

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تعارضات زناشویی بیماران مبتلا به HIV/ AIDS

منظر امیرخانی^۱

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۲/۰۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: پژوهش حاضر باهدف تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی تعارضات زناشویی بیماران مبتلا به ایدز انجام شده است.

مواد و روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا و آلوده به ایدز مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و باشگاه یاران مثبت بیمارستان امام خمینی بود. به منظور اجرای پژوهش از میان این بیماران ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شده، سپس ۳۰ نفر منتخب به‌طور تصادفی به دو گروه ۱۵ تایی گواه و آزمایش تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه به مدت ۲ ماه به‌صورت گروهی تحت آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات هر دو گروه به پرسشنامه تعارضات زناشویی پاسخ دادند. تحلیل داده‌های خام با استفاده از روش SPSS، اجرای آزمون توصیفی و استنباطی از جمله آنالیز کوواریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارضات زناشویی بیماران آلوده و مبتلا به ایدز مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: مشاهدات حاضر مؤید اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تعارضات زناشویی بیماران آلوده و مبتلا به ایدز است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، تعارضات زناشویی، بیماران مبتلا به ایدز

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره سوم، ص ۲۰۷-۱۹۸، خرداد ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: تهران، سعادت‌آباد، خ ۳۰ غربی پلاک ۷۶ واحد دوم، تلفن: ۰۹۱۲۳۷۷۲۶۹۹

Email: manzaramirkhani@yahoo.com

مقدمه

یکی از بیماری‌های نوپدید، عفونت اچ‌آی‌وی (ایدز)^۲ می‌باشد. سالانه تعداد زیادی مورد جدید از عفونت HIV رخ می‌دهد که ۹۰ درصد از موارد جدید عفونت در کشورهای درحال توسعه است (۱). عفونت اچ‌آی‌وی بر تمام جنبه‌های زندگی شخص اعم از جسمی، اجتماعی و خانوادگی تأثیر گذاشته و متعاقباً افراد خانواده این بیماران نیز تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند (۲). به دلایل مختلفی از جمله انگ ناشی از این بیماری، افراد مبتلا از حمایت اجتماعی پایینی برخوردارند که این امر در سلامت فرد و جامعه بسیار زیان‌بار است. بر اساس نتایج پژوهشی که درباره‌ی میزان حمایت اجتماعی خانواده‌های بیماران مبتلا و آلوده به ایدز در ایران انجام شده، این افراد از حمایت ضعیف خانواده برخوردار بوده و بیماری در برخی از افراد موجب از دست دادن شغل، طلاق و متارکه باهمسرشان شده است؛ این در حالی بود که افراد بهره‌مند

از حمایت بالاتر خانوادگی، در مواقعی که امکان آلوده کردن دیگران وجود داشت، بیشتر مشکل خود را به سایرین گوشزد می‌کردند، به‌طور کلی می‌توان گفت که حمایت اجتماعی خانواده، موجب جلوگیری از درماندگی روانی و در نتیجه، کارآمدی اجتماعی بهتر و احساس مسئولیت بیشتر در قبال سلامت جامعه می‌شود (۳).

یکی از مشکلاتی که بیماران آلوده و مبتلا به ایدز با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند، انگ حاصل از این بیماری است. انگ منتج از بیماری ایدز، به دلیل ارتباط نزدیک آن با مواد مخدر و رابطه جنسی است که نه‌تنها موجب تبعیض می‌شود، بلکه باعث محرومیت آن‌ها از حقوق اجتماعی، محرومیت از تشکیل خانواده، تحصیل، کار و حتی دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی نیز می‌گردد (۴). مطالعات در ایران حاکی از این بود که این بیماران، به‌ندرت راضی به افشای بیماری خود برای خانواده بودند؛ زیرا نتایج آشکار شدن انگ در تعاملات اجتماعی، باعث فروپاشی منابع

^۱ کارشناسی ارشد، مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

^۲ Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome

پذیرش و حمایت اجتماعی شده و بر روابط خانوادگی آن‌ها اثرات منفی شدیدی خواهد گذاشت. سازمان جهانی بهداشت عنوان کرده که حمایت مناسب خانواده از بیماران آلوده و مبتلا به ایدز، سبب می‌شود که بیماران پاسخ مناسب‌تری به استرس ناشی از عفونت بدهند و این امر به بروز مشکلات روانی کمتری در این بیماران منجر شده و سبب افزایش تمایل فردی برای درمان و پیشگیری از انتقال عفونت می‌گردد. همچنین پژوهش‌ها در ایران مبین این مسئله است که میزان حمایت خانواده از افراد آلوده و مبتلا به ایدز ضعیف بوده و افرادی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند، نسبت به پیشگیری از ابتلای سایرین نیز احساس مسئولیت کمتری داشتند (۵).

