

اثربخشی امیددرمانی گروهی بر بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری بیماران HIV مثبت *

رقیه عطایی مغانلو¹؛ وحید عطایی مغانلو¹؛ جلیل باباپور خیرالدین²؛ حمید پورشریفی²؛ ملیحه پیشوایی³*

چکیده

زمینه: مردان و زنان مبتلا به ویروس ایدز، مشکلات ویژه‌ای را در زمینه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی تحمل می‌کنند. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی امید درمانی گروهی بر بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری بیماران HIV مثبت بود. روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی و با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به ویروس ایدز بود که به مرکز مشاوره و درمان بیماری‌های رفتاری شهر تبریز مراجعه کرده بودند. نمونه‌ها به‌روش در دسترس جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. تعداد 30 نفر از بین جامعه موردنظر که از شرایط پژوهش براساس ملاک‌های ورود به پژوهش برخوردار باشند، انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در یکی از دو گروه (گروه گواه و آزمایش) جای داده شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف و خرده‌مقیاس‌های پذیرش و تمرکز بر فکر پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان بودند. گروه آزمایش در 8 جلسه تحت امید درمانی گروهی (متغیر مستقل) قرار گرفتند. نتایج با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نرم افزار SPSS 19 تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان داد که امید درمانی گروهی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و پذیرش و کاهش نشخوار فکری در بیماران HIV مثبت مؤثر بوده است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد امید درمانی می‌تواند به‌عنوان درمانی جدید در حوزه درمان‌های حمایتی و درمان مسایل روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز مفید باشد.

کلیدواژه‌ها: امید درمانی، بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش، نشخوار فکری، ویروس ایدز

«دریافت: 1393/2/8 پذیرش: 1393/5/14»

1. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پارس آباد مغان، باشگاه پژوهشگران جوان، پارس آباد مغان

2. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

3. مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

*عهددار مکاتبات: خراسان رضوی، گناباد، حاشیه جاده آسیایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت،

کدپستی: 9691793718 تلفاکس: 0533-7229092 همراه آقای عطایی: 09373812498 Email: pishvaei.m@gmu.ac.ir

* مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم رقیه عطایی مغانلو در دانشگاه تبریز و طرح پژوهشی مصوب در مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی گناباد می‌باشد که به‌صورت کارآزمایی بالینی در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران به ثبت رسیده است.

مقدمه

ایمنی توسط HIV، از کار افتاده باشد (2). ایدز بیماری‌ای است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و برچسب اجتماعی، نه تنها از جنبه‌های جسمانی بلکه از بعد سلامت روانی نیز وضعیت بیماران را متأثر کرده و منجر به بروز

ایدز به معنای سندرم نقص ایمنی اکتسابی و نمونه‌ای از عفونت‌های مخرب است که توسط ویروس نقص ایمنی انسانی یا HIV ایجاد می‌شود (1). یک فرد وقتی به‌عنوان بیمار مبتلا به ایدز شناخته می‌شود که سیستم

می‌تواند نشانگر نوعی از کناره‌گیری حسی شود و به احساس عدم توانایی در تأثیرگذاری روی وقایع منجر گردد. بنابراین در وهله اول، تصمیم به پذیرفتن ماهیت بیماری، به فرد بیمار کمک خواهد کرد تا با توانمندسازی خود، بهزیستی و کیفیت زندگی خود را ارتقاء دهد. عدم پذیرش بیماری توسط فرد تنها جنبه تظاهر دارد. بنابراین فرد در طول بیماری با تظاهرات درونی و بیرونی آن درگیر می‌باشد. از تظاهرات درونی بیماری نشخوار فکری مرتبط با عوارض بیماری، پیش‌بینی آینده‌ای ناگوار و یک زندگی با کیفیت پایین می‌باشد. نشخوار فکری را تفکر مداوم به احساسات و تفکرات همراه با اتفاق ناخوشایند بدون اقدام به اصلاح محیط بلاواسطه مؤثر تعریف کرده‌اند. اثبات شده است که شیوه مقابله‌ای نشخوار فکری با سطوح بالای افسردگی همراه می‌باشد و البته این نحوه تفکر تا حدی هم به مقابله مؤثر با شرایط تنیدگی‌زا کمک می‌کند (7).

