

اثر روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز

دکتر نجمه حمید*^۱، اکرم کاویانی بروجنی^۲

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور، علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری، اعتقادات معنوی و باورهای دینی تقویت می‌شود. این مطالعه به منظور تعیین اثر روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع شبه‌تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون، گروه کنترل و مرحله پیگیری سه ماهه بود. ۳۰ بیمار مبتلا به ایدز به صورت غیرتصادفی در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و مداخله قرار گرفتند. گروه مداخله، ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار مورد استفاده در پژوهش، شامل آزمون افسردگی بک نسخه دوم (BDI-II) و پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-Brief) بود. با استفاده از این آزمون‌ها، هر دو گروه مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس از خاتمه ۱۲ جلسه آموزشی و پس از پیگیری ۳ ماهه ارزیابی شدند.

یافته‌ها: میزان افسردگی در گروه مداخله پس از اعمال روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور به صورت معنی‌داری کاهش و میزان کیفیت زندگی به صورت معنی‌داری افزایش یافت و در دوره پیگیری نیز تداوم داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز موثر است.

کلید واژه‌ها: روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور، ایدز، افسردگی، کیفیت زندگی

* نویسنده مسؤول: دکتر نجمه حمید، پست الکترونیکی n.hamid@scu.ac.ir

نشانی: اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، تلفن ۰۶۱-۳۳۳۶۰۶۰۹-۳۳۳۳۳۹۱۱

وصول مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۴، اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۹/۱۴، پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۵

مقدمه

رویکرد روان‌درمانی شناختی - رفتاری، به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار با کشف افکار و عقاید تحریف شده، باورها و نگرش‌های غیرمفید و بازسازی شناختی کمک می‌کند (۱).

در روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور، علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدفشان تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار خودکارآمد منفی به افکار منطقی است؛ طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند (۲). مذهب ابزاری است که افراد را در مقابل فشارها و استرس‌های زندگی ایمن می‌سازد و باعث می‌گردد که افراد مذهبی از سلامت روان بهتری برخوردار باشند. به صورتی که میزان اعتیاد، خودکشی، طلاق، بزهکاری و افسردگی در افراد مذهبی به طور معنی‌داری در قیاس با افراد غیرمذهبی کمتر است

(۳). افزوده شدن بعد معنوی به تعریف سازمان بهداشت جهانی در مورد سلامت، دلیل محکمی بر افزایش روز افزون میزان توجه به نقش عقاید دینی در سلامت است. افزایش تحقیقات در این زمینه نیز گواه دیگری بر افزایش توجه بشر به این ارتباط است (۴). همچنین بین نگرش مذهبی و عملکرد سیستم ایمنی، رابطه معنی‌داری وجود دارد (۵). پژوهشگران بر این باورند که به کمک باورهای دینی، مقابله با هیجانات، ناراحتی‌ها و شرایط سخت آسان می‌شود (۱). علاوه بر این در مبتلایان به بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده که با بحران‌های حاد سلامتی روبرو هستند؛ معنویت، عامل ایجادکننده هدف و معنی در زندگی و در نتیجه، بهبوددهنده وضعیت زندگی شناخته شده است (۶).

ایدز یا سندرم اکتسابی نقص ایمنی یک بیماری مزمن و پیشرونده است که سیری آهسته داشته و به کندی، سیستم ایمنی را

روش بررسی

این مطالعه از نوع شبه تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون، گروه کنترل و مرحله پیگیری سه ماهه بود.

نمونه آماری مطالعه حاضر شامل ۳۰ بیمار مبتلا به ایدز بود که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، از میان بیمارانی که توسط پزشکان متخصص و با هماهنگی با آنها به مراکز درمانی و پاتولوژی شهر اهواز در استان خوزستان طی فاصله زمانی سال‌های ۹۲-۱۳۹۰ مراجعه نمودند؛ انتخاب شدند. این افراد از لحاظ سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، کسب یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در افسردگی و یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در کیفیت زندگی، مبتلا بودن به ایدز، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های جسمانی، طول مدت بیماری و سایر متغیرهای مورد نظر کاملاً همتا بودند.

آزمودنی‌ها به صورت غیر تصادفی در دو ۱۵ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله، ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد.

