



دانشگاه کردستان  
دانشکده ادبیات و علوم انسانی  
گروه روانشناسی

عنوان:

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیروی از دستورات دارویی و افسردگی در افراد مبتلا به ایدز  
تحت درمان ART و MMT

پژوهشگر:

شهین فخرایی

استاد راهنما:

دکتر احمد سهرابی  
دکتر فرزین رضاعی

استاد مشاور:

دکتر احمد امانی

پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی  
زمستان 1390



دانشگاه کردستان  
دانشکده ادبیات و علوم انسانی  
گروه روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش بالینی

عنوان :

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیروی از دستورات دارویی و افسردگی در افراد مبتلا به ایدز  
تحت درمان ART و MMT

پژوهشگر:

شهین فخرایی

در تاریخ 90/12/17 توسط کمیته تخصصی و هیات داوران زیر مورد بررسی قرار گرفت و با نمره و درجه عالی به تصویب رسید.

امضاء	مرتبه علمی	نام و نام خانوادگی	هیات داوران
	استادیار	دکتر احمد سهرابی	1- استاد راهنمای اول
	استادیار	دکتر فرزین رضاعی	2- استاد راهنمای دوم
	استادیار	دکتر احمد امانی	3- استاد مشاور
	استادیار	دکتر خیراله صادقی	4- استاد داور خارجی
	استادیار	دکتر زلیخا قلی زاده	5- استاد داور داخلی

## تعهد نامه

---

اینجانب شهین فخرایی دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی با گرایش بالینی دانشگاه کردستان، دانشکده ادبیات و روانشناسی تعهد می‌نمایم که محتویات این پایان‌نامه نتیجه تلاش و تحقیقات خود بوده و هرگونه کپی برداری نشده و به پایان رسانیدن آن نتیجه تلاش و مطالعات مستمر اینجانب و راهنمایی و مشاوره اساتید بوده است.

با تقدیم احترام  
شهین فخرایی  
1390/11/ 17

تقدیم به:

همسر عزیز

و

سانیار و تانیای دوست داشتنی ام

## تقدیر و تشکر

از زحمات و راهنمایی های ارزنده ی اساتید ارجمند دکتر محمد علی کیانی، دکتر فاتح رحمانی، دکتر سلطانیان، دکتر ناصر شیربیگی، و دکتر نعمت اله عزیزی، که از آغاز پذیرش اینجانب و در طی تحصیل کمکهای شایانی به اینجانب نموده اند ، و همه ی عزیزانی که به نحوی از انحاء کمک نموده اند، سپاسگزاری می نمایم. مخصوصاً، از راهنمایی و نظرات ارزنده ی اساتید راهنمای گرامی آقایان دکتر احمد سهرابی و دکتر فرزین رضاعی، و استاد مشاور بزرگوار دکتر احمد امانی سپاس و قدردانی می کنم. همچنین از زحمات بی شائبه ی جناب آقای دکتر شیرزاد سیفی پزشک مسئول مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری سنندج و سایر پرسنل زحمتکش مرکز تشکر و قدردانی می کنم.

در حال حاضر با پیشرفت هایی که در زمینه درمان بیماری ایدز بدست آمده، این بیماری بعنوان یک بیماری مزمن هزینه گزافی را بر سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل کرده است. تحقیقات متعدد در این زمینه نشان می دهد که این بیماران بدلیل سوء مصرف مواد و ابتلاء به بیماری افسردگی و نیز مصرف متادون (MMT) همکاری خوبی در مصرف داروهای ضد ویروسی (ART) که برای این بیماران بسیار حیاتی است، ندارند. بنابراین، در این پژوهش سعی شده به روش کارآزمایی کنترل شده تصادفی، تاثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیروی از دستورات دارویی و افسردگی تحت عنوان CBT-AD در بیماران HIV+ تحت درمان داروی ضد ویروسی ART و MMT بر وضعیت این بیماران از لحاظ افسردگی، پیروی از دستورات دارویی، و CD4+ بررسی شد. تحقیق حاضر روی گروه بزرگتری نسبت به تنها مطالعه ی مشابه قبلی که بررسی موردی بود انجام شد و دارای گروه کنترل نیز بود. مطالعه ی مشابه دیگر در این زمینه معتادان تحت درمان متادون را بررسی نکرده و قادر به نشان دادن بهبود سیستم ایمنی نشده است. نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله CBT-AD در افزایش پیروی از دستورات دارویی، افزایش CD4+، و کاهش افسردگی به طور معناداری موثر است، و در مرحله پیگیری این تاثیر تداوم یافت. لازم به ذکر است تأثیر این مداخله در افزایش CD4+، بهبود تغذیه، و فعالیت جسمی برای اولین بار نشان داده شد.