تظاهرات بالینی بیماری ایدز (HIV) نقش مهمی در سازگاری فرد با این بیماری ایفا می‌کند. به همین جهت مداخلات روان‌درمانی که این تظاهرات را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند به سازگاری فرد با این بیماری و ادامه زندگی به شیوه‌ای سالم و به دور از هیجانات منفی کمک کنند. بنابراین بیماران مبتلا به ایدز علاوه بر درمان‌هایی که علائم اولیه را هدف قرار می‌دهند، نیاز به درمان‌هایی دارند که سایر مشکلات آن‌ها را پوشش دهند تا بتوانند با سلامت روان بالاتر به مقابله با این بیماری بپردازند (1 و 8). امیددرمانی گروهی یکی از جدیدترین درمان‌ها در حوزه روان‌شناسی مثبت‌گراست که می‌تواند در ارتقای سطح کیفیت زندگی در بیماران صعب‌العلاج نقش داشته باشد. اسنایدر بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به‌عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این‌گونه تعریف می‌کند: "توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به‌رغم موانع موجود و عاملیت یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها" (9). به نظر او انسان دارای نیمه مثبت و نیمه منفی است و اکنون هنگام آن

مشکلات عدیده در فعالیت‌های مفید و علایق بیماران می‌گردد (3). این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و باعث کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، علایم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود. تمامی این مشکلات به علاوه مراجعات مکرر به پزشک و هزینه‌های بالای درمان و عوارض دارویی باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (4). از واکنش‌های احتمالی دیگر در مقابل بیماری هپاتیت یا ایدز افسردگی و برهم خوردن خلق و هیجان منفی است. مهم‌ترین مسأله برای مقابله با بیماری، داشتن روحیه و امید به غلبه می‌باشد. افراد دچار اختلال در تنظیم هیجان، دچار افسردگی شده و به مرور بهزیستی روانی خود را در زندگی از دست می‌دهند. افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند و فرصت‌های زندگی کردن در باقیمانده عمر را از دست می‌دهند. بهزیستی ذهنی یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی است که به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی‌شان اشاره دارد و دارای دو جنبه شناختی و عاطفی است. بعد شناختی شامل ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی شامل داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است (5). امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گراانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد. همچنین عاطفه مثبت و منفی، مکانیسم‌های فکری متفاوتی را که بر سلامت روان تأثیر دارند به راه می‌اندازد (5 و 6).

با توجه به اثرات زیان‌بار روانی و جسمانی بیماری ایدز، بیماران مبتلا ابتدا به انکار آن دست زده و از پذیرش وجود آن سر باز می‌زنند. پذیرش یک راهبرد مقابله‌ای است که رابطه مثبت و تعدیل‌کننده‌ای با میزانی از خوش‌بینی و عزت‌نفس و رابطه منفی با میزانی از اضطراب دارد. گرچه خود فرآیند پذیرش، خوب است اما برای بسیاری از وقایع، سطوح خیلی بالای پذیرش

است که علاوه بر آسیب‌پذیری‌ها، به توانمندی‌ها و جنبه‌های مثبت وجود انسان توجه شود. در محور این نیمه مثبت، توجه به امید قرار دارد (10). ضرورت این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که شیوع و عدم کنترل اثرات اجتماعی و روانی بیماری ایدز، موضوع مهمی برای همه اقشار جامعه به شمار می‌آید. همچنین با توجه به تبعات بیماری ایدز برای مبتلایان به آن، عدم دریافت حمایت اجتماعی مناسب از طرف نزدیکان و بر هم خوردن روابط گذشته، لزوم امیدبخشی و تنظیم روابط هیجانی در این قشر بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد. از دیگر ضرورت‌های این پژوهش، لزوم پذیرش و کنار آمدن فرد آلوده به ویروس ایدز با آن و عدم گسترش نشخوارهای فکری همراه با آن می‌باشد. پایین بودن کیفیت زندگی بیماران آلوده به ویروس ایدز از موضوعات بسیار مهمی است که به آن کم‌تر توجه شده است. مطالعات نشان داده است که شرایط زندگی افراد HIV مثبت در ایران غیرقابل قبول می‌باشد. بر طبق این پژوهش‌ها، 69 درصد زنان مبتلا به ویروس ایدز کیفیت زندگی پایین را گزارش نموده‌اند، ضمن این که 31 درصد باقی‌مانده هم، سطح متوسطی از این متغیر مهم را در زندگی خود ابراز کرده‌اند (11 و 12). یقیناً مزیت اصلی امید درمانی نسبت به سایر درمان‌های روان‌شناختی، ایجاد تفکر امیدوارانه نسبت به زندگی و فائق آمدن بر بیماری و اثرات مخرب آن در سطوح مختلف زندگی می‌باشد. بدون شک هیچ‌یک از درمان‌های روان‌شناختی تا این حد بر روی مسأله امید با تأکید بر تنظیم هیجانات در بیماران ایدزی حساس نیست.

