

دوره ۳ شماره ۴  
زمستان ۱۳۸۶

مطالعات روان‌شناختی  
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی،  
دانشگاه الزهرا

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱۱/۲۸ تاریخ بررسی مقاله: ۸۶/۰۱/۲۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۰۵/۲۴

## بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی بیماران مرد HIV مثبت

زهرا سلگی\*

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی  
دکتر کیانوش هاشمیان  
دانشیار دانشگاه الزهرا (س)  
دکتر بهمن سعیدی‌پور  
عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور

### چکیده

از جمله مشکلات روانی که شیوع نسبتاً بالایی، بخصوص در بین بیماران HIV مثبت دارد، افسردگی است. یکی از روش‌های غیردارویی که در درمان این بیماری مؤثر بوده، شناخت درمانی گروهی می‌باشد. پژوهش‌ها نشان داده است که در بیماران افسرده بستری و سرپایی از کارایی نسبتاً بالایی برخوردار است. در این پژوهش سعی شد که تأثیر شناخت درمانی گروهی در کاهش میزان افسردگی بیماران مرد HIV مثبت افسرده بررسی شود. بیماران به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. قبل از مداخله درمانی، هر دو گروه با آزمون افسردگی بک، مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی در ده جلسه شناخت درمانی گروهی شرکت نمودند، ولی در گروه کنترل هیچ گونه مداخله روان‌شناختی انجام نگرفت. در پایان مداخله، هر دو گروه مجدداً با آزمون مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون آماری t وابسته و مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش، نشان داد که شناخت درمانی گروهی به طور معنی داری ( $p < 0/001$ ) در کاهش میزان افسردگی بیماران مرد HIV مثبت، مؤثر بود.

**کلید واژه‌ها:** شناخت درمانی گروهی، افسردگی، HIV مثبت

\* نویسنده مسئول ZahraSolgi22@yahoo.com

## مقدمه

افسردگی، مجموعه‌ای از نشانه‌های بیمارگون است که شامل خلق افسرده، از دست دادن علاقه، اضطراب، اختلال خواب، از دست دادن اشتها، فقدان انرژی و افکار مربوط به خودکشی می‌باشد (لیندزی و پاول، ۱۹۹۴).

افسردگی بالینی<sup>۱</sup> به قدری شایع است که سرماخوردگی روان‌پزشکی لقب گرفته است، در هر مقطع معینی از زمان، ۲۰ درصد افراد، علی‌رغم نژاد و ملیت، در سطح قابل توجهی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند و حداقل ۱۲ درصد، به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله‌ای از زندگی، به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند. گمان می‌رود، حدود ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستان‌های روانی را موارد افسردگی تشکیل می‌دهند (بلک برن و دیوید سون، ۱۹۹۲).

افسردگی از رایج‌ترین عوارض ثانوی مربوط به عفونت HIV / ایدز<sup>۲</sup> و شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در بین افراد HIV مثبت است. شیوع اختلالات افسردگی در بین بیماران HIV مثبت، ۵۷/۳ درصد می‌باشد و میزان آن بیش از ۵ برابر جمعیت عادی است. افراد HIV مثبت افسرده، ممکن است تجربه‌های دردناک‌تری از بیماری HIV داشته باشند، بدون این که هیچ‌گونه علامت یا نشانه جسمی داشته باشند (والنت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). نتایج حاصل از بررسی‌های طولانی‌مدت بر جمعیت HIV، یک ارتباط معنادار بین سلامت عمومی، عملکرد جسمی<sup>۴</sup>، عملکرد کاری<sup>۵</sup> و نشانه‌های روان‌پزشکی اختلالات افسردگی و اضطراب را در این جمعیت از بیماران، در طول زمان، نشان داده است (ارلاندو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

همچنین، افسردگی تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی می‌گذارد. مثلاً، عملکرد سیستم ایمنی را تضعیف می‌کند، دردهای مزمن را شدیدتر می‌کند، موجب سوء مصرف مواد و مشروبات الکلی می‌شود، به پیروی از درمان ضدویروسی<sup>۷</sup> لطمه می‌زند و ممکن

- 
- 1- Clinical Depression
  - 2- Acquired Immune Defficiency Syndrom (AIDS)
  - 3- Valent
  - 4- Physical Functioning
  - 5- Role Functioning
  - 6- Orlando, M.
  - 7- Antivirus

است منجر به رفتارهای پر خطر جنسی در برخی افراد HIV مثبت شده و به طور بالقوه انتقال ویروس HIV را افزایش دهد (کاپالدینی و هاریسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

بررسی‌ها نشان داده است که افسردگی، اساساً خطر نسبی مرگ و میر<sup>۲</sup> در جمعیت HIV/ایدز را افزایش می‌دهد. افسردگی به عنوان چشمگیرترین عامل پیش‌بینی‌کننده مرگ و میر، مستقل از سن، شمار سلول‌های CD<sup>4</sup>+T و درمان ضدویروسی به حساب می‌آید و پیشرفت به سمت ایدز را تسریع می‌نماید. متأسفانه از بیماران HIV مثبتی که افسردگی را تجربه می‌کنند، فقط درصد بسیار کوچکی (۶/۳ درصد)، درمان‌های ضدافسردگی را دریافت می‌نمایند (بانگسبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

داده‌های تجربی پیشنهاد می‌کنند که درمان افسردگی، پیروی از درمان و انگیزه بهبود سلامتی را در جمعیت HIV/ایدز، افزایش می‌دهد (والنت، ۲۰۰۳).

