



Original Article

The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Quality of Life, Depression, and Frustration Tolerance in People with AIDS

Amirhossein Shirpoor¹ , Mina Mojtabaie^{2*} , Afsaneh Taheri³

¹ Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

² Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

³ Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

***Corresponding author:** Mina Mojtabaie, Department of Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: mina.mojtabaie@iau.ac.ir

DOI: [10.66224/nkums.18.3.97](https://doi.org/10.66224/nkums.18.3.97)

How to Cite this Article:

Shirpoor A, Mojtabaie M, Taheri A. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Quality of Life, Depression, and Frustration Tolerance in People with AIDS. J North Khorasan Uni Med Sci. 2026;18(3):97-107. DOI:10.66224/nkums.18.3.97

Received: February 09, 2025

Accepted: July 13, 2026

Keywords:

AIDS

Emotion-focused therapy

Frustration tolerance

Quality of life

Abstract

Introduction: People with HIV/AIDS often experience significant physical and psychological problems that diminish their mental health and life satisfaction. This study was conducted to investigate the effectiveness of emotion-focused therapy on quality of life, depression, and frustration tolerance among people with AIDS in Qom, Iran.

Methods: This quasi-experimental study utilized a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population included all people with AIDS in Qom, Iran. A total of 30 participants who were referred to the Behavioral Diseases Center in 2024 and met the inclusion criteria were selected using convenience sampling and randomly assigned to either the experimental or control group. Data were collected using the Quality-of-Life Questionnaire (Warr and Sherburne, 1992), the Beck Depression Inventory (1978), and the Frustration Tolerance Questionnaire (Harrington, 2005). Data were analyzed using repeated measures ANOVA via SPSS software (version 27).

Results: The results showed significant differences in quality of life, depression, and frustration tolerance scores between the experimental and control groups across the three phases (pre-test, post-test, and follow-up). Specifically, emotion-focused therapy significantly improved quality of life and frustration tolerance while reducing depression levels in the experimental group, compared to the control group ($P \leq 0.001$).

Conclusion: Emotion-focused therapy appears to be an effective intervention for enhancing the psychological well-being of individuals with AIDS. Therefore, all mental health professionals are advised to integrate emotion therapy into therapeutic protocols to improve the mental health of these population.



اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی، افسردگی و تحمل ناکامی در افراد مبتلا به ایدز

امیرحسین شیرپور^۱ ID، مینا مجتبابی^{۲*} ID، افسانه طاهری^۳ ID

^۱ گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

^۳ گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

*نویسنده مسئول: مینا مجتبابی، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: mina.mojtabaie@iau.ac.ir

DOI: 10.66224/nkums.18.3.97

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۲
مقدمه: افراد مبتلا به ایدز با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی زیادی روبه‌رو هستند که بهداشت روان و رضایت از زندگی آنها را کاهش می‌دهد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی، افسردگی و تحمل ناکامی در افراد مبتلا به ایدز در شهر قم انجام شد.	واژگان کلیدی: درمان هیجان‌مدار کیفیت زندگی تحمل ناکامی ایدز
روش کار: مطالعه حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به ایدز در شهر قم بود که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر که به مرکز بیماری‌های رفتاری این شهرستان در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند و واجد ملاک‌های ورود به مطالعه بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت زندگی وار و شربورن (۱۹۹۲)، افسردگی بک (۱۹۷۸) و پرسش‌نامه تحمل ناکامی هارینگتون (۲۰۰۵) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.	
یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر کیفیت زندگی، افسردگی و تحمل ناکامی تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، درمان هیجان‌مدار باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی و افزایش تحمل ناکامی در افراد مبتلا به ایدز شده بود ($P \geq 0.01$).	
نتیجه‌گیری: می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی، افسردگی و تحمل ناکامی افراد مبتلا به ایدز اثربخشی داشته است. بنابراین، به متخصصان سلامت روان توصیه می‌شود که از درمان هیجان‌مدار برای بهبود سطح سلامت روان این افراد استفاده کنند.	

مقدمه

به ایدز حدود ۳۹ درصد کاهش یافته و از ۲/۱ میلیون نفر به ۱/۳ رسیده است، اما همچنان این بیماری به عنوان یک چالش جدی سلامت در دنیا تلقی می‌شود [۱]. براساس آمار وزارت بهداشت در ایران تخمین زده شده است که حدود ۴۵ هزار نفر در کشور مبتلا به ایدز هستند، درحالی‌که در کشور در دهه گذشته استفاده از سرنگ آلوده به عنوان رایج‌ترین روش انتقال ایدز شناخته شده بود در سال‌های اخیر انتقال ویروس از طریق رابطه جنسی به حدود ۶۵ درصد کل موارد جدید

ایدز توصیفی از اختلالات ناشی از نقص در سیستم ایمنی بدن است که بر اثر عفونت با ویروس HIV^۱ به وجود می‌آید که می‌تواند از طریق خون، سرنگ آلوده، ترشحات تناسلی و نیز شیر مادر منتقل شود [۱]. این ویروس به سیستم ایمنی بدن حمله می‌کند و به مرور زمان سیستم بدن به اندازه‌ای ضعیف می‌شود که دیگر نمی‌تواند بدن را در برابر بیماری محافظت کند [۲]. گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی نشان داده که در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۳ موارد جدید ابتلا

^۱ Human Immunodeficiency Virus

در زنان دارای ایدز و زنان معمولی نشان داد که این زنان به صورت معناداری تاب‌آوری پایین‌تری داشتند و در برابر عوامل ناخوشایند واکنش منفی بیشتری از خود نشان می‌دادند [۲۰]. بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد مشکلات روان‌شناختی این افراد باید به‌موقع تشخیص و مورد درمان قرار گیرد.

یکی از انواع روان‌درمانی که در سال‌های اخیر مورد استقبال زیادی در میان متخصصان سلامت روان قرار گرفته است، درمان هیجان‌مدار (EFT)، است. در این درمان به هیجانات به‌عنوان عامل مرکزی مهمی در تجربه خود و تغییر درمانی نگاه می‌کند. این درمان، هیجان را منبع اساسی تجربه انسان در نظر می‌گیرد و اهمیت آن را برای خلق معنای جدید و تغییر هویت فردی در نتایج درمانی پایدار به‌رسمیت می‌شناسد. در درمان هیجان‌مدار از ابتدا اصول معناسازی در فرد به‌عنوان یک اصل در درمان کارآمد در نظر گرفته شده، ولی فرایند معناسازی به‌ندرت با جزئیات در این درمان مورد بررسی قرار گرفته است. علاوه‌براین، اصول اساسی معناسازی روایت و شکل‌گیری هویت، به‌طور دقیق در درمان هیجان‌مدار گنجانده نشده است [۲۱]. نتایج مطالعه یوری و همکاران [۲۲] نشان داد که این درمان بر بهبود کیفیت زندگی و نشخوار فکری زنان اثربخشی دارد. همچنین، مطالعه گیلی و همکاران [۲۳] نشان داد که درمان هیجان‌مدار نه‌تنها بر افسردگی بیماران عروق کرونر قلبی مؤثر بوده بلکه اثربخشی آن از درمان تحریک الکتریکی مستقیم فراجمعه نیز بیشتر بوده است. این درمان در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی می‌پردازد و پس از اینکه دفاع‌ها آشکار شدند، این سبک را برای فرد آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می‌سازد. به همین دلیل افراد به‌تدریج موفق می‌شوند هیجانات سرکوب‌شده و ناآشنای که چرخه منفی را تداوم می‌بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود ببخشند. در واقع، تأکید درمان هیجان‌مدار بر روش‌های دل‌بستگی سازگاران و ایمن از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود و اطرافیان است.