حوادث نامطبوع زندگی، قادرند بهزیستی فرد را تحت تأثیر قرار داده و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی همچون افسردگی و اضطراب منجر شوند آشکار شدن بیماری ایدز، از مواردی است که می‌تواند منجر به این موارد شده و در نتیجه تعارضات زناشویی را رقم بزند (۶). تعارض زناشویی، نوعی فقدان توافق مداوم و معنادار بین دو همسر است که یکی از آن‌ها گزارش می‌کند. منظور از معنادار بودن، تأثیر این مسئله بر عملکرد همسران و منظور از مداوم بودن، اشاره به اختلافاتی است که با مرور زمان از بین نمی‌روند (۷). بروز تعارض، جزئی از رابطه زناشویی و زندگی مشترک است، و زوجین باید یاد بگیرند که تعارض‌های خود را حل کنند تا خوشبخت شوند (۸). تعارض، همیشه منفی نیست؛ بلکه روشی که زوجها برای مدیریت تعارض خود به کار می‌برند، که ممکن است بر رابطه، تأثیر منفی داشته باشد (۹). زوجینی که می‌توانند تعارضات موجود در رابطه را با به‌کارگیری روش‌های مثبت و استفاده کمتر از تعاملات منفی مدیریت کنند، فضایی ایجاد می‌کنند که در آن فرصت بیشتری برای خودآشنایی و توافق در مورد مشکلات خانواده داشته باشند (۱۰). تأثیرات منفی تعارض از قبیل خشم، نفرت، ناراحتی و ترس در تعاملات زوجین با میزان خشونت و درگیری آن‌ها مرتبط است (۱۱).

با توجه به اینکه بیماری ایدز اثرات همه‌جانبه‌ای در ابعاد مختلف زندگی فرد علی‌الخصوص مسائل مربوط به همسران برجای می‌گذارد، به نظر ضروری می‌رسد که با استفاده از مداخلات روانشناختی، برای بهبود تعارض زناشویی این بیماران، اقدام شود. از جمله این مداخلات، می‌توان به درمان‌های شناختی-مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ اشاره کرد. در جدیدترین روی‌آوردهای شناختی، درمان شناختی-مبتنی بر ذهن‌آگاهی مطرح شد (۱۲). این درمان

که یک مداخله کوتاه‌مدت (۸ جلسه‌ای) و ساختاریافته است، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات^۲ ساخته و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (۱۳). آنچه از این برنامه به دست می‌آید، متکی بر دستیابی به تجسم اشیاء است که در حین فرایند تمرین‌های مراقبه‌ای ذهن‌آگاهی پدید خواهد آمد. درواقع مراقبه مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پایه و اساس برنامه MBCT است (۱۴). هدف آموزش تفکر ذهن‌آگاهی، مانند شناخت درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست، بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا رابطه‌ای متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌باشد که شامل حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به‌دوراز قضاوت است (۱۵).

این تحقیق می‌کوشد با بررسی اثربخشی درمان شناختی-مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تعارض زناشویی بیماران مبتلا و آلوده به ایدز، امکان ارتقای سازگاری زناشویی این بیماران با این روش را بسنجند.

سؤال این پژوهش از این قرار است:

- ۱- آیا درمان شناختی-مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تعارض زناشویی بیماران مبتلا و آلوده به ایدز اثربخش است؟
- ۲- آیا درمان شناختی-مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های تعارض زناشویی بیماران مبتلا و آلوده به ایدز اثربخش است؟

۱- ابزار سنجش

۱-۲ مقیاس تعارضات زناشویی

ابزار مورد استفاده در این پژوهش برای سنجش تعارضات زناشویی که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به کار برده می‌شود، مقیاس تعارضات زناشویی (MCQ^۳) است که توسط براتی و ثنائی به منظور سنجش تعارض‌های زناشویی تنظیم شده است (۱۶). پرسشنامه تعارض‌های زناشویی، یک ابزار ۴۲ سؤالی است که هفت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد. این ابعاد عبارت‌اند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر. همسانی درونی پرسشنامه تعارضات زناشویی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شده است و ضریب آلفای این پرسشنامه برابر با ۰/۵۳ گزارش شده است. پرسشنامه تعارضات زناشویی از روایی محتوایی خوبی برخوردار است و متخصصین در زمینه تعارض

^۳ Marital Conflict Questioner

^۱ Mindfulness-Based Cognitive-Therapy (MBCT)

^۲ Kabat-Zinn, J.

