کمیته ملی ایدز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). مطابق روش‌های آماری در سال ۱۳۹۸ تخمین زده می‌شود که ۶۰۴۳۱ نفر در کشور مبتلا به ایدز هستند که بر اساس نظام جامع مدیریت داده‌های الکترونیک اچ‌ای وی کشور، تا پایان سال ۱۳۹۸ از بین افراد مبتلا به اچ‌ای وی شناسایی، ثبت و گزارش شده ۲۲۳۳۰ نفر زننده هستند، که از این تعداد ۱۵۹۴۹ نفر برای دریافت خدمات به مراکز ارایه دهنده خدمات مراجعه می‌کنند و تعداد ۱۴۴۰۲ نفر تحت درمان قرار دارند. از کل موارد ثبت شده در سال ۱۳۹۸، ۲۹ درصد موارد ثبت را زنان و ۷۱ درصد آنها را مردان تشکیل می‌دهند (مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، ۱۳۹۸).

رابطه جنسی عمده‌ترین راه انتقال این بیماری در دنیاست، به گونه‌ای که ۸۵ درصد موارد ابتلا را شامل می‌شود (ربیعی و همکاران، ۱۳۹۶). ابتلا به ایدز به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی

فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و برچسب اجتماعی، نه تنها باعث بروز مشکلات جسمانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی در افراد مبتلا می‌شود؛ بلکه ممکن است سلامت جسمانی و روانی آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار دهد (اوگدن<sup>۴</sup>؛ ۲۰۱۲؛ پیردهقان، شاکری، هاشمی و ترکاشوند، ۱۳۹۸) و به بروز مشکلات فراوان در فعالیت‌های مفید و علائق بیماران منجر می‌شود (استراسر و گیسون<sup>۵</sup>؛ ۲۰۱۴). این بیماران گستره وسیعی از مشکلات روان‌شناختی بالینی مانند اضطراب (گنزالز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲، هارت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)، افسردگی (اسپاس، کانکویتز و سادات<sup>۸</sup>؛ ۲۰۱۸، دشموک، برکار و دشموک<sup>۹</sup>؛ ۲۰۱۷؛ هیمل هوچ<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ بت<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، اعتیاد (کنارد<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴) و خودکشی را تجربه می‌کنند (کنت، برولت و بکت<sup>۱۳</sup>؛ ۲۰۱۴) که ابتلا به این اختلالات می‌تواند تأثیر منفی بر تبعیت درمان و کیفیت زندگی داشته باشد و موجب افزایش رفتارهای پرخطر در این افراد شود (میرزائی دوستان، زرگر و زندی، ۱۳۹۸).

در همین راستا، ارسو، مولریو، لانگنیو و پاسچیتا<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۸)، طی مطالعه‌ای ارتباط بین شدت بالینی ایدز با اختلالات روانی را بررسی نمودند. نتایج نشان از آن داشتند که نه تنها شانس ابتلا به افسردگی و اضطراب در بیماران ایدز مثبت بالاتر می‌باشد؛ بلکه با افزایش شدت بالینی ایدز، فراوانی اختلالات روانی نیز افزایش می‌یابد. همچنین نتایج آخرین پژوهش‌ها نشان داده که ایدز باعث سرعت بخشیدن به سیر پیشرفت بیماری خواهد شد و خطر مرگ و میر را در این جمعیت افزایش می‌دهد (نیوکامب<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). این آشفتگی‌های روانی که طیف گسترده‌ای از واکنش‌های خفیف مثل بی‌تفاوتی، گناه، درماندگی و ناامیدی تا واکنش‌های شدید مثل اختلالات اضطرابی و افسردگی اساسی و حتی بعضی اوقات افکار خودکشی را در این بیماران شامل شود، موجب شده تا ایدز به عنوان بزرگترین چالش برای سلامت عمومی، حقوق بشر و

9. Spies, Konkiewitz, Seedat

1. Deshmukh, Borkar, Deshmukh 0

1. Himelhoch, Medoff, Maxfield, Dihmes & Dixon

1. Bhat, Babu, Abhishekh 2

1. Kennard, Brown, Hawkins, Risi & Radcliffe

1. Kent, Broolet Beckett 4

1. Ursoiu, Moleriu, Lungeanu & Puschiță

1. Newcomb, Bedoya, Blashill, Lerner & O'Cleirigh

1. AIDS

2. Demirel

3. World: WHO Organization Health

4. National AIDS Committee Secretariat

5. Ogden

6. Strasser & Gibbons

7. Gonzalez, Zvolensky, Grover & Parent

8. Hart, Tulloch & O'Cleirigh

توسعه در هزاره جدید مطرح گردد و تاثیر عمیقی بر کلیه جوانب زندگی مبتلایان را به بار آورد. به طوری که این افراد از اجتماع طرد می شوند، در شغل و تحصیل خود دچار مشکل می شوند و درمان، هزینه های اقتصادی دوچندانی را بر این افراد تحمیل می نماید. همه این موارد می تواند در نهایت سلامت روان این افراد را تحت الشعاع قرار دهد (فایه و همکاران، ۲۰۱۳).

با توجه اینکه ایدز فاقد درمان قطعی است و هزینه های اقتصادی و اجتماعی فراوانی را بر جامعه و خانواده ها تحمیل می کند. به همین جهت عاقلانه ترین روش در مواجهه با این بیماری پیشگیری از آن و کمک به بیماران برای استفاده از توانایی های باقیمانده آنها است (حسین ثابت و فائز پور، ۱۳۹۲). بر اساس بررسی مطالعات پیشین با توجه به اینکه عوامل روان شناختی، نقش مهمی در سبب شناسی بیماری ایدز و درمان آن ایفا می کنند، بکارگیری مداخله های روان شناختی می تواند در کاهش پریشانی روان شناختی و متقابلاً افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا موثر باشد. علاوه بر این، علی رغم افزایش مبتلایان ایدز در ایران و احتمال افزایش شدید آن در آینده، نیاز به وجود منابع علمی و الگوی درمان روان شناختی برای این بیماران خاص جهت استفاده متخصصان مرتبط از جمله روان شناسان، مشاوران و روانپزشکان، ضروری به نظر می رسد. امروزه درمان های روان شناختی متعددی برای بالابردن بردن سلامت روان افراد مبتلا به بیماری ایدز مورد بررسی و کار آزمایی قرار گرفته اند. از جمله درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مرگ و افزایش سلامت روان (میرزائی دوستان و همکاران، ۱۳۹۸)، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی (حمید، بچاری و عطاری، ۱۳۹۷)، درمان دیالکتیک بر سلامت روان و رفتارهای مخاطره آمیز (بلیر، انصاری شهیدی و محمدی، ۱۳۹۷)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارضات زناشویی (امیرخانی، ۱۳۹۵)، روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی (حمید و کاویانی، ۱۳۹۵)، آموزش واقعیت در مانی بر کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی (اسدی و وکیلی، ۱۳۹۴)، رفتار درمانی عقلانی-هیجانی بر افزایش سطح تاب آوری و کاهش