با توجه به آنچه گفته شد افراد مبتلا به ایدز نه‌تنها با مشکلات جسمانی مواجه هستند بلکه با مسائل اجتماعی و روان‌شناختی این بیماری نیز دست به گریبان هستند. به‌دلیل میزان بالای اختلالات روانی، کیفیت زندگی پایین و کاهش تحمل ناکامی در این افراد، ضرورت مداخلات روان‌درمانی در این گروه بر کسی پوشیده نیست. از طرفی، نتایج جست‌وجوهای قبلی نشان داده که به‌دلیل دسترسی سخت و انگ اجتماعی نه‌تنها میزان مطالعاتی که به بررسی مشکلات روان‌شناختی در این مبتلایان پرداخته باشد در کشور کم است بلکه سهم پژوهش‌هایی که مربوط به مداخلات روان‌درمانی در این گروه باشد، بسیار ناچیز و اکثراً به بررسی درمان‌های روان‌شناختی رایج مانند درمان شناختی رفتاری متمرکز بوده‌اند. همچنین، در اکثر این مطالعات آزمون پیگیری برای بررسی پایداری درمان انجام نشده بود. از طرفی، هیچ مطالعه‌ای که هم‌زمان اثربخشی نوعی مداخله روان‌شناختی بر کیفیت زندگی، افسردگی و تحمل ناکامی را سنجیده باشد، یافت نشد؛ به‌ویژه که میان کیفیت زندگی و افسردگی ارتباط مستقیم وجود دارد و همچنین هیچ مطالعه‌ای یافت نشد که بر بهبود تحمل ناکامی در افراد مبتلا به ایدز تمرکز کرده باشد. از این‌رو، هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی، افسردگی و تحمل ناکامی در مبتلایان به ایدز استان قم بود.

رسیده است [۴]. از طرف دیگر، عوارض مربوط به بیماری ایدز محدود به بعد جسمانی این افراد نمی‌شود بلکه برای بسیاری از مبتلایان ابعاد روان‌شناختی این اختلال بسیار سخت‌تر و فرسوده‌کننده‌تر از بعد جسمانی آن است [۵].

این ویروس به‌دلیل آنکه سبب مشکلات عدیده‌ای در فعالیت‌های مفید و علایق بیماران می‌شود، می‌تواند رضایت از زندگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا را کاهش دهد [۶]. کیفیت زندگی مفهومی وسیع است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد و شامل ابعاد فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی است [۷]. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که افراد دارای بیماری‌های مزمن مانند ایدز در بلندمدت کیفیت زندگی آنها افت پیدا می‌کند [۸]. باوجود پیشرفت‌های چشمگیر در بحث درمان و ارائه خدمات سلامت، همچنان درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد و این افراد در انجام امور روزمره با مشکل روبه‌رو می‌شوند. در واقع، این ویروس تمام ابعاد زندگی فرد مبتلا را تحت‌تأثیر قرار داده و باعث کاهش اعتمادبه‌نفس، افزایش آسیب‌پذیری، کاهش سطح ایمنی بدن به مرور زمان و بروز نشخوار فکری در فرد مبتلا می‌شود [۹]. در کنار موارد ذکرشده، مراجعه مکرر به پزشک، هزینه‌های بالای درمان و عوارض دارویی باعث شده که فرد مبتلا به ایدز نه‌تنها از لحاظ مالی نیز تحت فشار قرار گیرد بلکه فشار روانی زیادی را تحمل کند که مجموع این عوامل می‌تواند رضایت و کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت‌تأثیر قرار دهد [۱۰]. این افت کیفیت زندگی می‌تواند زمینه ابتلا به اختلالات روانی را در این افراد فراهم کند [۱۱].

در مطالعه انجام‌شده توسط لانگ و همکاران [۱۲] نشان داده شد که بیش از ۵۵ درصد مبتلایان به ایدز حداقل دارای یک اختلال روانی بودند که افسردگی، اضطراب و دوقطبی به‌ترتیب با میزان ۳۹، ۲۸ و ۱۰ درصد رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی بودند. همچنین، افراد مبتلا به ایدز بلافاصله پس از تشخیص این بیماری استرس‌های روانی مضاعفی را متحمل می‌شوند [۱۳]. از طرف دیگر، این افراد به‌دلیل احساس شرم و گناه ممکن است گرایش کمتری به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی داشته باشند و تمایل به پنهان کردن این بیماری نیز سبب شده که اضطراب و مشغولیت ذهنی آنها بالاتر رود [۱۴]. همچنین، این افراد ممکن است بعد از دریافت تشخیص به ایدز به‌یک‌باره احساس تنهایی بسیاری بیشتری کنند، چراکه اغلب افراد عادی جامعه از آنها دوری می‌کنند و احساس طردشدن از سمت دیگران نه‌تنها احساس ارزشمندی و عزت‌نفس آنها را به‌شدت تخریب می‌کند بلکه زمینه بروز افسردگی نیز در آنها فراهم می‌شود [۱۵]. با توجه به شدت بالای افسردگی در این بیماران، آنها در معرض خطر بالای خودکشی هستند و میزان افکار و اقدام به خودکشی در آنها بالا گزارش شده است [۱۶].

افراد مبتلا به ایدز به‌دلیل مشکلات روان‌شناختی که منجر به نشخوار فکری در آنها می‌شود و ابهاماتی متعددی که درباره علت و روش ابتلا به این ویروس دارند، همواره در ابهام هستند [۱۷]. در کنار این عوامل، واکنش‌های منفی دیگران، از دست‌دادن توانایی بدنی و کاهش کیفیت زندگی سبب می‌شود که این افراد بسیار بیشتر از سایر بیماران دارای اختلالات مزمن در تنش و در معرض ناکامی قرار داشته باشند [۱۸]. این فشار روانی باعث شده که تحمل این افراد در گذر زمان کاهش یابد و تاب‌آوری آنها نیز کم شود [۱۹]. مقایسه تاب‌آوری

روش

طرح پژوهش حاضر، یک طرح نیمه‌آزمایشی، به‌شیوه پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه و از نظر هدف، کاربردی و از نوع پژوهش‌های کمی است. جامعه آماری پژوهش متشکل از تمامی بیماران مبتلا به ایدز در سال ۱۴۰۳ بود که تحت نظر مرکز بیماری‌های رفتاری استان قم بودند که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده به‌صورت قرعه‌کشی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارش شدند. حجم نمونه با تحلیل توان پیشینی در نرم‌افزار $G*Power$ برای تحلیل واریانس مختلط (دو گروه $\times$ سه زمان) با اندازه اثر متوسط ($f=0.25$)، توان ۰/۸۰، آلفای ۰/۰۵ و هم‌بستگی ۰/۵۰ بین تکرارها تعیین شد که حداقل ۲۸ نفر (۱۴ نفر در هر گروه) را ضروری می‌دانست [۲۴]. با احتساب ریزش احتمالی، حجم نمونه به ۱۵ نفر در هر گروه (جمعاً ۳۰ نفر) افزایش یافت. به‌دلیل دشواری دسترسی به جامعه HIV مثبت، از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و متغیرهای مداخله‌گر مانند مصرف داروهای روان‌پزشکی ثبت نشد که از محدودیت‌های مطالعه است. ازجمله مهم‌ترین ملاک‌های ورود به مطالعه می‌توان به ابتلا به ویروس ایدز براساس نظر پزشک، سکونت در استان قم، قرارداد داشتن در بازه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل، رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، عدم دریافت درمان روان‌شناختی دیگر و عدم ابتلا به اختلالات روان‌پریشی منجر به بستری اشاره کرد. همچنین، از دست‌دادن هر کدام از ملاک‌های ورود به مطالعه، غیبت بیش از ۲ جلسه طی مداخلات درمانی، عدم پاسخ‌دهی صحیح به سؤالات پرسش‌نامه‌ها و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله ازجمله ملاک‌های مهم خروج از مطالعه بود.