متمرکز بودن و یکپارچه بودن بیشتر فراهم می‌شود. جلسه چهارم: ماندن در زمان حال باهدف آموزش نگاه کردن به وقایع از دید متفاوت و گسترده. جلسه پنجم: اجازه یا مجوز حضور باهدف ایجاد ارتباط متفاوت و دادن مجوز حضور به تجربه، دقیقاً همان‌طوری که هستیم، بدون آنکه در مورد آن قضاوت کنیم یا سعی کنیم تغییری در آن نسبت به آنچه هست، ایجاد کنیم. جلسه ششم: درک این مطلب که افکار ما فقط فکر هستند، حتی برای کسی که این اعتقاد را ندارد و فهمیدن این موضوع که خلق فکر منفی، ارتباط ما را با تجربه، محدود می‌کند. جلسه هفتم: ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار (علاوه بر توجه به واکنش‌هایی که در برابر مشکلات داده می‌شود). جلسه هشتم: استفاده از آموزش‌ها برای مقابله با حالت‌های خلقی آینده. هدف جلسه هشتم این است که تمرین منظم ذهن‌آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک می‌کند.

یافته‌ها

میانگین سن گروه آزمایش ۳۴/۶۷ و میانگین سن گروه کنترل، ۳۰/۲۷ بوده است. میانگین درآمد گروه آزمایش ۹۶۳/۸۰ هزار تومان و میانگین درآمد گروه کنترل ۶۰۰/۰۰ هزار تومان بوده است. میانگین تعداد فرزندان گروه آزمایش ۱/۶۰ و میانگین تعداد فرزندان گروه کنترل ۱/۴۰ می‌باشد. میانگین مدت ازدواج گروه آزمایش ۱۲/۶۰ و میانگین تعداد فرزندان گروه کنترل ۸/۴۷ می‌باشد. بیشترین فراوانی برای متغیر شغل در گروه آزمایش، متعلق به گروه شغل آزاد و خانه‌دار بوده است. همچنین بیشترین فراوانی برای متغیر شغل در گروه کنترل، متعلق به گروه شغل خانه‌دار بوده است. شاخص‌های توصیفی نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر تعارض زناشویی در جدول زیر آمده است.

زناشویی اذعان کرده‌اند که پرسشنامه تعارضات زناشویی از قدرت تمیز بالایی در تمایز زوجین دارای تعارض زناشویی و زوجین عادی، برخوردار است. همچنین همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه شاخص رضایت زناشویی ۰/۷۱ گزارش شده است که این میزان بیانگر روایی سازه قابل‌قبول آزمون MCQ می‌باشد (۱۷).

مواد و روش کار

این تحقیق در سال ۱۳۹۳ به انجام رسیده و جامعه‌ی آماری آن، کلیه بیماران مبتلا به HIV/AIDS مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و مرکز یاران مثبت بیمارستان امام خمینی تهران بود. به‌منظور انتخاب نمونه‌ی آماری، یک اطلاعیه جهت شرکت در طرح پژوهشی کاربرد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عملکرد خانواده بیماران مبتلا به HIV/AIDS صادر شد. ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه داوطلب، با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند و سپس پرسشنامه مقیاس تعارضات زناشویی روی آن‌ها اجرا شد. درنهایت این افراد به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. پس از برگزاری هشت جلسه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای گروه آزمایش، پرسشنامه مقیاس تعارضات زناشویی مجدداً روی هر دو گروه اجرا و نتایج به‌دست‌آمده با نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

محتوای جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شرح زیر بود:

جلسه اول: معرفی مشاور، آشنایی شرکت‌کنندگان با بیماری ایدز و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تمرین و مراقبه حین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدن، بحث درباره تجربه استرس ناشی از بیماری ایدز و اثرات آن. جلسه دوم: افزایش آگاهی به نچوهای ذهنی و بدنی و افزایش کنترل بر وقایع روزانه. جلسه سوم: ذهن‌آگاهی از تنفس باهدف افزایش تمرکز بر تنفس، امکان