اضطراب و افسردگی (علیزاده و بهرامی، ۱۳۹۱)، گروه درمانی امیدمحور بر بهبود کیفیت زندگی (قرلسفلو و اثباتی، ۱۳۹۰)، معنادرمانی بر بهبود سلامت معنوی و کیفیت زندگی زنان (محمدی و رحیم زاده تهرانی، ۱۳۹۷) و امید درمانی بر افزایش سلامتی (اسکوبیلی و همکاران، ۲۰۱۲)؛ که هرچند این در مان ها دارای اثرمندی هستند، اما در میان آنها تفاوت هایی از نظر میزان تأثیر و با صرفه بودن وجود دارد که در این پژوهش سعی شده تا با بررسی این در مان ها و در نظر گرفتن نقاط ضعف و قوت آنها، یک مداخله روان شناختی در کاهش آسیب های روان شناختی واکنشی افراد مبتلا به ایدز تدوین نموده و اثربخشی آن را بیازماید. امید است نتایج حاصل بتواند به کاهش تبعات روانی - اجتماعی ذکر شده در زندگی بیماران مبتلا به ایدز منجر گردد. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر تدوین بسته مداخله روان شناختی برای بیماران مبتلا به ایدز و تعیین اثربخشی بسته درمانی تدوین شده در کاهش آسیب های روان شناختی واکنشی افراد مبتلا به ایدز بود.

### روش کار

روش پژوهش حاضر رویکرد آمیخته از نوع اکتشافی - توالی سازی بود. این رویکرد دارای دو فاز کیفی و کمی بود. در فاز کیفی ابتدا با انتخاب ۷ نمونه در دسترس از زنان و مردان مبتلا به ایدز و اچ ای وی مثبت مصاحبه نیمه ساخت دار انجام شد. بعد از انجام مصاحبه بر حسب اشباع نمونه گیری، متن مصاحبه ها پیاده سازی و مورد تحلیل مضمون قرار گرفت. بعد از شناسایی نیازها و مشکلات افراد مبتلای ایرانی، پروتکل های درمانی موجود بررسی و در صورت فقدان، اقدام به تهیه پروتکل شد. پروتکل تهیه شده بر اساس پشتوانه پژوهشی و نظر ۳ نفر از متخصصان با تجربه بررسی و پس از کسب روایی محتوایی و صوری مناسب، وارد فاز کمی پژوهش شد. در قسمت کمی پژوهش، روش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به ایدز شهر تهران در سه ماهه پاییز ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش، ۳۲ نفر از بین زنان و مردان مبتلا به ایدز در دو مرکز مورد رجوع و گروه های حمایتی ایدز، به صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه

علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی بدست می‌آید. برای سنجش اعتبار آزمون از ضرایب آلفا و کودرریچاردسون ۲۰ استفاده شده است که تمامی ضرایب رضایت‌بخش بوده است. بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۰/۹٪ و کمترین آنها روان‌پریشی با ۰/۷۷٪ بوده است. آزمون دارای روایی خوبی می‌باشد. این آزمون را بر روی بیماران سرطانی که قبلاً وجود اختلال روانی در آنها به وسیله پرسشنامه سلامتی بیمارستان تعیین شده بود به کار بردند. نتایج نشان داد که SCL-90 به خوبی قادر به تمیز بین بیماران سرزند شده نیازمند مداخله درمانی، با کسانی که احتیاج به شیوه درمانی خاصی نداشتند بوده است. در این پژوهش نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

### روند اجرای پژوهش

به منظور اجرای پژوهش در ابتدا با مراجعه به باشگاه‌های مثبت و مراکز کاهش آسیب که دسترسی به افراد مبتلا به بیماری ایدز در آن وجود داشت، هماهنگی با مسئولین انجام شد. ابتدا مصاحبه جهت تدوین بسته مداخله روان‌شناختی بر روی ۷ نفر از افراد مبتلا به ایدز و ۳ متخصص با تجربه انجام شد و بر اساس آن تحلیل کیفی جهت تدوین بسته صورت گرفت. در مرحله کمی ۳۲ نفر از افراد مبتلا به ایدز به صورت هدفمند انتخاب و بصورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. سپس پیش‌آزمون به صورت فردی بر روی افراد، توسط پژوهشگر اجرا شد؛ گروه آزمایش تحت مداخله روان‌شناختی تدوین شده، طی ۱۲ جلسه هفتگی قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام مداخله مجدداً از تمامی آزمودنی‌ها پس‌آزمون گرفته شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

آزمایش و گواه ( $n_1=n_2=16$ )، به صورت تصادفی جایگزین شدند. شیوه نمونه‌گیری نیز بدین صورت بود که با مراجعه به دو مرکز مورد ارجاع و گروه‌های حمایتی ایدز و شناسایی افراد مبتلا به ایدز، متناسب با ملاک‌های ورود به پژوهش، افراد نمونه انتخاب شدند. پس از جایگزینی افراد انتخاب شده در گروه‌های آزمایش و گواه، مداخله روان‌درمانی تدوین شده طی ۱۲ جلسه هفتگی در گروه آزمایش برگزار گردید و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی بیماری ایدز در افراد، حداقل سن ۲۰ سال، اطلاع از بیماری خود، عدم داشتن سابقه اختلالات مهم روانی (روان‌پریشی) یا بستری در بخش‌های روان‌پزشکی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

### ابزار پژوهش

#### چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی<sup>۱</sup>

در این پژوهش به منظور بررسی میزان آسیب‌های روان‌شناختی از چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL90) استفاده شد. این آزمون شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگو گزارش می‌شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی گردیده است. فرم اولیه آزمون توسط درگوتیس، لپمنو کووی (۱۹۷۳) معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روانسنجی از آن، مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن تهیه گردید. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس پنج درجه‌ای (لیکرت) از میزان ناراحتی که از (هیچ = صفر) تا (شدید = ۴) می‌باشد مشخص می‌گردد. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی

1. Checklist of symptoms of mental disorders

## جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان

جلسات	شرح جلسه
جلسه اول	معرفی خود و آشنایی با شرکت کنندگان، ارایه هدف از برگزاری این جلسات و پیامدهای مثبت آن و انجام پیش آزمون برقراری رابطه درمانی که در تمام جلسات تکرار می شود.
جلسه دوم	ایجاد امید و انتظار درمان: اشاره بر پیشرفت‌های درمانی صورت گرفته در خصوص بیماری ایدز، انتظار از درمان آگاهی‌افزایی: اشاره به عوارض جسمانی و روانی ابتلا به بیماری ایدز، توضیح لزوم مراقبت‌های درمانی نظم‌بخشی رفتار: بررسی تاثیر بیماری بر کیفیت زندگی افراد
جلسه سوم	ایجاد امید و انتظار درمان: اشاره به داشتن یک زندگی طبیعی و سالم در صورت مصرف به موقع و مرتب دارو و اشاره مجدد به پیشرفت‌های درمانی صورت گرفته آگاهی‌افزایی: آگاهی‌افزایی در جهت اهمیت درمان پزشکی و روانی (با توجه به اینکه یکی از مکانیسم‌های دفاعی آنها انکار بیماری و نیاز به مراقبت و درمان می باشد)، آگاهی‌افزایی جهت ارتباط روان و جسم و تاثیر مداخلات روان‌شناختی بر تقویت سیستم ایمنی بدن نظم‌بخشی رفتار: (نظم‌بخشی رفتار در کنار آگاهی‌افزایی، اثربخشی زیادی بر تغییر رفتار دارد. نظم‌بخشی رفتار به صورت آموزش و تمرین در جلسات و یا در طول هفته و بررسی آنها در جلسات انجام می‌گردد. همچنین نظم‌بخشی رفتار گاهی به صورت بررسی و شناخت احساسات و رفتار در موقعیت‌های جلسات و در بین شرکت کنندگان انجام می‌شود.) آموزش ارتباط احساس، افکار و رفتار با یکدیگر، آموزش تنفس در راستای مدیریت احساسات ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه آگاهی‌افزایی: آموزش خود آگاهی، آگاه شدن به احساسات، تاثیر احساسات بر بدن و توجه به آن
جلسه چهارم	نظم‌بخشی رفتار: استفاده از جدول احساسات و شناخت احساسات عمیق تر در موقعیت‌های بیرون جلسات ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه آگاهی‌افزایی: آگاهی‌افزایی در خصوص تاثیر احساسات تجربه شده بر بدن
جلسه پنجم	نظم‌بخشی رفتار: استفاده از جدول احساسات و شناخت احساسات عمیق تر در موقعیت‌های بیرون جلسات و مشاهده آنها بر بدن از تمرین‌های جلسات بود. زمانی که اثر احساس بر روی بدن دیده می‌شود تاثیر آن در موقعیت‌های بعدی بر بدن کمتر می‌شود. در واقع گاهی آگاهی از احساس آن را خود به خود از بین می‌برد و گاهی با راه حل و مهارت می‌توان مشکلات را مدیریت کرد. در واقع آگاهی از احساس و اثرش روی بدن باعث می‌شود حس جدا شود و سیستم ایمنی تقویت شود. ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه آگاهی‌افزایی: آگاهی‌افزایی در خصوص اینکه علت و عامل احساسات به وجود آمده درونی است یا بیرونی؟
جلسه ششم	نظم‌بخشی رفتار: به دنبال شناخت و تشخیص احساسات و تاثیر آنها بر بدن، بر روی عوامل درونی به وجود آورنده احساسات تمرکز و تمرین شد. ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییر احساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان)
جلسه هفتم	آگاهی‌افزایی: آگاهی در خصوص سهم عوامل درونی و نیازها در ایجاد احساسات به جای عوامل بیرونی نظم‌بخشی رفتار: تمرین در خصوص عاملیت درونی (در این قسمت مقایسه‌ای بین شرکت کنندگان در موقعیت‌های مشابه شد که احساسات متفاوتی را تجربه می‌کردند و نشان می‌داد عامل درونی تاثیر بسیار زیادی در شکل‌گیری احساس دارد). ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییر احساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان)
جلسه هشتم	آگاهی‌افزایی: آگاهی در خصوص عاملیت بر احساس، رفتار و تغییر در آنها و به دنبال آن تغییر در وضعیت زندگی بود. دیدن توانایی‌ها و عامل بودن باعث ایجاد اعتماد به نفس و احساس رضایت مندی می‌شود.

نظم‌بخشی رفتار: شناخت و بررسی قسمتی از عوامل و شرایط بیرونی که امکان ایجاد تغییر در آنها هست و قسمتی که قابلیت تغییر در آنها وجود ندارد. پذیرش شرایط غیرقابل تغییر (مانند بیماری) از دیگر مواردی بود که جزئی از درمان بود. در واقع فرد یاد بگیرد برخوردش با مشکلات مبتنی بر عوامل درونی اش باشد و باید آنها را بشناسد و برای آنها راه حل پیدا کند تا احساس توانمندی و عاملیت کند.

ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییر احساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان)

جلسه نهم

آگاهی‌افزایی: آگاهی در خصوص اینکه می‌توانم در خودم و بر روی فکر و احساسم تغییری ایجاد کنم. آگاهی در خصوص عاملیت خود من..

نظم‌بخشی رفتار: مدیریت احساس و نظم‌بخشی آن. استفاده از توانایی های درونی و امکانات و شرایط بیرونی برای تغییر شرایط و احساسات ناخوشایند

ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییر احساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان)

جلسه دهم

آگاهی‌افزایی: آگاهی نسبت به اهمیت روابط و حمایت های اجتماعی در سلامت روان و جسم.

نظم‌بخشی رفتار: آموزش و شناخت موانع ارتباطی (دوازده مانع)، تاثیر این موانع بر روابط بین فردی و احساسات مرتبط با این روابط بر روی موانع ارتباطی (۱۲ مانع) کار شد و افراد بر اساس جدول موانع ارتباطی مشکلات ارتباطی خود را در هفته تشخیص و بررسی می کردند و در جلسات با بیان مثال بر روی مهارت‌های ارتباطی آنها کار می شد.

ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضای گروه، اشاره به عاملیت افراد بر تغییر احساسات و تاثیر بر زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان)

جلسه یازدهم

آگاهی‌افزایی: آگاهی نسبت به اهمیت روابط و حمایت های اجتماعی در سلامت روان و جسم.

نظم‌بخشی رفتار: آموزش روابط انسانی موثر جهت امکان برقراری روابط اجتماعی و کسب حمایت‌های اجتماعی

انجام پس آزمون و برگزاری یک جشن کوچک

جلسه دوازدهم

## نتایج

افراد گروه زن و ۴۳/۸ درصد مرد هستند. ۵۹/۴ درصد افراد گروه مجرد و ۴۰/۶ درصد متأهل هستند.

یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش نشان داد که اکثر افراد گروه دارای مدرک تحصیلی ارشد (۴۰/۶ درصد) هستند. ۵۶/۳ درصد

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات گروه در پیش‌آزمون

گروه	متغیرها	مراحل	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
آزمایش	پرخاشگری	پیش‌آزمون	۱/۰۲	۱	۱/۸۶	۴/۵۸
		پس‌آزمون	۰/۷۱	۰/۷۴	۱/۸۶	۳/۷۷
	اضطراب	پیش‌آزمون	۱/۳۸	۱/۲۱	۱/۰۷	۰/۴۲
		پس‌آزمون	۱/۰۵	۱/۰۸	۱/۶۳	۲/۱۸
	وسواس فکری/عملی	پیش‌آزمون	۱/۴۶	۱/۱۰	۰/۶۹	۰/۱۸
		پس‌آزمون	۱/۰۷	۱/۰۵	۱/۰۸	-۰/۱۴
	حساسیت در روابط بین فردی	پیش‌آزمون	۱/۲۰	۱/۰۵	۰/۱۷	۲/۰۲
		پس‌آزمون	۰/۷۳	۰/۸۴	۱/۹۷	۴/۳۴
	جسمانی	پیش‌آزمون	۱/۳۹	۱/۱۶	۰/۹۱	۰/۱۲
		پس‌آزمون	۰/۹۹	۰/۹۴	۱/۴۳	۱/۴۵
	روانپزشکی	پیش‌آزمون	۱/۲۲	۱/۰۷	۱/۱۲	۱/۶۶
		پس‌آزمون	۰/۶۸	۰/۸۰	۱/۷۷	۲/۵۰
	پارانویا	پیش‌آزمون	۱/۵۵	۰/۸۸	۱/۰۱	۳/۴۶

۰/۷۵	۰/۹۵	۰/۹۳	۱/۳۳	پس آزمون	
-۰/۴۰	۰/۷۳	۱/۲۲	۱/۵۵	پیش آزمون	افسردگی
-۰/۰۷	۱/۰۴	۰/۹۹	۱/۲۵	پس آزمون	
۵/۶۸	۲/۱۷	۰/۹۹	۰/۹۲	پیش آزمون	فوبیا
۱۰/۶۷	۳/۰۵	۰/۸۷	۰/۵۹	پس آزمون	
۳/۶۴	۱/۵۳	۰/۹۶	۱/۲۲	پیش آزمون	پرخاشگری
۸/۰۴	۲/۵۰	۰/۸۸	۰/۹۲	پس آزمون	گواه
۰/۱۱	۰/۹۹	۱/۰۱	۱/۱۹	پیش آزمون	اضطراب
۲/۷۷	۱/۶۳	۱/۰۲	۱/۰۵	پس آزمون	
۱/۳۳	۱/۰۱	۰/۸۸	۱/۱۷	پیش آزمون	وسواس فکری/عملی
۲/۰۴	۱/۰۷	۰/۸۲	۱/۱۱	پس آزمون	
۱/۵۹	۱/۱۷	۰/۸۷	۱/۲۰	پیش آزمون	حساسیت در روابط بین فردی
۲/۷۱	۱/۶۵	۰/۹۵	۱/۰۳	پس آزمون	
۴/۷۲	۱/۵۹	۰/۸۸	۱/۱۹	پیش آزمون	جسمانی
۵/۲۶	۲/۰۳	۰/۹۸	۱	پس آزمون	
۰/۷۴	۱/۱۱	۰/۸۸	۱/۰۴	پیش آزمون	روان پریشی
۶/۴۴	۲/۳۰	۰/۹۸	۰/۸۹	پس آزمون	
۰/۲۳	۱/۰۲	۱/۰۴	۱/۵۶	پیش آزمون	پارانویا
-۰/۶۹	۰/۳۶	۱/۰۹	۱/۷۵	پس آزمون	
۱/۵۲	۱/۲۲	۰/۸۸	۱/۱۱	پیش آزمون	افسردگی
۲/۵۰	۱/۵۷	۱/۰۵	۱/۱۵	پس آزمون	
-۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۷۵	۰/۹۲	پیش آزمون	فوبیا
۴/۰۶	۱/۷۷	۰/۹۱	۰/۸۲	پس آزمون	

پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش آزمون با متغیر گروه بندی در مرحله پس آزمون در متغیرهای پژوهش معنادار نبوده است ( $p > 0.05$ ). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای پژوهش برقرار بوده است. در ادامه برای آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی بسته درمانی تدوین شده در کاهش آسیب های روان شناختی و اکنشسی افراد مبتلا به ایدز، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جهت بررسی پیش فرض همگنی وار یانس ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس آزمون در متغیرهای پژوهش پیش فرض همگنی واریانس ها برقرار بوده است ( $p > 0.05$ ). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس های وار یانس - کوواریانس نشان داد که در مرحله پس آزمون پیش فرض ماتریس های واریانس - کوواریانس نیز برقرار بوده است ( $p > 0.05$ ). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه ای داده ها نیز در گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برقرار است ( $p > 0.05$ ). در نهایت نتایج در بررسی

### جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس یکطرفه اثربخشی پروتکل درمانی

منبع تغییرات	وابسته	مجموع	درجه	میانگین	F	معنی	اثر
--------------	--------	-------	------	---------	---	------	-----

