

دانشور

پزشکی

اثر بخشی شناخت درمانی (CT) گروهی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مردان مبتلا به HIV

نویسندگان: سجاد رضائی^۱، ناهید بازرگانیان^{۲*}، مهسا جهانگیرپور^۳ و حسن طوسی^۴

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۴. سرپرست مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

E-mail: nabala22@yahoo.com

* نویسنده مسئول: ناهید بازرگانیان

چکیده

مقدمه و هدف: براساس تحقیق‌های انجام شده، میزان اختلال‌های روان‌پزشکی به‌ویژه اختلال‌های خلقی و اضطرابی و اقدام به خودکشی در بیماران HIV مثبت بالاست و شناخت‌درمانی (CT) گروهی، روشی کارآمد در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی و اختلال‌های روان‌پزشکی یافت شده است. هدف پژوهش حاضر، ارزیابی تأثیر CT گروهی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس ادراک‌شده مردان HIV مثبت بوده است.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش شبه‌آزمایشی با گروه کنترل و انتصاب تصادفی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. ابتدا پرونده‌های فعال ۱۳۱ مرد HIV مثبت، بررسی و تمامی آنها از نظر مقیاس DASS₂₁ که علائم روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و استرس را می‌سنجد، ارزیابی شدند و مشخص شد ۵۴ نفر (۴۱/۲ درصد)، نمرات بالاتر از نقطه برش دارند؛ از این تعداد، ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده، انتخاب و به روش انتصاب تصادفی به دو گروه آزمایش (n=۱۵) و کنترل (n=۱۵) تقسیم شدند؛ گروه آزمایش در دوازده جلسه CT گروهی شرکت کردند ولی در گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی انجام نگرفت؛ در پایان، مداخلات هر دو گروه، به‌طور مجدد ارزیابی شدند.

نتایج: تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) نشان داد که CT گروهی به‌طور معنی‌داری در کاهش افسردگی ($P < ۰/۰۰۱$ و $F = ۲۰/۱۰۱$)، اضطراب ($P < ۰/۰۰۱$ و $F = ۳۷/۸۱۷$) و استرس ($P < ۰/۰۰۱$) و مردان مبتلا به HIV، مؤثر است. ($F = ۷۷/۱۹۹$)

نتیجه‌گیری: تجربه به‌چالش‌کشیدن رابطه میان افکار خودآیند منفی و علائم روان‌شناختی از طریق مداخله CT گروهی، برای بیماران مرد مبتلا به HIV، موفقیت‌آمیز بود.

واژگان کلیدی: شناخت‌درمانی (CT) گروهی، HIV مثبت، افسردگی، اضطراب، استرس.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست‌دوم-شماره ۱۱۶
اردیبهشت ۱۳۹۴

دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۴/۰۱/۲۳
پذیرش: ۱۳۹۴/۰۱/۳۰

مقدمه

این افراد، همچنین باید با ترس‌های مرتبط با بیماری، مانند «ناتوانی، افزایش وابستگی، کاهش مهار بدنی و درد» مبارزه کنند (۸)؛ بنابراین، دور از انتظار نیست که گستره‌ای از آشفتگی‌های روانی از حالت به نسبت سبک، نظیر بی‌تفاوتی بیمارگون^۳، احساس گناه، درماندگی و ناامیدی تا حالت‌های شدید، همانند اختلال‌های اضطرابی، افسردگی اساسی^۴ و گاهی افکار خودکشی در این افراد دیده شود (۹). پژوهش‌هایی بسیار نشان می‌دهند که افسردگی از رایج‌ترین عوارض ثانوی مربوط به عفونت HIV و شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در این افراد است (۱۰، ۱۱).

شیوع اختلال‌های افسردگی در میان این بیماران، میان ۲۲ تا ۳۳ درصد گزارش شده است که میزان آن، دو برابر جمعیت عادی است (۷)؛ این بیماران افسرده، ممکن است تجربیاتی دردناک درخصوص بیماری HIV داشته باشند، بدون اینکه هیچ‌گونه درد یا عوارض جسمی را حس کنند؛ همچنین، افسردگی در این بیماران، تأثیری معنادار بر کیفیت زندگی‌شان می‌گذارد؛ برای نمونه، عملکرد سیستم ایمنی را ضعیف می‌کند؛ دردهای مزمن را تشدید می‌کند؛ موجب سوءمصرف مواد و مشروبات الکلی می‌شود؛ به تداوم درمان ضدویروسی لطمه می‌زند و ممکن است به رفتارهای پرخطر جنسی در برخی افراد HIV مثبت منجر شده، به‌طور بالقوه انتقال ویروس HIV را افزایش دهد؛ علاوه بر آن، نتایج آخرین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افسردگی در بیماران مبتلا به HIV باعث سرعت بخشیدن به سیر پیشرفت بیماری خواهد شد و خطر نسبی مرگ و میر را در این جمعیت افزایش می‌دهد (۱۲).

سندرم نقص ایمنی اکتسابی^۱ AIDS، نوعی اختلال کشنده عصبی داخلی است که در نتیجه نقص در سیستم ایمنی بدن ایجاد می‌شود (۱) و HIV^۲، ویروسی است که درون سلول‌های سیستم ایمنی فرد رشد می‌کند و دفاع بدن را ضد بیماری تغییر می‌دهد (۲). اپیدمیولوژی جهانی آلودگی به ویروس ایدز، بزرگ‌ترین چالش عصر حاضر است به‌طوری‌که حالت اپیدمیک ایدز، آن را تا حد یک بحران سلامت عمومی ارتقا داده است (۳).

این بیماری، طی سال‌های گذشته، بسیار رشد یافته و عوارض اجتماعی - اقتصادی زیادی از جمله «هدر رفتن خدمات بهداشتی به دلیل هزینه‌های تهیه دارو، توسل خانواده‌ها به راهبردهای مقابله‌ای منفی برای تهیه دارو، ترس از آینده کودکان به علت مرگ والدین، کاهش نیروی انسانی و در نهایت رکود در رشد و پیشرفت جامعه» را به دنبال داشته است (۴، ۵)؛ اگرچه این بیماری، با سرعت در حال شیوع و گسترش است، تلاش‌ها و اقدام‌های لازم در مبارزه با ایدز، به‌طور صرف، به درمان‌ها و مراقبت‌های پزشکی اختصاص یافته‌اند و جنبه‌های روان‌شناختی این بیماری به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته‌اند (۶)؛ این در حالی است که واقعیت موجود نشان می‌دهد، افراد مبتلا به HIV به‌واسطه گرفتار شدن به نوعی بیماری کشنده و درمان‌ناپذیر در گستره فعالیت‌های اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی، محدود می‌شوند که از یک سو به‌عنوان عاملی تنش‌زا در این بیماران مطرح است و از سوی دیگر به‌واسطه ویژگی‌های این بیماری، مانند نسبت دادن انحراف‌های اخلاقی به آنها، راه‌های خاص انتقال عفونت و تاحدی ناشناخته بودن بیماری، در معرض فشارهای روانی - اجتماعی ویژه‌ای قرار می‌گیرند که باید به آنها توجه شود (۷).

