





دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه آموزشی مشاوره

پایان نامه کارشناسی ارشد

رشته مشاوره خانواده

عنوان پایان نامه:

اثر بخشی شناخت درمانی هستی نگر بر کاهش نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی
انسان (HIV)

نگارنده:

شیوا فرمانی شهرضا

استاد راهنما:

دکتر بهمن بهمنی

اساتید مشاوره:

دکتر معصومه امین اسماعیلی

سعید خانجانی

شهریور ۱۳۹۳

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

لا حول ولا قوة الا بالله العلی العظیم

به نام خداوند بخشنده و مهربان

هیچ نیرو و حرکتی نیست، مگر به وسیله خداوند والا و بزرگ

بعد از مدت ها پس از پیسودن راه های فراوان که با حضور شیرین اساتید عزیزم، بارها بنهایی ها و دغدغه های فراوان شان و شیفت-

های زیبای آن دوران، دعای همیشگی پدر و مادرم و زیبایی حضور همسرم دکترم که هستگی های این راه را به امید روشنی راه

تبدیل کرده و امیدوارم بتوانم در آینده ای نزدیک جو ابگوی این همه محبت آن ها باشم.

تقدیم به روح پدر و مادر عزیزم؛

به آنان که من قسمتی از وجودشان هستم و از وجود روح پر مهرشان جان می گیرم.

تقدیم به همسر عزیزم؛

به پاس عاطفه سرشار و گرمای امید بخش وجودش که در این سردترین روزگار ان بهترین پشتیبان است

و تقدیم به استاد راهنمایم جناب آقای دکتر بهمن بهمنی؛

به پاس محبت های بی دریغشان که هرگز فروکش نمی شود.

سپاس خدایی را که سخورازان، در ستودن او بمانند و شمارندگان، شمردن نعمت های او ندانند و کوشندگان، حق او را گزاردن نتوانند و

سلام و درود بر محمد و خاندان پاک او، طاهران معصوم، هم آنان که وجودمان و امدار وجودشان است.

تجلیل از معلم، سپاس از انسانی است که هدف آفرینش را ساین می کند؛ بر حسب وظیفه و از باب "لم یسکر المنعم من المخلوقین لم

یسکر الله عزوجل" از استاد با کمال و شایسته جناب آقای دکتر بهمن بهمنی که در کمال سه صدر، با حسن خلق و فروتنی، از بیچ لکی در این

عرصه بر من دریغ نمودند و زحمت را بهمانی این رساله را بر عهده گرفتند و از اساتید صبور و باتقوا سرکار خانم معصومه امین اسماعیلی و جناب

آقای سعید خانجانی که زحمت مشاوره این رساله را متقبل شدند و از اساتید داوری جناب آقای دکتر منوچهر از خوش که زحمت داور

داخلی و جناب آقای بهروز دولت شاهی که داور خارجی این رساله را متقبل شدند و در پایان

از همسر عزیزم جناب آقای علی قاندریای جهرمی که بدون وجود ایشان این پروژه به نتیجه نمی رسید، کمال تشکر و قدرانی را دارم.

چکیده

مقدمه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی هستی‌نگر بر کاهش نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان بود.

روش: مطالعه از نوع مطالعات تک موردی با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. سه نفر از زنان مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان که برای مشاوره و درمان پزشکی به مرکز شهید سبزه پرور کرج مراجعه کرده بودند، انتخاب شده و تحت روش مداخله‌ای شناخت‌درمانی هستی‌نگر به مدت ده جلسه فردی نود دقیقه‌ای قرار گرفتند، و طی ۷ بار (۲ بار خط پایه، ۳ بار مداخله، ۲ بار پیگیری) به وسیله‌ی ابزار نشانگان افت روحیه کیسان (۲۰۰۴) و تحریفات شناختی عبدالله زاده و همکاران (۱۳۸۹) ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل چسبی و شاخص‌های تغییرات روند، شیب، اندازه اثر و شاخص کوهن استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج حاکی از کاهش قابل ملاحظه نشانگان افت روحیه و افزایش قابل توجه نمرات تحریفات شناختی نسبت به خط پایه بوده و بیش‌ترین میزان تغییر در جلسه پایان درمان مشاهده شد. در دو جلسه پیگیری نمرات نشانگان افت روحیه نسبت به جلسه آخر درمان افزایش داشت، اما نسبت به خط پایه کاهش چشمگیر بود. در دو جلسه پیگیری مقیاس تحریفات شناختی کاهش نسبت به جلسه آخر درمان مشاهده شد اما نسبت به خط پایه افزایش چشمگیر بود.