مجدورات	آزادی	مجدورات	داری	مجدورات	مجدورات	
۰/۷۴	1	۰/۷۴	۷/۰۶	۰/۱	۰/۳۰	پرخاشگری
۰/۵۸	۱	۰/۵۸	۱/۸۱	۰/۱۹	۰/۱۰	اضطراب
۱/۶۵	۱	۱/۶۵	۸/۳۲	۰/۰۱	۰/۳۴	وسواس فکری/عملی
۱/۳۵	۱	۱/۳۵	۸/۲۹	۰/۰۱	۰/۳۴	حساسیت در روابط بین فردی
۰/۸۶	۱	۰/۸۶	۳	۰/۱۰	۰/۱۵	جسمانی
۱/۰۱	۱	۱/۰۱	۴/۴۱	۰/۰۵	۰/۲۱	روانپزشی
۲/۸۷	۱	۲/۸۷	۳/۸۴	۰/۰۶	۰/۱۹	پارانویا
۰/۱۱	۱	۰/۱۱	۰/۳۸	۰/۵۴	۰/۰۲	افسردگی
۱/۵۰	۱	۱/۵۰	۱۰/۲۵	۰/۰۰۶	۰/۳۹	فوبیا
۰/۶۷	۱۶	۰/۱۰				پرخاشگری
۵/۱۹	۱۶	۰/۳۲				اضطراب
۳/۱۸	۱۶	۰/۱۹				وسواس فکری/عملی
۲/۶۱	۱۶	۰/۱۶				حساسیت در روابط بین فردی
۴/۵۹	۱۶	۰/۲۸				جسمانی
۳/۶۷	۱۶	۰/۲۳				روانپزشی
۱۱/۹۶	۱۶	۰/۷۴				پارانویا
۴/۵۴	۱۶	۰/۲۸				افسردگی
۲/۳۴	۱۶	۰/۱۴				فوبیا
۵/۸۶	۲۶					پرخاشگری
۸/۰۷	۲۶					اضطراب
۸/۱۳	۲۶					وسواس فکری/عملی
۵/۱۱	۲۶					حساسیت در روابط بین فردی
۷/۳۹	۲۶					جسمانی
۵/۶۷	۲۶					روانپزشی
۱۸/۰۸	۲۶					پارانویا
۷/۶۱	۲۶					افسردگی
۵/۳۸	۲۶					فوبیا

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از نظر پرخاشگری تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۳۰۶ و در متوسط به بالا است. بین گروه‌ها از نظر وسواس فکری/عملی تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۳۴۲ و در حد متوسط به بالا است. بین گروه‌ها از نظر حساسیت در روابط بین فردی تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۳۴۱ و متوسط به بالاست. همچنین بین گروه‌ها از نظر فوبیا تفاوت معنی داری وجود دارد و اندازه اثر ۰/۳۹۰ و در حد متوسط به بالاست. مقایسه‌های اندازه اثرات نشان می‌دهد که بیشترین تاثیر به ترتیب در فوبیا، وسواس

فکری/عملی، حساسیت در روابط بین فردی و پرخاشگری است. بر این اساس بسته روان‌شناختی تدوین شده بر متغیرهای پرخاشگری، وسواس فکری/عملی، حساسیت در روابط بین فردی و فوبیا تاثیر معنادار داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته مداخله روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به ایدز و تعیین اثربخشی بسته درمانی تدوین شده در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی واکنشی افراد مبتلا به ایدز انجام



شد. براساس مفاهیم استخراج شده از مصاحبه ها، بسته مداخلاتی در چارچوب روان درمانی یکپارچه نگر و در قالب روان درمانی ۴ عاملی ( آگاهی افزایی، امید، ایجاد رابطه درمانی مناسب و نظم بخشی رفتار) تدوین شد. پس از اجرای مداخله روان شناختی در افراد تحت آموزش، یافته های حاصل نشان داد، مداخله درمانی در کاهش آسیب های روان شناختی و اکشنی از جمله پرخاشگری، وسواس فکری/ عملی، حساسیت در روابط بین فردی و علائم فوبیا تاثیر معنی داری دارد. بر اساس مطالعات پیشین اثربخشی روان درمانی ۴ عاملی در ارتقاء احقاق جنسی (اکبری و لطفی کاشانی، ۱۳۹۶)، افزایش عزت نفس جنسی (اکبری، لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۹۶) و کیفیت زندگی (منعمی مطلق و شعاع کاظمی، ۱۳۹۱) در زنان مبتلا به سرطان پستان مورد تأیید قرار گرفته است که این نتایج همسو با نتایج پژوهش حاضر می باشند. علاوه بر این براساس مطالعات قبلی درمان های روان شناختی از جمله درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مرگ و افزایش سلامت روان (میرزائی دوستان، زرگر و زندی پیام، ۱۳۹۸)، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی (حمید، بچاری و عطاری، ۱۳۹۷)، درمان دیالکتیک بر سلامت روان و رفتارهای مخاطره آمیز ( بلیر و همکارانش، ۱۳۹۷)، درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی، اضطراب و استرس (یحیی زاده و بالان، ۱۳۹۶)، روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی (حمید و کاویانی، ۱۳۹۵)، واقعیت درمانی بر کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی ( اسدی و وکیلی، ۱۳۹۴)، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر افزایش سطح تاب آوری و کاهش اضطراب و افسردگی (علیزاده و بهرامی، ۱۳۹۱)، گروه درمانی امید محور باعث بهبود کیفیت زندگی (فلسفلو و اثباتی، ۱۳۹۰) و امیددرمانی منجر بر افزایش سلامتی (اسکویلی و همکاران، ۲۰۱۲) در افراد مبتلا به ایدز تأثیر معناداری داشته است.

در این پژوهش، بسته درمانی طراحی شده ۴ عاملی (آگاهی افزایی، امید، ایجاد رابطه درمانی مناسب و نظم بخشی رفتار) از طریق آموزش مهارت های روان شناختی از جمله مدیریت استرس، نظم بخشی به رفتار و واکنش به بیماری ایدز،