^۳ - La belle indifference

^۴ - Major depression

^۱ - Acquired immune deficiency syndrome

^۲ - Human Immunodeficiency Virus

آن، افراد مبتلا به ناراحتی‌های عاطفی با هدایت درمانگر و تعامل‌های گروهی در جهت بهبودی هدایت می‌شوند. طبق دیدگاه شناختی فرض می‌شود که هیجان‌ها و رفتارهای فرد، تحت تأثیر ادراک آنها از حوادث قرار می‌گیرند و این خودِ موقعیت نیست که احساس فرد را مشخص می‌کند بلکه شیوه تعبیر وی از یک موقعیت است که احساس او را تعیین می‌کند (۲۱). در مدل شناختی هدف، عوض کردن افکار و معانی اختصاصی است و تکالیف رفتاری به این منظور به مراجع داده می‌شوند که شواهدی برای افکار خودآیند منفی^۸ پیدا کنند (۲۲).

سه نوع تغییر اصلی در شناخت درمانی اتفاق می‌افتد؛ نخست، تغییر در ساختارهای شناختی پایدارتر؛ دوم، تغییر در فرایند تفکری که در آغاز، آگاهانه و خودخواسته است و سوم، تغییر از افکار خودآیند منفی به سمت تفکر هدفمند؛ یعنی افکاری که با واقعیت عینی سازگارند (۲۱)؛ در همین زمینه، اثربخشی و کارایی شناخت درمانی روی بیماران HIV در پژوهش‌هایی بسیار تأیید شده‌اند (۷، ۲۳، ۲۴)؛ در این راستا مؤسسه ملی سلامت روان، دانشگاه پزشکی هاروارد^۹، دانشگاه بوستون^{۱۰}، دانشگاه براون^{۱۱} و سافرن^{۱۲} و همکاران (۲۵)، پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری^{۱۳} (CBT) در ارتقای پایداری بیماران HIV مثبت به مصرف دارو و کاهش افسردگی آنان انجام دادند که نتایج آشکار کردند، طی سه ماه آموزش، گروه آزمایش، پیشرفتی معنادار در پایداری به مصرف دارو و کاهش افسردگی نشان دادند و پژوهشگران نتیجه گرفتند که CBT روش بالقوه مؤثر برای افراد مبتلا به HIV و مبارزه با افسردگی و پایداری به دارو است. در

اضطراب نیز، یکی دیگر از عوامل روان‌شناختی همراه در بیماری HIV مثبت است؛ این بیماران و خانواده‌های آنها تنش و اضطرابی زیاد را تحمل می‌کنند (۱۳)؛ اضطراب در این بیماران بر اثر ابتلا به بیماری، ناتوانی جسمی، طرد شدن و حتی مُسری بودن بیماری بروزی می‌کند. فرد مبتلا در خصوص محافظت از دیگران، احساس اضطراب می‌کند در حالی که به طور هم‌زمان درباره خود نیز احساس اضطراب دارد به طوری که فرد در ورطه نوعی اختلال روانی وخیم می‌افتد و با بروز هر علامت جدید، بیشتر به هراس و اضطراب، دچار خواهد شد و این اضطراب، ممکن است به شکل ترس مرضی^۱، ترس از فضای باز^۲، اختلال وسواس و اجبار^۳ و فوبی‌های فردی و اجتماعی بروز کند (۱۴). نتایج حاصل از بررسی‌های طولانی مدت بر جمعیت HIV، نیز ارتباطی معنادار را میان سلامت عمومی، عملکرد جسمی^۴، ایفای نقش^۵ و نشانه‌های روان‌پزشکی مانند اضطراب و استرس در این جمعیت از بیماران نشان داده‌اند (۱۵)؛ بنابراین با توجه به همراهی بالای علایم روان‌شناختی در این بیماران، محققان توصیه کرده‌اند، درمان اختلال‌های روانی همایند^۶ می‌تواند راهکاری مناسب برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش علایمی مانند افسردگی و اضطراب در این بیماران باشد (۱۷، ۱۶)؛ داده‌های تجربی نیز اعلام می‌کنند که درمان افسردگی و اضطراب در این بیماران، پیروی از درمان و انگیزه بهبود سلامتی را در جمعیت HIV/AIDS افزایش می‌دهد (۱۶).

تحقیق‌های اخیر نشان داده‌اند که شناخت درمانی گروهی^۷ (CT) می‌تواند روشی کارآمد برای درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی و اختلال‌های روان‌پزشکی همراه در این بیماران باشد (۲۰-۱۸)؛ این رویکرد از جمله اقدام‌های روانی-اجتماعی است که در

⁸- Negative automatic thoughts

⁹-Harvard Medical School

¹⁰-Boston University

¹¹-Brown University

¹²- Safren

¹³- Cognitive behavior therapy

^{۱۴}- نوعی درمان تحول یافته از شناخت درمانی آرون بک که تکالیف

رفتاری درون آن ادغام شده است.

¹- Phobia

²- Agoraphobia

³- Obsessive-compulsive disorder

⁴- Physical Function

⁵- Role Function

⁶- Co-morbid

⁷- Group cognitive therapy

بودند.

همان‌طور که از نظر گذشت، بررسی‌ها نشان می‌دهند، مداخلات روان‌شناختی می‌توانند آسیب‌های روانی را در بیماران HIV مثبت کاهش دهند و کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشند؛ بنابراین، افزون‌بر توجه بالینی به این پدیده که اختلال‌های روانی متعددی با این بیماری مرتبط هستند، تدوین برنامه‌های آموزشی و شناختی به‌منظور کاهش آثار روان‌شناختی این بیماری، ضروری به‌نظر می‌رسد؛ در این میان، شناخت‌درمانی، روشی ساختاریافته، دارای محدوده‌ی زمانی مشخص و مداخله‌ای مبتنی بر هدف است که بر مشکلات کنونی بیمار تمرکز دارد (۲۱)؛ بنابراین، امکان اجرای آن در مراکز بهداشتی- مشاوره‌ای که بیماران مبتلا به HIV برای درمان به آنجا مراجعه می‌کنند، میسر است؛ با وجود این، مطالعه‌ای که آثار متمایز شناخت‌درمانی گروهی را بر پیامدهای روان‌شناختی شایع ابتلا به HIV (از جمله افسردگی، اضطراب و استرس) ارزیابی کند، یافت نشد؛ علاوه بر آن، در مقایسه با گروه زنان، فراوانی گروه مردان مبتلا به HIV به‌ویژه در ایران به دلیل مصرف تزریقی مواد و انجام رفتارهای پرخطر، بیشتر بوده، در نتیجه، میزان مراجعه و امکان دسترسی به مردان مبتلا، زیادتر است.