واژگان کلیدی: ایدز، اچ ای وی، داروی ضد ویروسی (ART)، تبعیت از دستورات دارویی، درمان ننگه دارنده متادون (MMT)، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیروی از دستورات دارویی، افسردگی (CBT-A) و CD4+.

## فهرست مطالب

6	تقدیر و تشکر.....
10	چکیده .....
12	فصل اول.....
12	1-1- مقدمه .....
13	1-2- بیان مسئله پژوهشی .....
15	3-1- اهمیت و ضرورت تحقیق .....
17	4-1- اهداف تحقیق:.....
17	1-4-1- هدف کلی:.....
17	2-4-1- اهداف اصلی .....
18	3-4-1- اهداف فرعی .....
18	4-4-1- اهداف کاربردی.....
18	5-1- فرضیه های تحقیق.....
18	1-5-1- فرضیه های اصلی .....
19	6-1- تعریف نظری و عملی متغیرها .....
19	1-6-1- درمان CBT-AD:.....
19	2-6-1- افسردگی.....
19	3-6-1- پیروی از دستورات دارویی.....
20	4-6-1- میزان CD4+ .....
22	فصل دوم .....
22	1-2- مقدمه .....
23	2-2- اعتیاد و HIV.....
25	3-2- افسردگی و HIV .....
26	4-2- مداخلات مبتنی بر CBT و HIV .....
29	فصل سوم .....
29	1-3- مقدمه.....

29	2-3- شیوه انتخاب شرکت کنندگان و معیارهای شمول
32	3-3- ارزیابی
	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 1-3-3 ابزار های سنجش
34	4-3- روش مداخله
34	1-4-3- بخش آموزش روانی/انگیزشی
35	2-4-3- بخش قدمهای زندگی
43	3-4-3- بخش برنامه ریزی فعالیت
43	4-4-3- بخش بازسازی شناختی
44	5-4-3- بخش حل مسئله
44	6-4-3- آموزش تنفس دیافراگمی/ تن آرامی عضلانی پیشرونده
44	7-4-3- جلسه مروری و پیشگیری از عود
44	5-3- روش استخراج و تحلیل داده ها
46	فصل 4
46	1-4- مقدمه
47	2-4- نتایج فرضیه ها به تفکیک
47	1-2-4- فرضیه 1:
49	2-2-4- فرضیه 2:
52	3-2-4- فرضیه 3:
54	3-4- سایر نتایج
54	1-3-4- اثر مداخله در فعالیت بدنی و تغذیه
55	2-3-4- نتایج گروه مداخله در طول جلسات
60	فصل 5
60	1-5- مقدمه
60	2-5- یافته ها به تفکیک فرضیه ها
60	1-2-5- بحث در مورد فرضیه 1:
61	2-2-5- بحث در مورد فرضیه 2:



61	.....3: فرضیه 3-2-5- بحث در مورد
62	..... تغذیه 3-5- بحث در مورد سایر یافته ها: اثر مداخله در فعالیت بدنی و وضعیت
62	..... کلی 4-5- بحث در مورد نتایج
63	..... تحقیق 5-5- محدودیتهای
64	..... آینده 6-5- پیشنهادات کاربردی جهت تحقیقات
68	..... منابع
74	..... پیوستها
115	..... Abstract