تقویت مهارت های اجتماعی، بررسی معنا در زندگی، هدف از زندگی (امید و انتظار)، در کاهش برخی علائم مرضی که در بیماران مبتلا به ایدز شایع است، موثر بود. پرخاشگری یکی از علائم مرضی است که تحت تاثیر مداخله روان شناختی تدوین شده، در گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافت. در تبیین کاهش پرخاشگری از طریق مداخله درمانی تدوین شده می توان گفت، زمانی که افراد توانایی کنترل استرس خود را از طریق آموزش های مناسب همراه با آموزش تکنیک های آرام سازی عضلانی بالا می برند، رفتارهای پرخاشگرانه آنها به طور معناداری کاهش می یابد. آرمیدگی عضلانی تدریجی، از طریق انقباض ماهیچه ها باعث کاهش تنش جسمی می شود، هنگامی که ماهیچه ها منقبض می شوند، هورمون ها و دیگر مواد شیمیایی در بدن رها می شوند و به دنبال تغییرات جسمی همچون افزایش پاسخ های پاراسمپاتیکی و کاهش پاسخ های سمپاتیکی ضربان قلب آرام می شود. فشار خون کم شده و سپس منظمی گردد، با توجه به این تغییرات و منظم شدن ضربان قلب و تنفس، فرد احساس آرامش و بالطبع کنترل بیشتری بر پرخاشگری خود خواهد داشت. علاوه بر این می توان بیان نمود که استرس در تعامل با پتانسیل های زیستی و ژنتیکی به عنوان عنصر اساسی ایجاد یا تشدید اختلالات روان شناختی عمل می کند. بنابراین مداخله مدیریت شناختی- رفتاری استرس (به عنوان یکی از تکنیک های بسته تدوین شده حاضر) به گونه ای طراحی شده است که ۵ هدف افزایش آگاهی، آموزش مهارت کاهش استرس، اصلاح ارزیابی های شناختی، ایجاد مهارت های بین فردی و افزایش ابراز هیجانی و کاهش انزوای اجتماعی را دنبال کند، و این روند می تواند در کاهش علائم پرخاشگری، وسواس فکری عملی با تمرکز بر اصلاح ارزیابی های شناختی، حساسیت بیماران مبتلا به ایدز دارای تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد موثر باشد. همچنین در این مداخله درمانی به منظور کاهش انزوای اجتماعی و تقویت مهارت های اجتماعی، تکنیک هایی ارائه شد که همگی در بهبود روابط اجتماعی و خانوادگی و ارتباطی و افزایش دریافت حمایت اجتماعی بیماران و به دنبال آن کاهش حساسیت در روابط بین فردی موثر بود. در روابط بین فردی با تمرکز بر شناخت موانع

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

از طرفی دیگر، آموزش مهارت‌های خودنظم‌بخشی به افراد مبتلا به ایدز کمک نمود تا بتوانند به شیوه‌های متعادل‌تر فکر کنند و در تعبیر و تفسیر رویدادها به صورت واقع‌بینانه‌تر اقدام نمایند. بر این اساس، به انتخاب پاسخ‌های دارای پرخاشگری کمتر نسبت به دیگران می‌پردازند. از آنجایی که بیماران مبتلا به ایدز، انگ، اتهام و تبعیض در نهایت باعث احساس گناه، افسردگی، خودکم‌بینی و حقارت می‌شود و این احساس گناه باعث می‌شود عملکرد آنها در محیط با اضطراب و ترس همراه شود و نتوانند خود را با محیط‌های مختلف به خوبی سازگار کنند (زرگر، مردانی و مهرایزاده‌هنرمند، ۱۳۹۱)، به همین دلیل، از محیط‌گریزان می‌شود و به دلیل نشخوار فکری ممکن است به تخریب و رفتارهای پرخاشگرانه دست بزنند. در این مداخله درمانی از طریق خودنظم‌دهی به رفتار به بیماران کمک شد تا ظرفیت تنظیم هیجان‌های خود را بالا ببرند و از طریق آشنایی با احساسات و هیجانات خود و کنترل آن‌ها در موقعیت‌های بروز مشکل، فکرشان را معطوف به مسئله نمایند و بر حل مشکل تمرکز نمایند، در نتیجه سعی کنند هیجان‌های منفی خود را به صورت پرخاشگری آشکار بیان نکنند.

در طی جلسات آموزشی از طریق تعیین و بررسی معنا در زندگی با استفاده از روش‌های افزایش آگاهی وجودی و پرسش از مراجع درباره‌ی معنا و هدف زندگی به بیماران کمک شد تا معنایی برای زندگی پیدا کنند. در واقع با معنایی که پایه‌ی اساسی نیروی محرکه‌ی فرد است، در فرد ایجاد انگیزه شده و او وادار به یافتن معنا می‌شود. همچنین معنا با تأکید بر مسئولیت‌پذیری افراد، فرد را متعهد به پذیرش مسئولیت و انجام تکلیف

می‌کند. بدین ترتیب احساس مسئولیت و کنترل‌پذیری در فرد ایجاد می‌شود که از نشانه‌های افراد امیدوار است. در این مداخله درمانی، برای بیماران تحت آموزش از طریق بررسی معنای زندگی، فرصت تجربه کردن روابط نزدیک و صمیمی با دیگران فراهم می‌شود که فرد تجربه‌ی خود بودن در گروه پیدا می‌کند. همچنین شیوه‌های ارتباطی را در گروه یاد گرفته و می‌تواند آنها را در موقعیت‌های واقعی زندگی خود به کار ببرد، باعث اصلاح روابطش با دیگران شده و در نتیجه از حمایت‌های عاطفی و اجتماعی برخوردار شود. علاوه بر این افراد در گروه روابط نزدیک و شیوه‌ی ارتباطی جدید را یاد می‌گیرند و آنها را در بیرون از گروه به کار می‌برند. در گروه یاد می‌گیرند که ارزش‌هایشان را دوباره بررسی کنند. با تشویق به بیان احساسات در گروه و بازخورد اعضا افراد به رابطه‌ی بین‌بی‌معنایی و مشکلات پرخاشگری و ناامیدی خود پی می‌برند و در رویارویی با مشکلات، خود را محکوم پدیده‌هایی که از آن رنج می‌برند، نمی‌دانند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های محمدی و رحیم‌زاده تهرانی (۱۳۹۷)؛ زارع، پولادی ریشه‌ری و رجبی (۱۳۹۴)؛ لیتوین-زوک و گرو (۲۰۱۲)؛ که در مورد تأثیر معنادرمانی گروهی انجام گرفته است، همخوانی دارد. علاوه بر این کمک به معنایی در زندگی بیماران مبتلا به ایدز موجب شد تا این بیماران تا حدودی با وسواس‌ها و اجبارهایش مبارزه نکند؛ بنابراین ترس بیماری‌زا، جای خود را به آرزوی متضاد می‌دهد و دور باطل اضطراب انتظاری از هم گسسته می‌شود.