با توجه به شواهد بالا، هدف اصلی مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس ادراک‌شده در مردان مبتلا به HIV مثبت بوده است.

پژوهش ۵ ساله دیگری، آنتونی^۱ (۲۶) کارایی ده هفته مداخلات گروهی شناختی-رفتاری کنترل استرس^۲ را با پیگیری‌های ماهانه به‌منظور ارتقای رفتارهای سالم، بهبود خلق، سازگاری‌های روان‌شناختی، کیفیت زندگی و سلامت جسمی، روی ۲۱۰ نفر مرد همجنس‌گرا و دوجنس‌گرای^۳ HIV مثبت، مورد بررسی قرار داد؛ نتایج این بررسی نشان‌دادند، 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 می‌شوند؛ کنارد^۴ و همکاران (۷) نیز در مطالعه‌ای دیگر با هدف بررسی درمان شناختی-رفتاری در بهبود افسردگی ۸ نفر از افراد مبتلا به HIV مثبت که سنشان، میان ۱۶ تا ۲۴ سال بود، به این نتیجه رسیدند که CBT در درمان افسردگی شدید این بیماران، بسیار مؤثر بوده است.

مطالعات پیشین نشان داده‌اند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۵ (MBCT) نیز می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی دوران سالمندی برای بیماران مبتلا به HIV مؤثر باشد؛ در این زمینه، گونزالز-گارسیا^۶ و همکاران (۲۷) در مطالعه خود، اثر این نوع از شناخت‌درمانی را روی ۲۰ بیمار مبتلا به HIV که دست‌کم پیش از سال ۱۹۹۶ این تشخیص را دریافت کرده بودند، آزمودند؛ نتایج این مطالعه نشان‌دادند، بیماران گروه MBCT، کیفیت زندگی بهتر، استرس روان‌شناختی و علایم افسردگی و اضطرابی بهبودیافته‌تری نسبت به بیماران گروه کنترل داشتند و حتی در دوره پیگیری گروه MBCT به‌نحوی قابل‌ملاحظه، دارای مقادیر بالاتری از سلول‌های CD₄^۷

¹ - Antoni

² - Stress management

³ - Gay and bisexual Men

⁴ - Kennard

⁵ - Mindfulness-Based Cognitive Therapy

⁶ - Gonzalez-Garcia

⁷ - CD₄ cells or T-helper cells are a type of white blood cell that fights infection and their count

مواد و روش‌ها

گروه آزمایش در دوازده جلسه شناخت درمانی گروهی (هفته‌ای یک جلسه) شرکت کردند ولی در گروه کنترل به جز ادامه شرایط درمانی معمول (روتین) و استاندارد، هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی انجام نگرفت. ابتدا جلسه‌ای به منظور تهیه شرح حال بالینی، مصاحبه، توجیه خط‌مشی درمان، زمان و مکان برگزاری جلسات برگزار شد و در جلسات بعدی، روش‌های درمانی ارائه شدند. اصلی‌ترین مطالب آموزشی ارائه شده، شامل «شناسایی افکار خودکار منفی، شناسایی تحریف‌های شناختی، راه‌های اصلاح تحریف‌های شناختی، مقابله با کمبود عزت‌نفس و بی‌ارزشی، مبارزه با آماها، انتقاد از خویش، خوددست‌کم‌گیری، رهایی از بیکاری و راه‌های مقابله با احساس اندوه، بالابردن انگیزه و خلق درمانی» بودند؛ در پایان جلسات مداخله شناخت‌درمانی، هر دو گروه، به‌طور مجدد با مقیاس DASS-21 ارزیابی شدند. اهداف جلسات در جدول ۱ آمده‌اند.

ابزار گردآوری اطلاعات

پرسش‌نامه DASS-21: پرسش‌نامه DASS-21، مجموعه‌ای از سه مقیاس خودگزارش‌دهی برای حالات عاطفه منفی افسردگی، اضطراب و استرس است که اولین بار، لایویوند و لایویوند^۲، آن را در سال ۱۹۹۵ ارائه کردند؛ این پرسش‌نامه، شامل ۲۱ پرسش است که در آن برای اندازه‌گیری هریک از علائم اضطراب، استرس و افسردگی، از ۷ پرسش استفاده شده است که فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گذشته مشخص کند؛ از آنجاکه این مقیاس می‌تواند مقایسه‌ای از شدت علائم در طول هفته‌های مختلف فراهم کند، می‌توان از آن برای ارزیابی پیشرفته درمان در طول زمان استفاده کرد.

طرح این پژوهش به صورت طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی مردان مبتلا به HIV/AIDS بود که در کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری استان گیلان در نیمه اول سال ۱۳۸۹ پرونده فعال درمانی داشتند. برای نمونه‌گیری از جامعه آماری، ابتدا فهرست بیماران HIV مثبت تحت پوشش کلینیک‌های مشاوره، بررسی و شماره پرونده‌های مبتلایان فوت‌شده و زنان از این فهرست خارج شد؛ خروج زنان به دلیل تعداد اندک این گروه جنسیتی و مشکلات عدم شرکت آنان در کلاس‌های آموزشی و دوری مسافت تا محل اجرای پژوهش بود.

در مرحله نخست، تعداد ۱۳۱ بیمار مرد HIV مثبت در قید حیات برای بررسی پذیرش شدند. پیش از ارزیابی به توضیح دلایل و نحوه انجام پژوهش برای بیماران پرداخته می‌شد و به آنها اطمینان داده می‌شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهند ماند و سپس یادآوری می‌شد که امتناع آنها از شرکت در مطالعه نیز تأثیری در فرایند درمانی آنها نخواهد داشت و سرانجام، پس از اعلام رضایت آگاهانه بیمار برای ورود به پژوهش، روند ارزیابی آغاز می‌شد؛ تمامی این بیماران از نظر مقیاس ۲۱ پرسشی افسردگی، اضطراب و استرس^۱ (DASS-21)، برای علائم روان‌شناختی ارزیابی شدند. پس از بررسی میانگین و انحراف معیار هر متغیر، از میان کل مردان HIV مثبت بررسی شده، طبق راهنمای استاندارد DASS-21، همه افرادی که نمره افسردگی آنها ۱۶ و بیشتر، نمره اضطراب آنها ۱۶ و بیشتر و نمره استرس آنها ۲۴ و بیشتر بود، به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند؛ در مجموع، به روش تصادفی ساده، ۳۰ نفر از بیمارانی که برای هریک از علائم روان‌شناختی، نمرات بالاتر از نقطه برش به دست آورده بودند ($n=54$)، انتخاب و به صورت انتصاب تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