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل در تعارض زناشویی

گروه‌ها	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	Levene Statistic	سطح معنی‌داری
کاهش همکاری	پیش‌آزمون کاهش همکاری	۱۵	۱۰/۸۰	۲/۷۰۴	۲/۰۴۱	۰/۱۱۹
	پس‌آزمون کاهش همکاری	۱۵	۱۰/۸۷	۳/۲۷۰		
	پس‌آزمون کاهش همکاری	۱۵	۹/۴۷	۱/۵۹۸		
	پس‌آزمون کاهش همکاری	۱۵	۱۰/۹۳	۳/۳۰۵		
کاهش رابطه جنسی	پیش‌آزمون کاهش رابطه جنسی	۱۵	۱۳/۴۰	۳/۵۰۱	۲/۳۵۵	۰/۰۸۲
	پس‌آزمون کاهش رابطه جنسی	۱۵	۱۲/۱۳	۲/۵۳۲		
	پس‌آزمون کاهش رابطه جنسی	۱۵	۹/۳۳	۱/۹۵۲		
	پس‌آزمون کاهش رابطه جنسی	۱۵	۱۱/۶۷	۲/۳۵۰		

آزمون لون		انحراف معیار	میانگین	تعداد	متغیرها	گروه‌ها
سطح معنی‌داری	Levene Statistic					
۰/۰۸۴	۲/۳۳۳	۵/۴۴۱	۲۱/۸۰	۱۵	گروه آزمایش	افزایش واکنش‌های هیجانی
		۶/۱۴۴	۱۸/۲۰	۱۵	گروه کنترل	
		۲/۳۱۴	۱۵/۰۷	۱۵	گروه آزمایش	
		۵/۲۶۰	۱۷/۶۷	۱۵	گروه کنترل	
۰/۰۱۴	۳/۸۴۸	۵/۰۴۱	۱۳/۵۳	۱۵	گروه آزمایش	افزایش جلب حمایت فرزند
		۳/۹۴۴	۱۲/۵۳	۱۵	گروه کنترل	
		۳/۳۴۸	۱۰/۰۷	۱۵	گروه آزمایش	
		۲/۴۱۶	۱۱/۴۷	۱۵	گروه کنترل	
۰/۱۵۰	۱/۸۴۰	۴/۸۵۳	۱۴/۱۳	۱۵	گروه آزمایش	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود
		۳/۹۰۰	۱۲/۲۷	۱۵	گروه کنترل	
		۲/۶۷۸	۹/۸۰	۱۵	گروه آزمایش	
		۳/۱۹۵	۱۲/۲۷	۱۵	گروه کنترل	
۰/۵۲۷	۷۵۰	۴/۲۲۲	۱۳/۴۰	۱۵	گروه آزمایش	کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان
		۵/۸۵۵	۱۳/۰۰	۱۵	گروه کنترل	
		۳/۴۷۴	۱۰/۹۳	۱۵	گروه آزمایش	
		۵/۷۸۰	۱۳/۱۳	۱۵	گروه کنترل	
۰/۱۱۵	۲/۰۶۶	۴/۵۴۳	۱۶/۹۳	۱۵	گروه آزمایش	جدا کردن امور مالی از یکدیگر
		۳/۶۱۵	۱۷/۷۳	۱۵	گروه کنترل	
		۲/۰۲۸	۱۲/۶۰	۱۵	گروه آزمایش	
		۳/۲۹۱	۱۷/۶۰	۱۵	گروه کنترل	

بررسی فرضیه‌ها و برای رعایت پیش فرض برابری واریانس‌های نمره‌های متغیرهای تحقیق، از آزمون لوین و نیز آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شده تا در صورتی که داده‌ها این دو شرط را نداشته باشند، از آزمون‌های مناسب در این شرایط (مانند آزمون welch و آزمون brawn forthythe) استفاده کنیم.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است. زیرا تحلیل کوواریانس روشی است که اجازه می‌دهد اثر یک متغیر مستقل بر متغیر وابسته مورد بررسی قرار گیرد، درحالی‌که اثر متغیرهای ناخواسته بر متغیر وابسته را حذف می‌کند. پیش فرض‌های آزمون کوواریانس عبارت‌اند از: ۱- برابری واریانس. ۲- هنجار بودن توزیع نمرات. که برای این منظور قبل از

جدول (۲): نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات تعارضات زناشویی

