

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تاب آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۶

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تاب آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز بوده است.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش از میان بیماران مبتلا به ایدز، اچ.آی.وی در سال ۱۳۹۸ که به بیمارستان دولتی شریعتی در شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند، که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۶۱ نفر به‌عنوان نمونه، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. سپس بر اساس ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده برای گردآوری اطلاعات مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه امید به زندگی هرث بوده است. داده‌های پژوهش پس از اجرا توسط آزمودنی‌های مورد مطالعه، نمره گذاری و تفسیر و به منظور مقایسه میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل و اثر نمرات پیش آزمون و سایر متغیرهای مداخله‌گر بر پس آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد بین نمرات میانگین تاب آوری در سه گروه درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و کنترل متفاوت بوده است. همچنین بین نمرات میانگین امید به زندگی در سه گروه درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج حاکی از تأثیر درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تاب آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز می‌باشد.

کلمات کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، تاب آوری، امید به زندگی، بیماران مبتلا به ایدز

مریم جهاندار^۱

احمد علیپور^{۲*}

^۱ دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، دانشگاه پیام نور،

تهران، ایران

^۲ استاد، گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Email: alipor@pnu.ac.ir

مقدمه

یکی از بیماری‌های نوپدید، عفونت اچ آی وی ایدز می‌باشد. سالیانه تعداد زیادی مورد جدید از عفونت HIV رخ می‌دهد که ۹۰ درصد از موارد جدید عفونت در کشورهای درحال توسعه است (۱). عفونت اچ آی وی بر تمام جنبه‌های زندگی شخص اعم از جسمی، اجتماعی و خانوادگی تأثیر گذاشته و متعاقباً افراد خانواده این بیماران نیز تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند (۲).

ایدز یا نشانگان اکتسابی کمبود ایمنی نوعی بیماری است که در دستگاه ایمنی و توسط ویروس نقص ایمنی (HIV) ایجاد می‌شود. بیماری ناشی از ویروس HIV دارای سه مرحله اصلی است. در مرحله اول (عفونت حاد) فرد ممکن است برای مدت کوتاهی بیماری شبه آنفلوآنزایی را تجربه کند. به همین دلیل معمولاً این بیماری تا یک دوره طولانی بدون هیچ علائمی دنبال می‌شود که به این مرحله از بیماری، دوره نهفتگی گفته می‌شود. هر چقدر که بیماری پیشرفت یابد، تداخل بیشتری با دستگاه ایمنی بدن پیدا می‌کند و باعث می‌شود که افراد به عفونت‌هایی مانند عفونت و سرطان‌های فرصت طلب و تومور دچار شوند، البته معمولاً در افرادی که دستگاه ایمنی آن‌ها به خوبی عمل می‌کند تأثیرگذار نیست. در نهایت بیماری زمانی وارد مرحله سوم یا ایدز خواهد شد که شمار سلول‌های CD4+ T به کمتر از ۲۰۰ سلول در هر میکرولیتر برسد (۳). سازمان ملل متحد بر آن است که در کشورهای مختلف، افراد را با تعدیل کیفیت زندگی توأم با سلامت و مراقبت و آموزش آشنا سازد و خیز مدارا و امید بخش و کاهش افسردگی را رواج دهد (۴). بیماری ایدز و HIV را نباید صرفاً یک مشکل بهداشتی کشورها دانست زیرا معضلات اجتماعی و اقتصادی این مصیبت چنان ابعاد وسیعی در جهان دارد که مقایسه‌ی آن با هیچ بیماری دیگری قابل مقایسه نیست (۵).

امید به زندگی در بدو تولد معرف متوسط سال‌هایی است که یک نوزاد زنده به دنیا آمده عمر خواهد کرد، به شرط آن که احتمال مرگ او برای سال‌های آینده زندگی مانند انسان‌های زمان حال باشد (۶). رابینسون (۱۹۸۳) امید را یکی از پایه‌های

اساسی عملکرد روانی می‌داند که این اصل روانی رونق دهنده‌ی دستاوردهای زندگی می‌باشد. امید توانایی باور احساس بهتری از آینده است، امید با نیروی موثر خود سیستم فعالیتی را تحریک کرده و دریچه تازه‌ای را بر روی فرد باز می‌کند، امید نیروبخش است و باعث تلاش و کوشش بیشتر می‌شود (۷). امید عبارتست از ظرفیت تصور توانایی ایجاد مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و تصور داشتن انگیزه برای حرکت در این مسیرها (۸)، جهت یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، واقع گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی از ویژگی‌های مهم امید به زندگی هستند. برعکس ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فائق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست و با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد (۹).