²- Lovibond and Lovibond

¹ -Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

جدول ۱. اهداف جلسات دوازده گانه شناختی درمانی گروهی در بیماران مرد HIV مثبت

جلسه اول	شرکت کنندگان باید پذیرند که فرایندهای فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری در وجود انسان، در تعامل با یکدیگر قرار دارند و هیجان‌ها دارای اجزای فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی هستند.
جلسه دوم	کسب آگاهی از ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم؛ ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آنها؛ تحریف‌های شناختی یا خطاهای منطقی عمده و توانایی فرد در شناسایی آنها در تفکر خود
جلسه سوم	آموزش به شرکت کنندگان درباره ماهیت طرحواره‌ها (باورهای اصلی، طرح‌واره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط میان طرح‌واره‌ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرح‌واره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی
جلسه چهارم	تواناساختن شرکت کنندگان در شناسایی ده نوع طرح‌واره منفی متداول و قراردادن باورهای خود در این ده طبقه
جلسه پنجم	تهیه فهرست باورهای منفی و نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورها با یکدیگر و رتبه‌بندی باورهای خود با توجه به شدت هیجان مرتبط با هر باور در مقیاس SUD (Subjective Units of Disturbance)
جلسه ششم	ایجاد حس پذیرش در شرکت کنندگان گروه، نسبت به اینکه باورها تغییرناپذیر نیستند و باورهای مسلط فرهنگی، طی تاریخ بشر تغییر کرده‌اند و افراد با گذشت زمان، باورهای خود را تغییر می‌دهند.
جلسه هفتم	شرکت کنندگان گروه درک کنند که باورها را می‌توان بر اساس معیارهایی ارزشیابی کنند.
جلسه هشتم	شرکت کنندگان گروه در خصوص باورهای خود، روش تحلیل منطقی به کار ببرند. شرکت کنندگان گروه بتوانند عبارتهایی مخالف با باورهای منفی خود پدیدآورند.
جلسه نهم	شرکت کنندگان، ایجاد مؤلفه‌های تغییر ادراکی را بیاموزند.
جلسه دهم	شرکت کنندگان، روش تنبیه خود و خودپاداش‌دهی را درک کنند و بتوانند آن را به صورت مستقل انجام دهند.
جلسه یازدهم	این شرکت کنندگان، طرحی قابل اجرا برای خود در نظر بگیرند که آنها را برای تمرین روش‌هایی که طی این برنامه یاد گرفته‌اند، ترغیب و تشویق کند.
جلسه دوازدهم	بررسی طرح‌های شرکت کنندگان برای تداوم دستاوردهایی که طی درمان حاصل کرده‌اند و کسب پسخوراند از شرکت کنندگان درباره برنامه درمانی

محتوای^۴ مربوط به ابزار سنجش اطلاعات فردی و پرسش‌نامه DASS-21 را تأیید کردند (۳۳). پس از گردآوری اطلاعات، تمامی داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آماری فراوانی و درصد و میانگین و انحراف معیار توصیف شدند و به منظور پاسخگویی به پرسش پژوهش، مبتنی بر اثربخشی روش شناخت درمانی گروهی بر داده‌های پیوسته زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس آزمون DASS-21، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری^۵ (MANCOVA) و برآورد اندازه اثر^۶ (η^2) و توان آزمون^۷ استفاده شد.

پرسش‌های برگه (فرم) کوتاه براساس یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد است؛ اصلاً، امتیاز ۰ (صفر)؛ کم، امتیاز ۱؛ زیاد، امتیاز ۲ و خیلی زیاد امتیاز ۳ را دریافت می‌کند. در پژوهش‌های متعدد خارجی و داخلی، اعتبار و پایایی^۱ فرم کوتاه مقیاس DASS-21، مطلوب گزارش شده است (۲۸-۳۱)؛ در مطالعه‌ای که مرادی‌منش و همکاران (۳۲) صورت داده‌اند، اعتبار این پرسش‌نامه براساس ضرایب همسانی درونی^۲ برای کل مقیاس، ۰/۹۲؛ افسردگی، ۰/۹۰؛ اضطراب، ۰/۸۱ و استرس، ۰/۸۹ بود که ضرایبی قابل قبول محسوب می‌شوند؛ همچنین آنها همبستگی خرده‌مقیاس‌ها را نیز با هم بررسی کردند که نتایج نشان دادند، در این پرسش‌نامه، همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر در محدوده ۰/۴۷ تا ۰/۵۶ بوده و با نمره کل در محدوده ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ بوده است؛ همچنین، ده نفر از استادان پرستاری دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه تهران، اعتبار صوری^۳ و اعتبار

4- Content validity

5- Multivariate analysis of covariance

6- Effect size

7- Power

1- Validity and reliability

2- Internal consistency

3- Face validity

یافته‌ها

و ۷ نفر (۶۷/۴۶ درصد) مجرد و ۳ نفر (۲۰ درصد) مطلقه و ۲ نفر (۳۳/۱۳ درصد) بیوه/همسرمرده بودند و از حجم نمونه ۱۵ نفری گروه کنترل، ۶ نفر (۴۰ درصد) متأهل و ۷ نفر (۶۷/۴۶ درصد) مجرد و ۱ نفر (۶۷/۶۷ درصد) مطلقه و ۱ نفر (۶۷/۶۷ درصد) بیوه/همسرمرده بودند. توزیع فراوانی حجم نمونه برحسب گروه‌های سنی در جدول ۲ آمده است.

در این پژوهش، پیش از انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، مشخص شد، ۵۴ نفر (۲/۴۱ درصد) از بیماران HIV مثبت، سطوح بالایی از علائم روان‌شناختی را با خود به همراه دارند؛ همچنین ۳۰ نفر از بیماران مرد HIV مثبت، همگی تا انتهای پژوهش در نمونه باقی ماندند (مشارکت ۱۰۰ درصد). از حجم نمونه ۱۵ نفری گروه آزمایش، ۳ نفر (۲۰ درصد) متأهل

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد حجم نمونه گروه آزمایش و کنترل برحسب گروه‌های سنی (n=۳۰)

گروه‌های سنی	سال ۲۰-۲۵	سال ۲۵-۳۰	سال ۳۰-۳۵	سال ۳۵-۴۰	سال ۴۰-۴۵	سال ۴۵-۵۰	سال ۵۰-۵۵
آزمایش	۳ (۲۰٪)	۰	۷ (۴۶/۶۷٪)	۳ (۲۰٪)	۱ (۶/۶۷٪)	۰	۱ (۶/۶۷٪)
کنترل	۰	۵ (۳۳/۳۳٪)	۳ (۲۰٪)	۱ (۶/۶۷٪)	۴ (۲۶/۶۷٪)	۲ (۱۳/۳۳٪)	۰
کل	۳ (۱۰٪)	۵ (۱۶/۶۷٪)	۱۰ (۳۳/۳۳٪)	۴ (۱۳/۳۳٪)	۵ (۱۶/۶۷٪)	۲ (۶/۶۷٪)	۱ (۳/۳۳٪)

ادراک شده در گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد.