تسکین افسردگی، علاوه بر آن که کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد، پیروی از درمان و دارو درمانی را تسهیل می‌کند، مراقبت از خود را افزایش داده و رفتارهای خودتخریبی<sup>۴</sup> را کاهش می‌دهد، که همه این متغیرها به کاهش فساد، کاهش انتقال ویروس HIV و کاهش مرگ و میر ربط داده شده‌اند (مک دانیل و گیلن واتر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴).

### پیشینه پژوهش

در پژوهشی که توسط دانشگاه جان هاپکینز<sup>۶</sup> و دانشگاه کلمبیا<sup>۷</sup>، به رهبری پل بولتون<sup>۸</sup> (۲۰۰۴) و به منظور بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی در درمان افسردگی بیماران HIV مثبت و ایدز انجام شد، آزمودنی‌ها که ۱۸۰ نفر بودند، به ۱۵ گروه ۱۲ نفره تقسیم شدند و به مدت ۴ ماه، هر هفته در یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شرکت می‌کردند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که ۶/۵ درصد شرکت‌کننده‌ها در جلسات گروه درمانی، هنوز افسردگی اساسی داشتند (۹۳/۵ درصد بهبود یافته بودند)، در صورتی که ۵۴/۷ درصد آزمودنی‌های گروه کنترل در پایان دوره پژوهش هنوز افسردگی اساسی داشتند.

- 1- Kapaldini & Harison
- 2- Mortality
- 3- Bangsberg
- 4- Self - Destructive
- 5- Mc Daniel & Gillenwater
- 6- John Hopkins University
- 7- Columbia University
- 8- Bolton, P

در یک مطالعه ۵ ساله توسط آنتونی<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)، کارآیی ۱۰ هفته‌ی مداخلات گروهی شناختی - رفتاری کنترل استرس<sup>۲</sup>، با پیگیری‌های ماهانه، در رفتارهای سالم، خلق، سازگاری‌های روان‌شناختی، کیفیت زندگی و سلامت جسمی، بر روی ۲۱۰ نفر مرد همجنس‌گرا و دو جنس‌گرا HIV مثبت، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این بررسی نشان داد که مداخلات گروهی شناختی - رفتاری کنترل استرس، موجب کاهش استرس و افسردگی، افزایش سازگاری روان‌شناختی، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، افزایش دریافت حمایت اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی در این افراد می‌شود.

پژوهش بانگسبرگ (۲۰۰۳)، در رابطه با درمان افسردگی بیماران مبتلا به ویروس HIV، نشان داد که افسردگی، اساساً خطر نسبی مرگ و میر در بیماران HIV مثبت را افزایش می‌دهد. افسردگی به عنوان چشمگیرترین عامل پیش بین مرگ و میر، افزایش خطر مرگ مستقل از سن، کاهش تعداد سلول‌های CD4+T و درمان ضدویروسی به حساب می‌آید.

در یک تحقیق ۵ ساله که توسط ایرونسون<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) انجام شد، اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر بهبود خلق، کیفیت زندگی، رفتارهای سالم و سازگاری‌های روان‌شناختی، بر روی ۲۱۰ زن HIV مثبت، مورد بررسی قرار گرفت، نتایج این پژوهش که ۶ و ۱۲ ماه پس از پایان مداخله نیز مورد پیگیری قرار گرفت، نشان داد که مداخلات گروهی شناختی - رفتاری موجب کاهش انزوای اجتماعی، کاهش افکار خودآیند منفی و افسردگی، کاهش تخریب سلول‌های CD4+T، بهبود روش‌های مقابله‌ای سازگارانه، افزایش رفتارهای سالم، پیروی از درمان، کاهش مصرف مواد، کاهش رفتارهای جنسی نامناسب، کاهش پیشرفت بیماری و در مجموع بهبود کیفیت زندگی در افراد HIV مثبت گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه کنترل شد.

طی مطالعه‌ای، بلانچ<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) درصد ارزیابی تأثیر فوری و طولانی‌مدت گروه درمانی شناختی - رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به عفونت HIV برآمد. بدین منظور، تست‌های افسردگی بک<sup>۵</sup> (BDI) و پرسشنامه‌ی حالت/ صفت اضطراب

1- Antoni

2- Stress Management

3- Ironson

4- Blanch

5- Beck Depression Inventor

STAI<sup>۱</sup>، بر روی ۳۹ شرکت کننده، در چهار نقطه زمانی انجام شد. T<sup>۱</sup> (یک ماه قبل از شروع درمان)، T<sup>۲</sup> (در طی جلسه اول)، T<sup>۳</sup> (در طی جلسه آخر) و T<sup>۴</sup> (سه ماه پس از آخرین جلسه). درمان در طی ۱۶ هفته، هر هفته یک جلسه دو ساعته انجام شد، در طی مداخله (زمان بین T<sup>۲</sup> و T<sup>۳</sup>) یک بهبود در اضطراب و افسردگی مشاهده شد و در دوره پیگیری (بین T<sup>۳</sup> و T<sup>۴</sup>) نیز ثابت ماند. هیچ گونه تغییری در طی این دوره زمانی بین T<sup>۱</sup> و T<sup>۲</sup> مشاهده نشد.

در مطالعه مولاسیوتیس<sup>۲</sup> (۲۰۰۲)، ۴۶ بیمار چینی<sup>۳</sup> با نشانگان ویروس (HIV) در یک بررسی مقایسه‌ای به منظور بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری (CBT) و گروه درمانی مشاوره‌ای / حمایتی همتا (PSC)<sup>۴</sup> در ارتباط با بهبود خلق و کیفیت زندگی و کاهش بی‌ثباتی<sup>۵</sup> در درمان، در مقایسه با یک گروه که درمان عادی<sup>۶</sup> بدون هیچ گونه مداخله روان‌شناختی رسمی دریافت می‌کردند، شرکت کردند.