تاب آوری یا توانایی سازگاری مثبت با مصیبت و آسیب، یک موضوع روانشناختی است که در ارتباط با پاسخ فرد به سرطان، تنش آسیب زا و موقعیتهای مشکل آفرین زندگی بررسی شده است. بعضی دیدگاه‌ها تاب آوری را به عنوان پاسخ به یک واقعه‌ی خاص و بعضی دیگر آن را به عنوان یک سبک، مقابله‌ای پایدار در نظر می‌گیرند (۱۰). تاب آوری یکی از مهم‌ترین توانایی انسان است که باعث سازگاری موثر با عوامل خطر می‌شود. مطالعه تاب آوری مشخص می‌کند چرا برخی افراد در برخورد با عوامل استرس زا از انعطاف پذیری خاصی برخوردارند ولی برخی دیگر در مقابله با آن مشکل دارند. تاب آوری کمک می‌کند بدون آن که تسلیم شرایط شویم در صدد یافتن راه حل‌های منطقی و حل تعارض‌های ناشی از موقعیت باشیم. تاب آوری به معنای توانایی مقابله با شرایط دشوار و پاسخ انعطاف پذیر به فشارهای زندگی است و به افراد قدرت می‌دهد به مقابله سالم و موثر با مشکلات بپردازند، بر سختی‌ها غلبه کنند و در برابر تنش‌ها مقاوم باشند. به همین دلیل تاب آوری جایگاه مهمی در طرح ریزی و اقدامات درمانی دارد. بنابر عقیده کانر^۱ تاب آوری به دلیل اینکه به

¹Kaner

۱۴). آموزش ذهن آگاهی یکی از درمان‌های کاهش استرس می‌باشد که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس فکر کردن آموزش داده می‌شود. آموزش ذهن آگاهی کاهش پریشانی روانشناختی را به دنبال دارد و موجب بهبود بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی و کاهش نشانه‌های فیزیکی می‌شود. تمام تمرین‌های موجود در ذهن آگاهی به نحوی طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین رشته‌ای جدید همچون پزشکی ذهن - بدن هم به اثبات رسیده است و در پژوهش‌هایی که از ذهن آگاهی استفاده می‌کنند، تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است (۱۵). در یک مطالعه دیگر نیز اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش اضطراب زنان نشان داده شده است.

در همین راستا نتایج پژوهش امیرخانی در پژوهشی باهدف تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی تعارضات زناشویی بیماران مبتلا به ایدز انجام شده است. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارضات زناشویی بیماران آلوده و مبتلا به ایدز مؤثر بوده است (۱۶). همچنین عمرانی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان "بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس" دریافتند که میانگین نمرات امید به زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری به صورت معنی داری افزایش یافته است و با توجه به اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به MS می‌تواند به سلامت روان این بیماران به ویژه افزایش امید به زندگی آن‌ها منجر شود (۱۷).

بنابراین در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تاب آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز تأثیر دارد؟

عنوان معیاری برای توانایی مقابله با استرس قلمداد می‌شود، می‌تواند هدف مهمی در روان درمانی باشد (۱۱).