جدول ۳، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای نمرات افسردگی، اضطراب و استرس

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده در گروه کنترل و آزمایش

شاخص‌های آماری متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون افسردگی	۲۹/۰۷	۶/۱۸۱	۲۷/۴۷	۶/۲۵۵
پس‌آزمون افسردگی	۲۳/۷۳	۴/۹۴۹	۲۸	۶/۱۸۸
پیش‌آزمون اضطراب	۲۴	۶/۷۶	۲۲/۱۳	۶/۵۷
پس‌آزمون اضطراب	۱۷/۳۳	۵/۵۸۹	۲۲/۵۳	۶/۲۵۵
پیش‌آزمون استرس	۳۱/۴۷	۴/۴۳۸	۳۱/۴۷	۵/۲۶۳
پس‌آزمون استرس	۲۴/۴۰	۴/۰۱۴	۳۲/۵۳	۴/۵۶

خطا^۲ نیز، نمایانگر آن بود که سطح معنی‌داری نسبت F بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین واریانس خطای دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر برابر بوده، تفاوتی معنی‌دار از این جهت میان آنها وجود ندارد. نتایج آزمون چندمتغیری لامبدا^۳ در جدول ۴ نشان می‌دهند که اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی نمرات افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده، معنی‌دار است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری به‌منظور پاسخگویی به پرسش پژوهش، ابتدا پیش‌فرض مهم آن، یعنی مفروضه خطای واریانس و کوواریانس از طریق آزمون M باکس^۱ بررسی شد؛ نتایج نشان‌دادند، آماره M باکس، معنی‌دار نیست (P= ۰/۳۷۱، df= ۳، F=۱/۰۴۶، Box' M= ۳/۴۰)؛ بدین دلیل که در این آزمون، نسبت F معنی‌دار نیست، مفروضه همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس، برقرار است؛ علاوه بر آن، نتایج آزمون لون برای برابری واریانس‌های

^۲ - Leven's test of equality of error variances

^۳ - Wilk's Lambda multivariate test

^۱ - Box' M

جدول ۴. نتایج آزمون لامبدا/ویکنر حاصل از اثر عضویت گروهی بر نمرات زیرمقیاس‌های آزمون DASS-21

P- Value	df ₂	df ₁	F	Value	منابع تغییر در لامبدا/ویکنر
+/۰۰۰۰۱	۲۳	۳	۴۲/۸۲۹	۰/۲۲۶	افسردگی
+/۰۰۰۰۱	۲۳	۳	۲۳/۵۹۲	۰/۹۷۲	اضطراب
+/۰۰۰۰۱	۲۳	۳	۱۳/۳۶۳	۰/۹۹۴	استرس

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) برای مقایسه میانگین پس‌آزمون افسردگی، اضطراب و استرس ادراک‌شده در دو گروه آزمایش و کنترل، پس از تعدیل مقادیر پیش‌آزمون آنها در جدول ۵ منعکس شده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) اثر شناخت درمانی گروهی بر نمرات زیرمقیاس‌های آزمون

DASS-21

Po wer	η ²	P- Value	F	MS	df	SS	متغیرها	منبع تغییرها
۰/۹۹۱	۰/۴۲۷	۰/۰۰۰۰۱	۲۰/۱۰۱	۲۱۸/۳۵۸	۱	۲۱۸/۳۵۸	پس‌آزمون-افسردگی	اثر عضویت گروهی (شناخت درمانی)
۱/۰۰۰	۰/۵۹۳	۰/۰۰۰۰۱	۳۷/۸۱۷	۳۲۰/۹۶۵	۱	۳۲۰/۹۶۵	پس‌آزمون-اضطراب	
۱/۰۰۰	۰/۷۴۸	۰/۰۰۰۰۱	۷۷/۱۹۹	۴۲۷/۴۰۰	۱	۴۲۷/۴۰۰	پس‌آزمون-استرس	
				۱۰/۸۶۳	۲۵	۲۹۳/۳۰۵	پس‌آزمون-افسردگی	خطا
				۸/۴۸۷	۲۵	۲۲۰/۶۷۰	پس‌آزمون-اضطراب	
				۶/۱۱۹	۲۵	۱۵۹/۱۰۰	پس‌آزمون-استرس	
					۳۰	۲۱۰۸۸/۰۰۰	پس‌آزمون-افسردگی	کل
					۳۰	۱۱۸۷/۸۶۷	پس‌آزمون-اضطراب	
					۳۰	۱۰۱۳/۴۶۷	پس‌آزمون-استرس	

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس ادراک‌شده در مردان HIV مثبت بود. یافته آغازین این مطالعه مبین آن بودند که ۴۱/۲ درصد از نمونه بیماران مرد مبتلا به HIV از سطوح بالای علائم آسیب‌شناسی روانی رنج می‌برند. همراستا با این یافته، آده‌ویا^۱ و همکاران (۳۴) در نیجریه نشان دادند که فراوانی اختلال‌های روانی در بیماران مبتلا به HIV ۵۹/۱ درصد است. یافته‌های پژوهش پنگ^۲ و همکاران (۳۵) نیز در تایوان نشان دادند که بیماری روانی در ۴۶ درصد از شرکت‌کنندگان مبتلا به HIV وجود دارد؛ سرانجام در ایران رضائی و همکاران (۳۶)، شیوع اختلال روانی را

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهند، اجرای برنامه شناخت درمانی گروهی، تأثیری معنی‌دار در کاهش افسردگی [۰/۰۰۰۰۱، $P <$ ، $F(1, 20) = 20/101$ ، $\eta^2 = 0/427$ ، $F(1, 20) = 37/817$ ، $P <$ ، $\eta^2 = 0/593$ ، $F(1, 20) = 77/199$ ، $P <$ ، $\eta^2 = 0/748$]، اضطراب [۰/۰۰۰۰۱، $P <$ ، $F(1, 20) = 37/817$ ، $\eta^2 = 0/593$ ، $F(1, 20) = 77/199$ ، $P <$ ، $\eta^2 = 0/748$] و استرس [۰/۰۰۰۰۱، $P <$ ، $F(1, 20) = 77/199$ ، $\eta^2 = 0/748$] مردان مبتلا به HIV داشت؛ بدین مفهوم که میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس ادراک‌شده گروه آزمایش با توجه به مقادیر جدول ۲ و پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور معنی‌داری، پایین‌تر است؛ در این میان، مقدار اندازه اثر (η^2) برای متغیر استرس بیش از سایر متغیرهای وابسته بود؛ بدین مفهوم که ۷۴/۸ درصد از تغییرهای استرس بیماران مرد HIV مثبت به اجرای شناخت درمانی گروهی، مربوط است.