# فصل 1

## كليات تحقيق

## فصل اول

### کلیات تحقیق

#### 1-1- مقدمه

وقتی ایدز<sup>1</sup> (Acquired Immune Deficit Syndrome, AIDS) برای اولین بار در سال 1981 معرفی شد، کسی تصور نمی کرد که این بیماری این چنین با سرعت و در مقیاس گسترده در دنیا انتشار پیدا کند. عامل بیماری ایدز ویروس نقص ایمنی انسان<sup>2</sup> (HIV) است. هنگامی که لنفوسیت های T در تیموس روند بلوغ را آغاز می کنند، در سطح خود دارای دو گیرنده CD4+ یا CD8 هستند، اما در طی بلوغ سلول T در نهایت یکی از آنها می شود. ویروس HIV از طریق آلوده کردن سلول های لنفوسیت T CD4+ و از طریق فعال سازی سیستم ایمنی و ایجاد یک محیط جهت تکثیر خود، موجب تضعیف سیستم ایمنی می شود. حذف سلول های T نوع CD4+ از خون محیطی نشانه ی بارز عفونت فزاینده با HIV، موسوم به لود ویروسی، است. تخمین های موجود از تخریب روزانه یک میلیارد سلول CD4+ حکایت می کند (معاونت سلامت بیماریها، 1384).

بعد از ورود ویروس به بدن ممکن است تا 6 ماه تشخیص ویروس HIV امکان پذیر نباشند. اما زمانی که ویروس شناسایی شد، حدود 10 تا 17 سال (مرحله پنهانی بیماری) طول می کشد تا فرد وارد مرحله بیماری ایدز شود. وقتی فرد وارد مرحله ایدز شد، CD4+ وی به شدت کاهش می یابد که باید هر چه سریعتر داروی ضد ویروسی (ART) را مصرف نمایند. لازم به ذکر است که این دارو بسیار پر هزینه است و از طریق سیستم بهداشتی رایگان در اختیار بیماران قرار می گیرد (معاونت سلامت بیماریها، 1384).

<sup>1</sup> Acquired Immune Deficits Syndrome

<sup>2</sup> Human Immunodeficiency Virus

بر اساس تحقیقات انجام شده عوامل متعددی در کاهش میزان پیروی از دستورات دارویی بیماران HIV+ دخیل هستند، اما نقش مشکلات مربوط به مصرف داروهای ضد ویروسی از جمله عوارض دارویی، سایز قرصها، و یا باور در مورد تداخل دارویی با متادون بارزتر است. همچنین، واربرتن و همکاران (2001) نشان داده اند که بیشتر از یک سوم آزمودنی های مبتلا به HIV که درمان نگهدارنده ی متادون نیز دریافت می کنند، در مصرف داروهای ضد ویروسی کمتر از 80% همکاری دارند. و این در حالی بود که عدم همکاری در مصرف داروها (یعنی عدم پیروی از دستورات دارویی) با سطح لود ویروسی و افسردگی به طور مثبت و معنادار رابطه دار داشت.

مطالعات چندی نشان داده است، میزان افسردگی در بین افراد مبتلا به HIV، 15 تا 40 % می باشد (مثلا انجمن روانپزشکی امریکا [APA]، 2000). هم چنین، افسردگی در بین افرادی که مبتلا به HIV بوده و سابقه تزریق مواد مخدر دارند و یا اینکه اخیراً تزریق کننده مواد شده اند نیز رایج است (سرودی و همکاران، 2008). ترکیب افسردگی و سوء مصرف مواد، شرایط پیچیده ای برای پیروی از دستورات دارویی ایجاد می کند. در یک مطالعه، شیوع افسردگی اساسی بین افراد مبتلا به HIV تحت درمان متادون بیشتر از 36% می باشد (تورینا و دیگران، 2001). یکی از مطالعاتی که این مسئله را در ارتباط با MMT بررسی کرده و نشان داده است، مطالعه ریارا و همکاران می باشد که 200 فرد مبتلا به HIV را به مدت 9 ماه بررسی کردند و نتایج حاصله نشان داد که افسردگی و درمان نگهدارنده ی متادون جزو عوامل خطر در کاهش مصرف داروهای ضد ویروسی می باشند (ریارا و دیگران، 2002).

## 2-1- بیان مسئله پژوهشی

بیماری ایدز از راههایی منتقل می شود که با رفتارهای پنهان انسان (ارتباط جنسی، اعتیاد تزریقی و ...) در ارتباط است. بنابراین، ایدز صرفاً یک بیماری عفونی نیست، بلکه یک بیماری رفتاری نیز هست. و مانند سایر بیماریهای رفتاری چند عاملی بوده و کنترل آن دشوار است (راهنمای آموزشی AIDS / HIV، مرکز مدیریت بیماریها، 1384).