پس از اخذ مجوزهای اخلاقی و قانونی از دانشگاه و هماهنگی‌های لازم با مسئولان مرکز بیماری‌های رفتاری استان قم جهت انجام پژوهش به این مرکز مراجعه شد. در ابتدا، به بیان اهداف، روش اجرا و مزایای پژوهش برای شرکت‌کنندگان پرداخته شد و جهت جلب اعتماد و افزایش میزان مشارکت، به همه افراد شرکت‌کننده اطمینان خاطر داده شد که هیچ‌کدام از مشخصات هویتی آنها ثبت نخواهد شد و به‌جز تیم پژوهش کسی به پاسخ‌های آنها دسترسی نخواهد داشت. سپس، تعداد ۳۰ نفر اولی که تمایل به همکاری داشتند، برای اجرای پژوهش به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. در مرحله بعد، اسامی تمامی شرکت‌کنندگان در داخل گوی قرعه‌کشی انداخته شد و اسامی ۱۵ نفر اولی که از داخل گوی خارج شدند به‌عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر باقی‌مانده به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. در مرحله بعد، اصول اخلاقی در پژوهش ازجمله رازداری و عدم افشاء اسامی در هر دو گروه بیان شد و جهت ایجاد انگیزه برای مطالعه دقیق سؤالات پرسش‌نامه، به ۳ نفر از افراد شرکت‌کننده در هر گروه مبلغی به‌عنوان هدیه پس از پایان پژوهش در نظر گرفته شد. سپس، پرسش‌نامه‌ها در هر دو گروه برای اجرای پیش‌آزمون توزیع شد و به‌دنبال آن گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مطابق جدول ۱، درمان هیجان‌مدار را دریافت و در این مرحله گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. پس از آن، پس‌آزمون اجرا و دو ماه بعد آزمون پیگیری به عمل آمد. مداخله درمانی توسط نویسندۀ اول که دانشجوی دکترا است و دارای ۸ سال سابقه کار روان‌درمانی با بیماران مبتلا به ایدز بود، انجام شد. جهت عدالت درمانی پس از اتمام پژوهش همان تعداد جلسات درمانی که گروه آزمایشی دریافت کرده بودند، برای گروه کنترل نیز اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

جدول ۱. پروتکل درمانی هیجان‌مدار [۲۵]

جلسه اول: انجام پیش‌آزمون، برقراری اتحاد درمانی، آشنایی آزمودنی‌ها با یکدیگر و درمانگر، تنظیم قوانین گروه، انجام تمرین یخ‌شکنی و معرفی منطق جلسات، گفت‌وگو در مورد انتظارات هر شخص از گروه و مفهوم اضطراب اجتماعی، شرم بدنی و نگرانی از تصویر بدنی.
جلسه دوم: گفت‌وگو درباره تجربیات طول هفته برای هر شرکت‌کننده به‌مدت ۱ دقیقه مرتبط با هفته گذشته، آموزش در مورد انواع هیجانات و علائم بدنی مربوط به هیجانات و تفاوت آنها با فکر، احساس، رفتار و گفت‌وگو درباره آگاهی هیجانی.
جلسه سوم: گفت‌وگو درباره تجربیات طول هفته برای هر شرکت‌کننده به‌مدت ۱ دقیقه مرتبط با هفته گذشته، بهبود آگاهی از تجربه درونی پذیرش و تحمل، اجازه دادن به تجارب هیجانی، تمرکز بر شناسایی و نام‌گذاری احساسات در قالب کلمات.
جلسه چهارم: گفت‌وگو درباره تجربیات طول هفته برای هر شرکت‌کننده به‌مدت یک دقیقه مرتبط با هفته گذشته، شرح اصول کار بر روی هیجان و توافق با شرکت‌کنندگان در خصوص اهداف کشف مانع‌های ذهنی افراد در رسیدن به اهداف، گفت‌وگو در مورد انواع خودهای درونی‌شده و یافت‌شده، آموزش و تنظیم حالات هیجانی شامل آگاهی هیجانی، استقبال و پذیرش هیجان.
جلسه پنجم: گفت‌وگو درباره تجربیات طول هفته برای هر شرکت‌کننده به‌مدت یک دقیقه مرتبط با هفته گذشته، یافتن هیجان سالم جایگزین؛ برانگیختن و اکتشاف هیجانات اولیه از طریق تکنیک گشتالیتی مانند گفت‌وگوی دو صندلی با قراردادن بخش‌های متعارض خود مقابل یکدیگر و گفت‌وگو با آنها و سپس تجربه آن احساس جهت تجربه هیجانی و برقراری ارتباط با هیجان.
جلسه ششم: هر شرکت‌کننده به‌مدت یک دقیقه درباره تجربه هفته گذشته صحبت می‌کند، درمانگر در این جلسه از شیوه‌های برانگیزانده هیجان برای احیاء کردن تجربه مراجع استفاده می‌کند، درمانگر به علائم نشانه‌های فرایند در زمان حال برای ایجاد بهترین حالت تقویت و برانگیختن تجربه و هیجان‌های کلیدی توجه می‌کند.
جلسه هفتم: گفت‌وگو درباره تجربیات طول هفته برای هر شرکت‌کننده به‌مدت یک دقیقه، اکتشاف و غلبه بر موانع تجربه هیجانی فرایندهای اجتناب از هیجان و برطرف کردن وقفه‌ها از طریق تکنیک‌های دو صندلی بر انسدادهای تجارب هیجانی شرکت‌کنندگان که فرایند وقفه‌ای را به‌صورت نمایشی انجام دهند تا خودشان را به‌عنوان عاملان فرایند وقفه‌ای یا مسدودگر در تجارب اجتماعی‌شان تجربه و احساس کنند.
جلسه هشتم: گفت‌وگو درباره تجربیات طول هفته برای هر شرکت‌کننده به‌مدت یک دقیقه، دستیابی به هیجانات اولیه با طرح‌های هیجانی ناسازگار مرکزی (شرم، ترس و غم)، از طریق برانگیختن هیجان متوقف‌شده و دستیابی به نیازهای به‌دست نیامده با هدف تغییر احساسات و دستیابی به هیجانات اولیه پنهان و تصورات و ارزیابی‌های خودکار به هم پیوسته شده و در نهایت دستیابی به نیازهای مراجع.

پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II^۱)

پرسش‌نامه افسردگی بک توسط آرون تی بک در سال ۱۹۶۱ به‌منظور سنجش و ارزیابی وجود افسردگی و نیز شدت آن در بین نوجوانان و بزرگسالان تهیه شد و پس از تجدید نظر در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ آیتم بوده که هر آیتم براساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. ۱۵ عبارت مربوط به علائم روان‌شناختی و ۶ عبارت مربوط به علائم جسمانی است. نمره کل این مقیاس در دامنه ۰ تا ۶۳ قرار دارد که نمرات بالاتر به‌معنای شدت افسردگی است. دامنه نمره ۰ تا ۹ به‌معنای عدم افسردگی، ۱۰ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۲۹ افسردگی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۰ به‌معنای افسردگی شدید است. در مطالعه جکسون و همکاران [۲۶]، روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۸ گزارش شد. در مطالعه احمدی و همکاران [۲۷]، پایایی به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد. پایایی در مطالعه حاضر به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36^۲)

این پرسش‌نامه توسط وار و شریبون در سال ۱۹۹۲ در آمریکا طراحی شد که دارای ۳۶ گویه و ۸ زیر مقیاس است. زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه شامل کارکرد جسمی، اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی است. از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی سلامت جسمی (عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد و سلامت عمومی) و سلامت روانی (عملکرد اجتماعی، مشکلات روانی، سلامت روان و نشاط) به‌دست می‌آید. حداقل نمره آزمودنی در این پرسش‌نامه ۰ و حداکثر ۱۰۰ بوده که نمرات بالاتر به‌معنای کیفیت زندگی بهتر است. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه وار و شریبون [۲۸]، برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ گزارش شده است. در مطالعه آتشگاهیان و همکاران [۲۹] پایایی به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی ۰/۸۰ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار در این مطالعه بوده است.

پرسش‌نامه تحمل ناکامی (FTQ^۳)

این مقیاس توسط هارینگتون در سال ۲۰۰۵ به‌منظور سنجش میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۳۵ گویه و ۴ عامل عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و عدم تحمل بی‌عدالتی و خشنودی است که به‌صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی (کاملاً مخالفم نمره ۱ تا کاملاً موافقم نمره ۵)، نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره آزمودنی ۳۵ و حداکثر ۱۷۵ است. مجموع نمرات پایین نشانه تحمل بالای ناکامی و نمرات بالا نشانه تحمل پایین ناکامی در فرد است. پایایی این مقیاس به‌روش آلفای کرونباخ در مطالعه هارینگتون [۳۰]، در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ در زیرمقیاس‌ها متفاوت بود. در مطالعه ایزدی و همکاران [۳۱]، پایایی کل پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد. آزمون آلفای کرونباخ نشان داد که پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش ۰/۸۹ بوده است.

یافته‌ها

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه آزمایش و کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی پایه وضعیت نسبتاً همگنی دارند. نسبت مردان در گروه آزمایش (۶۶/۷٪) و کنترل (۵۳/۳٪) بالاتر از زنان است و میانگین سنی در دو گروه به‌ترتیب ۳۴/۵ و ۳۳/۹ سال است. سطح تحصیلات دیپلم و کاردانی در گروه آزمایش (۴۶/۷٪) بیشترین فراوانی را دارد، درحالی‌که در گروه کنترل افراد زیر دیپلم (۵۳/۳٪) سهم بیشتری دارند. از نظر وضعیت تأهل، متأهلان در گروه آزمایش (۴۶/۷٪) و مجردان در گروه کنترل (۴۶/۷٪) نسبت بالاتری دارند. درصد شاغلان در گروه آزمایش (۴۶/۷٪) بالاتر و بیکاری در گروه کنترل (۴۶/۷٪) بیشتر است. در بعد بالینی، میانگین مدت تشخیص HIV در گروه آزمایش ۴/۲ و در گروه کنترل ۴/۰ سال بوده و اکثر شرکت‌کنندگان در هر دو گروه آزمایش و کنترل (به‌ترتیب ۸۶/۷٪ و ۸۰/۰٪) تحت درمان ART قرار دارند. در مجموع، تشابه نسبی این ویژگی‌ها در دو گروه، امکان مقایسه‌پذیری آنها را فراهم می‌کند.

جدول ۲. مشخصات شرکت‌کنندگان

متغیر	طبقات	EFT (n=۱۵)	CT (n=۱۵)
جنسیت	مرد	۱۰ (۶۶/۷ درصد)	۸ (۵۳/۳ درصد)
	زن	۵ (۳۳/۳ درصد)	۷ (۴۶/۷ درصد)
سن (سال)	(Mean±SD)	۳۴/۵ ± ۷/۸	۳۳/۹ ± ۷/۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۶ (۴۰ درصد)	۸ (۵۳/۳ درصد)
	دیپلم/کاردانی	۷ (۴۶/۷ درصد)	۶ (۴۰ درصد)
	کارشناسی/بالتر	۲ (۱۳/۳ درصد)	۱ (۶/۷ درصد)
تأهل	مجرد	۶ (۴۰ درصد)	۷ (۴۶/۷ درصد)
	متأهل	۷ (۴۶/۷ درصد)	۶ (۴۰ درصد)

^۳ Frustration Tolerance Questionnaire^۱ Beck Depression Inventory—II^۲ Short Form Health Survey

مطلقه/بیوه	۲ (۱۳/۳ درصد)	۲ (۱۳/۳ درصد)
شاغل	۷ (۴۶/۷ درصد)	۵ (۳۳/۳ درصد)
بیکار	۵ (۳۳/۳ درصد)	۷ (۴۶/۷ درصد)
خانه‌دار/بازنشسته	۳ (۲۰ درصد)	۳ (۲۰ درصد)
مدت تشخیص (سال)	(Mean±SD)	۴/۲ ± ۲/۱
وضعیت درمان	تحت ART	۱۳ (۸۶/۷ درصد)
	بدون ART	۲ (۱۳/۳ درصد)
متغیرهای بالینی		۱۲ (۸۰ درصد)
		۳ (۲۰ درصد)

در جدول شماره ۳ نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر دو گروه ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، روند تغییرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، حاکی از بهبودی بیشتر در تمامی متغیرها پس از مداخله است، به‌طوری که نمرات پیش‌آزمون در مقایسه با پس‌آزمون

در گروه آزمایش برای افسردگی کاهش و از ۳۳/۸۸ به ۱۶/۱۶، برای کیفیت زندگی افزایش و از ۳۹۶/۷۰ به ۵۱۰/۲۹ و برای تحمل ناکامی نیز کاهش و از ۹۵/۸۰ به ۷۰/۲۸ رسیده است. لازم به ذکر است همان‌طور که در قسمت ابزارها توضیح داده شد، نمرات پایین نشانه تحمل بالای ناکامی است.

جدول ۳. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	گروه آزمایش	گروه کنترل
		میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۱۲/۱۱ (۳۳/۸۸)	۱۱۱/۲۷ (۲۸/۸۷)
	پس‌آزمون	۱۶/۱۶ (۵/۰۱)	۲۶/۸۹ (۴/۸۲)
	پیگیری	۱۵/۹۸ (۶/۷۳)	۲۱/۰۹ (۶/۱۲)
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۳۹۶/۷۰ (۶۳/۶۲)	۳۶۳/۷۶ (۶۰/۵۵)
	پس‌آزمون	۵۱۰/۲۹ (۵۷/۷۹)	۴۲۳/۶۶ (۳۸/۸۷)
	پیگیری	۴۹۰/۹۸ (۳۲/۵۳)	۳۸۸/۳۶ (۳۷/۷۳)
تحمل ناکامی	پیش‌آزمون	۹۵/۸۰ (۲۹/۳۶)	۸۵/۶۷ (۲۹/۲۹)
	پس‌آزمون	۷۰/۲۸ (۲۵/۱۸)	۱۰۶/۴۸ (۲۵/۲۲)
	پیگیری	۶۵/۳۷ (۲۱/۷۳)	۹۴/۰۸ (۱۷/۲۲)

پیش از انجام تحلیل اصلی، مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد ارزیابی قرار گرفت. براساس آزمون شاپیرو-ویلک، توزیع داده‌های تمامی متغیرها در مرحله پیش‌آزمون نرمال بود ($P \geq 0.05$). نتایج آزمون موچلی نشان داد مفروضه کروی بودن برای

متغیر افسردگی نقض شده است ($P = 0.002$)؛ لذا از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در تحلیل این متغیر استفاده شد. این مفروضه برای متغیرهای کیفیت زندگی و تحمل ناکامی برقرار بود.