آزمون افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی که روایی و پایایی آنها مورد تایید قرار گرفته بود؛ در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه مداخله و گواه اجرا شد. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، افراد هر دو گروه مداخله و کنترل با رضایت کتبی وارد مطالعه شدند همچنین به آنها اطمینان داده شد همه اطلاعات مربوط به آنها کاملاً محرمانه خواهد ماند.

در این پژوهش، به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم (BDI-II): این پرسشنامه دارای ۲۱ پرسش است و نمره کلی آن بین صفر تا ۶۳ است. برتری آزمون مذکور این است که برای اندازه‌گیری شدت افسردگی، هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت بیهنجار، معتبر است. آزمون افسردگی بک، از هنگام تدوین تاکنون، بارها مورد ارزیابی روان‌سنجی قرار گرفته و در بیشتر پژوهش‌ها، اعتبار و پایایی آن تایید شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹، ضریب همبستگی بین دو نیمه آن ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی آن با فاصله دو هفته ۰/۹۴ و ضریب همبستگی این آزمون با ویرایش اول آن ۰/۹۳ بود (۲۳).

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-Brief): پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که از ۲۶ پرسش تشکیل می‌شود و دارای چهار خرده‌مقیاس سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط است و به ترتیب هر یک از خرده‌مقیاس‌ها دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ پرسش هستند. دو سوال اول به هیچ یک از خرده‌مقیاس‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند. لذا این

توسط ویروس HIV درگیر و تضعیف می‌کند. در سال ۲۰۰۴ بیش از ۳۷ میلیون بزرگسال و ۲/۲ میلیون کودک زیر ۱۵ سال در دنیا، مبتلا به ایدز بودند (۷). افزایش بیماری‌های همراه از جمله دیابت، چربی خون، پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی عروقی، اختلال در عملکرد کلیه و سرطان‌های غیرمرتبط با ایدز در جمعیت مبتلا به ایدز دیده می‌شود (۸). تا ابتدای تیرماه ۱۳۹۰ تعداد ۲۳۱۲۵ نفر مبتلا به ایدز در کشور شناسایی شده‌اند که ۹۱/۵ درصد آنها را مردان و ۸/۵ درصد را زنان تشکیل می‌دهند (۹).

در حال حاضر، کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت از جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی در تحقیقات بهداشتی، شناخته شده و به کار می‌رود (۱۰). در مطالعه‌ای که روی ۱۱۲ زن مبتلا به ایدز انجام شد؛ ۱۷ درصد از بیماران دارای کیفیت زندگی خیلی پایین، ۵۱/۸ درصد دارای کیفیت زندگی پایین و ۳۱/۲ درصد دارای کیفیت زندگی متوسط بودند و زنان با اعتقادات مذهبی بالا، از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان با اعتقادات مذهبی پایین برخوردار بودند (۱۱). ارزیابی و پیشگیری از وقایع استرس‌زای زندگی، در بهبود کیفیت زندگی اثر دارد (۱۲). پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز، با نتایج مطالعات وحدت و همکاران (۱۳)، Olagunju و همکاران (۱۴)، Primeau و همکاران (۱۵) و Slater و همکاران (۱۶) نیز منطبق است.

یکی از مهم‌ترین پیامدهای بیماری ایدز، افسردگی است که میزان بروز آن ۲۲-۳۳ درصد در بزرگسالان مبتلا به ایدز است که دو برابر جمعیت عمومی است (۱۷). ارتباط ایدز با افزایش افسردگی در مطالعات Jagers و همکاران (۱۸)، Nyirenda و همکاران (۱۹)، Magidson و همکاران (۲۰)، Illangasekare و همکاران (۲۱) و Primeau و همکاران (۱۵) مورد تاکید قرار گرفته است. در یک پژوهش کیفی که بر روی ۳۴ بیمار مبتلا به ایدز در شهر تهران انجام شد؛ اکثریت بیماران بروز افسردگی را مهم‌ترین پیامد روانی پس از اطلاع از ابتلای به بیماری عنوان کردند (۹). در مطالعه دیگری که بر روی ۱۳۲ بیمار مبتلا به ایدز انجام شد؛ میزان شیوع اختلالات روانی ۹۳/۲ درصد تعیین شد که به ترتیب اختلالات وابسته به مواد، اختلالات خلقی و اضطرابی بیش از سایر اختلالات روانپزشکی در این افراد شیوع داشت (۲۲). با توجه به لاعلاج بودن بیماری ایدز و افزایش تعداد مبتلایان به آن، استفاده از رویکردهای روان‌درمانی به منظور کاهش اثرات جانبی و همچنین افزایش توانایی کنار آمدن با این بیماری ضروری است. این مطالعه به منظور تعیین اثر روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز انجام شد.