همچنین در تبیین نتایج احتمالی این پژوهش می‌توان گفت که پیامدهایی مانند زندگی بی‌معنا و ناامیدی که بیماری ایدز برای این افراد دارد، باعث بی‌توجهی آن‌ها به وضعیت سلامت خود اعم از سلامت جسمانی و روانی می‌شود. همین فشار بیش از حد روانی به فرد اجازه نمی‌دهد که در مورد شیوه‌های مقابله با استرس فکر کند. در طی جلسات از طریق افزایش امید و خودکارآمدی به افراد کمک شد تا اهداف خاصی را برای خود در نظر بگیرد و برای رهنمون شدن به سمت آن اهداف برنامه‌ریزی کند. فرد در مسیر رسیدن به اهداف باید موانع و مشکلات را برطرف کند. استرس زیاد نیز می‌تواند به عنوان یکی از موانع رسیدن به هدف

باید در نظر گرفته شوند، بنابراین توصیه می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از مصاحبه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده، روش‌های احتمالی یا تصادفی برای نمونه‌گیری و جامعه پژوهشی بزرگتر استفاده شود. بر اساس یافته‌های پژوهشی پیشنهاد می‌شود، از مداخله درمانی تدوین شده در پژوهش حاضر در جهت کاهش آسیب‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز استفاده شود.

### تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی شهناز شیبانی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش بود. بدین وسیله از تمام بیماران حاضر در پژوهش که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

در نظر گرفته شود. بنابراین در طی جلسات آموزش امیددرمانی به کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس راهی است برای هموار کردن مسیر رسیدن به اهداف بود. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش اینگونه استنباط می‌شود که در بیماری‌های مزمن همچون ایدز درمان‌های یکپارچه‌نگر از کارآیی بهتری نسبت به درمان‌های جزءنگر دارد، زیرا بیماران با کل سیستم خود مشکل دارند. بنابراین بسته درمانی طراحی شده با دربرگرفتن مولفه‌های روان‌شناختی از جمله مدیریت استرس، آرمیدگی عضلانی، افزایش امید و انتظار از طریق تقویت مهارت‌های اجتماعی، ارتقا خودکارآمدی (امید و انتظار)، تعیین و بررسی معنا در زندگی، هدف از زندگی (امید و انتظار) در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی از جمله پرخاشگری، وسواس فکری- عملی، حساسیت روابط بین‌فردی و علائم فویبا در بیماران مبتلا به ایدز موثر بوده است.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، عدم پیگیری نتایج و استفاده از ابزارهای خودگزارشی بود. پس باید در تعمیم و استفاده از نتایج

### منابع

- اسدی، س.، و کیلی، پ. (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر اضطراب و افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به ایدز مثبت مراجعه‌کننده به مرکز بیماری‌های رفتاری شبکه بهداشت شمیرانات. سلامت اجتماعی، ۲(۴)، ۲۴۵-۲۳۸.
- اکبری، م.، لطفی کاشانی، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی چهار عاملی بر افزایش احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶(۲۳)، ۷۳-۵۷.
- اکبری، م.، لطفی کاشانی، ف.، وزیر، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی چهار عاملی بر افزایش عزت نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان. بیماری‌های پستان ایران، ۱۰(۱)، ۴۹-۶۰.
- امیرخانی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تعارضات زناشویی بیماران آلوده و مبتلا به ایدز/AIDS. فصلنامه مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، خرداد، ۲۷(۳)، ۱۹۸-۲۰۷.
- بلیر، س.، انصاری شهیدی، م.، محمدی، ش. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای مخاطره‌آمیز، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به ایدز، مجله پژوهش سلامت؛ ۳(۳)، ۱۶۲-۱۵۵.
- پیردهقان، آ.، شاکری، و.، هاشمی، س.ح.، ترکاشوند، س. (۱۳۹۸). بررسی وضعیت سلامت روان زنان دارای همسران ایدز مثبت مراجعه‌کننده به مراکز بیماری‌های رفتاری استان همدان در سال ۱۳۹۸، مجله پزشکی بالینی ابن سینا، ۲۶(۳)، ۱۸۷-۱۸۱.
- حسین ثابت، ف.، فائزی پور، م. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط ابعاد شخصیتی با امید به زندگی در افراد مبتلا به ایدز. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۴(۱۶)، ۳۵-۲۳.

- حمید، ن.، بجاری، ح.، عطاری، ی. (۱۳۹۷). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز و ایدز. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۷(۶)، ۶۳۶-۶۵۳.
- حمید، ن.، کاویانی بروجنی، ا. (۱۳۹۵). اثر روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۸(۲)، ۷۶-۶۹.
- دلاور، ع. (۱۳۹۸). روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی. انتشارات ویرایش.
- ربیعی، ن.، فصیحی هرنندی، ط.، قربانی، م. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش مبتنی بر بحث گروهی در خود مراقبتی زنان آسیب پذیر برای پیشگیری از ابتلا به ایدز، شهر کرج. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۵(۲)، ۱۲۰-۱۱۳.
- زارع، م.، پولادی ریشه‌ری، ع.، رجبی، س. (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ایدز شهر شیراز، اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران، تهران.
- سرمد، ز.، بازرگان، ع.، حجازی، ا. (۱۳۹۱). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. نشر آگه.
- قزلسفلو، م.، اثباتی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی امید محور بر بهبود کیفیت زندگی. نشریه اندیشه و رفتار روان شناسی بالینی، ۲۲(۱)، ۸۹-۹۶.
- محمدی، س.ی.، رحیم زاده تهرانی، ک. (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی بر سلامت معنوی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری ایدز در شهر تهران. مجله روان شناسی سلامت. بهار ۱۳۹۷، ۲۵، ۱۲۰-۱۰۶.
- مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر. (۱۳۹۸). آخرین آمار مربوط به عفونت اچ‌ای وی در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- منعمی مطلق، ش.، شعاع کاظمی، م. (۱۳۹۱). اثربخشی روان درمانی ۴ عاملی (آگاهی‌افزایی، امید، رابطه درمانی و نظم‌دهی رفتار) بر ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری‌های پستان ایران؛ ۵(۲ و ۳): ۵۹-۵۰.
- میرزائی دوستان، ز.، زرگر، ی.، زندی پیام، آ. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت روان زنان مبتلا به ایدز شهر آبادان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۵(۱)، ۱۳-۲.
- Avanessian E, Naseifard M, Abrahamian H, Anis S. The size of the social network and probability of occurrence of AIDS among sexually affected patients in behavioral disease counseling centers (Persian)]. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2017; 5(2), 73-80.
- Bhat AG, Babu R, Abhishekh HA. Prevalence of depression among AIDS patients on antiretro viral therapy: A study from India. Asian Journal of Psychiatry 2013; 6(3): 249-50.
- Demirel O, Mayda P, Yıldız N, Sağlam H, Koçak BT, Habip Z, et al. Self-stigma, depression, and anxiety levels of people living with AIDS in Turkey. Eur J Psychiatry. 2018;32 (4):182-185.
- Deshmukh NN, Borkar AM, Deshmukh JS. Depression and its associated factors among people living with AIDS /AIDS: can it affect their quality of life? J Family Med Prim Care. 2017;6 (3):549-53.
- Faye A, Faye MD, Leye MM, Seck I, Tal-Dia A. Knowledge and attitudes of Senegalese sailors about AIDS /AIDS. International maritime health 2013; 64(3): 148-53.
- Gonzalez A, Zvolensky MJ, Grover KW, Parent J. The Role of Anxiety Sensitivity and Mindful Attention in Anxiety and Worry About Bodily Sensations Among Adults Living With AIDS /AIDS. Behavior Therapy 2012; 43 (4): 768-78.
- Hart TA, Tulloch TG, O'Cleirigh C. Integrated Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety and AIDS Prevention for Gay and Bisexual Men. Cognitive and Behavioral Practice 2014; 21 (2): 149-60.
- Himelhoch S, Medoff D, Maxfield J, Dihmes S, Dixon L, Robinson CH, Potts W, Mohr DC. Telephone Based Cognitive Behavioral Therapy Targeting Major Depression Among Urban Dwelling, Low Income People Living with AIDS/AIDS: Results of a Randomized Controlled Trial. AIDS and Behavior 2013; 17:2756-64.
- Kennard BD, Brown LT, Hawkins L, Risi A, Radcliffe J, Emslie GJ, Mayes TL, King JD, Foxwell AA, Buyukdura J, Bethel J, Naar-King S, Xu J, Lee SS, Garvie P, London C, Tanney M, Thornton S. Development and Implementation of Health and Wellness CBT for Individuals With Depression and AIDS. Cognitive and Behavioral Practice 2014; 21(2): 237-46.