جدول ۴. بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس مختلط

مفروضه / آزمون	متغیر وابسته	آماره	درجه آزادی	P	نتیجه
نرمالیت (آزمون شاپیرو-ویلک)	افسردگی	۰/۹۶۸	۳۰	۰/۴۹۱	مفروضه برقرار است.
	کیفیت زندگی	۰/۹۵۸	۳۰	۰/۲۷۰	مفروضه برقرار است.
	تحمل ناکامی	۰/۹۸۱	۳۰	۰/۸۵۰	مفروضه برقرار است.
(موچلی) کروی بودن	افسردگی	۰/۶۲۳	۲	۰/۰۰۲	نقض، تصحیح گرین‌هاوس-گیسر.
	کیفیت زندگی	۰/۹۵۶	۲	۰/۵۴۱	برقرار است.
	تحمل ناکامی	۰/۹۹۶	۲	۰/۹۵۰	برقرار است.

در جدول ۵ مفروضه همگنی واریانس‌ها با آزمون لون بررسی شد. نتایج نشان داد واریانس متغیرهای افسردگی، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی بین گروه درمان متمرکز بر هیجان و کنترل، در مراحل

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همگن است ($P > 0.05$). بنابراین، این پیش‌فرض برای اجرای تحلیل پارامتریک رعایت شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها در سه گروه

متغیر	مرحله	آماره لون	df1	df2	P
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۰۱۲	۱	۲۸	۰/۹۱۵
	پس‌آزمون	۰/۰۰۵	۱	۲۸	۰/۹۴۶
	پیگیری	۱/۱۰۲	۱	۲۸	۰/۳۰۳
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۰۲۸	۱	۲۸	۰/۸۶۹
	پس‌آزمون	۱/۶۳۲	۱	۲۸	۰/۲۱۲
	پیگیری	۰/۰۳۸	۱	۲۸	۰/۸۴۷
تحمل ناکامی	پیش‌آزمون	۰/۱۲۲	۱	۲۸	۰/۷۳۰
	پس‌آزمون	۰/۴۱۵	۱	۲۸	۰/۵۲۵
	پیگیری	۰/۸۹۱	۱	۲۸	۰/۳۵۳

ناکامی معنادار نیست. مهم‌تر از آن، تعامل زمان $\times$ گروه برای هر سه متغیر به صورت معنادار مشاهده شد. این یافته ثابت می‌کند که الگوی تغییرات در طول زمان (از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری) برای شرکت‌کنندگان گروه درمان هیجان‌مدار (EFT) با گروه کنترل به طور قابل توجهی متفاوت است.

جدول ۹. خلاصه نتایج آزمون‌های تک‌متغیره

متغیر وابسته	منبع تغییرات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
افسردگی	زمان	۲۰/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰
	زمان $\times$ گروه	۷/۱۶	۰/۰۰۵	۰/۲۰۴
کیفیت زندگی	زمان	۲۲/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲
	زمان $\times$ گروه	۶/۳۰	۰/۰۰۳	۰/۱۸۴
تحمل ناکامی	زمان	۱/۴۵	۰/۲۴۴	۰/۰۴۹
	زمان $\times$ گروه	۶/۶۶	۰/۰۰۳	۰/۱۹۲

جدول ۱۰. آزمون کنتراست درون‌موضوعی

متغیر	اثر	کنتراست	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
افسردگی	زمان	خطی	۲۵/۸۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۰
		درجه‌دو	۶/۲۳۶	۰/۰۱۹	۰/۱۸۲
	زمان $\times$ گروه	خطی	۴/۰۲۴	۰/۰۵۵	۰/۱۲۶
		درجه‌دو	۱۵/۱۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵۰
کیفیت زندگی	زمان	خطی	۱۸/۲۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۵
		درجه‌دو	۲۶/۲۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۴
	زمان $\times$ گروه	خطی	۱۰/۹۵۳	۰/۰۰۳	۰/۲۸۱
		درجه‌دو	۱/۴۳۱	۰/۲۴۲	۰/۰۴۹
تحمل ناکامی	زمان	خطی	۲/۴۶۲	۰/۱۲۸	۰/۰۸۱
		درجه‌دو	۰/۳۰۳	۰/۵۸۶	۰/۰۱۱
	زمان $\times$ گروه	خطی	۷/۶۶۶	۰/۰۱۰	۰/۲۱۵
		درجه‌دو	۵/۵۲۵	۰/۰۲۶	۰/۱۶۵

به طور خلاصه، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به طور قوی از فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار حمایت کرد. تعامل معنادار زمان $\times$ گروه در هر سه متغیر افسردگی، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی نشان داد روند تغییرات در گروه درمان با گروه کنترل متفاوت است. آزمون‌های تعقیبی مشخص نمود این تعامل برای افسردگی عمدتاً به شکل کاهش سریع و سپس تثبیت (الگوی درجه‌دو)، برای کیفیت زندگی به شکل بهبود پایدار و خطی و برای

مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس از طریق آزمون امباکس (جدول ۶) بررسی و تأیید شد. نتایج نشان داد که ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بین گروه‌ها برای هر سه متغیر وابسته همگن هستند ($P > ۰/۰۵$). در مجموع، هر دو پیش‌فرض اصلی برای اجرای تحلیل واریانس آمیخته رعایت شده و می‌توان به نتایج آزمون‌های پارامتریک اعتماد کرد.

جدول ۶. نتایج آزمون امباکس برای بررسی برابری ماتریس‌های کوواریانس

متغیر	ام باکس	df1	df2	P
افسردگی	۲/۸۴۵	۶	۵۸۸۷/۴۱۲	۰/۸۱۲
کیفیت زندگی	۳/۲۰۱	۶	۵۸۸۷/۴۱۲	۰/۷۷۵
تحمل ناکامی	۴/۵۶۷	۶	۵۸۸۷/۴۱۲	۰/۵۹۸

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون از نظر افسردگی ($P = ۰/۲۵۱$)، کیفیت زندگی ($P = ۰/۳۸۰$)، و تحمل ناکامی ($P = ۰/۳۵۲$) تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، گروه‌ها قبل از مداخله همگن بوده‌اند و تغییرات بعدی به اثر مداخله نسبت داده می‌شود.