یافته‌ها

میانگین افسردگی در پس‌آزمون گروه مداخله نسبت به کنترل کمتر و میانگین کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه مداخله نیز نسبت به کنترل بیشتر بود (جدول ۲).

میانگین افسردگی گروه مداخله در پیش‌آزمون $13/94 \pm 5/36$ و در پس‌آزمون $6/82 \pm 3/54$ به دست آمد. پس از دوره پیگیری میانگین افسردگی گروه مداخله $7/12 \pm 3/64$ تعیین شد. میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه مداخله در پیش‌آزمون $18/13 \pm 4/16$ و در پس‌آزمون $33/02 \pm 4/14$ و پس از پیگیری $24/01 \pm 3/54$ تعیین شد. با توجه به این نتایج و مقایسه آنها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌توان دید نمره افسردگی در گروه مداخله در پس‌آزمون کاهش یافته و نیز میانگین کیفیت زندگی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته و تمام این نتایج در پیگیری نیز حفظ شده است. در حالی که این تفاوت‌ها در گروه کنترل مشاهده نشد و یا بسیار ناچیز بود (جدول ۳).

مقایسه میانگین نمرات افسردگی و کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله و کنترل، در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون، نشان می‌دهد که میان دو گروه مداخله و کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ($F=315/71$ ، $P<0/001$) (جدول ۳).

بین بیماران مبتلا به ایدز در گروه‌های مداخله و کنترل، از لحاظ میزان افسردگی تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($F=691/24$ ، $P<0/001$). از سوی دیگر، میان دو گروه مداخله و کنترل نیز از لحاظ کیفیت زندگی، تفاوت آماری معنی‌داری یافت شد ($F=639/07$ ، $P<0/001$). درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، در مرحله پس‌آزمون باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله گردید (جدول ۳).

بین گروه مداخله و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای کیفیت زندگی و افسردگی، تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($F=8/29$ ، $P<0/001$) (جدول ۴).

میان دو گروه مداخله و کنترل در مرحله پیگیری، از لحاظ کیفیت زندگی ($F=13/14$ ، $P<0/001$) و افسردگی ($F=44/23$)، تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت. یعنی درمان شناختی رفتاری مذهب محور، موجب کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی گردید (جدول ۵).

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه فنون درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز پس از خاتمه جلسات درمانی گردید. نتایج این پژوهش با سایر مطالعات انجام گرفته همسو است.

پرسشنامه در مجموع ۲۶ پرسش دارد. طیف نمره گذاری به روش لیکرت پنج گزینه ای از ۱ تا ۵ است. پس از محاسبات لازم در هر خرده مقیاس، امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هر خرده مقیاس به دست می‌آید که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت خرده مقیاس مورد نظر است. ضریب بازآزمایی این پرسشنامه $0/67$ ، ضریب دو نیمه آن $0/87$ و همسانی درونی آن $0/84$ بود (۲۴). محتوی جلسات درمانی در جدول یک آمده است.