سطح معناداری	آماره
۰/۰۹۴	۰/۲۰۰*

آزمون کلموگراف-اسمیرنوف (K-S)

طبق جدول فوق، نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که نمرات تعارضات زناشویی به‌طور معناداری نرمال هستند. در ادامه، ابتدا آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (Mancova) انجام شد. سپس شاخص‌های تو صیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به متغیر تعارضات زناشویی بیماران مبتلا به ایدز، در دو گروه آزمایش و

کنترل، محاسبه شد. سپس، آزمون لون برای تعیین برابری واریانس‌های دو گروه انجام شد و با توجه به بزرگ‌تر بودن p از $0/05$ و عدم معناداری آزمون لون، با قرار دادن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریانس و استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، پس‌آزمون دو گروه باهم مقایسه شدند.

جدول (۳): تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تعارضات زناشویی بیماران

مبتلا به ایدز					
نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	اشتباه DF	میزان F	سطح معنی‌داری
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۳۸	۲۴/۰۰۰	۱۵۳/۰۰۰	۱/۷۲۲	۰/۰۲۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۵۸	۲۴/۰۰۰	۱۴۲/۷۱۶	۱/۸۳۵	۰/۰۱۶
آزمون اثر هتلینگ	۰/۹۷۳	۲۴/۰۰۰	۱۴۳/۰۰۰	۱/۹۳۳	۰/۰۱۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۶۷۴	۸/۰۰۰	۵۱/۰۰۰	۴/۲۹۹	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول فوق دیده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (Mancova) حاکی از آن است که مقدار F چندمتغیری در سطح ۹۵ درصد از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. لذا می‌توان گفت که بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (نمره کل تعارض زناشویی و تک‌تک ابعاد آن) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت،

لازم است از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (Ancova) و یا در صورت عدم شرایط، از آزمون‌های جایگزین استفاده گردد. از آنجاکه نتیجه آزمون لون نشان داد که واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر عملکرد خانواده، مساوی‌اند (p مساوی یا بزرگ‌تر از $0/05$). بنابراین می‌توان از آزمون کوواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

جدول (۴): نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های تعارضات زناشویی پس‌آزمون دو گروه، با کنترل میانگین نمره‌های

پیش‌آزمون آن‌ها						
متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	مجذور میانگین	مقدار F	سطح معناداری
عملکرد خانواده	بین گروهی	۵۹۱۰/۵۸۳	۳	۱۹۷۰/۱۹۴		
	درون گروهی	۲۱۵۱۷/۰۶۷	۵۶	۳۸۴/۲۳۳	۵/۱۲۸	۰/۰۰۳

طبق جدول فوق، نمره پیش‌آزمون عملکرد کلی بر نمره پس‌آزمون تأثیر معنادار گذاشته و نیز مداخله پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است. پس آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تعارضات

زناشویی بیماران مبتلا به ایدز، مؤثر بوده است. آزمون Tamhane با معناداری $0/04$ نشان داد که این تفاوت معنادار، بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون بوده است.

جدول (۵): نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های خرده‌مقیاس‌های تعارض زناشویی پس‌آزمون دو گروه، با کنترل

میانگین نمره‌های پیش‌آزمون آن‌ها					
متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	مجدور میانگین	سطح معنی‌داری
خرده‌مقیاس کاهش همکاری	بین گروهی	۲۲/۱۸۳	۳	۷/۳۹۴	۰/۴۲۸
	درون گروهی	۴۴۰/۸۰۰	۵۶	۷/۸۷۱	۰/۹۳۹
خرده‌مقیاس کاهش رابطه جنسی	بین گروهی	۱۲۹/۹۳۳	۳	۴۲/۳۱۱	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۳۹۲/۰۰۰	۵۶	۷/۰۰۰	۶/۱۸۷
خرده‌مقیاس افزایش واکنش‌های هیجانی	بین گروهی	۳۴۵/۹۱۷	۳	۱۱۵/۳۰۶	۰/۰۰۶
	درون گروهی	۱۴۰۵/۰۶۷	۵۶	۲۵/۰۹۰	۴/۵۹۶
خرده‌مقیاس افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	بین گروهی	۱۴۲/۱۸۳	۳	۴۷/۳۹۴	۰/۰۲۵
	درون گروهی	۷۸۶/۰۰۰	۵۶	۱۴/۰۳۶	۳/۳۷۷
خرده‌مقیاس کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان	بین گروهی	۵۷/۹۱۷	۳	۱۹/۳۰۶	۰/۵۰۴
	درون گروهی	۱۳۶۶/۲۶۷	۵۶	۲۴/۳۹۸	۰/۷۹۱
خرده‌مقیاس جدا کردن امور مالی از یکدیگر	بین گروهی	۲۶۷/۱۱۷	۳	۸۹/۰۳۹	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۶۸۱/۰۶۷	۵۶	۱۲/۱۶۲	۷/۳۲۱

پیش‌آزمون، تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است. پس آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود نمرات بیماران مبتلا به ایدز در این چهار خرده‌مقیاس، مؤثر بوده است.