جدول ۷. مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه

متغیر	EFT ($n=15$)	CT ($n=15$)	t (۲۸)	P
افسردگی	۳۳/۸۸ (۱۲/۱۱)	۲۸/۸۷ (۱۱/۲۷)	۱/۱۷	۰/۲۵۱
کیفیت زندگی	۳۹۶/۷۰ (۶۳/۶۲)	۳۷۶/۳۶ (۶۰/۵۵)	۰/۸۹	۰/۳۸۰
تحمل ناکامی	۹۵/۸۰ (۲۹/۳۶)	۸۵/۶۷ (۲۹/۲۹)	۰/۹۵	۰/۳۵۲

جدول ۸. خلاصه آزمون‌های چندمتغیره (براساس لامبدای ویلکز)

اثر درون‌موضوعی	لامبدای ویلکز	آماره F	سطح معنی‌داری (P)	اندازه اثر
زمان	۰/۱۶۰	۲۶/۹۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰
زمان $\times$ گروه	۰/۲۳۹	۱۸/۸۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱۱

با توجه به یافته‌های جدول ۹ تحلیل‌های تک‌متغیره نشان داد اثر اصلی زمان بر افسردگی و کیفیت زندگی معنادار است، اما بر تحمل

اجتماعی مواجه هستند [۳۵]، درمان هیجان‌مدار با تسهیل آگاهی هیجانی و پردازش عمیق تجربیات عاطفی، به افراد کمک می‌کند تا این هیجانات را بدون سرکوب یا اجتناب، بازسازی کنند. این فرایند، که شامل تکنیک‌هایی مانند صندلی خالی یا تمرکز بر احساسات بدنی است، باعث تنظیم هیجانی بهتر می‌شود و در نتیجه، علائم افسردگی کاهش می‌یابد، زیرا بیماران می‌آموزند هیجانات منفی را به‌عنوان سیگنال‌هایی برای نیازهای برآورده‌نشده تفسیر کنند؛ در نگاهی دیگر، در واقع، این درمان با کمک به پردازش هیجانات مرتبط با بیماری، مانند ترس از مرگ یا احساس ازدست‌دادن کنترل، چرخه‌های منفی عاطفی را می‌شکند و آنها را با الگوهای سازگارتر جایگزین می‌سازد، که در نهایت به کاهش شدت افسردگی و بهبود خلق کلی منجر می‌شود. این تبیین با مطالعات اخیر همخوانی دارد؛ برای نمونه درمان هیجان‌مدار، در زمینه بیماران مبتلا به ایدز، با تمرکز بر هیجانات مرتبط با بیماری، علائم افسردگی را از طریق پردازش تجربیات عاطفی و افزایش پذیرش خود کاهش می‌دهد، که این امر پابندی به درمان را نیز بهبود می‌بخشد. همچنین این درمان، در مبتلایان به ایدز، با ادغام عناصر مشاوره‌ای، افسردگی را مدیریت می‌کند و کیفیت عاطفی زندگی را از طریق تقویت روابط حمایتی افزایش می‌دهد [۳۷].

یکی دیگر از نتایج این مطالعه آن بود که درمان هیجان‌مدار توانسته به‌صورت معناداری بر بهبود تحمل ناکامی اثربخشی داشته باشد. اگرچه، نتایج مشابه خارجی برای بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهبود تحمل ناکامی یافت نشد، اما این یافته با نتایج یافته‌های داخلی عرفانیان رضایی و همکاران [۳۸] همسو بود که نشان دادند درمان هیجان‌مدار بر بهبود تحمل ناکامی زنان دارای تجربه سقط مکرر جنین اثربخشی داشته؛ همچنین با مطالعه ساقی‌ها و همکاران [۳۹] که نشان دادند درمان هیجان‌مدار به‌صورت موثری بر بهبود تحمل ناکامی و همچنین اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخشی داشته است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که افراد مبتلا به ایدز پس از تشخیص بیماری با ناکامی‌های زیادی روبه‌رو می‌شود. آنها ممکن است توسط دیگران طرد شوند، شغل مناسب خود را از دست دهند و یا فرصت‌های شغلی مناسب به آنها داده نشود. همچنین، در روابط عاطفی و رومان‌تیک تقریباً همیشه جواب منفی بشوند و یا اصلاً جرئت ابراز احساسات را نداشته باشند. از طرفی، انگ اجتماعی و قضاوت‌های منفی دیگران نیز سبب کاهش تعاملات اجتماعی آنها می‌شود و به‌نوعی از ارتباطات سازنده اجتماعی نیز محروم می‌شوند و این می‌تواند نه‌تنها حس منفی ناکامی را در آنها افزایش دهد بلکه احساس خشم، تخاصم و درماندگی نسبت به خود و دیگران نیز در آنها روشن می‌شود [۴۰]. از آنجاکه درمان هیجان‌مدار بر هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده و از راه خویش‌پنداری مثبت سعی در خودنظم بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد. در این درمان فرد به بیان احساسات منفی خود؛ به‌ویژه هنگام ناکامی‌های تجربه‌شده؛ می‌پردازد و با ارزیابی مجدد و بازسازی آنها احساسات مثبت‌تری جایگزین می‌شوند. از سویی شیوه هیجان‌مدار، تلفیقی از دیدگاه‌های انسان‌گرایانه، دل‌بستگی و شناختی است و به‌صورت گسترده و متنوع از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تأکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیداکردن

تحمل ناکامی به‌شکل هر دو الگوی خطی و درجه‌دو بوده است. علاوه‌براین، مقایسه‌های توصیفی حاکی از پایداری تغییرات ایجادشده در مرحله پیگیری بود. در مجموع، یافته‌ها گویای تأثیر معنادار و ماندگار درمان هیجان‌مدار بر بهبود علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به ایدز است.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی، افسردگی و تحمل ناکامی در افراد مبتلا به ویروس ایدز در شهر قم انجام شد. یکی از نتایج این مطالعه آن بود که این درمان توانسته سبب بالارفتن کیفیت زندگی این مبتلایان شود، به‌طوری که مقایسه نمرات پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون در گروه آزمایش حکایت از افزایش معنادار نمرات کیفیت زندگی داشت. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه علی‌چیتگر و همکاران [۳۲]، که نشان دادند درمان شناختی رفتاری بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثر دارد و مطالعه نجاتی و همکاران [۳۳] که در مطالعه خود پی به اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای سرطان پستان بردند، همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت افراد مبتلا به ایدز پس از تشخیص بیماری، دچار تنش‌های هیجانی می‌شوند و در شرایط تهدیدآمیز مرگ معمولاً فعالیت‌های رضایت‌بخش از زندگی در آنها کاهش پیدا می‌کند [۳۴]. در واقع، فرد مبتلا به ایدز در این موقعیت با ازدست‌دادن ارتباط با نیازها و هیجاناتش، انعطاف‌پذیری و سرزندگی را از دست می‌دهد؛ همچنین مشکل در پردازش عاطفی تجارب خود، افراد را از منابع و نیازهای درونی دور می‌سازد. پردازش هیجانی ناکافی سبب می‌گردد فرد مبتلا به ایدز به‌طور کامل تجربیات پیشین خود را پردازش نکند و تجربیات عاطفی‌اش مسدود شود و در تجربیات ناسازگار بدون هر تغییری باقی بماند که این فرایندها دسترسی به احساسات و هیجانات انطباقی اولیه را، که عملکرد سالم‌تری را تقویت می‌نماید، دشوار می‌کند [۳۲]. از طریق درمان هیجان‌مدار درمانجو امکان دسترسی و آگاهی به مسائل دردناک گذشته را پیدا می‌کند و بر روی هیجانات کار می‌شود، به‌گونه‌ای که از هیجان‌ها برای هدایت و تحریک فرد به‌سوی فعالیت‌ها و پاسخ‌های جدید استفاده می‌گردد. بنابراین، مجموع این عوامل سبب بهبود شرایط و رضایت از زندگی در بیمار و به تبع آن کیفیت زندگی در بیماری می‌شود.

یکی دیگر از نتایج این مطالعه آن بود که درمان مبتنی بر هیجان توانسته بر کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به ایدز اثربخشی داشته باشد. این یافته با نتایج مطالعه کانلی زابت و همکاران [۳۵] مشابهت داشت که نشان دادند درمان هیجان‌مدار بر کاهش علائم افسردگی زنان مبتلا به سرطان اثربخشی دارد و همچنین همسو است با مطالعه داخلی حاتمی‌نژاد و همکاران [۳۶] که نشان دادند درمان هیجان‌مدار علاوه‌بر افسردگی بر کاهش تکانش‌گری دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی اثربخشی دارد.