نتایج، نشان دادند که خلق آزمودنی‌های گروه CBT<sup>۷</sup> در مورد خشم، تنش<sup>۸</sup>، اضطراب، افسردگی، آشفتگی<sup>۹</sup> و خلق کلی بهبود یافت. کیفیت زندگی در این گروه، در مقایسه با دو گروه دیگر به طور معناداری افزایش و به همان نسبت بی‌ثباتی در درمان نیز بهبود یافته بود. در گروه PSC، بلافاصله پس از شروع مداخلات، وضعیت روان‌شناختی بدتری در آزمودنی‌ها مشاهده شد، اما این وضعیت در ارزیابی‌های پیگیری به طور چشمگیری بهبود یافته بود. این بررسی نشان داد که مداخلات روان‌شناختی می‌تواند فشارهای روان‌شناختی را در بیماران HIV مثبت کاهش دهد و کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشد.

بنابراین، نتایج پژوهش‌های ذکر شده نشان می‌دهند که شناخت درمانی گروهی می‌تواند یک روش مؤثر در کاهش میزان افسردگی بیماران HIV مثبت افسرده باشد. پژوهش حاضر نیز برای بررسی همین مسئله طرح و اجرا شد. در این پژوهش این فرضیه

- 
- 1-State/ Trait Anxiety Inventory
  - 2-Molassiotis
  - 3-Chinese
  - 4-Peer Support/ counseling
  - 5-Uncertainly
  - 6-Routine Treatment
  - 7-Cognitive - Behavioral Therapy
  - 8-Tension
  - 9-Confusion

آزمون شد که شناخت درمانی گروهی تأثیر معنی داری در کاهش میزان افسردگی بیماران مرد HIV مثبت افسرده دارد.

از آن جایی که غالب پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته در کشورهای غربی و بیگانه که دارای فرهنگی متفاوت با فرهنگ ما می‌باشند، انجام شده است، نه تنها انجام پژوهشی در این زمینه در فرهنگ ما نیز ضروری به نظر می‌رسد، بلکه به ساخت و گسترش دانش موجود کمک نموده و از لحاظ نظری و کاربردی نیز دارای اهمیت می‌باشد.

### طرح پژوهش

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های آزمایشی<sup>۱</sup>، به صورت « طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل » می‌باشد. بدین صورت که از دو گروه آزمودنی تشکیل شده است. به منظور تشکیل گروه‌ها با استفاده از روش تصادفی، نیمی از آزمودنی‌های واجد شرایط را در گروه آزمایش و نیمی از آزمودنی‌ها را در گروه کنترل قرار دادیم. هر دو گروه قبل از درمان، در ارتباط با متغیرهای وابسته مورد ارزیابی قرار گرفتند، سپس یکی از گروه‌ها در معرض متغیر مورد آزمایش یا متغیر مستقل قرار گرفت (گروه آزمایش) و گروه دیگر در معرض متغیر مستقل قرار نگرفت (گروه کنترل).

پس از پایان مداخله (اعمال متغیر مستقل)، هر دو گروه مجدداً توسط همان آزمون‌هایی که قبل از مداخله درمانی، روی آنها انجام شده بود، مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس داده‌های به دست آمده از هر دو گروه با آزمون t تجزیه و تحلیل آماری شدند.

### جمعیت نمونه

جمعیت نمونه پژوهش حاضر را تمام بیماران HIV مثبت مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری استان کرمانشاه تشکیل می‌دهند.

### شیوه نمونه‌گیری و اجرای پژوهش

در این پژوهش، نمونه‌گیری از طریق نمونه‌های در دسترس انجام گرفت. بدین ترتیب که با مراجعه به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، قبل از انجام هر گونه مداخله‌ای، پیشنهاد دو ماه جلسات شناخت درمانی گروهی با آنها در میان گذاشته شد و در صورت پذیرفتن، شماره تلفن آنها، جهت هماهنگی‌های بعدی در اختیار محقق قرار گرفت.

آزمودنی‌های ارجاع‌شده، چنانچه در اولین جلسه ارزیابی توسط محقق با استفاده از آزمون BDI، افسرده شناخته می‌شدند، به عنوان نمونه نهایی تحقیق، انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. از کل بیماران HIV مثبتی که آزمون افسردگی بک از آنها گرفته شد، ۴۰ نفر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب و به طور تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. دامنه سنی بیماران، بین ۲۵ تا ۴۳ سال بود. میانگین سن دو گروه آزمایش و کنترل، به ترتیب ۳۱/۸ و ۳۳/۴ سال بود. همه آزمودنی‌ها مرد بودند و هیچ یک از بیماران از داروهای ضد افسردگی یا سایر داروهای روان‌پزشکی استفاده نمی‌کردند. همه آزمودنی‌ها، از طریق اعتیاد تزریقی به ویروس HIV مبتلا شده بودند که با همکاری این مرکز توانسته بودند اعتیاد خود را ترک نمایند.

گروه آزمایش، در ۱۰ جلسه شناخت درمانی گروهی ۱/۵ تا ۲ ساعت، هفته‌ای یک بار شرکت نمودند که به مدت ۲/۵ ماه طول کشید. اما هیچ گونه مداخله روان‌شناختی در مورد گروه کنترل انجام نگرفت. از بین منابع در دسترس، کتاب شناخت درمانی گروهی، تألیف مایکل فری<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) برای آموزش به بیماران انتخاب شد و پروتکل هر جلسه روان‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی توسط محقق، بر اساس این کتاب، به منظور آموزش تدوین گردید.