طبق جدول فوق، نمره پیش‌آزمون خرده‌مقیاس‌های کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود و جدا کردن امور مالی از یکدیگر بر نمره پس‌آزمون تأثیر معنادار گذاشته و نیز مداخله پس از حذف اثر

جدول (۶): نتایج حاصل از آزمون welch و آزمون brawn forthythe

افزایش جلب حمایت فرزند	۱df	۲df	F	سطح معناداری
Welch	۳	۳۰/۱۱۹	۱/۹۸۴	۰/۱۳۷
Brown-Forsythe	۳	۴۴/۹۸۶	۲/۲۸۲	۰/۰۹۲

شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که این موارد را با علاقه و کنجکاوی مشاهده کنند و آن‌ها را همان‌گونه که واقعاً هستند، بپذیرند و نهایتاً بیاموزند که اگرچه اتفاقات دشوار ممکن است رخ دهد، اما روش‌های جدید نیز جهت برخورد با این مسائل وجود دارد. هسته اصلی این برنامه درمانی، تمرین مراقبه‌آگاهی بود. در نتیجه انتظار می‌رفت که افراد گروه آزمایش با آموختن افکار جایگزین و مهارت‌های تعدیل رفتار و پذیرفتن دیگری، بتوانند نمره مطلوب‌تری را در تعارضات زناشویی کسب کنند که این فرضیه تأیید شد.

با مرور پیشینه پژوهش تحقیقی که مستقیماً به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی تعارضات زناشویی

طبق جدول فوق، بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود ندارد. یعنی آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود نمرات بیماران مبتلا به ایدز در خرده‌مقیاس جلب حمایت فرزند، مؤثر نبوده است.

بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق تلاش شد تا از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به منظور کاهش تعارضات زناشویی بیماران مبتلا به ایدز استفاده شود. این روش، بر تمرین‌های افزایش ذهن‌آگاهی، ارتقای توجه و ترویج دادن مشاهده غیرقضاوتی و پذیرش احساس‌های بدنی، ادراک‌ها، شناخت‌ها و عواطف تأکید می‌کند.

یافته‌ها در مطالعه آذری نشان داد که در بیماران مبتلا به اختلال خوردن، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر، میزان افسردگی و اعتماد به نفس و میزان پرخوری بیماران را بهبود بخشد (۲۴).

نتایج مطالعه علینقی و همکاران نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان CD4 بیماران مبتلا به اچ، آی وی در فواصل زمانی مختلف بعد از درمان نسبت به قبل از درمان افزایش معنادار داشته است (۲۵).

نتایج تحقیق دیگری که توسط کاویانی و همکاران انجام شد نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد (۲۶).

لازم به ذکر است که به دلیل مواجه بودن بیماران مبتلا به ایدز با افسردگی و انزوای اجتماعی، تلاش برای تشکیل جمع موردنظر و ارائه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مشکلات خاص خود را داشت. و نیز از آنجاکه جامعه آماری این تحقیق منحصر به بیماران آلوده و مبتلا به ایدز بود، امکان تعمیم آن به بیماران سایر بیماری‌ها، وجود ندارد. همچنین جامعه آماری این تحقیق منحصر به بیماران مبتلا به ایدز بود و ممکن است امکان تعمیم آن به افراد سالم و عادی وجود نداشته باشد. و نیز به دلیل اینکه امکان دسترسی به آمار کل مبتلایان به بیماری ایدز وجود نداشت، امکان نمونه‌گیری تصادفی نیز در این تحقیق میسر نشد و لذا نمونه‌گیری داوطلبانه (غیر تصادفی) در این تحقیق، امکان تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آزمایشی درباره اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارضات زناشویی در دیگر بیماری‌های خاص انجام شود. همچنین انجام تحقیقات آزمایشی درباره اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش تعارضات زناشویی زوجین عادی پیشنهاد می‌شود. نیز با توجه به تأثیر مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارضات زناشویی، ارائه مشاوره رایگان برای افراد مبتلا به این بیماری و آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از دیگر پیشنهادات این تحقیق است.