جدول ۱: شرح جلسات درمانی

جلسه	شرح
۲و۱	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت‌ها، آموزش تشخیص هیجانات ناخوشایند، رویدادهای برانگیزاننده منفی، افکار ناخوشایند، فرم مثبت رویدادها، هیجان‌ها، افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی
۳و۲	مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد بر آیات قرآن کریم و احادیث در باره حل مشکلات و مواجهه با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی
۵و۶و۷	مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل، آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به زندگی، فعال‌سازی رفتار، استناد بر آیات قرآن و احادیث در کنار فنون رفتاری - شناختی
۸و۹	آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده‌های مختلف هستی برای کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار به کمک بیماران و جایگزینی افکار منطقی با افکار غیرمنطقی
۱۰و۱۱ و ۱۲	بیان احساسات توسط بیماران و بحث در مورد آنها، بررسی تغییراتی که بیماران در وضعیت خود احساس کرده‌اند، ادامه تکالیف منزل و اطمینان خاطر مشاور به بیماران نسبت به این که با به‌کارگیری آنچه که یاد گرفته‌اند، مشکلی برای آنها پیش نخواهد آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-15 و سطح معنی‌داری کمتر از $0/05$ انجام شد. از آزمون لوین، تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده گردید. ابتدا از آزمون لوین برای بررسی فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیرها در دو گروه مداخله و کنترل استفاده شد. سپس از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمرات متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی با کنترل پیش‌آزمون برای پی بردن به تفاوت میان دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ این متغیرها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. در انتها برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت آماری وجود دارد؛ از تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن مانکوا استفاده گردید.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون		میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون		میانگین و انحراف معیار پیگیری	
	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل
افسردگی	۱۳/۹۴±۵/۳۶	۱۲/۸۲±۴/۹۲	۶/۸۲±۳/۵۴	۱۲/۱۰±۳/۹۲	۷/۱۲±۳/۶۴	۱۳/۲۴±۶/۰۸
کیفیت زندگی	۱۸/۱۳±۲۶/۱۶	۱۹/۲۶±۲۷/۱۲	۳۳/۰۲±۸۴/۱۴	۱۹/۱۸±۲۷/۱۷	۲۴/۰۱±۹۰/۵۴	۱۹/۱۸±۲۹/۲۵

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز در گروه‌های مداخله و کنترل در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	p-value	مجذورات
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۴۱۲/۸۱۷	۱	۱۴۱۲/۸۱۷	۳۳۵/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۶
	گروه	۲۵۴۱/۲۷۷	۱	۲۵۴۱/۲۷۷	۶۹۱/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۵
	خطا	۱۵۴/۸۷۱	۲۶	۵/۹۵	-	-	-
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۹/۱۴۳	۱	۹/۱۴۳	۲۱/۸۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
	گروه	۳۱۶/۶۱۴	۱	۳۱۶/۶۱۴	۶۲۹/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۷
	خطا	۱۵/۰۸۷	۲۶	۰/۵۸۰	-	-	-

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پیگیری کیفیت زندگی و افسردگی در گروه‌های مداخله و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	p-value
اثر بیلابی	۰/۴۲۱	۱	۲۵	۸/۲۹	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۷۹	۱	۲۵	۸/۲۹	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۴۶۳	۱	۲۵	۸/۲۹	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۴۶۲	۱	۲۵	۸/۲۹	۰/۰۰۱

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا، بر روی میانگین نمرات پیگیری کیفیت زندگی و افسردگی در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p-value
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۲۰۳/۳۴	۱	۲۰۳/۳۴	۹/۶۳	۰/۰۰۱
	گروه	۲۹۱/۵۷	۱	۲۹۱/۵۷	۱۳/۴۱	۰/۰۰۱
	خطا	۸۶۷/۹۱	۲۶	۳۳/۳۸	-	-
افسردگی	پیش‌آزمون	۶۵۷/۹۶	۱	۶۵۷/۹۶	۴۴/۲۳	۰/۰۰۱
	گروه	۱۸۸۰/۰۷	۱	۱۸۸۰/۰۷	۱۲/۱۴	۰/۰۰۱
	خطا	۵۲۰۶/۵۲	۲۶	۲۰۰/۲۵	-	-

اضطراب و افسردگی؛ موثرتر بودن مشاوره مبتنی بر مذهب تایید شد. طبق نتایج مطالعه حسینی و همکاران (۳۰) بیماران مبتلا به ایدز که به میزان بیشتری از مذهب استفاده می‌کنند؛ از سلامت روان بیشتری برخوردارند. پژوهش دیگری نیز اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب محور را بر افسردگی زنان مطلقه تایید کرده است (۳۱).