برای تبیین عمیق‌تر چگونگی اثربخشی درمان هیجان‌مدار می‌توان گفت که این درمان برپایه نظریه هیجانی گرینبرگ استوار است که هیجانات را نه به‌عنوان موانع، بلکه به‌عنوان منابع سازنده تغییر می‌بیند. در بیماران مبتلا به ایدز، که اغلب با هیجانات منفی مزمن مانند غم، خشم، شرم و ناامیدی ناشی از تشخیص بیماری، عوارض جسمی و انگ

افسردگی و تحمل ناکامی در افراد مبتلا به ایدز اثربخشی داشته است. بنابراین می‌توان گفت این درمان به‌نحو مؤثری توانسته بر طیف وسیعی از متغیرهای روان‌شناختی اثربخشی داشته باشد و بهداشت روانی این افراد را بهبود ببخشد. از این‌رو، متخصصان سلامت روان به‌ویژه روان‌درمانگران می‌توانند درمان هیجان‌محور را به‌عنوان یک گزینه درمانی مفید در کنار سایر مداخلات روان‌درمانی مد نظر قرار دهند، چراکه با بهره‌گیری از این درمان به بهبود سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا کمک کنند و سیاست‌گذاران حوزه سلامت نیز با تسهیل در ارائه خدمات بهداشت روان نقش مؤثری در ارتقاء سلامت روان این گروه آسیب‌پذیر ایفا کنند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از همه افرادی که در این مطالعه آنها را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را دارند؛ ازجمله شرکت‌کنندگان در مطالعه و مسئولان مرکز بیماری‌های رفتاری که زمینه اجرای پژوهش را فراهم کردند.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه سعی شده است که همه اصول اخلاقی ازجمله رازداری، رضایت آگاهانه و عدم افشای اسامی رعایت شود. همچنین، این مطالعه دارای تأییدیه کمیته اخلاق آزاد اسلامی واحد رودهن با کد IR.IAU.R.REC.1403.055 است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این مطالعه بدون هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شده و همه هزینه‌های آن بر عهده نویسنده اول بوده است.

راه‌حل و خلق و ایجاد معانی تازه و روابط حسنه در این رویکرد استفاده می‌شود و با توجه به اینکه بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص این رویکرد می‌توان باعث افزایش تحمل ناکامی شود.

این مطالعه همچون هر مطالعه دیگری دارای محدودیت‌هایی بوده است. ابتدا اینکه با توجه به محدودیت در دسترسی و همکاری افراد مبتلا به ایدز، تعداد زیادی از هر جنسیت برای انجام پژوهش قابل‌دستیابی نبود، بنابراین نتایج به تفکیک جنسیت انجام نشده است. همچنین، این مطالعه در شهر قم انجام شده و ممکن است نتایج در سایر شهرهای کشور به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی یکسان نباشد. از طرفی، مدت پیگیری کوتاه ۲ ماهه محدودیت دیگر این مطالعه بود. محدودیت دیگر این پژوهش عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت بیماری و نوع داروهای دریافتی بود. همچنین، در این مطالعه تفکیک گروه‌های سنی انجام نشده و تمامی شرکت‌کنندگان حداقل ۲۰ سال سن داشته‌اند. محدودیت مهم دیگر نیز عدم شرکت افراد بی‌سواد به دلیل عدم توانایی در پاسخ‌دهی و درک کامل سؤالات پرسش‌نامه‌ها بود. بنابراین، جهت رفع محدودیت‌های موجود توصیه می‌شود که در مطالعات آتی با هماهنگی لازم و ایجاد انگیزه اقدام به مشارکت تعداد بیشتری از افراد مبتلا به ایدز شود تا نتایج برحسب جنسیت، سن و همچنین میزان تحصیلات تفکیک شود. به‌علاوه توصیه می‌شود در مطالعات آینده مدت پیگیری بلندمدت‌تر مانند ۶ ماه تا ۱ سال و کنترل متغیرهای مداخله‌گر نیز مد نظر قرار گیرد. توصیه می‌شود مطالعات مشابه در سایر شهرهای کشور به‌ویژه با بافت فرهنگی و مذهبی متفاوت انجام شود تا حساسیت فرهنگی و مذهبی در این درمان در شهرهای مختلف مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت زندگی،

References

- Obeagu EI, Anyanwu CN, Obeagu GU. Challenges and considerations in managing blood transfusion for individuals with HIV. *Elite J HIV*. 2024;2(2):1-7. [Link]
- Landovitz RJ, Scott H, Deeks SG. Prevention, treatment and cure of HIV infection. *Nat Rev Microbiol*. 2023;21(10):657-670. [DOI: 10.1038/s41579-023-00914-1] [PMID: 37344551]
- Asiimwe JB, Betunga B, Birungi L, Kamanyire JK, Wankiiri M, Nuwabaine L, et al. HIV prevalence, risk factors, prevention methods, and interventions among taxi drivers and commercial motorcyclists in sub-Saharan Africa: a scoping review. *PLOS Glob Public Health*. 2025;5(5):e0004239. [DOI: 10.1371/journal.pgph.0004239] [PMID: 40440303]
- Mehmandoust S, Khezri M, Mousavian G, Tavakoli F, Mehrabi F, Sharifi H, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus among incarcerated people in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2022;203:75-82. [DOI: 10.1016/j.puhe.2021.11.020] [PMID: 35032918]
- Conteh NK, Latona A, Mahomed O. Mapping the effectiveness of integrating mental health in HIV programs: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):396. [DOI: 10.1186/s12913-023-09359-x] [PMID: 37095471]
- Zhang Y, He C, Peasgood T, Hulse ESG, Fairley CK, Brown G, et al. Use of quality-of-life instruments for people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2022;25(4):e25902. [DOI: 10.1002/jia2.25902] [PMID: 35396915]
- Younis NM, Ibrahim RM, Ahmed MM. Health problems related to quality of life among aging in Iraq. *J Curr Med Res Opin*. 2024;7(6):3015-3024. [DOI:10.52845/CMRO/2024/7-6-35]
- Kolarić V, Svirčević V, Bijuk R, Zupančič V. Chronic complications of diabetes and quality of life. *Acta Clin Croat*. 2022;61(3):520-527. [DOI: 10.20471/acc.2022.61.03.18] [PMID: 37492372]
- Operario D, Sun S, Bermudez AN, Masa R, Shangani S, van der Elst E, et al. Integrating HIV and mental health interventions to address a global syndemic among men who have sex with men. *Lancet HIV*. 2022;9(8):574-584. [DOI: 10.1016/s2352-3018(22)00076-5] [PMID: 35750058]
- Mendonca CJ, Newton-John TR, Alperstein DM, Begley K, Hennessy RM, Bulsara SM. Quality of life

- of people living with HIV in Australia: the role of stigma, social disconnection and mental health. *AIDS Behav.* 2023;27(2):545-557. [DOI: 10.1007/s10461-022-03790-7] [PMID: 35831492]
11. Zhang Y, He C, Peasgood T, Hulse ESG, Fairley CK, Brown G, et al. Use of quality-of-life instruments for people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(4):e25902. [DOI: 10.1002/jia2.25902] [PMID: 35396915]
 12. Lang R, Hogan B, Zhu J, McArthur K, Lee J, Zandi P, et al. The prevalence of mental health disorders in people with HIV and the effects on the HIV care continuum. *AIDS.* 2023;37(2):259-269. [DOI: 10.1097/QAD.0000000000003420] [PMID: 36541638]
 13. Gagliardi S, Hotchkin T, Hillmer G, Engelbride M, Diggs A, Tibebe H, et al. Oxidative stress in HIV-associated neurodegeneration: mechanisms of pathogenesis and therapeutic targets. *Int J Mol Sci.* 2025;26(14):6724-6749. [DOI: 10.3390/ijms26146724] [PMID: 40724974]
 14. Sayiner AC, Turan B, Nazlı A, Özer D, Ranjbar HA, Nemli SA, et al. HIV-related microaggressions and depressive symptoms among people living with HIV: the mediating roles of internalised stigma and coping with shame. *Sex Transm Infect.* 2025;101:380-385. [DOI: 10.1136/sextrans-2024-056354] [PMID: 39939166]
 15. Zhang Y, Chai C, Xiong J, Zhang L, Zheng J, Ning Z, et al. The impact of anxiety, depression, and social support on the relationship between HIV-related stigma and mental health-related quality of life among Chinese patients: a cross-sectional, moderate-mediation study. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):818. [DOI: 10.1186/s12888-023-05103-1] [PMID: 37940853]
 16. Catalan J, Harding R, Sibley E, Clucas C, Croome N, Sherr L. HIV infection and mental health: suicidal behaviour—systematic review. *Psychol Health Med.* 2011;16(5):588-611. [DOI: 10.1080/13548506.2011.582125] [PMID: 21745024]
 17. Ferguson E, Busch AM, Anderson B, Abrantes AM, Pinkston MM, Baker JV, et al. Avoidance and rumination as predictors of substance use, mental health, and pain outcomes among people living with HIV. *Behav Ther.* 2024;55(5):1015-1025. [DOI: 10.1016/j.beth.2024.02.008] [PMID: 39174262]
 18. Singha RK, Shukla M, Kumari A. The emotional toll of HIV: exploring facial and auditory emotion recognition and emotion regulation in people living with HIV. *Rom J Appl Psychol.* 2024;26(1):1-10. [Link]
 19. Fletcher FE, Sherwood NR, Rice WS, Yigit I, Ross SN, Wilson TE, et al. Resilience and HIV treatment outcomes among women living with HIV in the United States: a mixed-methods analysis. *AIDS Patient Care STDS.* 2020;34(8):356-366. [DOI: 10.1089/apc.2019.0309] [PMID: 32757978]
 20. Abdorahimi-Noshad L, Sabzi E, Sharifi G, Moradi K, Sheikh-Hasani N. Comparison of personality traits and resiliency in patients with AIDS and normal people. *Feyz.* 2018;22(3):325-332. [Link]
 21. Greenman PS, Johnson SM. Emotionally focused therapy: attachment, connection, and health. *Curr Opin Psychol.* 2022;43:146-150. [DOI: 10.1016/j.copsyc.2021.06.015] [PMID: 34375935]
 22. Yavari B, Rahiminejad Rudaki E, Safavi G, Sayadi PS, Kharghani S. The effectiveness of emotional therapy on rumination and quality of life of women experiencing spouse betrayal. *Med J Mashhad Univ Med Sci.* 2024;66(6):1620-1631. [Link]
 23. Gili S, Sadeghi Zavareh V, Haghayegh SA, Alizadeh Ghavidel A, Rezayi Jamalloi H. The comparison of effectiveness of emotion-focused therapy and transcranial direct current stimulation on anxiety and depression of patients with coronary artery disease. *Health Psychol.* 2021;9(36):45-62. [Link]
 24. Delavar A. Research methods in psychology and educational science. Tehran: Vira Publication; 2024. [Link]
 25. Johnson SM. Attachment theory in practice: emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. New York: Guilford Press; 2019. [Link]
 26. Jackson-Koku G. Beck depression inventory. *Occup Med (Lond).* 2016;66(2):174-175. [DOI: 10.1093/occmed/kqv087] [PMID: 26892598]
 27. Ahamdi N, Kalantari F, Mokhtarnia I. Compare depression and catastrophic cognition among young athletes and non-athletes. *Funct Res Sport Psychol.* 2024;1(4):30-40. [Link]
 28. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-483. [Link]
 29. Atashgahian R, Shahbazi M, Rostami R, Arabameri E. The effect of group and individual sports activities on the quality of life of elderly women with two optimistic and pessimistic cognitive styles. *J Appl Psychol Res.* 2025;16(2):113-132. [PMID: 1593914]
 30. Harrington N. The frustration discomfort scale: development and psychometric properties. *Clin Psychol Psychother.* 2005;12(5):374-387. [Link]
 31. Izadi F, Pegah A, Talebi G. Effectiveness of mentalization-based therapy on dimensions of frustration tolerance in adolescents with borderline personality features: a semi-experimental study. *Health Res Dev.* 2025;3(4):41-55. [Link]
 32. Alichitgar E, Fard RJ, Shoushtari MT, Yazdanpanah L. Improving treatment adherence and psychological well-being in patients with diabetes: the role of emotion-focused therapy. *J Clin Res Paramed Sci.* 2025;14(14):110-119. [Link]
 33. Nejati M, Abdolpour B, Dastar Z, Smkhani Akbarinejad H. Comparing the effectiveness of emotion-focused and compassion-focused therapies for couples on emotional intimacy and marital life quality in couples with spouses with breast cancer. *J Health Care.* 2025;27(3):236-251. [Link]
 34. Huang H, Zhang X, Tu L, Zhang L, Chen H. Effectiveness of nurse-led self-care interventions on quality of life, social support, depression and anxiety among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud.* 2025;161:104916. [DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104916] [PMID: 39378740]
 35. Connolly-Zubot A, Timulak L, Hession N, Coleman N. Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. *J Contemp Psychother.* 2020;50(2):113-122. [Link]
 36. Hatami Nejad M, Sadri Damirchi E, Akhavi Samarein Z, Jafari Moradlo M, Noroozi Homayoon M. Comparing the effectiveness of narrative therapy and

- emotion-focused therapy on primary maladaptive schemas, impulsivity and depression in students with suicidal thoughts. *J Psychol Stud.* 2024;20(3):7-23. [\[Link\]](#)
37. Zeleke TA, Alemu K, Ayele TA, Denu ZA, Mwanri L, Azale T. Coping strategies for depression among HIV-positive women in Gondar town health facilities, Northwest, Ethiopia: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst.* 2025;19(1):7-13. [\[DOI: 10.1186/s13033-025-00665-x\]](#) [\[PMID: 40025571\]](#)
 38. Erfanian Razaei M, Keshavarzi Arshadi F, Golshani F, Hasani F, Dolatshahi B. Effectiveness of emotion-focused therapy on tolerance of failure and marital quality in women with recurrent miscarriages. *J Healthc Manag.* 2023;14(4):21-34. [\[Link\]](#)
 39. Saghiha H, Sohrabi Asamrood F, Motamedi A. The effectiveness of emotion-focused therapy on tolerating the ambiguity and anxiety of death of breast cancer patients. *Med J Mashhad Univ Med Sci.* 2021;63(6):3048-3061. [\[Link\]](#)
 40. Psaros C, Stanton AM, Goodman GR, Blyler A, Vangel M, Labbe AK, et al. A resiliency intervention adapted for older women with HIV: results from a pilot randomized controlled trial in the northeastern US. *J Health Psychol.* 2025;30(3):434-450. [\[DOI: 10.1177/13591053241253050\]](#) [\[PMID: 38761072\]](#)