علی‌رغم توصیه اسنایدر، بنیانگذار نظریه امید در خصوص به‌کارگیری این روش درمانی در مورد بیماران مبتلا به ایدز، پژوهش جدیدی که نشان‌دهنده اثربخشی درمان موردنظر بر روی این بیماران باشد، انجام نشده است اما در برخی از پژوهش‌ها به ارتباط میان امید و بهزیستی ذهنی و کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی اشاره شده است. در پژوهش بایلی، ونینگ، فریج و اسنایدر

خرده‌مقیاس کارگزار در مقیاس امید بزرگسالان، دارای بالاترین قدرت پیش‌بینی برای متغیر رضایت از زندگی بود (13). پژوهش علاءالدینی، کجباف و مولوی حاکی از اثربخشی امیددرمانی بر میزان امید و بهبود افسردگی و نارسایی عملکرد اجتماعی در دانشجویان بوده، اما در اضطراب و بی‌خوابی آنان تأثیری نداشته است (14). مطالعات دیگری از قبیل پژوهش‌های دیویس (15)، اسنایدر و تسوکاسا (16) و اونگ، ادواردز و برگمن (17) حاکی از ارتباط مثبت میان امید و میزان بهزیستی افراد است. ماری و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که مداخله روان‌درمانی حمایتی برای بیماران آلوده به ویروس ایدز و خانواده‌های آن‌ها مفید بوده است (18). هول، کرن و لیمبومیرسکی مشخص کردند که همبستگی قوی بین بهزیستی ذهنی با طول عمر بالاتر، سلامت جسمی بیشتر و سبک زندگی سالم‌تر وجود دارد (19). با توجه به موارد فوق که ضرورت انجام پژوهش‌های این‌چنینی را بر روی افراد مبتلا به ویروس ایدز یادآور می‌شود، اما پژوهش‌های پیشین، بیشتر بر پایه روابط علی یا درمان‌های مبتنی بر دارو و متغیرهای جسمانی بوده و کم‌تر به ارایه درمان‌های روان‌شناختی برای بهبود آلام روان‌شناختی ناشی از ابتلا به این ویروس پرداخته شده است. باید توجه داشت که بهزیستی بالاتر علاوه بر این که افراد را به کارکردهای بهتر در سلامت رهنمود می‌سازد، با قوی‌تر کردن پاسخ سیستم ایمنی و تحمل درد، در واکنش‌پذیری روان‌شناختی در هنگام بیماری‌ها به افراد کمک می‌کند و قدرت پذیرش بیماری را افزایش داده، به تفکری همراه با آرامش در فرد می‌انجامد. از این رو به‌نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بتواند گامی مؤثر در جهت افزایش امید، افزایش قدرت تنظیم خلق، بهزیستی ذهنی و مقابله با نشخوارهای ذهنی بردارد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد و در مرکز ثبت کارآزمایی‌های

می‌گیرد. حداکثر نمره برابر با 385 است که نمره بالاتر نشان‌دهنده بالا بودن بهزیستی روان‌شناختی است. پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی به روش آلفای کرونباخ در کل مقیاس برابر 0/94 است. روایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد که این مقیاس با شش خرده‌آزمون خود همبستگی بالایی دارد. ضرایب پایایی این پرسشنامه نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف برای کل مقیاس به ترتیب 0/88 و 0/87 گزارش شده است. ضریب اعتبار کل مقیاس 0/94 است. این ضریب در آزمون‌های فرعی بین 0/90 و 0/62 به دست آمده است. همچنین ضریب بازآزمایی برای کل مقیاس 0/76 و برای خرده‌آزمون‌ها بین 0/73-0/67 می‌باشد و می‌توان گفت که مقیاس از قابلیت اعتماد (اعتبار) نسبتاً خوب و کافی برخوردار است (22). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه مذکور، نمونه‌ای شامل 100 بیمار آلوده به ویروس انتخاب و از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفا برای کل نمرات پرسشنامه، 0/93 به دست آمد. ضمن این‌که برای بررسی روایی پرسشنامه، از روش تحلیل مواد استفاده شد. بدین صورت که همبستگی هر سؤال با نمره کل منهای آن سؤال محاسبه شد. در این حالت ضرایب همبستگی به دست آمده برای مواد کل پرسشنامه در دامنه 0/51-0/89 قرار داشت.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی: برای سنجش میزان پذیرش و نشخوار فکری آزمودنی‌های پژوهش از خرده‌مقیاس‌های پذیرش و تمرکز روی فکر (نشخوار) پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان استفاده شد که هر کدام شامل 4 آیتم بودند.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توسط گرنفسکی و همکاران ساخته شده است و 36 آیتم دارد. پاسخ‌گویی به هریک از آیتم‌های آن به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (1= تقریباً هرگز تا 5= همیشه) می‌باشد. این پرسشنامه دارای 2 راهبرد مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و 9 زیرمقیاس است. در راهبردهای