اثر این نوع درمان با محوریت مذهب بر کاهش افسردگی، با مطالعات Charles (۳۲)، Exline (۳۳)، یوسفی (۲۸)، حسینی و همکاران (۳۰)، حمید (۲)، حمید و همکاران (۳۱)، بیرامی (۲۹)، سعیدی‌نژاد و همکاران (۲۵)، ترقی‌جاه و همکاران (۳۴) همخوانی داشت؛ اما در تحقیق غلامی و بشلیده (۳۵) این نتایج حاصل شد که

مطالعات پیشین نشان دادند مذهب و معنویت، باعث افزایش سلامت روان دختران دانشجو و کاهش افسردگی آنها می‌گردد (۲۵). در واقع معنویت بیشتر، با رشد رضایت از زندگی، سلامت روان کلی و کیفیت زندگی رابطه دارد (۲۶). همچنین حمید نشان داده به کارگیری روان‌درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر رویکرد دینی، در درمان افسردگی زنان به‌طور معنی‌داری برتر از روش شناختی - رفتاری کلاسیک است (۲) و بر میزان امیدواری بیماران سرطانی نیز اثر دارد (۲۷). نتایج حاصل از مطالعه یوسفی (۲۸) نیز از اثر شناخت درمانی مذهب محور و معنی‌درمانگری بر کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب خبر می‌دهند. در مطالعه بیرامی (۲۹) با مقایسه اثربخشی مشاوره مبتنی بر مذهب با مشاوره استاندارد بر

برای بهبود کیفیت و سازگاری با ناتوانایی‌های جسمی در این بیماران، لازم است نیازهای معنوی آنها نیز شناسایی و پایش شود (۶). بر اساس مطالعات متعدد، تجربه‌های مذهبی و معنویت اثر عظیمی بر روان‌درمانی گذاشته‌اند و از بسیاری جهات، برنامه‌ریزی درمانگر برای به وجود آوردن تغییرات عمده در مراجعان، به صورت مستقیم بر همین حالات معنوی بستگی دارد (۲۹). درمان شناختی به شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی است و کارآیی آن تحت تاثیر زمینه‌های فرهنگی و اعتقادات مردمی است که این درمان در ارتباط با آنها به کار برده می‌شود (۴۶).

از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه، اندک بودن حجم نمونه به دلیل عدم دسترسی به همه افراد مبتلا به ایدز بود. همچنین تعمیم‌پذیری نتایج حاصله، مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه و با تعداد نمونه بیشتر است. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به این نکته اشاره کرد که این پژوهش فقط در بستر مذهبی دین اسلام اجرا شد و معتقدان به سایر ادیان، بررسی نشدند. بنابراین بایستی در تعمیم نتایج این پژوهش به دیگر ادیان، احتیاط شود. بر این اساس برای افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، توصیه می‌شود این پژوهش در نمونه وسیع‌تر و نیز در بین معتقدان به ادیان دیگر نیز تکرار شود. پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی در مطالعات آینده به صورت مقایسه‌ای با سایر روش‌های درمانی انجام گیرد. همچنین اثربخشی این رویکرد بر روی سایر بیماری‌ها مانند بیماری قلب، پرفشاری خون، سرطان، ضایعات نخاعی و دیگر بیماری‌ها پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور، باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه بیماران شرکت کننده در این مطالعه و کسانی که در روند اجرای این تحقیق ما را یاری نمودند؛ صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم.

References

1. Hamid N, Koochaki R, Hayatbakhsh L. [The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on religious believes with retraining impunity on reduce marital conflict and increase life satisfaction in couples]. *Ravanshenasi-va Din*. 2012; 5(2):5-34. [Article in Persian]
2. Hamid N, Dehghani M. [The effectiveness of transactional analysis(TA) training based on religious attitudes on love, respect and marital intimacy]. *Ravanshenasi-va-Din*. 2013; 5(4): 77-89. [Article in Persian]
3. Abdizarin S, Akbarian M. [The role of religion in mental health]. *National conference of meaningful life*. University of

معنویت درمانی بر سلامت عمومی زنان مطلقه اثر می‌گذارد و باعث کاهش علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب می‌گردد و بر افسردگی و اختلال در کارکردهای اجتماعی، اثری ندارد. همچنین اثر این نوع درمان بر افزایش کیفیت زندگی در بیماران نیز با مطالعات Jayasvasti و همکاران (۳۶)، Trevino و همکاران (۳۷)، Basavaraj و همکاران (۳۸)، Safren و همکاران (۳۹)، Prislauker و همکاران (۴۰)، Tsevat (۲۶)، پیراسته مطلق و نیک منش (۴۱)، وحدت و همکاران (۱۳) و ویزه و مرادی (۱۱) هم‌خوانی داشت. نتایج حاصل از یک پژوهش بر روی ۴۳ بیمار مبتلا به ایدز نشان داد معنویت بر کیفیت زندگی این بیماران موثر است؛ ولی بین متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت، وضعیت تاهل، سن و مدت زمان ابتلا به بیماری) و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۴۱). همچنین محققان در مطالعه خود در رابطه با کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی در افراد مبتلا به ایدز دریافتند که ابعاد جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی با بهزیستی معنوی ارتباط معنی‌داری دارد (۴۰).