پرداخته باشد یافت نشد، در این راستا نتایج به دست آمده با یافته‌های زیر هم‌راستا بود.

نتایج حاصله در دو مطالعه بارنز^۱ و همکاران نشان داد که، رابطه مثبتی بین ذهن آگاهی و رضایت از رابطه عاشقانه وجود داشته است (مطالعه اول) و همچنین این فاکتور بر روی خود کنترل‌گری و در نهایت پاسخ مناسب به استرس نیز مؤثر بوده است (مطالعه دوم). نهایتاً هردو مطالعه بیانگر نقش مؤثر ذهن آگاهی در سلامت رابطه عاشقانه بوده است (۱۸).

همچنین نتایج حاصله در تحقیقی دیگر که توسط گودمن^۲ و همکاران بر روی زنان حامله، برای بارداری توأم آرامش انجام شد، نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای اضطراب پری ناتال^۳ (قبل از بارداری) مفید بوده و نتایج آن افزایش قابل توجه در خود مهربانی، ذهن آگاهی و بهبود قابل توجه اضطراب، نگرانی و افسردگی، گردید (۱۹).

مندوز^۴ و همکاران در تحقیق خود که بر روی بیماران افسرده با عود مکرر (با دو سال پیگیری) تحت تأثیر درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه شاهد از این بیماران با دو سال پیگیری انجام شد، نشان داد افرادی که تحت درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند هم در سال اول و هم در سال دوم نسبت به گروه شاهد دچار عود کمتری شدند و درمان MBCT بروی آنان مؤثر بوده است (۲۰).

مینیکاواسکار^۵ و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش افسردگی می‌شود (۲۱). همچنین نتایج پژوهش دیمیچیان و همکاران حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی شده است (۲۲).

همچنین نتایج به دست آمده با نتیجه تحقیقات داخلی نیز همسو بود. رجبی و ستوده ناورودی در پژوهش خود تحت عنوان تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل، نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش افسردگی شد (۲۳).

References:

1. Hosseinpour A, Khojaste T. Training series of prevention from HIV, for doctors, experts and providers of primary health care in health centers

4- Meadows

5-Manicavasgar

to reducing the risk of HIV transmission from mother to baby. Book One: Overview of HIV, AIDS and sexually transmitted diseases under

1-Bareans

2-Goodman

3-Prenatal

- control department, the management of communicable diseases. Tehran: 2013. (Persian)
2. Hajiabdolbaqi M, Seyed Alinaqi A, Zandieh S. A Practical Guide in order to confronting HIV. Tehran: Ousaneh publication; 2009. (Persian)
 3. Masoudi M, Farhadi A. (1384). The level of social support of family from persons with HIV in Khoramabad. Quarterly J Med Sci 2005; 4(43): 43-7. (Persian)
 4. Shadloo B, Aminesmayili M, Rahimi M. (1392). HIV counseling and testing. Medical reference book. Ministry of Health and Medical Education, Department of Health, Center of Communicable Diseases and AIDS Research Center. Tehran: Medical Sciences University and the United Nations Population Fund; 2013. (Persian)
 5. Rahmati Najar kolaei F, Niknami SH, Amin Shokravi F, Farmanbar R, Ahmadi F, Jafari MR. Family System and Its Effect's on HIV/AIDS High Risk Behaviors: A Qualitative Study. J Guilan Univ Med Sci 2011;20(77):69-80.
 6. Bookwala J, Sobin J, Zdaniuk B. Gender and aggression in marital relationships: A life-span perspective. Sex Roles 2005;52(11-12):797-806.
 7. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. Psychol Bull 2004;130(4):601-30.
 8. Halford WK. Brief Therapy for Couples: Helping partners help Themselves. New York: Guilford Press; 2001.
 9. Ellis A, Sichel JL, Yeager RJ, DiMattia DJ, DiGiuseppe R. Rational emotive couple's therapy, Boston: Allyn & Bacon; 1989.
 10. Gottman JM, Silver N. The seven principles for making marriage work. New York: Three Rivers Press; 1999.
 11. Johnson SM. The revolution in couple therapy. JMFT 2003; 29(3): 365-84.
 12. Bookwala J, Sobin J, Zdaniuk B. Gender and aggression in marital relationships: A life-span perspective. Sex Roles 2005;52(11-12):797-806.
 13. Ellis A, Sichel JL, Yeager RJ, DiMattia DJ, DiGiuseppe R. Rational emotive couples therapy. Boston: Allyn & Bacon; 1989.
 14. Kenny MA, Williams MG. Treatment resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based cognitive therapy. Behav Res Therapy. 2007; 45: 617-25.
 15. Mark J, Williams G, Swales M. The use of Mindfulness-Based Approaches for suicidal patients. Archives of suicide research; 2004. P. 315-29.
 16. Crane R. Mindfulness-based cognitive therapy with an emphasis on specific characteristics. Translators: Mohammad Khani, a butterfly; Khanipour, Hamid; Doctor parsley, Turquoise. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences University Press; 2013.
 17. Wells A, GAD Met. Cognition and mindfulness: An information processing analysis. Clinical Psychology. Sci Practice 2002; 9(1): 95-100.
 18. Barati T. The impact of marital conflict on the mutual relations of husband and wife. (Dissertetion). Rudhen: Islamic Azad University Rudhen; 1996. (Persian)
 19. Sanayi B. The measures of family and marriage. Tehran: Publication of the mission; 2000. (Persian)
 20. Barnes S, Brown KW, Krusemark E, Campbell WK, Rogge RD. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. J Marital Fam Ther 2007;33(4):482-500.
 21. Goodman JH, Guarino A, Chenausky K, Klein L, Prager J, Petersen R, et al. CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. Arch Womens Ment Health 2014;17(5):373-87.