در حال حاضر درمان موجود برای ایدز ترکیبی از چهار نوع دارو است که ART نامیده می شود و برای به حداکثر رساندن موفقیت در درمان و به حداقل رساندن ریسک مقاومت دارویی، پیروی از دستورات دارویی نزدیک به 90% یا بیشتر لازم است. اما با توجه به عوارض دارویی کوتاه مدت و

بلند مدت این داروها از جمله خستگی، تهوع، اسهال، بیخوابی، تجمع غیر عادی چربی در بدن، تغییر ذائقه، ضعف اعصاب پیرامونی (آسیب به سیستم عصبی پیرامونی) تحمل این داروها بخصوص در اوایل بسیار مشکل است. بعلاوه، این داروها بایستی مادام العمر نیز مصرف شوند.

برای بدست آوردن سودمندی کامل درمان ART فرد بایستی چهار نوع دارو را با دوز معین و سر وقت مصرف نماید که این به معنی پیروی از دستورات دارویی می باشد. اگر پیروی از دستورات دارویی فرد مبتلا به ایدز در حد عالی باشد، توانایی ویروس HIV برای تکثیر، یا تکرار خودش از بین می رود و مقاومت دارویی اتفاق نمی افتد و این باعث می شود لود ویروسی بیمار (میزان ویروس در جریان خون) خیلی کم، و یا حتی به سطح غیر قابل تشخیص (بوسیله برخی از ابزارها) برسد. در این حالت سرکوبی ویروس اتفاق می افتد. به این معنی که ویروس دیگر به سیستم ایمنی فرد حمله نمی کند و سلولهای CD4+ فرد افزایش می یابد، و باعث می شود سیستم ایمنی هم چنان در برابر عفونتها مصون بماند.

چنانکه سافرین و همکاران (2007الف،ب) اشاره کرده اند، افسردگی و مصرف مواد هر دو به میزان زیادی با HIV همپوشی دارند و خود مراقبتی و کیفیت زندگی را تحت شعاع قرار می دهد. افسردگی یک وضعیت رایج در بیماریهای مزمنی چون فشارخون بالا، بیماری عروق کرونر، سرطان، دیابت، آسم و از جمله ایدز نیز می باشد. افسردگی به تنهایی می تواند در این بیماریها مغل باشد. افراد مبتلا به افسردگی که در عین حال بیماری مزمن دارند، سه برابر بیشتر از افراد غیر افسرده دستورات دارویی را رعایت نمی کنند. بعلاوه نشانه های اولیه و مرتبط با افسردگی به طور قابل ملاحظه ای روی رفتارهای خود مراقبتی برای تداوم رژیم درمانی اثر می گذارد.

مداخلات روانشناختی تأثیرات قابل ملاحظه ای در افزایش پیروی از دستورات دارویی در بیماران HIV+ دارد. در همین زمینه، سافرین و همکاران (سافرین و دیگران، 2009؛ سرودی و همکاران، 2008) با به کارگیری درمان شناختی رفتاری سعی در بالا بردن میزان پیروی از دستورات دارویی و بهبود افسردگی بیماران HIV+ نمودند. آنها از مداخله موسوم به رفتار درمانی شناختی مبتنی بر پیروی از دستورات دارویی و افسردگی (CBT-AD) استفاده کردند. این رویکرد درمانی براساس رویکرد سنتی CBT جهت درمان افسردگی و تکنیکهای مداخله ای که برای بیماران مزمن به طور کلی کاربرد دارد، استوار است (نزو و همکاران، 1998). استراتژی مورد استفاده جهت افزایش پیروی از دستورات دارویی شامل قدمهای زندگی و زیر نظر گرفتن داروها است. بخش های این درمان شامل مداخله یک

جلسه ای در مورد پیروی از دستورات دارویی (قدمهای زندگی؛ سافرین و همکاران، 1999، 2001) و هفت جلسه دیگر که شامل بخش آموزش روانی/ انگیزشی، برنامه ریزی فعالیت، بازسازی شناختی و 1 و 2، حل مسئله، آموزش تنفس دیافراگمی/ تن آرامی و در نهایت جلسه ی مروری و پیشگیری از عود می باشد، می شود. به طور خاص در CBT-AD بیماران ابتدا مداخله ی شناختی رفتاری را با تمرکز روی ارتقاء مهارتهای مرتبط با پیروی از دستورات دارویی دریافت می کنند، همچنین از واحدهای جزیی تر CBT که ذکر شد جهت بهبود رفتارهای پیروی از دستورات دارویی / خود مراقبتی و از جمله افسردگی استفاده می کنند.