^۱- Adewuya.

^۲- Peng

واکنش فیزیکی و رفتار بعدی فرد وابسته‌اند؛ به همین دلیل، این تغییر تفکر که در یک موقعیت معین رخ می‌دهد، خلق، رفتار و واکنش فیزیکی را تغییر می‌دهد؛ در این درمان، یادگیری بازسازی شناختی^۹، شناختی^۹، بیماران را قادر می‌سازد تا برجسته‌های مثبت زندگی تمرکز کنند و بتوانند به‌طور مؤثرتری از حمایت و کمک دیگران استفاده کنند؛ و عوامل به‌وجود آورنده افسردگی را بهتر بشناسند و مهارت‌های درونی‌شان را برای تغییر و اصلاح افکار افسرده‌کننده، گسترش دهند (۴۲)؛ در مجموع به‌نظر می‌رسد، شناخت درمانی با تغییر در روش زندگی، پذیرش مسئولیت مراقبت، تغییر نقش‌ها و تغییر در الگوی اجتماعی، تأثیری قابل‌ملاحظه در واکنش‌های روانی افراد به‌جامی‌گذارد (۴۳)؛ بنابراین، نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق در کنار سایر نتایج مشابه، بر اهمیت روش‌های شناخت درمانی در کاهش افسردگی بیماران HIV تأکیدی می‌کند.

در بخشی دیگر از نتایج پژوهش حاضر با توجه به نمرات پس‌آزمون اضطراب و استرس ادراک‌شده مردان HIV مثبت، اثربخشی شناخت درمانی بر استرس ادراک‌شده و اضطراب بیماران نیز تأیید شد (جدول ۵)؛ این یافته با مطالعات هارت^{۱۰} و همکاران (۱۳)، همتی ثابت و همکاران (۴۴)، محمدی و همکاران (۴۵) نورتن^{۱۱} (۴۶، ۴۷)، ایلارد^{۱۲} (۴۸)، آنتونی (۲۶)، همسو است. پژوهش‌های سال‌های اخیر نشان می‌دهند که رگه شخصیتی روان‌رنجورخویی^{۱۳} در بیماران HIV مثبت، فراوانی بالایی دارد که این خصیصه با افسردگی، اضطراب، استرس، خشم زیاد و اعتماد به‌نفس کم، مشخص می‌شود و می‌تواند با کیفیت زندگی پایین، مرتبط باشد.

اغلب بیماران HIV مثبت به اضطراب و افکار منفی در خصوص بیماری‌شان، دچار می‌شوند و این

با استفاده از آزمون SCL-90-R در بیماران HIV مثبت، ۸۸/۴ درصد گزارش کردند. ارقام محاسبه‌شده، آشکارا مبین وخامت وضعیت روانی کنونی بیماران HIV مثبت هستند؛ بنابراین، نیاز به مداخله برای کاهش علائم آسیب‌شناسی روانی، دستورالعمل بسیاری از گروه‌های بهداشت روانی قرار گرفته‌است.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دادند که مداخله شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی بیماران HIV مثبت، تأثیری معنی‌دار داشته‌است؛ این یافته با نتایج پژوهش نیوکومب^۱ و همکاران (۱۲)، سایمونی^۲ و همکاران (۲۰)، سافرن^۳ و همکاران (۱۹)، هایملهوک^۴ و همکاران (۱۰)، بولتون^۵ و همکاران (۳۷) آنتونی (۲۶)، چسنی^۶ و همکاران (۳۸)، مولاسیوتیس^۷ و همکاران (۳۹) بلانچ^۸ و همکاران (۴۰) و سلگی، هاشمیان و سعیدی (۴۱) همسویی دارد.

در این پژوهش به بیماران گروه آزمایش، طی جلسات درزمینه افکار خودآیند آنها آگاهی‌داده شد تا درک کنند که با تکرار افکار خودآیند منفی در موقعیت‌های مشابه (مانند زمانی که در رسیدن به یک هدف موفق نمی‌شوند)، هیجان ناشی از آنها بیشتر و بیشتر می‌شود؛ سپس آموزش دیدند که در جهت شناسایی و تغییر افکار ناکارآمد و جایگزینی افکار متعادل و تغییر در برداشت و احساس خود تلاش کنند و این امر در ایجاد بینش، شناخت و تغییر نگرش بیماران، طی زمان مداخله تأثیر داشته‌است زیرا درمان شناختی، فرایندی درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا باورهای شخصی نادرست را که به خلق‌ها و رفتارهای معین منجر می‌شوند، اصلاح کنند؛ اصل بنیادی این درمان، آن است که تفکر بر خلق، مقدم است و هر دو به محیط،

¹ - Michael

² - Simoni

³ - Safren

⁴ - Himelhoch

⁵ - Bolton

⁶ - Chesney

⁷ - Molassiotis

⁸ - Blanch

⁹ - Cognitive reconstruction

¹⁰ - Hart

¹¹ - Norton

¹² - Ellard

¹³ - Neuroticism

با توجه به نتایج پژوهش‌های یادشده و مقایسه آنها با نتیجه حاصل از پژوهش حاضر می‌توان نتیجه‌گرفت که شناخت‌درمانی گروهی می‌تواند روشی مؤثر در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مردان HIV مثبت باشد؛ در مجموع می‌توان گفت، در شناخت‌درمانی، از فنون و روش‌های شناسایی خطاهای شناختی، روش تغییر احساسات خود، بازنگری در نحوه تفکر، شناسایی افکار خودآیند منفی استفاده می‌شود و این آموزش‌ها با ایجاد رابطه‌ای منطقی، به تدریج، سبب توقف افکار منفی می‌شوند و شناسایی افکار منفی، زمینه‌ساز شکل‌گیری تفکر سازنده مثبت و ایجاد احساس آرامش در فرد شده، تصوری می‌شود آن به‌نوبه خود به کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیمار منجر شود.