- Khalatbari J, Bazarganiyan N. Comparison the depression, anxiety and stress in intravenous drug abusers, with and without AIDS / AIDS. *J Guilan Univ Med Sci*. 2011;20 (78):76- 83. [Persian]
- Litwinczuk, K. , & Groh, C. (2012). The relationship between spirituality purpose in life and well -being in AIDS positive persons. *Assoc Nurses AIDS Care*, 18(3), 13-22.
- National AIDS Committee Secretariat. Islamic Republic of Iran AIDS progress Rreport. Tehran: National AIDS Committee Secretariat; 2015. [Persian]
- Newcomb ME, Bedoya CA, Blashill AJ, Lerner JA, O'Cleirigh C, Safren SA. Description and Demonstration of Cognitive Behavioral Therapy to Enhance Antiretroviral Therapy Adherence and Treat Depression in AIDS -Infected Adults. *Cognitive and Behavioral Practice* 2014; In press.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A text book*. 5th edition. Open University Press, McGraw Hill.
- Rabei N, Fasihi Harandi T, Qorbani M. [A survey on the effect of group-discussion on AIDS prevention in self-care vulnerable women in Karaj in 2014-2015, *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2017; 5 (2):113-20. (Persian).
- Spies G, Konkiewitz EC, Seedat S. Incidence and persistence of depression among women living with and without AIDS in South Africa: a longitudinal study. *AIDS Behav*. 2018; 22 (10):3155-65.
- Strasser S, Gibbons S. Development of AIDS -related mental health and psychosocial services for children and adolescents in Zimia: The case for learning by doing. *Children and Youth Service Review*. 2014; 45:150-157.
- Kent C, Broolet M, Beckett A. *Psychiatry and psychology of AIDS*. Ahmadi KH, M Rezazadeh, H Tavangar, Persian Trans. Tehran: Rasaneh Takhasosi; 2014.
- Ursoiu F, Moleriu L, Lungeanu D, Puschită M. The association between AIDS clinical disease severity and psychiatric disorders as seen in western romania. *AIDS Care*. 2018; 30(11): 1368-71.
- Who U, Unicef. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2016*. Geneva: UNAIDS; 2016. 5. National AIDS Committee Secretariat. Islamic.

## Original Article

# Compiling a Psychological Intervention Package for the Patients with Aids And Determining its Efficacy on Decreasing Reactive Psychological Damages of the Patients with AIDS

Received: 31/07/2020 - Accepted: 27/12/2020

Shahnaz Sheibani <sup>1</sup>  
Farah Lotfi kashani <sup>2\*</sup>  
Shahram Vaziri <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of health psychology ,  
Kish International Branch, Islamic  
Azad University, Kish Island, Iran.

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of  
psychology, Rudehen Branch, Islamic  
Azad University, Rudehen, Iran.

Email: lotfi.kashani@gmail.com

## Abstract

**Introduction:** AIDS causes a lot of psychological and emotional damage to a person with AIDS. The present study was conducted to compile a psychological intervention package for the patients with AIDS and determine its efficacy on decreasing reactive psychological damages of the patients with AIDS.

**Methods:** The research method was mixed approach in sequential-exploratory type. In the first stage, 7 patients with AIDS were interviewed in order to compile the psychological intervention package in the qualitative part; then, the extracted concepts were given to 3 experienced experts to determine the degree of its validity. The intervention package was compiled in a framework including an integrative psychotherapy and four common factors (relation therapy, hoping and expecting therapy, raising awareness and regulating behavior). It had the quasi-experimental method in pretest, posttest and control group type in the quantitative part. The statistical population of the present study included the patients with AIDS in the city of Tehran in the autumn of 2019. 32 male and female patients with AIDS were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control group ( $n_1=n_2=16$ ). The research instrument was the symptom checklist SCL90 which was administered in the pretest and posttest stages on the experimental and control groups. The compiled psychotherapy intervention was implemented during twelve weeks on the experimental group while the control group didn't receive it. The data were analyzed via ANCOVA method by SPSS statistical software 23.

**Results:** The findings showed that the therapeutic protocol has significant effect on decreasing reactive psychological damages such as aggression, obsessive compulsive disorder, sensitivity in interpersonal relationships and phobia signs.

**Conclusion:** Considering the results of the present study, it seems that the compiled therapeutic intervention can be profitable and effective in decreasing reactive psychological damages in the patients with AIDS.

**Keywords:** Psychological intervention, AIDS, psychological damages