در ابتدای هر جلسه، اهداف آن جلسه مطرح می‌شد، سپس یک جمع‌بندی از جلسه قبل صورت می‌گرفت و چند دقیقه‌ای نیز به بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل پرداخته می‌شد. کل اهداف درمانی شامل موارد زیر می‌شدند:

۱- ارائه این مطلب به شرکت‌کنندگان که فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری در انسان با هم تعامل دارند و هیجان‌ها دارای مؤلفه‌های شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری می‌باشند و این که تمام یا اغلب واکنش‌های هیجانی دارای مؤلفه‌های شناختی هستند.

۲- توانا سازی شرکت‌کنندگان در دریافت افکار سطحی مقدماتی که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می‌گیرند و نوشتن آنها در زیر شکل سه ستونی، یکی برای واقعه فعال ساز<sup>۲</sup> (A)، یکی برای باورها یا افکار<sup>۳</sup> (B) و دیگری برای پی‌آمدهای هیجانی<sup>۴</sup> (C).

1- Free

2- Activating Event

3- Belief or Thought

4- Emotional Consequence

۳- شرکت‌کنندگان، مهم‌ترین جنبه‌های نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم را بشناسند، با خصوصیات افکار خودآیند و چگونگی دستیابی به آنها آشنا شوند، به تحریف‌های شناختی مهم و امکان بازشناسی آنها در افکارشان دست یابند و در پایان، مقاومت‌های بالقوه خود را که ممکن است در برابر شناخت درمانی بروز دهند، بشناسند و برای مقابله با این مقاومت‌ها، راهبردهایی را بیاموزند.

۴- آشنایی شرکت‌کنندگان با این نکته که افکارشان درست مانند پی‌آمدهای هیجانی دارای پی‌آمدهای رفتاری می‌باشد و همچنین خود این پی‌آمدهای رفتاری نیز ممکن است، ناکارآمد باشند.

۵- آموزش آنها در خصوص ماهیت طرحواره‌ها (باورهای مرکزی، اندیشه‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و همچنین آموزش روش پیکان رو به پایین<sup>۱</sup> برای شناسایی طرحواره‌ها.

۶- بیماران این عقیده را بپذیرند که باورها تغییرپذیر هستند. باورهای فرهنگی غالب در طول تاریخ بشری تغییر می‌کنند و افراد همچنین در طی زمان باورهایشان را تغییر می‌دهند.

۷- فهم این مطلب که باورها می‌توانند بر پایه تعدادی از معیارها ارزیابی شوند. باورها می‌توانند درجات متفاوتی از کارایی را داشته باشند و این که افراد برای سازمان‌دهی رفتارهایشان مجموعه‌ای از باورها را به کار می‌گیرند که با باورهای دیگر و باورهایی که توسط افراد دیگر به کار گرفته می‌شوند، تا حدودی سازگار و هماهنگ است، هماهنگی با باورهای دیگر و باورهای افراد دیگر دلالت ضمنی بر درست بودن باور دارد. کاربرد عقاید مطرح‌شده این بود که افراد می‌توانستند باورهای دردسرافزین را شناسایی کرده و تصمیم بگیرند که آنها را کنار گذاشته یا حفظ کنند.

۸- شرکت‌کنندگان بتوانند روش تحلیل منطقی را در مورد باورهایشان به کار گیرند. روش تحلیل منطقی، قوی‌ترین تکنیک برای چالش با باورهای افراد است. یک جنبه مهم تحلیل منطقی این است که شیوه‌های متعدد چالش با باورها را در خود دارد. بنابراین،

1- Vertical Arrow



بیماران در این روش بیشتر از طریق چالش با باورهایشان به این نتیجه می‌رسیدند که باورشان درست است یا نا درست.

۹- شرکت‌کنندگان بتوانند برای باورهای منفی‌شان، « مخالف ورز » به وجود آورند.

۱۰- همچنین، آنها بتوانند برای خودشان یک برنامه کاربردی بسازند که آنها را به ادامه تمرین تکنیک‌ها و رویکردی که در طول برنامه یاد گرفته‌اند، تشویق کند و برنامه‌ای را برای استمرار و پایداری تغییر تدارک ببینند. به منظور دستیابی به اهداف درمانی مطرح‌شده، روش‌های شناختی - رفتاری زیر به آنها آموزش داده شد:

رویکرد سه ستونی و طبقه‌بندی باورها و فرایندهای تفکر توسط آن، روش پیکان عمودی رو به پایین جهت دستیابی به افکار خودآیند منفی و در نهایت طرحواره‌ها و باورهای غیرمنطقی، استفاده از روش تحلیل عینی به منظور آزمودن باورها و درست یا غلط بودن آنها، استفاده از روش تحلیل کارآمدی به منظور دستیابی به باورهای سودمند و کارآمد و اجتناب از باورهای مشکل ساز که به هدف مفیدی در زندگی فرد کمک نمی‌کنند، آموزش روش تحلیل هماهنگی که راه دیگری است برای تصمیم‌گیری در خصوص درستی یا نادرستی یک باور، روش تحلیل منطقی که قوی‌ترین راهبرد برای چالش با باورهای افراد است و تا حدی با تلاش برای نقض باورهای منفی سر و کار دارد، ساخت سلسله مراتبی از موقعیت‌های متداعی با باورهای مرکزی شبیه سلسله مراتب مورد استفاده در حساسیت زدایی منظم و به وجود آوردن « مخالف ورز »هایی برای باورهای منفی‌شان، آموزش و به کار بردن روش بازداری ارادی کرتکس برای تضعیف هیجان‌هایی که به باور و موقعیت‌هایی که باور را بر می‌انگیزانند، متصلند و در نهایت، بیماران روش خودتنبیهی - خودپاداش‌دهی را یاد گرفتند تا به آنها کمک کند افکار مثبت خود را تشویق و افکار منفی خود را تنبیه کنند. به منظور استفاده بیشتر از مخالف ورزها، تصویرسازی ذهنی و شبیه سازی موقعیت‌های اجتماعی را فرا گرفتند. ساده‌ترین و بهترین روشی که بیماران می‌توانستند توسط آن با باورهای منفی‌شان مخالفت کنند، استفاده از « مخالف ورزها » بود. در آخر بیماران می‌توانستند از بین همه راهبردها، روشی را که فکر می‌کردند برای آنها بهتر است، انتخاب کنند.

اهداف و رویکردهای آموزشی بین ۱۰ جلسه درمانی تقسیم شده بود. در پایان هر جلسه، مطابق با محتوای آموزشی آن جلسه، تکالیفی به بیماران داده می‌شد که می‌بایست در طول یک هفته آن را تمرین کرده و گزارش آن را برای جلسه بعد به همراه خود بیاورند.

در ابتدای هر جلسه، دقایقی به مرور این تکالیف اختصاص داده می‌شد. کلیه بیماران در تمام جلسات مشتاقانه شرکت نمودند، و اگر زمانی یک یا دو نفر از آنها به دلایلی جلسه‌ای را از دست می‌دادند، درمانگر با آنها تماس می‌گرفت و یک زمان خالی را در طول هفته به آنها اختصاص می‌داد، تا آموزش‌های لازم را به آنها بدهد و این عقب افتادگی جبران شود. در پایان جلسه آخر از آنها خواسته شد تا هر کدام نظر خود را در خصوص برنامه درمانی در قالب پنج سؤال که توسط محقق طراحی شده بود، ارائه دهند.

### ابزار پژوهش

جهت انتخاب ابزار پژوهش، تحقیقاتی که در ارتباط با افسردگی انجام شده بود، مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت. این بررسی نشان داد که در اکثر آنها از آزمون افسردگی بک استفاده شده است. به دلیل این که در پژوهش‌های داخلی از ویرایش قدیمی این آزمون بیشتر استفاده شده و اعتبار و پایایی آن از نسخه جدید (BDI-II) بیشتر مورد ارزیابی قرار گرفته است. همچنین، به دلیل آشنایی بیشتر محقق با ویرایش قدیمی BDI، در این پژوهش از این ویرایش استفاده شده است. روی هم ۲۱ نشانه در آن گنجانیده شده است که از پاسخ‌دهندگان درخواست می‌شود که شدت این نشانه‌ها را روی یک مقیاس، از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کنند. پرسشنامه، خود - آزما<sup>۱</sup> است و تکمیل آن، ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. نقطه برش آن برای سرند کردن، ۱۳ و حداکثر نمره‌ای که یک فرد می‌تواند بگیرد، ۶۳ می‌باشد (مارنات، ۱۳۷۹).

هدف این پرسشنامه، سنجش کمی شدت افسردگی است و به عنوان یک وسیله تشخیصی عمل نمی‌کند. علائم افسردگی که توسط این آزمون سنجیده می‌شود، عبارتند از، علائم هیجانی و عاطفی، انگیزشی، شناختی، جسمی و نباتی (لیندزی و پاول، ۱۹۹۴). بررسی آن نشان داده که درجه همسانی درونی آن بالا است، و همواره درجه بالایی از پایایی برای دو نیمه آن به دست آمده است. اعتبار یا بازآزمایی<sup>۲</sup> آن به طور مستقیم و غیرمستقیم مورد بررسی قرار گرفته و دامنه همبستگی‌های بازآزمایی در فواصل چند ساعت تا ۴ ماه برای آن از ۰/۴۸ تا ۰/۹۰. به دست آمده است (لیندزی و پاول، ۱۹۹۴). بک (۱۹۷۳)، اعتبار آزمون را با روش اسپیرمن - براون ۰/۹۳. گزارش نموده است.

1- self - Administered

2- Test - Retest

در ایران نیز، آزمون افسردگی بک در یک نمونه ۱۱۶ نفری مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمرات دو بخش، با نمره کل آزمون بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸. و ضریب همسانی درونی مقیاس ۰/۸۵ بوده، همچنین پایایی تنصیف مقیاس با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن - براون ۰/۸۱. به دست آمده است (موتابی، ۱۳۷۳).

## نتایج

داده‌های مورد نیاز، پس از جمع آوری با نرم افزار spss تجزیه و تحلیل شدند. برای مقایسه میانگین نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل از روش آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد.

همچنین، برای بررسی تأثیر درمان‌های انجام‌شده در کاهش میزان افسردگی بیماران دو گروه (آزمایش و کنترل) از آزمون آماری t برای گروه‌های وابسته استفاده شده است.

برای مشخص نمودن تأثیر این روش درمانی، باید قبل از درمان بین این دو گروه از لحاظ میزان افسردگی، تفاوت معنی داری وجود نداشته باشد، تا اگر بعد از مداخله درمانی این تفاوت معنی دار شد، بتوان نتیجه گرفت که اثر این روش درمانی بوده است. بدین منظور، مقایسه میانگین نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل با روش آزمون t برای گروه‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۱، ارائه شده است. همان طور که در جدول نشان داده شد، بین دو گروه از نظر شدت افسردگی، تفاوت معنی داری وجود نداشت ( $P > .05$ ).

### جدول ۱- مقایسه میزان افسردگی نمرات پیش آزمون در گروه کنترل و آزمایش

شاخص‌های آماری	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
آزمایش	۲۰	۲۳/۸۰	۱۰/۴۵	۱۹	۰/۴۰۵	۰/۶۹۰
کنترل	۲۰	۳۱/۴۵	۱۰/۱۰۰			

این نتیجه نشان داد که دو گروه آزمایش و کنترل قبل از شروع مداخله در گروه آزمایش، از نظرگاه میزان افسردگی هیچ گونه تفاوت معناداری نداشتند.

برای بررسی اثر شناخت درمانی گروهی در کاهش میزان افسردگی بیماران، به مقایسه میانگین نمرات افسردگی پس‌آزمون با استفاده از آزمون t برای گروه‌های مستقل در دو گروه کنترل و آزمایش، مبادرت شد.

نتایج این مقایسه در جدول ۲، ارائه شده است. همان طور که در جدول نشان داده شده است، تفاوت بین دو گروه از لحاظ آماری معنی دار شده بود ( $P < 0/001$ ).

این یافته در تأیید فرضیه پژوهش است، بدین معنی که گروه آزمایش که در جلسات شناخت درمانی گروهی شرکت نمودند، بهبود بیشتری در میزان افسردگی خود نشان دادند.

#### جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات افسردگی پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص‌های آماری	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
آزمایش	۲۰	۱۳/۹۵	۸/۴۰	۱۹	-۵/۴۳	۰/۰۰
کنترل	۲۰	۳۱/۱۵	۱۰/۱۰			

برای بررسی دقیق‌تر تأثیر درمان‌های انجام‌شده در کاهش میزان افسردگی بیماران، میانگین نمرات افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه (آزمایش و کنترل)، با آزمون t برای گروه‌های وابسته مورد مقایسه قرار گرفت، که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

همان طور که از نتایج این جدول بر می‌آید، در گروه آزمایش، از لحاظ آماری این تفاوت معنی دار بود ( $P < 0/001$ ) و مبین این نکته است که شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی مؤثر بوده است. ولی تفاوت‌ها در گروه کنترل معنی دار نبود ( $P > 0/5$ ).

میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش از ۳۲/۸۰ در خط پایه (با دامنه‌ای از ۱۳ تا ۵۲) به ۱۳/۹۵ در پایان درمان (دامنه‌ای از ۳ تا ۳۸) کاهش یافت. ولی در گروه کنترل از ۳۱/۴۵ به ۳۱/۱۵ تغییر یافته بود.

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات افسردگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون  
در دو گروه آزمایش و کنترل

سطح معناداری	t	درجه آزادی	انحراف استاندارد		میانگین		فراوانی	شاخص‌های آماری گروه‌ها
			پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
۰/۰۰	۱۲/۶۲	۱۹	۸/۴۰	۱۰/۴۵	۱۳/۹۵	۳۲/۸۰	۲۰	آزمایش
۰/۶۰۳	۰/۵۲۹	۱۹	۱۰/۱۰۶	۱۰/۰۰	۳۱/۱۵	۳۱/۴۵	۲۰	کنترل

نمرات افسردگی ۱۷ نفر از ۲۰ بیمار، از قبل از شروع درمان تا پایان درمان ۵۰ درصد یا بیشتر، بهبود یافت. این یافته در تأیید فرضیه پژوهش است، بدین معنی که گروه آزمایش که در جلسات شناخت درمانی گروهی شرکت نمودند، بهبودی بیشتری در میزان افسردگی خود نشان دادند.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که روش شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی بیماران افسرده HIV مثبت، مؤثر بوده است.

این یافته با یافته پژوهش پل بولتون (۲۰۰۴) همسو می‌باشد، ولی میزان بهبودی در پژوهش پل بولتون نسبت به پژوهش حاضر بهتر می‌باشد. در پژوهش پل بولتون در پایان جلسات گروه درمانی ۹۳/۵ درصد بیماران بهبود یافتند و فقط ۶/۵ درصد از شرکت‌کننده‌ها هنوز افسردگی داشتند، در صورتی که در پژوهش حاضر ۴۰ درصد از شرکت‌کننده‌ها بهبود یافتند و بقیه، بهبود نسبی یافته‌اند. ایرونسون (۲۰۰۳) بیان می‌کند که بیماران HIV مثبت افسرده به دلیل شرایط خاصی که دارند (مثل مرگ قریب الوقوع) نسبت به افراد عادی جلسات بیشتری را برای دست یافتن به بهبودی نیاز دارند. بنابراین، شرکت در ۱۰ جلسه شناخت درمانی گروهی به منظور بهبود افسردگی این بیماران کافی نمی‌باشد. تعداد جلسات درمانی در پژوهش پل بولتون، ۱۷ جلسه بود و ۷ جلسه از پژوهش حاضر بیشتر بوده است، بنابراین بهبودی بیشتری نیز در میزان افسردگی بیماران حاصل شده است.

همچنین، نتیجه پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های آنتونی (۲۰۰۳)، چسنی و همکاران (۲۰۰۳)، ایرونسون و همکاران (۲۰۰۳)، مولاسیوتیس و همکاران (۲۰۰۲)، بلانچ و همکاران (۲۰۰۲)، لی و همکاران (۱۹۹۹)، تایلور (۱۹۹۵)، مولدر و

همکاران (۱۹۹۴) به نقل از مک دانیل و گیلن واتر، (۲۰۰۴) و کلی و همکاران (۱۹۹۳) همسو می‌باشد.

شرکت‌کنندگان پژوهش بلانچ (۲۰۰۲) به علت این که در ۱۶ جلسه درمانی شرکت کرده‌اند، بهبود کاملی را نسبت به پژوهش حاضر در میزان افسردگی و اضطراب پس از پایان مداخلات به دست آوردند که در دوره پیگیری نیز ثابت مانده بود. پژوهش مولاسیوتیس نیز به دلیل حجم کم‌تر گروه نمونه (۱۰ نفر) و تعداد بیشتر جلسات گروه درمانی شناختی (۱۲ جلسه) نتایج بهتری را نسبت به پژوهش حاضر در کاهش اضطراب، تنش، خشم، افسردگی و خلق کلی به دست آورده است.