بالینی ایران با کد IRCT2014021616602N1 به ثبت رسیده است. جامعه پژوهش شامل کلیه افراد آلوده به ویروس ایدز (HIV+) مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و درمان بیماری‌های رفتاری شهر تبریز بود که شرایط قرار گرفتن تحت امید درمانی گروهی را داشتند. به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد 30 نفر از بین جامعه مورد نظر که از شرایط پژوهش براساس ملاک‌های ورود به پژوهش برخوردار بودند و نمراتشان در پاسخ به پرسشنامه‌های پژوهش پایین‌تر از یک انحراف معیار از میانگین بود انتخاب شدند و پس از همسان‌سازی براساس ملاک‌های ورود به پژوهش، به صورت تصادفی ساده در یکی از دو گروه (گروه گواه و گروه آزمایشی) جای داده شدند. تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه 15 نفر بود. برای تعیین حجم نمونه نیز از فرمول زیر جهت برآورد اندازه نمونه برای تشخیص اختلاف میانگین در دو جامعه مستقل از هم استفاده شد (20).

خوشبختانه به دلیل فضای منضبط و امیدبخش جلسات و همکاری کارکنان مرکز مشاوره مورد نظر، افت آزمودنی مشاهده نشد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بین 15-55 سال، وجود معیارهای تشخیصی آلودگی به ویروس ایدز، عدم مصرف داروهای روان‌پریشی و توانایی شرکت در جلسات گروه درمانی. ملاک خروج از پژوهش هم عدم حضور و غیبت بیش از دو جلسه گروه درمانی تعیین شده بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی: مقیاس بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف ساخته شده است (21). این مقیاس دارای 77 گویه است که به منظور سنجش بهزیستی روان‌شناختی تهیه شده است. این آزمون از 6 خرده‌مقیاس رضایت از زندگی، معنویت، شادی و خوش‌بینی، رشد و بالندگی فردی، ارتباط مثبت با دیگران و خودپیروی تشکیل شده است. در نمره‌گذاری به هر گزینه نمره‌ای از 1-5 تعلق می‌گیرد. در کل 23 گویه به صورت منفی وجود دارد، که نمره‌گذاری آن‌ها بالعکس صورت

ضرایب همبستگی مواد کل پرسشنامه در دامنه 0/88-0/55 قرار داشت.

برای اجرای پژوهش بعد از تصویب طرح پژوهشی در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی گناباد به مرکز مشاوره و درمان بیماری‌های رفتاری مختص بیماران مبتلا به ویروس ایدز در شهر تبریز مراجعه شد. طی مراحل اخذ مجوز اقدام به انتخاب نمونه و گرفتن پیش‌آزمون از نمونه کردیم. گروه آزمایش به مدت 8 هفته تحت امید درمانی گروهی توسط درمانگر متخصص قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله روان‌شناختی را در این مدت دریافت ننمود.

با عنایت به نظریه اسنایدر فرآیند و مراحل امیدرمانی در پژوهش حاضر بر اساس چهار گام اصلی امیدداری، تحکیم امید، بالا بردن امید و ابقای امید در 8 جلسه 1/5 ساعته به شرح ذیل انجام پذیرفت:

جلسه اول: معرفی امید و جنبه‌های آن، تعریف هدف و موانع، پیدا کردن راه‌هایی برای رسیدن به اهداف و استراتژی‌هایی برای حفظ انگیزه.

جلسه دوم: معرفی اهداف و انواع آن به‌عنوان بخشی از فرایند افزایش امید، ایجاد ساختاری برای کشف اهداف.

جلسه سوم: ارزیابی راهکاری برای تنظیم اهداف واضح و عملی در سطوح مختلف، ترجیح اهداف خود به اهداف فرعی، انتخاب اهداف واقعی.

جلسه چهارم: تهیه لیست اهداف، اولویت‌بندی آن‌ها و انتخاب یک هدف برای کار در گروه، اهمیت داشتن قصد و هدف و معنی در زندگی.

جلسه پنجم: آشنایی با شیوه‌های افزایش انگیزه و نیروی اراده روانی و جسمی در پیگیری اهداف، نقش امید در افزایش خلق و کاهش احساس ناامیدی.

جلسه ششم: آشنایی با هیجان‌های مثبت و هیجان‌های منفی، نقش هیجان‌های منفی در ابقای اختلال در تنظیم هیجان و زندگی تهی، به‌کارگیری هیجان‌های مثبت و

شناختی منفی، تنظیم هیجان دامنه نمرات از 80-1 و در راهبردهای شناختی مثبت، تنظیم هیجان دامنه نمرات از 100-1 می‌باشد. خرده‌مقیاس پذیرش شامل سؤالات: 2، 11، 20 و 29 و خرده‌مقیاس تمرکز روی فکر (نشخوار) شامل سؤالات: 3، 12، 21 و 30 می‌باشد. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون، گرنفسکی و همکاران، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به‌ترتیب برابر 0/91 و 0/87 به‌دست آوردند (23). پایایی این مقیاس در ایران، مورد تأیید قرار گرفته است و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها ما بین 0/82-0/64 گزارش شده است. روایی ساختاری این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است (24). در تحقیق بالزاروتی، جیمز و گراس روایی ساختاری پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نمونه ایتالیایی در حد مطلوبی گزارش شده است (25). همچنین در تحقیق یوسفی، روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده‌مقیاس‌های آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از 68-0/40 را در بر می‌گرفت که همگی آن‌ها معنادار بودند. همچنین، در بررسی روایی پرسش‌نامه از طریق همبستگی با نمرات افسردگی و اضطراب پرسشنامه سلامت عمومی، به‌ترتیب ضرایب برابر با 0/35 و 0/37 به‌دست آمد که همگی معنادار بودند (26). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه مذکور، نمونه‌ای شامل 100 بیمار آلوده به ویروس انتخاب و از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب آلفا برای مؤلفه‌های پذیرش، 0/84 و تمرکز روی فکر، 0/86 به‌دست آمد. ضمن این‌که ضریب آلفا برای کل نمرات پرسشنامه، 0/91 مشخص گردید. همچنین برای بررسی روایی پرسشنامه، از روش تحلیل مواد استفاده شد. بدین صورت که همبستگی هر سؤال با نمره کل منهای آن سؤال به‌دست آمد. ضرایب همبستگی به‌دست‌آمده برای خرده‌مقیاس پذیرش در دامنه 0/80-0/53، تمرکز روی فکر در دامنه 0/85-0/49 و

میانگین و انحراف معیار نمره‌های بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری در گروه آزمایش بعد از مداخله بهبود یافت (جدول 2). دلیل استفاده از تحلیل کوواریانس در این پژوهش، افزایش دقت و حذف اثر تفاوت‌های اولیه در میزان متغیرهای وابسته بود.

جدول 1- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش و مقایسه آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل

Pvalue	(درصد) فراوانی / (SD) میانگین	طبقات	متغیرهای جمعیت‌شناختی
0/98	41/87	آزمایش	میانگین سنی
	41/80	کنترل	(سال)
0/15	28(93/3)	مجرد	وضعیت تأهل
	2(6/7)	متأهل	
0/63	5(16/6)	20-30 سال	طبقات سنی
	10(33/3)	31-40 سال	
	15(50)	40 سال به بالا	
0/56	14(46/7)	راهنمایی	سطح
	14(46/7)	دبیرستان	تحصیلات
	2(6/7)	دانشگاهی	

مسیرهای جایگزین در برخورد با موانع. جلسه هفتم: استفاده از پیوستار پیشرفت برای ارزیابی فرایند پیگیری هدف و بازخورد، آشنایی با شیوه‌های غلبه بر موانع و چالش‌ها، شناسایی افکار خودآیند برای تغییر باورها و نگرش‌های ناکارآمد.

جلسه هشتم: ترسیم رابطه تفکر و احساس مثبت ناشی از رسیدن به هدف در افزایش امید، شناسایی و استفاده از توانمندی‌های شخصی به شکل تازه و آشنایی با دسته‌بندی توانمندی‌ها و فضیلت‌های اخلاقی، جمع‌بندی جلسات (27).

لازم به ذکر است که محتوای جلسات هفتگی را گفتگو و بیان افکار و احساسات، بحث گروهی، تمرین و ارایه تکلیف تشکیل می‌داد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده شد. جهت تفسیر و بررسی یافته‌ها، از آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

دو گروه از نظر سن، تحصیلات و جنس با یکدیگر اختلاف معناداری نداشتند. نمونه پژوهش بر حسب جنسیت شامل 16 مرد و 14 زن بودند (جدول 1).