درمان شناختی - رفتاری به مقدار زیاد بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات شخصی فرد به بازسازی برابر در رفتار او منجر خواهد شد. مایکنبام (۱۹۷۷) می‌نویسد که در چارچوب نظریه یادگیری، درست به همان صورتی که رفتارهای آشکار را می‌توان مستقیماً مشاهده کرد، شناخت‌های درمانجویان رفتارهای آشکاری هستند که می‌توانند شخصاً تغییر یابند. هدف اصلی در شناخت درمانی، حذف سوگیری‌ها یا تحریف‌های فکری است تا انسان‌ها بهتر کار کنند. در شناخت درمانی به شیوه پردازش اطلاعات مراجعان که احساسات و رفتارهای ناسازگارانه آنان را حفظ می‌کند، توجه می‌شود. شناخت درمانگرها تحریف‌های شناختی مراجعان را زیر سوال می‌برند، می‌آزمایند و مورد بحث قرار می‌دهند تا احساسات، رفتارها و تفکر مثبت تری در بیماران خود ایجاد کنند. آن‌ها هدف‌هایی را بر می‌گزینند که مشخص و ارجح باشند و با مراجعان خود همکاری می‌کنند. این هدف‌ها مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی دارند (۱۲).

مدیریت استرس (با رویکرد شناختی - رفتاری) به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی، رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس، پرخاشگری و سازگاری مناسب با موقعیت‌های برانگیزاننده پرخاشگری افزایش می‌دهد. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد پرخاشگری، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه ریزی فعالیت‌ها می‌باشد (۱۳).

ذهن آگاهی هشیاری غیر قضاوتی، غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. علاوه بر آن این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش از میان بیماران مبتلا به ایدز، اچ.آی.وی در سال ۱۳۹۸ که به بیمارستان دولتی شریعتی در شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند، که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۶۱ نفر به عنوان نمونه، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. سپس بر اساس ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. گروه اول آزمایش طی ۸ جلسه ۲ ساعته درمان شناختی رفتاری ارائه شد و گروه دوم آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس را دریافت کردند، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تاب آوری کانر دیویدسون: منظور از تاب آوری در این پژوهش نمره‌ی فرد در پرسشنامه تاب آوری است که جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است که محمدی (۳۰) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ ماده پنج گزینه‌ای است. در پژوهشی که توسط

سامانی، جوکار و صحراگرد (۳۱) انجام شد، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بدست آمد. محمدی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هرگویه با نمره‌ی کل مقوله‌ی ضریب‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بدست آورد (۳۰).

پرسش نامه امید به زندگی: پرسش نامه امید به زندگی توسط اشنایدر تدوین گردید (۱۹) نمره گذاری پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر ۱۲ سوالی بر اساس طیف لیکرت ۸ درجه‌ای از کاملاً نادرست با نمره ۱ تا کاملاً درست با نمره ۸ می‌باشد. پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر دو خرده مقیاس یا مولفه دارد: خرده مقیاس تفکر عامل (Agency thinking) و خرده مقیاس مسیرها (Pathways). ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. این پرسشنامه در پژوهش یکتایی (۱۳۹۳) اعتباریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۸۹٪ به دست آمده است و پایایی این مقیاس ۷۹٪ به دست آمده است.

پروتکل درمانی

پروتکل جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری (۱۷)

جلسه	محتوا و ساختار جلسات
۱	آشنایی اعضا با مفهوم درمان شناختی رفتاری و درگیری عاطفی با اعضاء گروه، ارائه مدل شناختی رفتاری و مدل C-B-A، تمرین آرامش از طریق تصویر سازی ذهنی هدایت شده
۲-۳	بررسی پیامدهای رفتاری ناشی از باورها، بیان نظریه‌های اختلال هیجانی و بازسازی شناختی و ده سبک تفکر با خطا، تمرین طبقه بندی باورها و فرایند تفکر، تمرین آرامش از طریق تصویر سازی ذهنی هدایت شده
۴-۵	بررسی پیامدهای رفتاری ناشی از باورها، تمرین القای فکر، تحلیل پیکان عمودی رو به پایین، تمرین آرامش از طریق تصویر سازی ذهنی هدایت شده
۶	تحلیل پیشرفته پیکان عمودی رو به پایین، طبقه بندی باورها بر اساس محتوا و کلیت، تمرین آرامش از طریق تصویر سازی ذهنی هدایت شده
۷	تهیه فهرست اصلی باورها، تهیه نقشه شناختی، تغییر پذیری باورها، تحلیل عینی و استاندارد باورها، تمرین آرامش از طریق تصویر سازی ذهنی هدایت شده
۸-۹	تحلیل کارآمدی باورها، تحلیل هماهنگی باورها، هماهنگی باورها، تحلیل منطقی باورها، ارائه کنفرانس پیرامون خودپنداره، ایفای نقش در مورد یک موقعیت اضطراب‌ناز برای اجتماعی، ارائه بازخورد با جهتگیری بر تکنیک‌های صحبت کردن کارآمد و گوش دادن فعال هدفمند
۱۰	ساخت سلسله مراتب اضطراب، باور مخالف، تغییر ادراکی و تکنیک بازداری کورتکس، ارائه کنفرانس پیرامون خودپنداره، ایفای