با توجه به نتایج پژوهش‌های ذکر شده و مقایسه آن با نتیجه حاصل از پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت، به منظور این که بهبود بیشتری در میزان افسردگی شرکت‌کنندگان حاصل شود باید تعداد جلسات شناخت درمانی برای بیماران HIV مثبت افسرده، به طور قابل ملاحظه‌ای طولانی‌تر باشد. در این پژوهش، به دلیل محدودیت زمانی و مکانی، درمانگر مجبور بود که جلسات درمانی را در ۱۰ جلسه برگزار نماید.

همچنین، با در نظر گرفتن نتایج پژوهش‌های مختلف و پژوهش حاضر می‌توان این طور نتیجه‌گیری کرد که گروه درمانی شناختی - رفتاری می‌تواند یک روش مؤثر در کاهش میزان افسردگی بیماران HIV مثبت و افزایش کیفیت زندگی آنها باشد. گروه درمانی، به دلیل تجارب مشترک اعضای گروه و متوجه شدن بیمار به این که دیگران نیز مشکلاتی مشابه وی یا شدیدتر دارند، القاء امید به بهبودی، حس نوع‌دوستی، رشد مهارت‌های اجتماعی، گرفتن بازخورد از رفتارشان، برون‌ریزی عواطف سرکوب‌شده و پذیرش آن از طرف گروه، تبادلات سودمند و احساس هم‌فکری و همدلی بیماران و همچنین به دلیل حمایتی که توسط دیگر افراد گروه برای بیماران فراهم می‌کند، نسبت به سایر درمان‌ها برای این گروه از بیماران برتری دارد.

نتایج پژوهش تارگ (۱۹۹۴) بر روی ۲۰ فرد HIV مثبت که افسردگی خفیف تا متوسط داشتند، نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروهی که یکی از آنها گروه درمانی همراه با فلوکستین<sup>۱</sup> دریافت کردند و گروه دیگر همان درمان را همراه با دارونما دریافت کردند، وجود نداشت و هر دو گروه کاهش قابل توجهی در نشانه‌های افسردگی نشان دادند، بنابراین، این نتیجه می‌تواند به دلیل شرایط گروهی باشد که برای بیماران فراهم شده است.

1- Fleoxetine

در ابتدای دوره درمان، احساس گناه و سرزنش، خود، بزرگ‌ترین مشغله فکری بود که کل بیماران با آن درگیر بودند. این احساس، بیشتر در رابطه با نحوه آلوده شدن بیماران به ویروس HIV و آلوده شدن افراد دیگر توسط این بیماران بود و در رابطه با این مسائل این طور نتیجه‌گیری می‌کردند که خداوند به این وسیله آنها را مجازات کرده است.

احساس بی‌ارزشی، دومین نشانه برجسته در این بیماران بود، که این احساس با تحریف‌های شناختی مثل « من آدم بی‌ارزشی هستم»، « زندگی من بهتر از این نخواهد شد» و « زندگی من ارزش زنده ماندن را ندارد»، همراه بود.

در ابتدای درمان، با افزایش احساس امیدواری، خوش‌بینی و بالا بردن ظرفیت آنها در مورد این که بتوانند مثبت بیندیشند و امید به تغییر و بهبودی داشته باشند، تا حدودی باعث سست شدن عقاید ناسازگار این افراد شد و بیماران توانستند بیشتر و مفیدتر بر درمان تمرکز کنند.

بیماران HIV مثبتی که در ابتدا با علاقه در جلسات درمان گروهی شرکت می‌کردند و امیدوار بودند که بتوانند تغییراتی در خود به وجود بیاورند، نتایج بهتری نیز در درمان به دست آوردند.

لازم به ذکر است که هم‌زمان با پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ فرم ۲۸ سؤالی<sup>۱</sup> (GHQ) برای بررسی اختلال جسمانی، اختلال خواب و اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و اختلال افسردگی بیماران HIV مثبت، قبل و پس از درمان استفاده شد. تجزیه و تحلیل نتایج این پرسشنامه نشان داد که بیماران در مقیاس افسردگی بالاترین میانگین را داشتند ( $x=11/7$ ) و پس از آن به ترتیب مقیاس‌های اختلال خواب و اضطراب ( $x=9/9$ )، اختلال جسمانی ( $x=8/1$ ) و اختلال در عملکرد اجتماعی ( $x=7/4$ ) بیشترین میانگین را به خود اختصاص دادند. پس از درمان گروه آزمایش به دنبال بهبود نسبی میزان افسردگی کاهش چشمگیری در این نشانه‌ها نیز نشان دادند ولی گروه کنترل تغییر محسوسی را نشان ندادند.

در پایان دوره درمان، از هر یک از آزمودنی‌های گروه آزمایش پرسیده شد که کدام بعد درمان بیشترین فایده را برای آنها داشته است. چندین موضوع در این خود گزارشی‌ها، نمایان شد. اول این که درمان گروهی، یک حمایت اجتماعی را برای بیمارانی که قبلاً احساس انزوا و تنهایی می‌کردند، به وجود آورده بود. دوم، با مشاهده سایر بیماران شرکت‌کننده، این افراد متوجه این مسئله شدند که مشکلات آنها به وسیله دیگران نیز

1- General Health Questionnaire

تجربه می‌شود و از این طریق احساس تنهایی، سرزنش و احساس شرم و گناه آنها کاهش می‌یافت و این امکان را به آنها می‌داد تا در مورد راه‌حل‌ها یا راهبردهای مقابله‌ای، تبادلات سودمند و سازنده‌ای با هم داشته باشند. سوم، تجربه همفکری و همدلی برای مشکلات و ناراحتی‌های دیگران به احیاء عزت نفس آنها کمک می‌کرد.