جدول 2- میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری گروه‌های آزمایش و کنترل و تفاوت آن‌ها در پیش

آزمون‌های دو گروه

تفاوت بین پیش آزمون‌ها	گروه کنترل		گروه آزمایش		شاخص‌های آماری	متغیرها
	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
p = 0/54	129/73	128/8	205/73	132/60	میانگین	بهزیستی ذهنی
	13/92	16/88	19/64	17/21	انحراف استاندارد	
p = 0/10	9/93	9/67	14/27	9/87	میانگین	پذیرش
	1/10	1/04	1/62	1/12	انحراف استاندارد	
p = 0/62	14/93	15/07	10/33	14	میانگین	نشخوار فکری
	1/98	2/01	0/97	1/25	انحراف استاندارد	

جدول 3- نتایج آزمون همگنی واریانس لوین بین متغیرهای کمکی پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	F	P value
	بهزیستی ذهنی	1	28	1/51	0/228
گروه	پذیرش	1	28	1/20	0/282
	نشخوار فکری	1	28	0/30	0/587

استفاده شد.

یافته‌ها نشان می‌دهد بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/001$ تفاوت معناداری وجود دارد (جدول 4). بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت (جدول 5).

آزمون لوین در متغیر بهزیستی ذهنی ($F=1/51$ و $P=0/228$)، پذیرش ($F=1/20$ و $P=0/282$) و نشخوار فکری ($F=0/30$ و $P=0/587$) معنادار نبود. بنابراین، واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری به‌طور معناداری متفاوت نبوده (جدول 3) و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شده و از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین تأثیر امیددرمانی گروهی بر بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به ویروس ایدز ($HIV+$)

جدول 4- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	توان آماری	P value
اثر پیلای	0/925	94/36	3	23	0/925	1	<0/001
لامبدای ویلکز	0/075	94/36	3	23	0/925	1	<0/001
اثر هتلینگ	12/30	94/36	3	23	0/925	1	<0/001
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	12/30	94/36	3	23	0/925	1	<0/001

جدول 5- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	P value
بهزیستی ذهنی	37131/12	1	37131/12	143/60	0/85	<0/001
پذیرش	121/30	1	121/30	60/19	0/71	<0/001
نشخوار فکری	90/41	1	90/41	120/58	0/83	<0/001

موهوم به هدفی خاص و قابل دسترس بیانیدشد. همچنین وجود راهبردهای رفتاری، گامی در جهت فعال کردن مراجع است و به او کمک می‌کند تا فعالانه اهداف تعیین را دنبال کند که این امر نیز به نوبه خود می‌تواند در کاهش نشخوار فکری و پذیرش واقعیت توسط بیمار مبتلا به ویروس HIV مؤثر باشد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که افراد امیدوار در زندگی عامل‌ها و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد می‌کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند. اما افراد ناامید به دلیل این‌که عامل و گذرگاه‌های کم‌تری دارند در برخورد با موانع، انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند و در واقع ناامیدی مؤلفه اصلی افسردگی است. به عبارت دیگر، مؤلفه عامل یا کارگذار یک باور شخصی است که باعث می‌شود فرد احساس کند که می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود، مسیرهای مختلفی را امتحان کرده و تحمل کند.

از دیدگاه فلدمن و اسنایدر و بر پایه نظریه اسنایدر، در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای رسیدن به اهداف سبب معنادار شدن زندگی می‌گردد. به بیان دیگر بین این دو متغیر یک ارتباط تعاملی وجود دارد. یعنی افزایش امید منجر به افزایش معنا در زندگی می‌شود و افزایش معنا سبب افزایش امید یا تفکر هدف‌دار می‌شود که بر اساس یافته‌های پژوهش فلدمن و اسنایدر افزایش معنا و امید به صورت تعاملی منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و رضایت از زندگی می‌گردد (32).

از نظر اسنایدر سه الگوی انسداد هدف وجود دارد که فرد بیمار را مستعد ابتلا به افسردگی و پیامدهای آن نظیر انزوا و نشخوارهای ذهنی می‌سازد: اول مسدود شدن یک هدف مهم یا اساسی، دوم انتخاب اهدافی که رضایت‌بخش نیستند و سوم انتظار تعمیم یافته برای

تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیرهای بهزیستی ذهنی ($F=143/60$ و $P<0/001$)، پذیرش ($F=60/19$) و نشخوار فکری ($F=120/58$ و $P<0/001$) معنادار می‌باشند (جدول 5). بنابراین اثربخشی امید درمانی گروهی بر بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری در بیماران HIV مثبت تأیید می‌شود.