مطالعات مذکور مورد و مثال خوبی است از اینکه چگونه CBT می تواند به بهبودی افسردگی و رفتارهای خود مراقبتی در شرایط بسیار پیچیده پزشکی و روانپزشکی چون ایدز منجر شود. البته تحقیقات قبلی محدودیتهای خاصی داشت. از جمله تحقیق سرودی و همکاران (2008) بررسی موردی با چهار بیمار HIV+ تحت MMT و بدون گروه کنترل بود. در تحقیق سافرن و همکاران (2009) افراد معتاد حذف شدند و نیز نتوانستند اثربخشی CBT-AD را روی لود و ویروسی نشان دهند. در تحقیق حاضر معتادان HIV+ تحت درمان MMT انتخاب شدند و درمان CBT-AD در مورد آنها اجرا شد تا اثر بخشی این مداخله در افزایش پیروی از دستورات دارویی و CD4+ (که با لود ویروسی رابطه دارد) و نیز کاهش افسردگی نشان داده شود.

### 1-3- اهمیت و ضرورت تحقیق

اگرچه درمان ضد ویروسی (ART) سلاح نیرومندی در مدیریت بالینی HIV است، پیروی از دستورات دارویی "پاشنه آشیل" آن است، زیرا نتیجه مطلوب معمولاً با پیروی بسیار بالا از دستورات دارویی حاصل می شود (واگنر و دیگران، 2006). متأسفانه، متوسط پیروی از دستورات دارویی ART عموماً از 50% تا 80% می باشد، و فقط تعداد کمی (20% تا 40%) از بیماران در حد 90% و بالاتر پیروی از دستورات دارویی را دارند. اگر چه سودمندی بالینی باارزشی با سطح متوسطی از پیروی از دستورات دارویی حاصل می شود، ولی احتمال سرکوبی کامل ویروسی زمانی به حداکثر خود می رسد که پیروی از دستورات دارویی به 90% یا بیشتر برسد (واگنر و دیگران، 2006).

یکی از مشکلات اساسی در مراقبت از بیماریهای مزمنی چون دیابت، ایدز و ... وجود افسردگی و پیروی از دستورات دارویی ضعیف می باشد. در این رابطه دی ماتو و همکاران (2000) تاکید کرده

اند، در بیماری های مزمن متعدد بویژه HIV پیروی از دستورات دارویی ضعیف می باشد (کاتز و همکاران، 2000). در واقع همکاری در مصرف داروهای ضد ویروسی معمولاً کمتر از حد انتظار است و روی اهداف بلند مدت کنترل بیماری، از جمله مقاومت دارویی، پیامدهای سلامت ضعیف، و شکست درمانی اثر منفی می گذارد.

درمان ضد ویروسی به طور قابل ملاحظه ای طول عمر را افزایش و کیفیت زندگی را در مبتلایان به HIV بالا می برد. هر چه همکاری در مصرف داروهای ضد ویروسی بیشتر باشد این بیماران می توانند 10 تا 15 سال و یا بیشتر عمر کنند ولیکن، عدم همکاری در مصرف مرتب دارو باعث مقاومت دارویی و کاهش قابل ملاحظه طول عمر آنها می شود (سرودی و همکاران، 2008).

دلایل متعددی وجود دارد که نشان می دهد چرا همکاری در مصرف داروهای ضد ویروسی معمولاً پایین است. از جمله:

- ایدز یک بیماری مزمن است و فرد مبتلا بایستی مقدار زیادی دارو را روزانه و مادام العمر مصرف نماید.

- ایدز یک بیماری رفتاری است، بدلیل انگ بیماری بیماران مبتلا به ایدز در اکثر موارد داروها را پنهانی و بدور از چشم سایر اعضای خانواده و دوستان مصرف می کنند. که این مسئله باعث عدم مصرف و یا مصرف نامرتب دارو می شود.

- تعداد قابل توجهی از افراد HIV مثبت جزو تزریق کنندگان مواد بوده اند. براساس آمارهای موجود 44% از مبتلایان به HIV اختلال سوء مصرف دارند و 25% از آنهايي که در سال 2004 تشخیص HIV را داشتند، مصرف کننده تزریقی مواد بودند (مراکز پیشگیری و کنترل بیماری [CDC] ، 2003، 2005).

- هم چنین شیوع اختلالات خلقی در افراد مبتلا به HIV در برخی از مطالعات 37% می باشد (اچ و همکاران، 2003؛ اتکنسون و کرانت، بینگ و همکاران، 2007؛ دو و همکاران، 1997) و میزان افسردگی در بین افراد مبتلا به HIV، 15 تا 40% گزارش شده است (مثلا انجمن روانپزشکی امریکا [APA]، 2000).

- افسردگی درمان نشده باعث می شود که بیمار از دستورات دارویی کمتر پیروی کند و یا دارو را به طور کامل قطع کند. زیرا بدلیل علایم نباتی افسردگی از جمله اختلال خواب و اشتها، کاهش انرژی،

خستگی، افکار منفی و ناکارآمد مربوط به بیماری و دارو، و نیز ناامیدی، فرد مبتلا به HIV کمتر از دستورات دارویی پیروی می کند.

- درصد قابل توجهی از بیماران HIV مثبت بدلیل سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده ی متادون هستند. در مطالعه ریارا و همکاران (2002) که 200 فرد مبتلا به HIV را به مدت 9 ماه بررسی کردند، که نتایج حاصله نشان داد که افسردگی و درمان نگهدارنده ی متادون جزو عوامل خطر در عدم مصرف داروهای ضد ویروسی می باشد.

علاو بر موارد ذکر شده، مداخلات روانشناختی اخیر تأثیرات قابل ملاحظه‌ای در افزایش همکاری درمانی در بیماران HIV+ دارد.

بنابراین به نظر می رسد مداخله مورد استفاده در تحقیق حاضر بتواند کمک موثری به بیماران مبتلا به ایدز کند. زیرا روی عوامل روانشناختی دخیل در این بیماری تمرکز دارد. مانند افسردگی، اعتیاد، پیروی کردن از دستورات دارویی

#### **4-1- اهداف تحقیق:**

##### **1-4-1- هدف کلی:**

این تحقیق تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیروی از دستورات دارویی و افسردگی تحت عنوان CBT-AD را در بیماران HIV+ تحت درمان داروهای ضد ویروسی (ART) و درمان نگه دارنده (MMT) با هدف افزایش پیروی از دستورات دارویی و CD4+ و نیز کاهش افسردگی مورد بررسی قرار می دهد.

##### **1-4-2- اهداف اصلی**

تحقیق حاضر اهداف جزئی ذیل را بررسی می کند:

1) تعیین تأثیر CBT-AD بر افزایش پیروی از دستورات دارویی

2) تعیین تأثیر CBT-AD بر کاهش افسردگی

3) تعیین تأثیر CBT-AD بر افزایش CD4+



### 1-4-3- اهداف فرعی

1) تعیین تاثیر CBT-AD بر بهبود تغذیه

2) تعیین تاثیر CBT-AD بر افزایش فعالیت بدنی

### 1-4-4- اهداف کاربردی

این تحقیق در راستای اهداف کاربردی زیر می باشد:

الف) ترجمه کتاب کارمخصوص مراجعان

ب) ترجمه راهنمای مخصوص درمانگران

ج) ترجمه تست افسردگی CES-D

د) تعیین مشخصه های روان سنجی تست CES-D

### 1-5-1- فرضیه های تحقیق

#### 1-5-1-1- فرضیه های اصلی

1) درمان CBT-AD برافزایش پیروی از دستورات دارویی در افراد مبتلا به ایدز تحت درمان ART و MMT تاثیر دارد.

2) درمان CBT-AD در کاهش افسردگی افراد مبتلا به ایدز تحت درمان ART و MMT تاثیر دارد.

3) درمان CBT-AD در افزایش شمار سلولهای CD4 + افراد مبتلا به ایدز تحت درمان ART و MMT تاثیر دارد.

## 1-6-1- تعریف نظری و عملی متغیرها

### 1-6-1-1- درمان CBT-AD:

الف) تعریف نظری: این رویکرد درمانی بر اساس رویکرد سنتی CBT جهت درمان افسردگی و تکنیکهای مداخله ای که برای بیماران مزمن به طور کلی کاربرد دارد، استوار است (نزو و همکاران، 1998). در تحقیقی جدید سرودی و دیگران (2008) سعی کردند که با استفاده از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیروی از دستورات دارویی و افسردگی، میزان پیروی از دستورات دارویی را افزایش و افسردگی را کاهش دهند. آنها از مداخله موسوم به رفتار درمانی شناختی مبتنی بر پیروی از دستورات دارویی و افسردگی (CBT-AD) استفاده کردند.

ب) تعریف عملیاتی: مداخله CBT-AD حداقل شامل 8 جلسه می شود. که جلسه اول به مصاحبه انگیزشی و توضیح مدل CBT از افسردگی و نیز مؤلفه های رفتاری، فیزیولوژیکی، و شناختی افسردگی اختصاص دارد. جلسات بعدی به ترتیب در مورد برنامه ریزی فعالیت، بازسازی شناختی 1 و 2 (طی 2 جلسه و حتی بیشتر)، مهارت حل مسئله، آموزش تنفس دیافراگمی و تن آرامی عضلانی پیشرفته و نهایتاً مرور و پیشگیری از عود می باشد.

### 1-6-2- افسردگی

الف) تعریف نظری: افسردگی به شرایط بالینی خاصی گفته می شود که بوسیله احساس فقدان کنترل و تجربه ذهنی فشار روانی زیاد همراه با دیگر نشانه ها و علائم از جمله خواب، اشتها، فعالیت جنسی و دیگر کارکردهای زیستی مشخص می شود (سادوک و سادوک، 2007، ترجمه رضاعی، 1387).

ب) تعریف عملیاتی: افسردگی در این تحقیق به معنای دارا بودن معیارهای تشخیص اختلال افسردگی بر اساس DSM می باشد. هم چنین از تست بک و نیز تست CES-D که برای اولین بار توسط محقق به زبان فارسی ترجمه و اجرا شده است، نیز استفاده شده است.

### 1-6-3- پیروی از دستورات دارویی

الف) تعریف نظری: در بیماریهای مزمن از جمله دیابت و ایدز بیمار برای کنترل بیماری بایستی داروهای تجویز شده را با دز معین و در زمان مناسب مصرف نمایند. براساس تحقیقات متعدد همکاری

در مصرف بموقع داروهای ضد ویروسی معمولاً پایین است. در درمان CBT-AD جلسه دوم اختصاصاً به بررسی میزان پیروی از دستورات دارویی و راهبردهای مقابله با موانع مربوط به مصرف مرتب دارو اختصاص دارد. به این ترتیب مشکلات و موانع پیروی از دستورات دارویی بحث و سپس با همکاری مراجع راهبرد های مقابله با این موانع طراحی و اجراء می گردد.

ب) تعریف عملیاتی: در این تحقیق پیروی از دستورات دارویی با استفاده از فرم پیروی از دستورات دارویی سنجیده شد ( سافرین و دیگران، 2007 الف، ب). در این فرم اهداف مربوط به پیروی از دستورات دارویی و کنترل بیماری مانند مصرف مرتب دارو و ویزیت مرتب پزشک توسط درمانگر و مراجع تعیین می شود. به این ترتیب مراجع در شروع هر جلسه میزان پیروی از دستورات دارویی در هفته گذشته را در مقیاسی که از 1 تا 6 درجه بندی شده است، در فرم مذکور ثبت می نماید.

#### **1-6-4- میزان CD4+**

الف) تعریف نظری: ویروس HIV از طریق آلوده کردن سلول های لنفوسیت T نوع CD4+ و از طریق فعال سازی سیستم ایمنی و ایجاد یک محیط جهت تکثیر خود، موجب تضعیف سیستم ایمنی می شود. حذف سلول های T نوع CD4+ از خون محیطی نشانه ی بارز عفونت فزاینده با HIV است (معاونت سلامت بیماریها، 1384).

ب) تعریف عملیاتی: در این تحقیق بررسی سیستم ایمنی از طریق شمارش CD4+ توسط دستگاه Cyflow Counter, Partec Co., Germany با کیت CD4 Easy Count در مراحل پیش و پس از مداخله و نیز پیگیری انجام شد.

## فصل 2

### پیشینه تحقیق