نقش در مورد یک موقعیت اضطرابی اجتماعی، ارائه بازخورد با جهتگیری به سمت تکنیک‌های تکمیلی ابراز وجود و قاطعیت خودتنبیهی و خودپاداشدهی، تغییر، بررسی و مرور کلی مباحث مطرح شده، تمرین و بحث مجدد درباره موضوعات مشکلتر برای اعضای گروه، جمع‌بندی کلی مطالب و ارائه راهکارهای تداوم بخش درمان پس از اتمام گروه، ارائه کنفرانس و ایفای نقش و بازخورد با توجه به جمع‌بندی مطالب قبلی، بررسی و مرور برنامه (جمع‌بندی نهایی) نظرسنجی از اعضاء و ارائه پیشنهادات، بررسی اهداف مراجعین در جلسه اول و میزان تحقق آن‌ها، بررسی نقاط ضعف و قوت گروه به صورت کتبی و شفاهی

پروتکل جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۲)

جلسه	محتوا و ساختار جلسات
۱	معرفی شرکت کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه. تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها، تکلیف خانگی حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها
۲	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه. بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع. تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ انجام مدیتیشن در حالت نشسته. تکالیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره
۳	تمرین دیدن و شنیدن، مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند
۴	مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود) بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرین قدم زدن ذهن آگاه. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند
۵	انجام مدیتیشن نشسته، ارایه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
۶	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ارایه ی تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ پذیرش احساسات به عنوان احساس. تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
۷	مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خود چیست؛ ارایه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدامیک از رویدادهای زندگی شان

خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می توان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری. تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید.

۸ اسکن؛ مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته اید؛ تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای؛ بحث در مورد روشهای کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ مطرح شدن سوالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می کنند مهارت های مقابله شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین های مدیتیشنشان را ادامه دهند.

نتایج

آزمون و پس آزمون امید به زندگی در دو گروه کنترل و

آزمایشی نیز در جدول آمده است.

میانگین و انحراف انحراف معیار نمرات تاب آوری در دو گروه

کنترل و آزمایشی در جدول ۱ ارائه شده است. مقایسه پیش

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات تاب آوری در دو گروه کنترل و آزمایشی

میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مرحله	متغیر
آزمایش	کنترل				
۵۸/۷۵	۴/۸۷	۶۰/۵۷	۵/۵۷	پیش آزمون	تاب آوری
۷۲/۳۴	۳/۸۴	۵۹/۴۲	۵/۶۶	پس آزمون	

جدول ۲- مقایسه پیش آزمون و پس آزمون امید به زندگی در دو گروه کنترل و آزمایشی

میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مرحله	متغیر
آزمایش	کنترل				
۲۲/۴۵	۴/۵۶	۲۳/۹۷	۵/۷۸	پیش آزمون	امید به زندگی
۳۲/۶۸	۳/۷۴	۲۴/۵۶	۵/۵۴	پس آزمون	

جدول ۳- بررسی نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیرهای پژوهش

مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری	گروه	متغیر
۰,۸۴	۱۵	۰,۵۸	درمان شناختی-رفتاری	
۰,۸۸	۱۵	۰,۴۵	آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس	تاب آوری
۰,۸۹	۱۵	۰,۷۸	کنترل	

امید به زندگی	درمان شناختی- رفتاری	۰,۸۲	۱۵	۰,۳۵
	آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس	۰,۸۸	۱۵	۰,۷۳
	کنترل	۰,۸۶	۱۵	۰,۵۱

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، چون مقادیر به دست آمده برای این آزمون‌ها در تمام گروه‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین شرط برابری واریانس‌های درون گروهی و نیز نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است.

جدول ۴- نتایج اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تاب آوری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی فرضیه	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۱۲۳,۴۵	۲	۶۱,۷۲	۴,۷۵	۰,۰۱
درون گروهی	۴۷۱,۵۸	۴۲	۱۲,۵۷		
خطا	۵۹۵,۰۳	۴۴			

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود با توجه به سطح معناداری محاسبه شده از سطح آلفای ۰/۰۵ کوچکتر است. بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری در این متغیر معنادار است. بین نمرات میانگین تاب آوری در سه گروه درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و کنترل متفاوت بوده است.

جدول ۵- نتایج اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر امید به زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی فرضیه	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۱۱۳,۶۷	۲	۵۶,۸۳	۴,۶۵	۰,۰۱
درون گروهی	۴۳۱,۷۱	۴۲	۱۱,۲۸		
خطا	۵۴۵,۳۸	۴۴			

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود با توجه به سطح معناداری محاسبه شده از سطح آلفای ۰/۰۵ کوچکتر است. بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری در این متغیر معنادار است. بین نمرات میانگین امید به زندگی در سه گروه درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و کنترل متفاوت بوده است. همچنین جهت بررسی این- که کدام یک از گروه‌ها در مرحله پس آزمون با هم تفاوت

دارند، مقایسه زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی انجام گرفت. نتایج در جدول زیر گزارش شده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تاب آوری بیماران مبتلا به ایدز انجام گرفته است. درذیل نتایج به دست آمده مورد بحث و بررسی قرار می گیرد.

نتایج نشان دادند که، بین درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با گروه کنترل، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. به عبارتی درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تاب آوری بیماران مبتلا به ایدز اثر داشته، اما تفاوتی از نظر میزان اثربخشی نداشته و نسبتاً اثری یکسان دارند. این یافته‌ها با نتایج قمری کیوی و حسینی کیاسری (۷)، هاپکو و همکاران (۲۰)، لموند و همکاران (۱۰) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت به نظر می رسد دلیل مؤثر بودن مداخله‌ی شناختی- رفتاری بر افزایش تاب آوری، یادگیری چگونگی مواجهه با مشکلات و دشواری‌های غیرقابل اجتناب زندگی و کنار آمدن بهتر با شرایط استرس زا (از جمله ابتلا به بیماری سرطان) و رویدادهای ناخوشایند از بعد عملکردی باشد (۲۱).

نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که درمان شناختی - رفتاری بر افزایش میزان تاب آوری در بیماران مبتلا به ایدز تأثیر دارد. این یافته با نتایج این پژوهش‌ها مطابقت و همخوانی دارد. درمان‌های شناختی رفتاری باعث افزایش سلامت روانشناختی بیشتر، سطوح اضطراب کمتر و تطابق فیزیولوژیک (سطوح کورتیزول پایین تر، میرزان سیتوکین $th1$ بالاتر) بیشتر می شود؛ و آموزش مدیریت استرس در کاهش اضطراب، پریشانی هیجانی و افکار مزاح، این زنان مبتلا به سرطان موفق بوده است (۲۱).

درمان شناختی رفتاری، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می شود و از اصول تقویت شرطی سود می برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به طور مستمر باعث

بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می نماید (۲۲). همچنین، می توان گفت چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان گونه که اتفاق می افتند، کمک می کند و جریان بهبودی خود را به خوبی لمس می کند. بنابراین، می تواند باعث افزایش تاب آوری در بین این بیماران شود. این امر از این نظر که در پژوهش‌ها مشخص شده است که درمان شناختی رفتاری در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود، قابل توجه است.

در ادامه نتایج به دست آمده نشان داد که بین درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با گروه کنترل، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. به عبارتی درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز اثر داشته، اما تفاوتی از نظر میزان اثربخشی نداشته و نسبتاً اثری یکسان دارند. نتایج پژوهش های شادلود (۲۳)، عمرانی و همکاران (۱۷) و متیو (۸) همسو بودند.

روش‌های روان درمانی مانند درمان شناختی- رفتاری یا گروه درمانی شناختی-وجودی مانند روش مثبت درمانی بر کاهش ناامیدی بیماران ایدز بطور صرف، روی زیر مقیاس فقدان انگیزش تأثیری معنی دار دارد. همچنین نتایج آموزش درمان‌های گفته شده بر امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز به این صورت بوده است که میانگین نمرات امید به زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری به صورت معنی داری افزایش یافته است و با توجه به اثر بخشی درمان‌ها، بر افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز موثر است. توجه به کاستی‌ها و نیازهای روانشناختی بیماران اچ آی وی مثبت و برنامه ریزی‌های آموزشی مانند آموزشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس سبب کاهش تنش و امیدواری به زندگی در آن‌ها می شود. در

آزمودنی‌ها، می‌توان از سایر متغیرها نظیر کیفیت زندگی، ساز و کارهای خانوادگی، عوامل اقتصادی-اجتماعی، مؤلفه‌های سلامت روان و ... استفاده کرد. با توجه به اینکه نمونه‌گیری در یک شهر انجام شد، پیشنهاد می‌شود در سایر مؤسسات دولتی و خصوصی مربوط به افراد مبتلا به ایدز و در شهرهای دیگر انجام شود.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که با توجه به موفقیت‌های کسب شده در هنگام مواجهه با موانع، افراد امیدوار با هیجان‌های مثبت خود به سمت جلو حرکت می‌کنند و افراد ناامید گیر می‌افتند چون راه‌های جدید را امتحان نکرده‌اند (۲۴).

بنابراین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش امید به زندگی در نزد بیماران مبتلا به اچ آی وی می‌توان گفت، درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید (۲۵).

بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که در مطالعه‌های آتی، به منظور انجام بررسی‌های کامل‌تر متغیرهای میانجی در

References

- Zarabadypoor M, Borhanmajaby K, Bagherzade S, Mozafary F. A survey on the knowledge and attitude of patients referring to the Qazvin dental faculty about AIDS, *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 2018; 22 (1): 87-91.
- Kuhlmann J M, Keaei R, Conde S M A A Evers and Hiligsmann M. "A Cost-of-Illness Study of Patients with HIV/AIDS in Bogotá, Colombia." *Value in Health Regional Issues*, 2017;14(6): 103-107.
- Suyanti T S, Keliat B A, Daulima N H C. "Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS." *Enfermería Clínica*, 2018; 28(1): 98-101.
- Betancur M N L, Lins I R D, Oliveira and Brites C. "Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross sectional study in Salvador, Brazil." *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 2017;21(5): 507-514.
- Azari S, Fata L, Poursharifi H. The Effect of Short Term Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy in Patients with Binge Eating Disorder. *J Clin Psychol*, 2013;1(2):111-126.
- Mohr DC, Cox D. Multiple sclerosis: empirical literature for the clinical health psychologist. *J Clin Psycho*, 2011;57(4): 479-99.
- Ghamari Kiwi H, Hosseini Kiasari S. The effectiveness of cognitive-existential group therapy on the frustration of people with MS. Two scientific-research monthly medical students. *Shahed University*, 2014;21(12): 159-169.
- Mathew J, Dunning C, Coats Ch, Whelan Th. The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*, 2014; 70(10):66-71.
- Snyder CR, Ritschel LA, Ravid LK and Berg CJ. Balancing Psychological Assessments: Including Strengths and Hope in Client Reports. *Journal of Clinical Psychology*, 2006; 62(1): 33-46.
- Lamond AL, Depp C.A, Allison M. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 2011; 43(11): 43, 148-156.

- 11-Kardira Nikuzadeh, E. Comparison of the effectiveness of a positive psychology intervention program and Adler's group therapy in promoting resilience of drug addicts. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 2011; 13(10): 10-27.
- 12-Korry G. Theory and application of counseling and psychotherapy. Translation: Yahya Sayyid Mohammadi Third edition. Tehran. Arasbaran Publishing,2015.
- 13-Jam S, Imani AH, Foroughi M, SeyedAlinaghi S, Koochak HE, Mohraz M. The effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program in Iranian HIV/AIDS patients: a pilot study. *Acta Med Iran*, 2010;48(2):101–116.
- 14-Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulnessbased cognitive therapy vs cognitive behavior therapy as a treatment for non-melancholic depression. *J Affect Disord*, 2011;130(1):138– 144.
- 15-Meadows GN, Shawyer F, Enticott JC, Graham AL, Judd F, Martin PR, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry*, 2014;48(8):743– 575.
- 16- Amir khani M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the marital conflicts of HIV-infected patients. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 2016; 27(3):198-207.
- 17-Omrani, S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hassanzadeh R A, & Abedini M. Investigating the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on life expectancy in patients with multiple sclerosis. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 2012; 23(93): 58-65.
- 18-Kumar SJ, Tadakamadla A Y B H Areeshi and TobaigyH A W M. "Knowledge and attitudes towards HIV/AIDS among dental students of Jazan University, Kingdom Saudi Arabia." *The Saudi Dental Journal*, 2018; 30(1): 47-52.
- 19- Gholami M, Soudani M. Therapeutic effectiveness of group education on life expectancy and general health of female patients with thalassemia. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2009; 42(8): 25-45.
- 20- Hopko D R, Colman LK. The impact of cognitive intervention in treating depressed breast cancer patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2012;24(10): 314-323.
- 21- Goodman JH, Guarino A, Chenausky K, Klein L, Prager J, Petersen R, et al. CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Arch Womens Ment Health*, 2014;17(5):373–87.
- 22- Masumian S, Shairi MR, Hashemi M. The effect of mindfulnessbased stress reduction on quality of life of the patients with chronic low back pain. *Anesthesiol Pain*, 2013; 4(9): 25-37.
- 23- Shadloo B M, Amin-Esmaeili A, Motevalian M, Mohraz and Rahimi-Movaghar A. "Psychiatric disorders among people living with HIV/AIDS in IRAN: Prevalence, severity, service utilization and unmet mental health needs." *Journal of Psychosomatic Research*, 2018; 110(20): 24-31.
- 24- Giménez-García C, Ruiz-Palomino E, Gil-Llario M, Ballester-Arnal R, Castañeiras C, García G. Why Do Young Hispanic Women Take Sexual Risks? *Psychological and Cultural Factors for HIV Prevention*, 2018; 29(5): 762-769.
- 25- HaileK T A, Ayele A B. Mekuria C A. Demeke and ErkuD A. "Traditional herbal medicine use among people living with HIV/AIDS in Gondar, Ethiopia: Do their health care providers know?" *Complementary Therapies in Medicine*, 2017; 35(5): 14-19.

Original Article

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness training based on stress reduction on resilience and life expectancy of AIDS patients

Received: 24/06/2020 - Accepted: 16/05/2021

Maryam Jahandar¹
Ahmad Alipour²

¹ PhD student in Health Psychology,
Payame Noor University, Tehran, Iran
² Professor, Department of
Psychology, Payame Noor University,
Tehran, Iran.

Email: alipor@pnu.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness training based on stress reduction on resilience and life expectancy of AIDS patients.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental with pretest, posttest and control group. The statistical population of the study was among the patients with HIV/AIDS in 1398 who referred to Shariati Government Hospital in Isfahan. Using available sampling, 61 people were studied as a sample. Then, based on the entry and exit criteria, 45 people were selected and randomly divided into two experimental groups and one control group. The instruments used to collect data were the Connor and Davidson Resilience Scale and the Hertz Life expectancy Questionnaire. After the implementation of the research data, the subjects studied, scored and interpreted and in order to compare the mean scores of the two experimental and control groups and the effect of pre-test scores and other intervening variables on post-test, analysis of covariance was used.

Results: The results showed that there was a difference between the mean scores of resilience in the three groups of cognitive-behavioral therapy and mindfulness training based on stress reduction and control. There is also a significant difference between the mean scores of life expectancy in the three groups of cognitive-behavioral therapy and mindfulness training based on stress reduction and control.

Conclusion: In general, the results indicate the effect of cognitive-behavioral therapy and mindfulness training based on stress reduction on resilience and life expectancy of AIDS patients.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Mindfulness training based on stress reduction, Resilience, Life expectancy, AIDS patients.