بحث

اثربخشی امید درمانی گروهی بر بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری و همچنین بر هر یک از متغیرهای وابسته (بهزیستی ذهنی، پذیرش یا نشخوار فکری) به تنهایی تأیید شد. در واقع امید درمانی گروهی باعث افزایش بهزیستی ذهنی و پذیرش و کاهش نشخوار فکری در بیماران HIV مثبت می‌شود. این یافته‌ها بسیار نویدبخش بوده و نشان‌دهنده ارزش بالقوه روش‌های درمانی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت به‌طور عام و امید به‌طور خاص است. نتایج این تحقیق با نتایج چند پژوهش دیگر مانند اولاگونجو، اوگوندیپ، اولاگونجو و آدیمی، ماری و همکاران، شیونز، گام، فلدمن، میسائیل و اسنایدر و پژوهش‌های هنکینز در این زمینه همخوان است (1، 18، 28 و 29). شیونز، فلدمن، وودوارد و اسنایدر نیز در پژوهش خود نشان دادند که امید درمانی می‌تواند تفکر عامل (یکی از مؤلفه‌های تفکر امیدوارانه)، معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده و نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد (30). همچنین وجود رابطه منفی بین افسردگی و امید در تحقیقات مختلف نشان داده است (27 و 31) نشخوارهای ذهنی و پایین آمدن بهزیستی ناشی از افسردگی و انکار پدیده به وجود آمده است. در امید درمانی گروهی به مراجعان آموزش داده می‌شود تا اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری تعیین نموده و برای دستیابی به آن‌ها، گذرگاه‌های متعدد در نظر بگیرند. داشتن هدف و امید به دستیابی آن، به زندگی فرد معنا داده و او را در مسیر خاصی قرار می‌دهد. بنابراین فرد یاد می‌گیرد به جای تمرکز بر تفکرات تکراری و

گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به بررسی پایداری اثرات درمان در دوره‌های سه‌ماهه و شش‌ماهه بپردازند.

نتیجه‌گیری

امیددرمانی گروهی، بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری را در بیماران HIV مثبت تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجا که بیماری ایدز به‌عنوان یک بیماری صعب‌العلاج شناخته شده و تأثیرات روانی فراوانی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد، پیش‌بینی می‌شود کنترل این مؤلفه‌ها در آینده بتواند زمینه‌ای جهت بالا بردن کیفیت زندگی و کاهش علایم روان‌شناختی منفی در این بیماران فراهم نماید.

تشکر و قدردانی

این پژوهش از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم رقیه عطایی مغانلو در رشته روان‌شناسی عمومی استخراج شده و طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهشی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی گناباد می‌باشد. از کلیه بیماران و کارمندان مرکز مشاوره و درمان بیماری‌های رفتاری شهر تبریز که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

شکست. همچنین از نظر او، از دست رفتن عامل با انسداد هدف و ناتوانی در ایجاد گذرگاه‌های مناسب می‌تواند بیمار HIV مثبت را مستعد ناکامی و پایین آمدن بهزیستی روان‌شناختی سازد (33). در امیددرمانی گروهی سعی بر این بود که این الگوها در بیمار اصلاح شود تا میزان افسردگی او کم‌تر شده و آسیب‌پذیری او نسبت به ویروس ایدز کاهش یابد. به این منظور به آن‌ها آموخته می‌شود تا «اهداف»، «گذرگاه‌ها» و «عامل» بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت‌های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازند. در مورد تأثیر امیددرمانی بر پذیرش در بیماران مبتلا به ویروس ایدز، اسناد معتقد است افرادی که از سطوح بالای امید برخوردارند، در زندگی خود به اندازه سایرین شکست‌هایی را تجربه کرده‌اند. اما این باور را پرورش داده‌اند که می‌توانند با چالش‌سازش کنند و با ناملایمات کنار بیایند.

محدودیت‌های این پژوهش شامل فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان بود. نتایج نشان داد که امید درمانی گروهی باعث افزایش بهزیستی ذهنی و پذیرش و کاهش نشخوار فکری در بیماران HIV مثبت می‌گردد. بنابراین به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی این افراد توصیه می‌گردد که در مراکز درمانی و کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی توسط تیم‌های درمانی مورد استفاده قرار

References

- Olagunju AT, Ogundipe OA, Olagunju TO, Adeyemi JD. A multi dimensional assessment of quality of life among attendees of a West African HIV clinic and its use in tracking outcome. HIV& AIDS Review. 2013;12(3):63-7.
- World Health Organization. AIDS and HIV Infection. Varkuhi A, Geranghadr P. (Persian translator). 1st ed. Lorestan: Lorestan University of Medical Sciences. 2001; 34-9.
- Aranda A, Naranjo B. Quality of life in HIV positive-patient. J Assoc Nurses AIDS care. 2004;15:265-73.
- Oliva J, Roa C, Del Liano J. Indirect costs in ambulatory patients with-HIV/AIDS in Spain: A pilot study. Pharmacoeconomics. 2003;21(15):1113-21.
- Eid M, Larson RJ. The Science of subjective well-being. 2st ed. New York: Guilford press. 2008; 102-6.
- Ositer GR, Markindes KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional Wellbeing predicts subsequent Functional independence and survival. J Am Great Soc. 2000;48:473-78.
- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. Pers Individ Dif. 2001;30(2):1311-27.
- Hughes J, Jelsma J, Maclean E, Darder M, Tinise X. The health-related quality of life of people living with HIV/AIDS. Disabil Rehabil. 2004;26:371-6.
- Snyder CR, Peterson C. Handbook of hope: theory, measures & applications. 1st ed. San Diego: Academic Press. 2000; 132-8.

10. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *Am Psychol.* 2000;55(3):5-14.
11. Vizeh A, Moradi SH. [Quality of life and related factors in women with AIDS in Tehran (Persian)]. *J Res Study families.* 2007;8(2):34-47.
12. Nojomi M, Anbari K. [Comparing quality of life in patients suffering from HIV+/ AIDS with normal patients (Persian)]. 3rd ed. Tehran: Iran medical university.2007; 23-31.
13. Baily T, Winnieeng F, Frisch MB, Snyder CR. Hope and optimism as related to life satisfaction. *J Posit Psych.* 2007;2(3):168-75.
14. Alaeddini Z, Kajbaf MB, Molavi H. [the effect of group hope therapy on the hope and mental health (Persian)]. *Research in psychological health.* 2007;1(4):67-76.
15. Davis B. Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. *Clin Nurs Res.* 2005;41(3):253-72.
16. Snyder CR, Tsukasa K. The relationship between hope and subjective well-being: Reliability and validity of the dispositional hope scale, Japanese version. *Japanese J Psych.* 2005;76(3):227-34.
17. Ong AD, Edwards LM, Bergemen CS. Hope as a source of resilience in later adulthood. *J Perso and Indiv Differ.* 2006;41:1263-73.
18. Mary C, Fawzi S, Eustache E, Oswald C, Louis E, Pamela J, et al. Psychosocial support intervention for HIV-affected families in Haiti: Implications for programs and policies for orphans and vulnerable children. *Soc Scien & Med.* 2012;74(10):1494-503.
19. Howell RT, Keren LM, Lyubomirsky S. Health benefits: Meta Analytically determining the impact if well-being on objective health outcomes. *Heal Psychol Rev.* 2007;1(1):1-54.
20. Malek Afzali H, Majdzadeh SR, Fotouhi A, Tavakoli S. [Applied Research Methodology in the Medical Sciences (Persian)]. 1st ed. Tehran: Tehran University Press Medical Sciences. 2004;41-52.
21. Binder M, Coad A. An examination of the dynamic of well-being and life events using vector auto regression. *J Econom Behav Organ.* 2010;76:352-71.
22. Zanjani Tabasi R. [Preliminary construction and standardization test of psychological well being (Persian)]. Master Thesis General Psychology. Tehran: Faculty of Education and Psychology, Tehran University.2004; 40-56.
23. Granefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. Leiderorp, The Netherlands: Datec.2001; 12-23.
24. Abdi S. [Causal relationship between compare emotional, sex role orientation, self monitoring and emotion regulation with social empathy in students (Persian)]. Master's Thesis, Tabriz: Department of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz.2007; 24-37.
25. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *Europ J Psych Assess.* 2010;26(1):61-7.
26. Yusefi F. [Investigate the relationship between cognitive strategies of Emotion Regulation With depression and anxiety At Talented students' guidance centers (Persian)]. *Res area Except Child.* 2006;6(4):871-92.
27. Bahari F. [Hope: Foundations of Hope and Hope Therapy (Guide to Creating Hope) (Persian)]. 1st ed. Tehran: Publications Danzheh.2011; 31-41.
28. Cheavens SJ, Gum A, Feldman BD, Micheal ST, Snyder CR. A group intervention to increase hope in a community sample. San Francisco: Poster presented at American Psychological Association.2001; 111-45.
29. Hankins SJ. Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, Mississippi: University of Mississippi.2004; 28-39.
30. Cheavens SJ, Feldman BD, Woodward JT, Snyder CR. Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths. *J Cog Psychother.* 2006;20:135-45.
31. Wells M. The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, Texas: University of Texas A&B. 2005;43-8.
32. Feldman DB, Snyder CR. hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *J Soci and Clin Psych.* 2005;24(3):401-21.
33. Snyder CR. Hand book of hope. 3rd ed. NewYork: Academic Press.2000; 211-34.