تک‌جنسیتی بودن نمونه‌های پژوهش و نداشتن دوره پیگیری به دلیل مشکل دسترسی به این دسته از بیماران، جزو عواملی هستند که تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه را با محدودیت مواجه می‌کند. به‌منظور بررسی آثار بلندمدت درمان، پیگیری آزمودنی‌های دست‌کم تا سه ماه برای مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود. شناخت‌درمانی گروهی، مداخله‌ای سهل‌الوصول و از نظر اقتصادی مقرون‌به‌صرفه و از نظر پزشکی، عاری از عوارض جانبی است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این مداخله به‌عنوان رویه‌ای ثابت در شرح وظایف روان‌شناسان بالینی مراکز بیماری‌های رفتاری قرارگیرد؛ علاوه بر آن، بررسی گروه زنان امکان‌دهد، میزان اثربخشی این نوع درمان با گروه مردان مورد مقایسه قرارگیرد.

منابع

1. Douek DC, Roederer M, Koup RA. Emerging Concepts in the Immunopathogenesis of AIDS. *Annual Review of Medicine* 2009; 60: 471-84.
2. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's, editors. *comprehensive text books of psychiatry*. New York: Lippincott. Williams & Wilkins 2009.
3. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *AIDS epidemic update special report on HIV prevention*. Geneva: UNAIDS 2005.
4. Bell C, Devarajan S, Gersbach H. *The long-run economic costs of AIDS: theory and application to South Africa*. Washington DC: World Bank 2003.
5. Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Ruda CM. *Mobile populations and HIV/AIDS in central America and Mexico: Research Activation AIDS* 2002; 16: 42-49.
6. Turrina C, Fiorazzo A, Turan A, Caccin P, Regini C, Castelli F, Sacchetti E. *depressive disorder and personality variables in HIV positive and negative intravenous drug users*. *Journal of Affective Disorder* 2003; 65: 45-53.
7. Kennard BD, Brown LT, Hawkins L, Risi A, Radcliffe J, Emslie GJ, Mayes TL, King JD, Foxwell AA, Buyukdura J, Bethel J, Naar-King S, Xu J, Lee SS, Garvie P, London C, Tanney M, Thornton S. *Development and Implementation of Health and Wellness CBT for Individuals With Depression and HIV*. *Cognitive and Behavioral Practice* 2014; 21(2) : 237-46.

8. Cucciare MA, Sorrell JT, Trafton JA. Predicting response to cognitive-behavioral therapy in a sample of HIV-positive patients with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine* 2009; 32:340-48.
9. Reid AE, Dovidio JF, Ballester E, Johnson BT. HIV prevention interventions to reduce sexual risk for African Americans: The influence of community-level stigma and psychological processes. *Social Science & Medicine* 2014; 103: 118-25.
10. Himelhoch S, Medoff D, Maxfield J, Dihmes S, Dixon L, robinson CH, potts W, mohr DC. Telephone Based Cognitive Behavioral Therapy Targeting Major Depression Among Urban Dwelling, Low Income People Living with HIV/AIDS: Results of a Randomized Controlled Trial. *AIDS and Behavior* 2013; 17:2756-64
11. Bhat AG, Babu R, Abhishekh HA. Prevalence of depression among HIV patients on antiretro viral therapy: A study from India. *Asian Journal of Psychiatry* 2013; 6(3): 249-50.
12. Newcomb ME, Bedoya CA, Blashill AJ, Lerner JA, O'Cleirigh C, Safren SA. Description and Demonstration of Cognitive Behavioral Therapy to Enhance Antiretroviral Therapy Adherence and Treat Depression in HIV-Infected Adults. *Cognitive and Behavioral Practice* 2014; In press.
13. Hart TA, Tulloch TG, O'Cleirigh C. ntegrated Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety and HIV Prevention for Gay and Bisexual Men. *Cognitive and Behavioral Practice* 2014; 21(2): 149-60.
14. Gonzalez A, Zvolensky MJ, Grover KW, Parent J. The Role of Anxiety Sensitivity and Mindful Attention in Anxiety and Worry About Bodily Sensations Among Adults Living With HIV/AIDS. *Behavior Therapy* 2012; 43(4): 768-78.
15. Orlando M, Tucker JS, Sherbourne CD, & Burnam MA. A Cross - Lagged Model of Psychiatric Problems and Health - Quality of Life Among a National Sample of HIV - Positive. *Health Psychology* 2005; 19 (1): 43 - 51.
16. Primeau MM, Avellaneda V, Musselman D, Jean GST, Illa L. Treatment of Depression in Individuals Living with HIV/AIDS. *Psychosomatics* 2013; 54(4): 336-44.
17. Butler AC, Chapman JE, Forman EM , & Beck AT. empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of metaanalyses. *Clinical Psychology Review* 2006; 26(1): 17-31.
18. Safren SA, O'Cleirigh 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 Psychology* 2009; 28(1):1-10.
19. Safren SA, O'Cleirigh CM, Bullis JR, Otto MW, Stein MD, Pollack MH. Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012; 80(3): 404-15.
20. Simoni JM, Wiebe JS, Saucedo JA, Huh D, Sanchez G, Longoria V, Safren SA. A preliminary RCT of CBT-AD for adherence and depression among HIV-positive Latinos on the U.S.-Mexico border: The Nuevo Dia Study. *AIDS and Behavior* 2013; 2816-29.
21. Afghahe S. (Aaron Temkin Beck, Pioneer in cognitive treatment). Tehran: Danzhe publication 2008. (In Persian)
22. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S, editors. *Hilgard's introduction to psychology*. 13th Ed. Fort Worth, TX: Harcourt Brace 2000.
23. Olem D, Sharp KM, Taylor JM, Johnson MO. Overcoming Barriers to HIV Treatment Adherence: A Brief Cognitive Behavioral Intervention for HIV-Positive Adults on Antiretroviral Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice* 2014; 21(2):206-23.
24. Soroudi N, Perez GK, Gonzalez JS, Greer JA, Pollack MH, Otto MW, Safren SA. CBT for Medication Adherence and Depression (CBT-AD) in HIV-Infected Patients Receiving Methadone Maintenance Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice* 2008; 15(1): 93-106.
25. Safren SA, Hendriksen ES, Mayer KH, Mimiaga MJ, Pickard R, Otto MW. Cognitive-behavioral therapy for HIV medication adherence and depression. *Cognitive and Behavioral Practice* 2004;11(4): 415-24.
26. Antoni MH, Cruess DG, Klimas N, Carrico AW, Maher K, Cruess S, Lechner SC, Kumar M, Lutgendorf S, Ironson G, Fletcher MA, Schneiderman N. Increases in a marker of immune system reconstitution are predated by decreases in 24-h urinary cortisol output and depressed mood during a 10-week stress management intervention in symptomatic HIV-infected men. *Journal of Psychosomatic Research* 2005; 58(1):3-13.
27. Gonzalez-Garcia M, Ferrer MJ, Borrás X, Muñoz-Moreno JA, Miranda C, Puig J, Perez-Alvarez N, Soler J, Feliu-Soler A, Clotet B, Fumaz CR. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Quality of Life, Emotional Status, and CD4 Cell Count of Patients Aging with HIV Infection. *AIDS Behavior* 2014;18(4): 676-85.
28. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric Properties of the 42-item and 21-item Version of the Depression Anxiety Stress Scales in Clinical Groups and a Community Sample. *Psychological Assessment* 1998; 10 (2): 176-81.
29. Henry JD, Crawford JR. The shortform version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology* 2005; 44 (2): 227-39.
30. Samani S, Joukar B. (Validation and reliability of Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *Journal of Social and Human Sciences of Shiraz University* 2006; 3 (52):65- 77. (In Persian)
31. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. (Validation of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population). *Journal of Iranian Psychologists* 2005; 1(4): 299-310. (In Persian)
32. Ahadi H, Jomhori F, Rahgozar M, Moradimanesh F. (The relationship between psychological distress and quality of life in women with breast cancer). *Journal of Zabol university of medical sciences and health services* 2012; 4(2).51-59. (In Persian)
33. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi SM, Memarian R. (The effect of progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and Stress in Patients with Multiple Sclerosis). *Journal of Research in Medical Sciences* 2008;32(1):45-53. (In Persian)
34. Adewuya. AO, Afolabi MO, Ola BA, Ogundele OA, Ajibare AO, Oladipo BF. Psychiatric disorders among the HIV-positive population in Nigeria: a control study. *Journal Psychosomatic Research* 2007;63(2):203-6.

35. Peng EY, Lee MB, Morisky DE, Yeh CY, Farabee D, Lan YC, Chen YM, Lyu SY. Psychiatric morbidity in HIV-infected male prisoners. *Journal of the Formosan Medical Association* 2010;109(3):177-84.
36. Rezaei S, Taramian S, Kafie SM. Psychopathological Dimensions in Substance Abusers with and without HIV/AIDS and Healthy Matched Group. *Addiction and Health* 2013; 5(3-4): 115-25.
37. Bolton P. Group Therapy Can Help Treat Depression Among HIV/AIDS Patients, Uganda Study Says. *The Body PRO*. [Serial online] 2004 Jan [cited 2004 Jan 15]. Available from URL:<http://www.thebodypro.com/content/art10760.html>
38. Chesney MA, Chambers DB, Taylor JM, Johnson LM, & Folkman S. Coping Effectiveness Training for Men Living with HIV: Results From a Randomized Clinical Trial Testing a Group-Based Intervention. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 1038 - 1046.
39. Molassiotis A, Callaghan P, Twinn SF, Lam SW, Chung WY, & Li, CK. 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 Decease. *AIDS Patient Care and STDs* 2002; 16 (2): 83 – 96.
40. Blanch J, Rousaud A, Hautzinger M, Martínez E, Peri JM, Andrés S, ... & Gastó C. Assessment of the Efficacy of a Cognitive – Behavioral Group Psychotherapy Programme for HIV - Infected Patiens Referred to a Consultation Liaison Psychiatry Department. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics* 2002; 45: 77 - 84.
41. Salagi Z, Hashmian K, Saeedipoor B. (The effects of group cognitive therapy in reducing depression in male patients with HIV-positive). *Psychological Studies* 2007; 3(1):4-9. (In Persian)
42. Greenberger D, Padesky CA. *Mind over mood: a cognitive therapy treatment manual for clients*. New York: Guilford press 1995.
43. Peterson C, Maier SF, Seligman MEP. *A theory for the age of personal control*. Oxford University Press 1993.1-4.
44. Hemmati Sabet A, Khalatbari J, Abbas Ghorbani M, Haghghi M, Ahmadpanah M. (Group Training of Stress Management vs. Group Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Depression, Anxiety and Perceived Stress Among HIV-Positive Men). *Iranian Journal Psychiatry Behavior Science* 2013; 7(1):4-8. (In Persian)
45. Mohammadi A, Birashk B, Gharai B. (Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Therapy and Group Cognitive Therapy on Anxiety and Depressive Symptoms). *Iranian Journal of Public Health* 2013; 42(1): 48-55. (In Persian)
46. Norton PJ. A Randomized Clinical Trial of Transdiagnostic Cognitve-Behavioral Treatments for Anxiety Disorder by Comparison to Relaxation Training. *Behavior Therapy* 2012 ; 43(3):506-517.
47. Norton PJ. An Open Trial of a Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anxiety Disorder. *Behavior Therapy* 2008; 39(3):242-250.
48. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emo-tional Disorders: Protocol Dev-elopment and Initial Outcome Data. *Cognitive and Behavioral Practice* 2010; 17(1):88-101.
49. Penedo JF, Gonzalez JS, Dahn JR, Antoni M, Malow R, Costa P, et al. Personality, quality of life and hart adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of psychosomatic research* 2003; 54:271-278.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
22nd Year, No.116
April- May, 2015*

Received: 11/03/2015

Last revised: 12/04/2015

Accepted: 19/04/2015

Effectiveness of group Cognitive Therapy (CT) in reducing depression, anxiety and perceived stress in men with HIV

Sajjad Rezaei¹, Nahid Bazarganiyan^{2*}, Mahsa Jahangirpoor³, Hassan Tousy⁴

1. Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
2. Unit of Adolescents, Youth and School Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
3. Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran.
4. Behavioral Diseases Consultation Clinic, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

E-mail: nabala22@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: According to recent research, the rate of psychiatric disorders, especially mood and anxiety disorders and suicide attempt in HIV-positive patients are high and group Cognitive Therapy (CT) is found an efficient method to treat many psychological problems and psychiatric disorders. The aim of the present research was to evaluate the effect of group CT in reducing depression, anxiety and perceived stress of HIV-positive men.

Materials and Methods: The research design was Quasi-experimental with control group and random allocation with pre-test and post-test. At first, the active documents of 131 HIV-positive men were investigated, and all of them were evaluated with scale DASS21 which measures psychological symptoms of depression, anxiety and stress and it was found that 54(41.2%) patients have scores above the cut-off point. From this number, 30 patients were selected and by random allocation method divided into two groups, experimental (n=15) and control (n=15). The experimental group was participated in 12 sessions of group CT, but the control group did not have any psychological intervention. At the end of interventions, both groups were evaluated again.

Results: Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed that group CT significantly is effective in reducing depression ($F=20.101$, $p<0.0001$), anxiety ($F=38.817$, $p<0.0001$) and stress ($F=77.199$, $p<0.0001$) men with HIV ($p<0.0001$).

Conclusion: Experiencing the challenging relationship between negative automatic thoughts and psychological symptoms by group CT was successful in men with HIV.

Key words: Group cognitive therapy (CT), HIV-positive, Depression, Anxiety, Stress