22. Meadows GN, Shawyer F, Enticott JC, Graham AL, Judd F, Martin PR, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(8):743–55.
23. Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *J Affect Disord* 2011;130(1–2):138–44.
24. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(4):658–70.
25. Rajabi Gh. SotodehNavrodi R, SO. A study of impact of group mindfulness -based cognitive therapy on depression reduction and increase of marital satisfaction in married women. *J Guil UnivMed Scie* 2011; 20(80): 83-91.(Persian)
26. Azari S, Fata L, Poursharifi H. The Effect of Short-Term Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy in Patients with Binge Eating Disorder. *J Clin Psychol* 2013;1,2:111–6. (Persian)
27. Jam S, Imani AH, Foroughi M, SeyedAlinaghi S, Koochak HE, Mohraz M. The effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program in Iranian HIV/AIDS patients: a pilot study. *Acta Med Iran* 2010;48(2):101–6. (Persian)
28. Kaviani H, Javaheri F, Hatami N. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) Reduces Depression and Anxiety Induced by Real Stressful Setting in Non-clinical Population International. *J Psychol Psycholol Therapy* 2011; 11(2): 285-96.(Persian)

MINDFULNESS BASE COGNITIVE THERAPY ON MARRITAL CONFLICT IN HIV+/AIDS PATIEN

Manzar Amirkhani¹

Received: 19 Feb, 2016; Accepted: 23 Apr, 2016

Abstract

Background & Aims: The aim of the present study was to examine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on marital conflicts of patients registered at the Behavioral Diseases Consultation Center and Positive HIV Club of Imam Khomeini Hospital.

Materials & Methods: The present experimental study included pre -test, post-test and follow-up with the control group design. Statistical population of this study contained all infected patients registered at the Behavioral Diseases Consultation Center and Positive HIV Club of Imam Khomeini Hospital. There were 30 married patients with HIV /AIDS which were selected by voluntary sampling method .They were randomly divided into two experimentation and control groups. Experimentation group was trained by the mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) during 8 sessions; each session lasted for 1:30 hours, one session weekly which took two months. After completing the sessions, both group responded the Marital Conflict Questionnaire (MCQ). Data Analysis was done by SPSS, and descriptive and inferential tests such as covariance.

Results: The results showed that mindfulness-based cognitive therapy have been effective in reducing the above mentioned conflicts.

Conclusion: The current observations confirmed the effectiveness of MBCT in reduction of the couples' marital conflict in patients with HIV+/AIDS.

Keywords: Mindfulness Based Cognitive Therapy, Marital conflict, Patients with HIV /AIDS

Address: 2nd Unit, No. 76, 30 West Street, Tehran, Iran

Tel: +98 9123772699

Email: manzaramirkhani@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(3): 207 ISSN: 1027-3727

¹ M.A. in Advising and Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran