

نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان

بهمن بهمنی^۱، شیوا فرمانی شهرضا^{۲*}، معصومه امین اسماعیلی^۳، مائده نقیایی^۴، علی قانندنیای جهرمی^۵

۱- استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات ایدز ایران، مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر،

دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- دانشجوی دکتری مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۵- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۶/۲۳

چکیده

زمینه و هدف

نشانگان افت روحیه، باعث ناتوانی فرد برای مقابله مؤثر با یک رویداد پرفشار می‌شود و به دنبال آن فقدان احساس تسلط بر امور و معنای زندگی می‌تواند در فرد احساس بی‌کفایتی ذهنی ایجاد کند که ممکن است مبتلایان به بیماری‌های بالقوه مهلک، آن را تجربه کنند. هدف پژوهش حاضر مقایسه نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان با جمعیت عادی بود.

مواد و روش‌ها

در مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای حاضر، تعداد پنجاه بیمار (۲۰ تا ۵۰ سال) مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان، تحت درمان در بخش عفونی بیمارستان امام خمینی (ره) و مراکز بهداشتی درمانی تهران با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و با ۵۰ نفر از جمعیت طبیعی که از لحاظ جنسیت، سن و سطح تحصیلات هم‌تاسازی شده بودند مقایسه و پرسشنامه نشانگان افت روحیه کیسان (۲۰۰۴) را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.20 برای محاسبه آزمون T مستقل پردازش شدند.

یافته‌ها

نتایج مؤید وجود تفاوت معنی‌دار ($P < 0/0001$) بین میانگین نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان و جمعیت عادی بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به بالاتر بودن میانگین نشانگان افت روحیه در این دسته از بیماران، به نظر می‌رسد پرداختن به نیازهای وجودی آنها در پیشگیری از آزردهی‌های روانی شدیدتر حائز اهمیت باشد.

کلیدواژه‌ها

آزردهی‌های وجودی، نشانگان افت روحیه، HIV

* نویسنده مسئول: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، گروه مشاوره.

پست الکترونیک: Sh.farmani.shahreza@gmail.com

■ مقدمه

هستی انسان در جهان آفرینش به شمار می‌آیند، اضطراب زاست (۶) و درحالیکه این اضطراب‌های وجودی پاسخی صادقانه به نیستی محسوب شده و پیامد هوشیاری است (۷). بنابراین در صورتیکه فرد نتواند بدان معنا و پاسخی اصیل ببخشد، می‌تواند دچار رنج و آزدگی وجودی و در نتیجه نشانگان افت روحیه شود (۸،۹).

Kissane (۱۰) از اصطلاح آزدگی وجودی^۳ برای توصیف تجربه پریشانی^۴ روانی افرادی که با مرگ قریب الوقوع مواجه می‌شوند، استفاده می‌کند که چنین وضعیتی از آزدگی اغلب با احساسهای پشیمانی^۵، ناتوانی و ضعف^۶، پوچی و بیهودگی^۷ و احساس بی-معنایی^۸ زندگی، همراه است. وی مضامین وجودی نظیر نگرانی درباره مرگ، از دست دادن معنا، غم و اندوه، تنهایی، آزادی و ارزشمندی را به عنوان چالش‌های کلیدی وجودی افرادی می‌داند که با بیماری‌های تهدید کننده زندگی مواجه هستند و معتقد است بیماران ممکن است همچنان که عواطف مرتبط با این مضامین وجودی را تجربه می‌کنند، دچار نشانگان افت روحیه^۹ شوند که یکی از مظاهر آزدگی وجودی و در عین حال بیانگر فقدان انسجام و کلیت در فرد است (۱۱).

Frank و همکاران برای نخستین بار مفهوم نشانگان افت روحیه را در زمینه درمان روانشناختی بیماران سایکوتیک بکار بردند و تعابیر منزوی، مأیوس، بیگانه، طرد شده و عزت نفس پائین را در تعریف آن مطرح کردند (۱۲). در سال‌های بعد این مفهوم را به معنی اضطراب، غم و ناراحتی، درماندگی و ناامیدی و فقدان عزت نفس، آزدگی به همراه بی‌کفایتی ذهنی (۱۳)، ناامیدی، فقدان معنا و آزدگی وجودی (۱۱)، اضطراب، ناتوانی در مقابله، ناامیدی و فقدان اطمینان و احساس تسلط، یأس، درماندگی، احساس انزوا (۱۳) و ناتوانی در مقابله با یک رویداد پرفشار، درماندگی، ناامیدی و احساس کم‌ارزشی فردی تلقی کردند (۱۲).

طبق تعریف مرکز بین‌المللی آمارهای بهداشتی آمریکا^۱ بیماری مزمن^۲ برای مدت طولانی فرد را درگیر کرده و سه ماه یا بیشتر به طول می‌انجامد (۱). علی‌رغم اینکه علم پزشکی پیشرفت‌های چشم‌گیری در توسعه استراتژی‌های کارآمد برای درمان مؤثر تبغات جسمانی این بیماری‌ها داشته است، بسیاری از قربانیان همچنان با چالش‌هایی در ارتباط با سلامت روانی و هیجانی دست و پنجه نرم می‌کنند. یکی از این بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده، ابتلا به ویروس HIV است. این بیماری در اثر نوعی نقص در دستگاه ایمنی بدن به وجود می‌آید و سندرمی اکتسابی با علائمی متفاوت است که در همه بیماران یکسان و به یک شکل نیست و از آنجا که این بیماری یک عفونی ویروسی مسری محسوب می‌شود، می‌تواند به طرق مختلف از فردی به فرد دیگر منتقل شود. با ورود ویروس HIV به بدن، به مرور زمان سیستم ایمنی به اندازه‌ای ضعیف می‌شود که توان محافظت از بدن در برابر بیماری‌ها را از دست می‌دهد و این همان عفونت پیشرفته ویروس HIV، یعنی بیماری کشنده سندرم اکتسابی نقص دستگاه ایمنی یا ایدز (AIDS) است (۲).

افراد مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان بواسطه ویژگی‌های این بیماری و روش‌های انتقال آن، در معرض انگ اجتماعی و به تبع آن فشارهای روحی- روانی شدیدی قرار می‌گیرند. ترس‌های مرتبط با بیماری مانند ناتوانی، افزایش وابستگی، کاهش مهار بدنی و درد به دنبال تشخیص این بیماری تهدید کننده زندگی، یک بحران وجودی را برای این بیماران رقم می‌زند (۳،۴). بدین معنا که تشخیص و درمان عفونت HIV به عنوان یک بیماری تهدید کننده با خطر مرگ بالقوه، تجربه دردناکی به همراه دارد که می‌تواند موقعیت بنیادین و اساسی وجودی فرد را لمس کند و او را با مسائلی در ارتباط با متناهی بودن، بی‌مسئولیتی در برابر زندگی، تنهایی در اثر طرد شدن توسط دیگران و بی‌معنایی زندگی، درگیر کرده و وی را با هسته مرکزی وجودی خود مواجه کند (۵). قابل ذکر است که بر اساس نظر وجودگرایان، رویارویی هر فردی با مسلمات هستی و دلواپسی‌های غایی که از ویژگی‌های درونی قطعی و گریزناپذیر

^۳ Existential Distress^۴ Turmoil^۵ Remorse^۶ Powerlessness^۷ Futility^۸ Meaninglessness^۹ Demoralization^۱ U.S National Center for Health Statistics^۲ Chronic Illness

به این نتیجه رسیدند که میانگین نشانگان افت روحیه در این گروه بطور معنی‌داری بالاتر از جمعیت زنان سالم بود (۱۸). بنابراین می‌توان گفت رنج و آزرده‌گی وجودی در مواجهه با بیماری‌های تهدید کننده زندگی، یکی از وضعیت‌های ناتوان کننده و طاقت فرساست (۱۹) و نتایج پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهند که وقوع آن در بین جمعیت بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته (۲۰)، بیماران مبتلا به سرطان در حال درمان سرپایی (۲۱) و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و سخت درمان (۱۶) طی تمام مراحل بیماری احتمال بالایی دارد. در این راستا با توجه به افزایش شیوع ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) و اهمیت آن به عنوان عامل برانگیزاننده اضطراب‌های وجودی و فقدان ادبیات پژوهشی قابل اعتنا در ایران، پژوهشگران درصدد یافتن پاسخ به این سوال که «آیا تفاوتی بین نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان و جمعیت عادی وجود دارد؟»، برآمدند.

■ مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. جامعه مورد مطالعه، افراد مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) مراجعه کننده به بخش عفونی بیمارستان امام خمینی (ره) و مراکز بهداشتی و کاهش آسیب تهران و کرج در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۲ بود. در این پژوهش دو گروه آزمودنی، شامل افراد مبتلا به HIV و افراد بهنجار شرکت داشتند. با عنایت به طرح پژوهش با استفاده از نرم افزار GPower دو گروه مستقل ۵۰ نفری برآورد شد. ابتدا بر اساس شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس تعداد ۵۰ نفر از بیماران مبتلا به HIV انتخاب شدند. در مرحله بعد ۵۰ نفر از افراد بهنجار که بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی سن، جنس و سطح تحصیلات هم‌تاسازی شده بودند، به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود در انتخاب افراد عبارت بودند از تشخیص قطعی ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسان (HIV)، گذشتن حداقل یک سال از تشخیص بیماری، محدوده سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان برای حضور در پژوهش. ملاک خروج از پژوهش ابتلا به بیماری جدی دیگر بود. علاوه بر این افراد بهنجار افرادی بودند که بر اساس گزارش شخصی و مصاحبه

در نهایت Kissane و همکاران (۱۱) نشانگان افت روحیه را به عنوان تشخیص روانپزشکی آزرده‌گی و رنج وجودی توصیف کردند و ملاک‌هایی نظیر ۱) ناامیدی، فقدان معنا و هدف در زندگی ۲) نگرش و افکار مرتبط با بدبینی، درماندگی، احساس در تله افتادن (گیر کردن)، شکست و ناکامی شخصی و یا فقدان آینده درخشان ۳) فقدان انگیزه یا محرک برای مقابله متفاوت ۴) ویژگی‌های مرتبط با انزوای اجتماعی و از دست دادن حمایت ۵) استمرار آن برای بیش از ۲ هفته و ۶) عدم وجود افسردگی مزمن یا سایر اختلالات روانپزشکی را پیشنهاد کردند.

شاید به نظر برسد نشانگان افت روحیه و افسردگی، در پدیدارشناسی و نحوه توسعه‌شان بسیار بهم مرتبط باشند و این امکان وجود داشته باشد که نشانگان افت روحیه یا پیش‌بینی‌کننده افسردگی بوده و یا حتی با آن همبودی داشته باشد (۱۴)، اما در واقع هر دو اساساً مفاهیم متفاوتی هستند. فرد افسرده حتی زمانی که مسیر عمل مناسب، مشخص باشد، ممکن است توانایی تجربه لذت کلی و همین‌طور انگیزه و پشتکار را از دست داده و دچار بی‌لذتی فراگیر^۱ شود. در صورتیکه مشخصه نشانگان افت روحیه احساس بی‌کفایتی ذهنی و درماندگی است. فرد دچار نشانگان افت روحیه، اگرچه ممکن است بتواند از زمان حال لذت ببرد اما بواسطه سردرگمی (ندانستن اینکه چه باید بکند)، عملاً احساس درماندگی، بی‌کفایتی و بازداری کرده و دچار بی‌لذتی پیشگرایانه^۲ شده و آینده در نظرش بی‌ارزش خواهد آمد (۱۵).

مطالعات زیادی در خارج از کشور به بررسی نشانگان افت روحیه در زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن پرداخته‌اند. Vehling و همکاران در بررسی رابطه میزان پیشرفت تومور و مشکلات جسمی در تبیین آزرده‌گی وجودی بیماران مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که خطر بروز این ناهنجاری در این گروه به دلیل مواجهه با عوامل استرس‌زای مختلف در سراسر مراحل بیماری وجود دارد (۱۶). مطالعه‌ای دیگر در ژاپن نشان داد، تعداد قابل توجهی از بیماران بدخیم مبتلا به سرطان علائم بارز رنج و آزرده‌گی وجودی از خود نشان می‌دهند (۱۷). در ایران نیز نقیائی و همکاران در مطالعه‌ای با هدف بررسی نشانگان افت روحیه در زنان مبتلا به سرطان پستان

^۱ Pervasive anhedonia

^۲ Anticipatory anhedonia

پس از اعلام آمادگی مسئولین و افراد مبتلا، بر اساس شیوه نمونه-گیری در دسترس ۵۰ نفر از افراد مبتلا به HIV بر اساس ملاک‌های ورودی و خروجی انتخاب شدند و پرسشنامه نشانگان افت روحیه را تکمیل نمودند. در مرحله بعد ۵۰ نفر از افراد بهنجار که بر اساس متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات همتاسازی شده بودند به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان از آنها رضایت کتبی شرکت در پژوهش اخذ و هدف پژوهش بازگو می‌شد. تکمیل مقیاس‌ها در اتاقی که شرایط مطلوب روانسنجی را دارا بود، انجام شد. در طول مدت پاسخ-دهی پژوهشگر حضور فعال داشت تا از بروز جواب‌های تصادفی جلوگیری شود. در پایان داده‌ها وارد نرم افزار SPSS v.20 شد. به منظور توصیف ویژگی‌های فردی و اجتماعی از آمار توصیفی از جمله تعداد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و جهت بررسی تفاوت میانگین معنای زندگی بین دو گروه از آمار استنباطی شامل آزمون T با نمونه‌های مستقل استفاده شد.

■ یافته‌ها

جدول شماره ۱ مشخصات جمعیت شناختی دو گروه شرکت‌کنندگان مطالعه را نشان می‌دهد. بررسی داده‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد در مورد متغیرهای جنس، سن و سطح تحصیلات، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و دو گروه با یکدیگر همتاسازی شدند.

بالینی، سابقه مراجعه به روانپزشک و ابتلا به اختلال روانشناختی و بیماری مزمن نداشتند.

پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی، شامل مشخصات جمعیت-شناختی برای بررسی متغیرهایی از جمله سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، مدت زمان ابتلا به بیماری و سایر معیارهای شمول مورد نظر بود. در این پژوهش برای سنجش نشانگان افت روحیه از مقیاس ۲۴ سوالی نشانگان افت روحیه (۲۲)، استفاده شد. این ابزار دارای ۵ خرده مقیاس فقدان معنا (۵ سوال)، ملالت (۵ سوال)، دل‌سردی (۶ سوال)، درماندگی (۴ سوال) و احساس شکست (۴ سوال) است و Kissane و همکاران ضریب پایایی آن را ۹۴ درصد گزارش کرده‌اند. ضریب روایی فرم فارسی این ابزار توسط نقیائی بر اساس آزمون آلفا کرونباخ (۰/۸۶) گزارش شده است (۱۸). ضریب پایایی در جمعیت عادی در پژوهش حاضر، ۸۷/۲ درصد و در افراد مبتلا به عفونت HIV، ۹۶/۷ درصد بدست آمد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از اخذ مجوز از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی البرز به بیمارستان امام خمینی (ره) تهران و مرکز بهداشتی درمانی شهید سبزه‌پرور کرج مراجعه شد و اطلاعات کامل در زمینه پژوهش در اختیار مسئولین قرار گرفت. به منظور رعایت ضوابط اخلاق پژوهش، اطلاعات کافی در مورد هدف و نحوه اجرا و نیز استفاده از یافته‌های پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد.

جدول شماره ۱- خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بر اساس جنس، سن و سطح تحصیلات

گروه	تعداد	سطح تحصیلات (سال)	میانگین (انحراف استاندارد)	F	سن	میانگین (انحراف استاندارد)	F
افراد مبتلا به عفونت HIV	۵۰ (۲۴ مذکر، ۲۶ مونث)	۱۳/۶۳ (۰/۸۷۶)	۳۶/۰۶ (۸/۸۴)	۲/۲۶	۱/۴۷	۳۴/۷۴ (۸/۰۴)	۱/۴۷
افراد عادی	۵۰ (۲۴ مذکر، ۲۶ مونث)	۱۳/۹۸ (۱/۱۲۲)	۳۴/۷۴ (۸/۰۴)				

به منظور بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه مطالعه در نشانگان افت روحیه از آزمون T مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۲- نتایج آزمون T مستقل بین افراد مبتلا به عفونت HIV و افراد عادی

خرده مقیاس	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
بی معنایی	عادی	۵۰	۳/۷۴	$P < ۰/۰۰۱$
	بیمار	۵۰	۸/۹۸	
ملالت	عادی	۵۰	۳/۵۳۳	$P < ۰/۰۰۱$
	بیمار	۵۰	۵/۹۱۱	
یاس	عادی	۵۰	۲/۷۹۱	$P < ۰/۰۰۱$
	بیمار	۵۰	۷/۲۶	
شکست	عادی	۵۰	۲/۱۹۷	$P < ۰/۰۰۱$
	بیمار	۵۰	۴/۰۰۷	
درماندگی	عادی	۵۰	۲/۲۶۴	$P < ۰/۰۰۱$
	بیمار	۵۰	۴/۳۲۷	
نشانیگان افت روحیه	عادی	۵۰	۹/۱۴۹	$P < ۰/۰۰۱$
	بیمار	۵۰	۲۴/۶۸۷	

بیماری‌های مزمن در مقایسه با جمعیت عادی از میانگین بالاتر و قابل توجهی برخوردار است.

به منظور تبیین تفاوت میانگین‌های دو گروه مطالعه، می‌توان گفت به دنبال تشخیص این بیماری، رویارویی با مرگ، ترس از تمام شدن زندگی، حسرت خوردن برای برنامه‌های ناتمام و پایان تجارب شخصی وجود فرد را فرا می‌گیرد. به دنبال آن بیمار به تدریج با نیازها و شرایط تحمیل کننده بیماری مواجه می‌شود که می‌تواند شرایط لازم و کافی را برای برانگیختن نگرانی‌های وجودی فراهم کند (۲۳). احساس فقدان آینده‌ای ارزشمند و عدم خودکارآمدی برای بدست آوردن آن، وجود احساس درماندگی و احساس شکست فردی ناشی از قرار گرفتن در یک موقعیت اجتناب‌ناپذیر، احساس ناامیدی و فقدان معنا و هدف بیمار را از انگیزه مقابله با بیماری و تبعاتی که برای او ایجاد کرده محروم می‌کند و بستر مناسبی را برای ایجاد آزرده‌گی‌های وجودی و نشانیگان افت روحیه بیماران فراهم می‌آورد.

به دنبال آگاهی بیمار از ماهیت ضعیف کننده و پیش‌رونده ویروس نقص سیستم ایمنی بدن و تبدیل آن به بیماری کشنده ایدز، فرضیات اولیه در مورد احساس کنترل و توانایی در پیش‌بینی آینده قویاً بر هم می‌خورد و احساس بی‌کفایتی و بی‌معنایی را تجربه می‌کند و دچار نشانیگان افت روحیه می‌گردد.

همانطور که مشاهده می‌شود بین میانگین نشانیگان افت روحیه و نیز کلیه خرده مقیاس‌های پنج گانه یعنی بی‌معنایی، ملالت، یاس، احساس شکست و درماندگی دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین نشانیگان افت روحیه افراد مبتلا به HIV ۵۲/۳۸ بوده در صورتیکه این مقدار در افراد عادی ۲۰/۲۴ گزارش شد و بیانگر این است که افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی نسبت به افراد عادی از نشانیگان افت روحیه بسیار بالایی برخوردار هستند.

■ بحث

این مطالعه به دنبال بررسی نشانیگان افت روحیه بین دو گروه بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان و جمعیت عادی بود. یافته‌ها حاکی از آن است که بین نشانیگان افت روحیه افراد مبتلا به نقص سیستم ایمنی انسان و جمعیت عادی تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. علاوه بر این در ارتباط با خرده مقیاس‌های بی-معنایی، ملالت، یاس، شکست و درماندگی نیز تفاوت معنی‌دار بین میانگین دو گروه مشاهده شد.

یافته‌های این مطالعه همسو با مطالعات نقیائی و همکاران (۱۲)، Mullane و همکاران (۲۰)، Lee و همکاران (۲۱) و همچنین Vehling و همکاران (۱۶) می‌باشد، مبنی بر اینکه نشانیگان افت روحیه در بیماران مبتلا به سرطان پستان، سرطان‌های پیشرفته و

ناامیدی، خلق افسرده و نشانگان افت روحیه به شمار می‌رود (۱۶). احساس شکست و درماندگی از دیگر مولفه‌های نشانگان افت روحیه هستند که بین دو گروه جمعیت مورد بررسی تفاوت معنی‌دار داشتند. هر چه افراد در زندگی با بحران بیشتری روبرو می‌شوند، بیشتر احساس درماندگی و شکست می‌کنند. چیزی که در زندگی افراد مبتلا به HIV به وفور دیده می‌شود و فرد مبتلا به دنبال تشخیص بیماری و تبعات ناشی از آن در دراز مدت این احساس را خواهد داشت.

در نتیجه به نظر می‌رسد موقعیتی که فرد بطور مداوم با مشکلات جسمی نافذ روبرو می‌شود می‌تواند نقطه آغازین فرایند نشانگان افت روحیه باشد (۱۶). لذا این‌گونه می‌توان در نظر گرفت که هسته مرکزی نشانگان افت روحیه، شناخت‌هایی از درماندگی و احساس شکست فردی ناشی از حس گیر افتادن در یک موقعیت بوده و با وضعیت هیجانی ناامیدی و فقدان معنا و هدف همراه است. علاوه بر این، فقدان آینده ارزشمند، ناشی از فقدان احساس ارزش و خودکارآمدی برای بدست آوردن آن، فرد دچار نشانگان افت روحیه را از انگیزه مقابله جدید و متفاوت، محروم می‌کند (۱۶). بنابراین به نظر می‌رسد مولفه‌های زمینه‌ساز بروز نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به عفونت نقص ایمنی با ماهیت پیش‌رونده و کشنده و برانگیزاننده‌ی اضطراب‌های وجودی (اضطراب مرگ، تنهایی و غیره) این بیماری، در هم تنیده باشند. نتایج این مطالعه می‌تواند توجه روانشناسان و پرستاران را به نیازها و اضطراب‌های وجودی این دسته از بیماران جلب کند. نیازهایی که پرداختن به آنها می‌تواند در پیشگیری از آسیب‌های جدی‌تر و بهبود زندگی ایشان مؤثر باشد.

■ نتیجه‌گیری

زندگی توأم با بیماری مزمن و بالقوه خطرناک، غیرقابل پیش‌بینی و نامطلوب است و به عزت نفس، احساس آزادی، فعالیت‌های روزمره، راحتی جسم، زندگی و آینده بیمار لطمه می‌زند. بیماری‌های مزمن پیامدهای مختلف را در فرد و زندگی او به جا می‌گذارند از جمله خشم، انکار، افسردگی، عدم اطمینان، تنهایی و نشانگان افت روحیه. پژوهش حاضر نشان داد که نشانگان افت روحیه (بی‌معنایی، ملالت، یاس، درماندگی و احساس شکست) بیماران مبتلا

ناامیدی و ملالت به عنوان دیگر مولفه‌های نشانگان افت روحیه در بین این دو جمعیت تفاوت معنی‌داری داشتند که بیان می‌کند افراد مبتلا به بیماری HIV نسبت به افراد عادی از ناامیدی و ملالت شدید نسبت به زندگی و ادامه آن برخوردار هستند. در این راستا نجار کلائی و همکاران (۲۴) در مطالعه‌ای کیفی بیان کردند که اکثر بیماران بر مسأله فقدان درمان قطعی بیماری و ناامیدی به زندگی تأکید می‌نمودند و عاقبت خود را مرگ و نیستی می‌دانستند. بطوریکه بیماران این ناامیدی را از اثرات مهم این بیماری بر روی روحیه خود بیان کرده‌اند و دائماً انتظار وقوع مرگ را داشتند. Scoili و همکاران (۲۵) در مطالعه‌ای تأثیر امید در سلامتی بیماران مبتلا به ایدز را مورد بررسی قرار دارند و میزان سلامتی و روحیه آنها را پس از امیددرمانی ارزیابی کرده و به این نتیجه رسیدند که افزایش امید منجر به افزایش سلامتی و بهبود روحیه در این بیماران می‌گردد.

بی‌معنایی نسبت به زندگی، از دیگر خرده مقیاس‌های نشانگان افت روحیه، بین دو گروه از جمعیت مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری نشان داد. Mc Grath معتقد است که بیماری‌های تهدید کننده زندگی، تحمیل کننده نیازهای بی‌شماری‌اند که می‌تواند قابلیت افراد برای معنا دادن به تجربه‌های زندگیشان را کاهش داده و منجر به از دست دادن پیوند معنایی‌شان با زندگی شده و احساس پوچی، بی‌معنایی و خلاء را به دنبال داشته باشد که وی از آن به عنوان درد معنوی یاد می‌کند (۲۶). بنابراین می‌توان گفت کاهش نشانگان افت روحیه، به تلاش فرد برای ساختن معنای زندگی از دست رفته مخصوصاً در دوره مواجه شدن با بحران و گرفتاری‌هایی مثل بیماری‌های تهدیدکننده زندگی که از وضعیتهای ناتوان کننده و طاقت فرساست، اشاره دارد (۱۹). نکته قابل توجه در ارتباط با فقدان معنا در متغیر نشانگان افت روحیه این است که این مولفه بطور خاص به شکل غیرقابل انکاری با دلالت‌های شناختی، انگیزشی و هیجانی آن مرتبط است (۱۶) و نتایج نشان داده که نشانگان افت روحیه به شکل معکوسی با معنای کلی و احساس انسجام همبستگی دارد (۲۷، ۲۸).

بنابراین ایجاد احساس معنا و هدفی جدید در زندگی طی دوران بیماری (که شامل توانایی ترکیب و منسجم ساختن تجارب و رسیدن به درکی از خود و جهان است) عاملی حفاظتی در برابر



دلیل وجود نوعی فضای انسان‌گرایانه، از رویکردهای درمانی روانشناختی نسبت به بیماران استفاده نمایند و مانع از بروز درمان‌های پزشک‌محورانه گردند. در واقع آنچه این بیماران بیشتر به آن نیاز دارند وجود یک رابطه درمانی موثر و توجه به مفاهیم وجودی و پذیرش مسلمات هستی برای یک زندگی خوب با طول عمر بیشتر و روحیه بالاتر است تا دچار یاس، ناامیدی، احساس درماندگی و بطور کلی نشانگان افت روحیه نشوند و با زندگی حال خود و تبعاتی که بیماری برای آنها ایجاد کرده به خوبی کنار بیایند.

■ تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری بیماران گرامی و یاری دوستانه پرسنل محترم مرکز شهید سبزه‌پرور کرج و مرکز تحقیقات ایدز بیمارستان امام خمینی (ره) تهران نهایت تشکر را داریم.

■ References

1. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures: 2011-2012. Available from: URL: <http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/breastcancerfactsfigures/breast-cancer-facts-and-figures-2011-2012/>, (Accessed: 5 February 2013).
2. Hubley J. The AIDS Handbook: A Guide to the Understanding of AIDS and HIV. London: Macmillan Publishers Ltd; 1990.
3. Kaut K. Religion, Spirituality, and Existentialism near the End of Life: Implications for Assessment and Application. Am Behav Sci. 2002; 46(2): 220-34.
4. Chochinov H, Cann B. Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying. J Palliat Med. 2005; 8(1): 103-15.
5. Stevens J, Michael A. Predictors of Existential Openness. J Res Pers. 1992; 26(1): 32-43.
6. Yalom ID. Existential Psychotherapy. USA; 1980. [In Persian].
7. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. 8th ed. Cengage Learning; 2013.
8. Cherny NI, Blinderman CD. Existential Issues Do Not Necessarily Result in Existential Suffering: Lesson from Cancer Patients in Israel. Palliat Med. 2005; 19(5): 371-80.

به HIV از افراد عادی بیشتر است. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در مقابله با بیماری دچار نشانگان افت روحیه شدیدی می‌شوند که نسبت به افراد عادی به سختی می‌توانند با مشکل خود روبرو شوند. ایشان دائماً به مرگ و عدم بهبود خود و زندگی فکر می‌کنند و این عامل با گذشت زمان بر فرد و زندگی او اثرات نامطلوبی را به جای می‌گذارد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و اختصاص محل نمونه‌گیری به تنها یک بیمارستان دولتی و مرکز بهداشتی درمانی اشاره داشت که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن مرتفع نمودن محدودیت‌های مذکور، به بررسی سایر جنبه‌های نشانگان افت روحیه با استفاده از روش‌های پژوهشی مختلف و گروه‌های متفاوت پرداخته شود. همچنین پرسنل درمانی می‌توانند در جریان خدمات درمانی به

9. Leung D, Esplan MJ. Alleviating Existential Distress of Cancer Patients: Can Relational Ethics Guide Clinicians?. Euro J Cancer Care. 2010; 19(1): 30-8.
10. Kissane DW. Psychospiritual and Existential Distress. Aust Fam Physician. 2000; 29(11): 1022-25.
11. Kissane DW, Clark DM, Street AF. Demoralization Syndrome. A Relevant Psychiatric Diagnosis for Palliative Care. J Palliat Care. 2001; 17(1): 12-21.
12. Naghiay M. Effectiveness of an Eclectic Method to Couple Therapy Based on Existential Approach with Olson's Model on Marital Satisfaction and Family Function of Mastectomy Women and Their Husbands. (Dissertation for the degree of MSc). University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2013. [In Persian].
13. Bahmani B. Comparison the Effectiveness of Two Methods of "Cognitive Therapy-Based Teaching Style Michael Ferry" and "Group Therapy Cognitive / Existential" the Hope, Self-Esteem and Quality of Life in Women after Treatment for Breast Cancer, Non-Reported Symptoms of Depression Have Demonstrated. (Dissertation for the degree of PhD). University of Allameh Tabatabaie; 2010. [In Persian].
14. Kissane DW, Maj M, Sartorius N. Depression and Cancer. John Wiley & Sons; 2011.



15. Kissane DW, Clark DM. Demoralization: Its Phenomenology and Importance. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002; 36(6): 733-42.
16. Vehling S, Lehmann C, Oechsle K, Bokemeyer C, Krull A, Koch U, et al. Is Advanced Cancer Associated with Demoralization and Lower Global Meaning? The Role of Tumor Stage and Physical Problems in Explaining Existential Distress in Cancer Patients. *Psychooncology*. 2012; 21(1): 54-63.
17. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. An Exploratory Factor Analysis of Existential Suffering in Japanese Terminally Ill Cancer Patients. *Psychooncology*. 2000; 9(2): 164-8.
18. Naghiay M, Bahmani B, Alimohammadi F, Dehkhoda A. Demoralization in Women with Breast Cancer: A Comparative Study. *Proceedings of the Third National Congress of Psychology*. Marvdasht. 2013. [In Persian].
19. Schreiber R, Bruce A, Boston P. Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 41(3): 604-18.
20. Mullane M, Dooley B, Tiernan E, Bates U. Validation of the Demoralization Scale in an Irish Advanced Cancer Sample. *Palliat Support Care*. 2009; 7(3): 323-30.
21. Lee CY, Fang CK, Yang YC, Liu CL, Leu YSh, Wang TE, et al. Demoralization Syndrome Among Cancer Outpatients in Taiwan. *Support Care Cancer*. 2012; 20(10): 2259-67.
22. Kissane DW, Wein S, Love A, Lee XQ, Kee PL, Clarke DM. The Demoralization Scale: A Report of Its Development and Preliminary Validation. *J Palliat Care*. 2004; 20(4): 269-76.
23. Strang P. Existential Consequences of Unrelieved Cancer Pain. *Palliat Med*. 1997; 11(4): 299-305.
24. Rahmati F, Niknami SH, Shokravi FA, Ravari A. HIV/AIDS Patients' Experiences about Stigma: A Qualitative Study. *J Qual Res Health Sci*. 2012; 1(2): 71-80. [In Persian].
25. Scoili A, MacNei S, Partridge V, Tinker E, Hawkin E. Hope, HIV and Health: Aprospective Study. *AIDS care*. 2012; 24(2): 149-56.
26. McGrath P. Creating a Language for "Spiritual Pain" Through Research: A Beginning. *Support Care Cancer*. 2002; 10(8): 637-46.
27. Boscaglia N, Clarke DM. Sense of Coherence as a Protective Factor for Demoralization in Women with a Recent Diagnosis of Gynaecological Cancer. *Psychooncology*. 2007; 16(3): 189-95.
28. Lethborg C, Aranda S, Shelley C, Kissane D. To What Extent Does Meaning Mediate Adaptation to Cancer? The Relationship between Physical Sufferings, Meaning in Life, and Connection to Others in Adjustment to Cancer. *Palliat Support Care*. 2007; 5(4): 377-88.



Demoralization Syndrome in Patients with Human Immunodeficiency Virus

Bahman Bahmani¹, Shiva Farmani Shahreza^{*2}, Masumeh Amin Esmaceli³, Maedeh Naghiay⁴, Ali Ghaedniay Jahromi⁵

1- Assistant Professor, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- MSc Student of Family Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Iranian Research Center for HIV/AIDS, Iranian National Center for Addiction Studies, Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- PhD Student of Rehabilitation Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

5- MSc of Clinical Psychology, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Received Date: 2014/09/14

Accepted Date: 2015/01/04

Abstract

Introduction and Aims

Demoralization syndrome is characterized by individual's inability to cope with the stressful event and losing sense of mastery and meaning of life which could result in feelings of subjective incompetency and people can experience it after potentially fatal diseases. In this regard, demoralization syndrome in patient with human immunodeficiency virus (HIV) were compared to the general population.

Materials and Methods

In a descriptive-comparative study, 50 patients (aged 20 to 50 years) with HIV referring to infectious department of Imam Khomeini hospital, and the Tehran health centers with nonrandomized available choice, and with 50 people of general population (aged 20 to 50 years) in terms of gender, age and education level were matched for comparison and were selected to answer the Demoralization Scale (Kissane 2004). Data were processed by SPSS v.20 to calculate independent T test.

Results

Findings indicate significant deference ($P < 0.0001$) between demoralization syndrome of patients with human immunodeficiency virus (HIV) and general population.

Conclusion

Regarding to high level of demoralization syndrome in these patients, paying attention to their existential needs seems to be necessary in prevention of intensification of psychological problems.

Keywords

Existential Distress, Demoralization Syndrome, HIV

* **Corresponding Author:** Tehran University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Consulting Group.

E-mail: Sh.farmani.shahreza@gmail.com