طبق نتایج حاصل از مطالعه Magidson و همکاران (۲۰) مداخلات رفتاری- شناختی، اثر فراوانی بر افسردگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به ایدز دارند و McIntosh و همکاران (۴۲) نیز معتقد است افراد مبتلا به ایدز می‌توانند با استفاده از درمان شناختی از استراتژی‌های پذیرش بیماری برای کاهش علائم افسردگی خود استفاده کنند. همچنین مطالعات مختلف، همبستگی بین معنویات و کیفیت زندگی در مبتلایان به سایر بیماری‌ها نظیر بیماری عروق کرونر (۶)، دیابت (۴۳)، مولتیپل اسکروزیس (۴۴) و سرطان پستان (۲۷) را تایید کرده‌اند.

به اعتقاد Yi و همکاران کمک به بیماران برای پناه بردن به مذهب و تامین نیازهای معنوی توسط محیط‌های درمانی و اجتماعی، بهتر است به عنوان یکی از روش‌های کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به ایدز به کار رود (۴۵). اثر معنویت بر ابعاد مختلف زندگی، به عنوان عامل مهمی در ایجاد حس امیدواری، ارتقای سازگاری و تطابق، تقابل با درد و رنج ناشی از بیماری‌های صعب‌العلاج و رویارویی با بحران‌های روحی ناشی از بیماری است.

Isfahan, Isfahan, Iran. 2009. [Persian]

4. Keshavarzmohamadi N. Methodology of research on religion and health. *Regional Conference on Health Research in the Quran*. University of Mardam, USA. 2010.
5. Hamid N. [Investigate the relationship between religious attitude and mental health and immune function]. *Journal of Psychological Studies*. 2009; 5(2): 64-88. [Article in Persian]
6. Jahani A, Rejeh N, Heravy, KM, Hadavy A, Zayery F, Khatony A. [Spiritual health related quality of life in patients with coronary artery disease]. *Islamic Life Center Health*. 2013 Apr; 1(2): 19-24. doi: 10.5812/ilch.8575 [Article in Persian]