در مجموع چندین بیمار گزارش کردند که یادگیری بازسازی شناختی، آنها را قادر ساخته تا برجسته‌های مثبت زندگی تمرکز کنند و بتوانند به طور مؤثرتری از حمایت و کمک دیگران استفاده نمایند و بتوانند عوامل به وجود آورنده افسردگی را بهتر بشناسند و مهارت‌های درونی‌شان را برای تغییر و اصلاح افکار افسرده‌کننده، گسترش دهند.

نتیجه کلی به دست آمده از این پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی ساخت یافته کوتاه‌مدت، تأثیر معناداری در کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران مرد HIV مثبت داشت. این روش درمانی برای اغلب بیماران جذاب بود. مصاحبه با این بیماران نشان داد مداخلاتی که بر بازسازی شناختی، افزایش امیدواری و خوش‌بینی تأکید کنند، در توانا ساختن بیماران برای مقابله و پیشگیری از افسردگی جاری بسیار مفید می‌باشند.

در این پژوهش به دلیل عدم دسترسی کافی به بیماران HIV مثبت و عدم همکاری عده‌ای از بیماران (بخصوص بیماران مؤنث)، عامل انتظار<sup>۱</sup> کنترل نشده است و این مسئله یکی از محدودیت‌های طرح حاضر می‌باشد.

---

1- Expectancy



## منابع

- بلک برن، ای. ام. و دیویدسون، کی. ام. (۱۹۹۲). شناخت درمانی افسردگی و اضطراب. برگردان: حسن. توزنده جانی، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- فری، م. (۱۹۹۹). شناخت درمانی گروهی. برگردان: علی. صاحبی و همکاران. مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد.
- لیندزی، اس. جی. ئی و پاول، جی. ئی (۱۹۹۴). اصول روان‌شناسی بالینی بزرگسالان. برگردان: هامایاک، آوادیس. یانس. و محمد رضا. نیکخو. تهران. انتشارات رودکی.
- مارنات، گ. گ. (۱۳۷۹). راهنمای سنجش روانی. برگردان: حسن. پاشا شریفی، و محمد رضا. نیکخو. تهران. انتشارات رشد.
- موتابی، فرشته. (۱۳۷۳). مقیاس تست افسردگی بک. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

- Antoni, M. (2003). CBSM Intervention in Gay Men with HIV/AIDS. *American Journal of Psychiatry*. 152 (10). 1504 - 1509.
- Bangsberg, D. R. (2003). Optimizing HIV Therapy for Patients with Comorbidities Depression Treatment to Improve HIV Treatment Outcomes. *American Psychiatric Association*. 51 (7). 903 - 9
- Blanch, J. et al. (2002). Assessment of the Efficacy of a Cognitive - Behavioral Group Psychotherapy Programme for HIV - Infected Patients Referred to a Consultation Liaison Psychiatry Department. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatic*. 45. 77 - 84.
- Bolton, P. et al. (2004). Group Therapy Can Help Treat Depression Among HIV/AIDS Patients. *Health Psychology*. 8 (6). 738 - 752.
- Burack, C. (1992). A Study of Interventions for HIV - Related Depression in Gay Men. *AIDS Patient Care and STDs*. V. 18. 405 - 415.
- Capaldini, L. & Harison, G. (2004). Overcoming Depression. *Beta Bulletin of Experimental Treatment for AIDS*. 16. 18 - 22.
- Chesney, M. A. et al. (2003). Coping Effectiveness Training for Men Living with HIV: Results From a Randomized Clinical Trial Testing a Group - Based Intervention. *Psychosomatic Medicine*. 65. 1038 - 1046.
- Ironson, G. (2003). CBSM Intervention in Women with HIV/AIDS. *Arch Gen Psychiatry*. 55 (5). 452 - 457.
- Kelly, J. A. et al. (1993). Outcome of Cognitive - Behavioral and Support Group Brief Therapies for Depressed HIV - Infected Persons. *American Journal of psychiatry*. 150. 1679 - 1686

- Lee, M. R. et al. (1999). Cognitive - Behavioral Group Therapy for Depressed Gay Men With AIDS or Symptom HIV Infection. *Psychiatr Serv.* 50.948 - 952.
- Mc Daniel, J. S. & Gillenwater, D. R. (2004). Psychoneuroimmunology and HIV Disease Progression. *Assoc Nurses AIDS Care.* 10. 21 - 33.
- Molassiotis, A. et al. (2002). A Pilot Study of the Effects of Cognitive - Behavioral Group Therapy and Peer Support/Counseling in Decreasing Psychologic Distress and Improving Quality of Life in Chinese Patients with Symptomatic HIV Disease. *AIDS Patient CareSTDs.* 16 (2). 83 - 96. - Mulder, C. L. et al. (1994). Cognitive - Behavioral and Experiential Group Psychotherapy For HIV - Infected Homosexual Men: A Comparative Study. *Arch Gen Psychiatry.* 10. 226 - 231
- Orlando, M. et al. (2005). A Cross - Lagged Model of Psychiatric Problems and Health - Quality of Life Among a National Sample of HIV - Positive. *Health Psychology.* Vol 19 (1). 43 - 51.
- Targ, E. F. et al. (1994). Structured Group Therapy and Fluoxetine to Treat Depression in HIV - Positive Persons. *American Journal of Psychiatric.* 153. 1430 - 1437.
- Valent, S. M. (2003). Depression and HIV Disease. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care.* 14. 41 - 51.