7. Malaen K, Hamid N, Marashy A. [The effect of cognitive behavior therapy based on religion on aggression and resiliency in students]. *Contemporary Psychology*. 2015; 10(1): 1425-27. [Article in Persian]
8. Torres TS, Cardoso SW, Velasque Lde S, Marins LM, Oliveira MS, Veloso VG, et al. Aging with HIV: an overview of an urban cohort in Rio de Janeiro (Brazil) across decades of life. *Braz J Infect Dis*. 2013 May-Jun;17(3):324-31. doi: 10.1016/j.bjid.2012.10.024
9. Fallahi H, Tavafian S, Yaghmaie F, Hajizadeh E. [Living with HIV: a qualitative research]. *Payesh*. 2013; 12: 243-53. [Article in Persian]
10. Eftekhari A, Nikbakht H. [The effect of endurance training on aerobic capacity and quality of life in women with Multiple Sclerosis]. *Olympic Journal*. 2008; 16(1): 37-46. [Article in Persian]
11. Wiese U, Moradi Sh. [Quality of life and its related factors in women with HIV in Tehran]. *Journal of Family Research*. 2007; 2(8): 309-25. [Article in Persian]
12. Corless IB, Voss J, Guarino AJ, Wantland D, Holzemer W, Jane Hamilton M, et al. The impact of stressful life events, symptom status, and adherence concerns on quality of life in people living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013 Nov-Dec; 24(6):478-90. doi: 10.1016/j.jana.2012.11.005
13. Vahdat K, Hodavand F, Rabieyan P, Farhang poor L. [The study of quality of life related health in patients with HIV]. *Iranian South Med J*. 2009; 15(2): 119-25. [Article in Persian]
14. Olagunju AT, Ogundipe OA, Olagunju OT, Adeyemi JD. Multi-dimensional assessment of quality of life among attendees of a West African HIV clinic and its use in tracking outcome. *HIV and AIDS Review*. 2013; 12(3): 63-7. doi: 10.1016/j.hivar.2013.07.003
15. Primeau MM, Avellaneda V, Musselman D, St Jean G, Illa L. Treatment of depression in individuals living with HIV/AIDS. *Psychosomatics*. 2013 Jul-Aug; 54(4): 336-44. doi: 10.1016/j.psym.2012.12.001
16. Slater LZ, Moneyham L, Vance DE, Raper JL, Mugavero MJ, Childs G. Support, stigma, health, coping, and quality of life in older gay men with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013 Jan-Feb; 24(1):38-49. doi: 10.1016/j.jana.2012.02.006
17. Kennard B, Brown L, Hawkins L, Risi A, Radcliffe J, Emslie G, et al. Development and implementation of health and wellness CBT for individuals with depression and HIV. *Cogn Behav Pract*. 2014 May; 21(2): 237-246.
18. Jagers JR, Dudgeon WD, Burgess S, Phillips KD, Blair SN, Hand GA. Psychological correlates of HIV-related symptom distress. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014 Jul-Aug; 25(4):309-17. doi: 10.1016/j.jana.2013.06.003
19. Nyirenda M, Chatterji S, Rochat T, Mutevedzi P, Newell ML. Prevalence and correlates of depression among HIV-infected and affected older people in rural South Africa. *J Affect Disord*. 2013 Oct; 151(1): 31-8. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.005
20. Magidson JF, Seitz-Brown CJ, Safren SA, Daughters, SB. Implementing behavioral activation and life-steps for depression and HIV medication adherence in a community health center. *Cogn Behav Pract*. 2014 Nov; 21(4): 386-403. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.10.002
21. Illangasekare SL, Burke JG, Chander G, Gielen AC. Depression and social support among women living with the substance abuse, violence and HIV/AIDS syndemic: A qualitative exploration. *Womens Health Issues*. 2014 Sep-Oct; 24(5): 551-57. doi: 10.1016/j.whi.2014.05.004
22. Shakeri J, Parvizifard AA, Aminzadeh S. [Mental status of HIV positive patients referred to Kermanshah health care center]. *Behbood*. 2006; 10(1): 1-8. [Article in Persian]
23. Oliver JM, Murphy SL, Ferland DR, Ross MJ. Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cogn Ther Res*. 2007; 31(1): 51-69. doi: 10.1007/s10608-006-9067-0
24. Nasiri H. [The study of validity and reliability of a short-term scale, the world health organization quality of life]. *The third Seminar on Mental Health*. Tehran, Iran. 2006. [Persian]
25. Hamid N, Kianimoghadam R, Hosseinzadeh A. [Effects of communication skills training through religion-based cognitive-behavioral approach on intimacy and the satisfaction with life among couples]. *Hormozgan Medical Journal*. 2015;19(2): 129-36. [Article in Persian]
26. Tsevat J. Spirituality/Religion and Quality of Life in Patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2006 Dec; 21(Suppl 5): S1-S2. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00640.x
27. Hamid N, Ahmadian A, Akbarishaye Y. [Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer]. *Hormozgan Med J*. 2012; 16(3): 213-21. [Article in Persian]
28. Hamia N, Aghagany A, Saedy R. Relationship between, marital satisfaction, depression and immune system. *Journal of Counseling Research*. 2014; 13(51): 79-96. [Article in Persian]
29. Beirami M. [Comparison effectiveness consulting advice based spirituality with standard consulting on mental health]. *National Conference of Meaningful life*. University of Isfahan, Isfahan, Iran. 2009. [Persian]
30. Hoseini MD, Mollazadeh J, Afsar Kazerouni P, Amini Lari MA. [The relationship between attachment styles and religious coping styles with mental health among HIV+ patients]. *J Fundam Ment Health*. 2012; 14(1): 6-15. [Article in Persian]
31. Hamid N, Beshlideh K, Dehghanizadeh Z. [The effectiveness of cognitive behavioral therapy on divorced women's depression]. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2011; 1(1): 54-64. [Article in Persian]
32. Bell CJM. Public health implications of spiritual halting practice in conditions such as depression. *J Public Ment Health*. 2013; 12(1): 6-9.
33. Exline JJ. Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample. *Journal of Psychology and Christianity*. 2008; 27(2): 131-39.
34. Zahedpoor Karai A, Hamid N, Mohamadlinejade A, Ghadamy SA, Kaveh A. [The effectiveness of logo therapy on life satisfaction and academic performance]. *Journal of Counseling Research*. 2013; 12(48): 76-91. [Article in Persian]
35. Gholami A, Beshlideh K. [The effect of spiritual therapy on mental health of divorced women]. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2012; 1(3): 331-48. [Article in Persian]
36. Jayasvasti I, Hirasuthikul N, Pityaratstian N, Lohsoonthorn V, Kanchanatawan B, Triruangworawat B. The effect of cognitive behavioral therapy and changes of depressive symptoms among Thai adult HIV-infected patients. *World Journal of AIDS*. 2011; 1(2): 15-22. doi: 10.4236/wja.2011.12003
37. Trevino KM, Pargament KI, Cotton S, Leonard AC, Hahn J, Caprini-Faigin CA, Tsevat J. Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS*

Behav. 2010 Apr;14(2):379-89.

38. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Quality of life in HIV/AIDS. Indian J Sex Transm Dis. 2010 Jul;31(2):75-80. doi: 10.4103/0253-7184.74971

39. Safren SA, O'Leirigh C, Tan JY, Raminani SR, Reilly LC, Otto MW, Mayer KH. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. Health Psychol. 2009 Jan; 28(1): 1-10. doi: 10.1037/a0012715

40. Abyavi I, Hamid N, Shehni yelagh M. [The effectiveness of logo therapy based on religion on increasing life satisfaction in male depressed students]. The International Conference on Political EPIC. Tehran, Iran. 2013. [Persian]

41. Pirasteh Motlagh A, Nikmanesh Z. [The role of spirituality in quality of life patients with AIDS/HIV]. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci. 2013; 20 (5) :571-81. [Article in Persian]

42. McIntosh RC, Seay JS, Antoni MH, Schneiderman N.

Cognitive vulnerability for depression in HIV. Journal of Affective Disorders. 2013 Sep; 150(3): 908-15. doi:10.1016/j.jad.2013.05.014

43. Hemmati Maslak pak M, Ahmadi F, Anosheh M. [Spiritual beliefs and quality of life: a qualitative research about diabetic adolescent girls' perception]. Koomesh. 2011; 12(2): 144-51. [Article in Persian]

44. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. [A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients]. Zahedan J Res Med Sci. 2010; 12(3): 29-33. [Article in Persian]

45. Yi MS, Mrus JM, Wade TJ, Ho ML, Hornung RW, Cotton S, et al. Religion, spirituality and depressive symptoms in patients with HIV. J Gen Intern Med. 2006; 21(Suppl 5): S21-S27. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00643.x

46. Hofman SG. The importance of culture in cognitive and behavioral practice. Cognitive Behavioral Practice. 2006; 4(13): 243-45. doi:10.1016/j.cbpra.2006.07.001

Archive of SID

Original Paper

Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on religion on depression and quality of life in patients with HIV/AIDS

Hamid N (Ph.D)*¹, Kaviany Brojeny A (B.Sc)²

¹Associate professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran.

²M.Sc Student in Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran.

Abstract

Background and Objective: Cognitive behavioral therapy based on religion can increase the religious mind. This study was done to evaluate the effectiveness of cognitive behavioral therapy based on religion on depression and quality of life in patient with HIV/AIDS.

Methods: In this quasi -experimental study with pretest, post test and follow up with control group, 30 patients with HIV were non-randomly divided into intervention and control groups. Patients in intervention group were received 12 sessions of cognitive behavioral therapy based on religion, but patients in control group did not receive any intervention. Beck depression test (BDI-II) and quality of life questionnaire (WHOQOL-Brief) were used.

Results: The rate of depression in intervention group significantly reduced in compared to controls ($P<0.05$). The rate of quality of life significantly increased in intervention group in comparison with controls group ($P<0.05$). These results significantly persisted after follow- up period ($P<0.05$).

Conclusion: The cognitive behavioral therapy based on religion is effective on decrease of depression and increase of quality of life in patients with HIV/AIDS.

Keywords: Cognitive behavioral therapy based on religion, HIV/AIDS, Depression, Quality of life

* Corresponding Author: Hamid N (Ph.D), E-mail: n.hamid@scu.ac.ir

Received 23 Feb 2015

Revised 5 Dec 2015

Accepted 25 Jan 2016