نتیجه‌گیری: شناخت‌درمانی هستی‌نگر باعث کاهش نشانگان افت روحیه و تحریفات شناختی بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان گردید، در نتیجه این روش مداخله می‌تواند در کاهش آلام روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی هستی‌نگر، نشانگان افت روحیه، تحریفات شناختی، ویروس نقص سیستم ایمنی انسان

فهرست

فصل اول: کلیات تحقیق

- ۱-۱ مقدمه ۱
- ۲-۱ بیان مسئله ۲
- ۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش ۱۲
- ۴-۱ اهداف پژوهش ۱۳
- ۱-۴-۱ هدف کلی ۱۳
- ۲-۴-۱ اهداف اختصاصی ۱۳
- ۳-۴-۱ اهداف کاربردی ۱۴
- ۵-۱ سؤال ها و فرضیه ها ۱۴
- ۱-۵-۱ فرضیه ها ۱۴
- ۶-۱ تعریف نظری و عملیاتی واژه ها ۱۴
- ۱-۶-۱ شناخت درمانی هستی نگر ۱۴
- ۲-۶-۱ نشانگان افت روحیه ۱۵
- ۳-۶-۱ تحریفهای شناختی ۱۵

فصل دوم: پیشینه تحقیق

- ۲-۲ مبانی نظری HIV ۱۷
- ۱-۲-۲ ماهیت ویروس اچ آی وی / ایدز ۱۷
- ۲-۲-۲ عامل بیماری و بیماری زایی: ۱۸
- ۳-۲-۲ انتقال HIV ۱۹
- ۱-۳-۲-۲ انتقال از طریق تماس جنسی ۲۰
- ۲-۳-۲-۲ انتقال از طریق تماس با خون و ترشحات ۲۱
- ۳-۳-۲-۲ انتقال از مادر به کودک ۲۱
- ۴-۲-۲ سیر طبیعی عفونت: ۲۲

- ۲۳..... HIV سندر م حاد HIV ۵-۲-۲
- ۲۴..... (نهفتگی) بدون علامت دورهی بدون ۶-۲-۲
- ۲۵..... بیماری آشکار بالینی ۷-۲-۲
- ۲۵..... وضعیت HIV/AIDS در جهان ۸-۲-۲
- ۲۶..... وضعیت همهگیر HIV/AIDS در ایران ۹-۲-۲
- ۲۸..... درمان بالینی ۱۰-۲-۲
- ۲۸..... انواع مشاوره HIV ۱۱-۲-۲
- ۲۸..... مشاورهی پیشگیری از عفونت HIV ۱-۱۱-۲-۲
- ۲۹..... مشاورهی پیش از آزمایش ۲-۱۱-۲-۲
- ۲۹..... مشاوره بعد از آزمایش ۳-۱۱-۲-۲
- ۳۰..... مشاورهی مستمر برای افراد دچار HIV ۴-۱۱-۲-۲
- ۳۰..... مشاوره برای پایبندی به درمان ۵-۱۱-۲-۲
- ۳۰..... سلامت روان و عفونت HIV ۱۲-۲-۲
- ۳۳..... افسردگی ۱-۱۲-۲-۲
- ۳۳..... اضطراب ۲-۱۲-۲-۲
- ۳۴..... مبانی نظری نشانگان افت روحیه ۳-۲
- ۳۴..... اضطرابهای وجودی ۱-۳-۲
- ۳۶..... آزردهیهای وجودی و مظاهر آن ۲-۳-۲
- ۳۸..... معرفی و تاریخچه نشانگان افت روحیه ۳-۳-۲
- ۴۲..... تعریفات شناختی ۴-۲
- ۴۳..... رویکردهای روانشناختی در درمان نشانگان افت روحیه ۵-۲
- ۴۳..... ۱-۵-۲ نظریهی درمان بک:
- ۴۵..... ۲-۵-۲ رویکرد وجودی:
- ۴۷..... ۱-۲-۵-۲ درمان وجودی:
- ۴۹..... ۳-۵-۲ شباهت و تفاوت دیدگاه شناخت درمانی بک با رویکرد وجودی:

۵۱	۲-۵-۴ درمان‌های تلفیقی
۵۲	۲-۵-۴-۱ شناخت درمانیهای تلفیقی
۵۲	۲-۵-۵ شناخت درمانی هستی‌نگر
۵۴	۲-۵-۶ ساختار و اهداف شناخت درمانی هستی‌نگر (بهمنی و همکاران، ۱۳۸۹)
۵۵	۲-۶ نتایج تحقیقات انجام‌شده در داخل و خارج از کشور
۵۵	۲-۶-۱ تحقیقات انجام‌شده در داخل کشور:
۵۸	۲-۶-۲ تحقیقات انجام‌شده در خارج از کشور:
فصل سوم: روش تحقیق	
۶۱	۳-۱ مقدمه
۶۱	۳-۲ روش مطالعه
۶۳	۳-۳ جامعه آماری و گروه نمونه
۶۳	۳-۳-۱ ملاک‌های شمول:
۶۴	۳-۳-۲ ملاک‌های عدم شمول:
۶۴	۳-۴ روش نمونه‌گیری و حجم نمونه
۶۴	۳-۴-۱ شرکت‌کننده اول:
۶۵	۳-۴-۲ شرکت‌کننده دوم:
۶۵	۳-۴-۳ شرکت‌کننده سوم:
۶۶	۳-۵ مکان و زمان انجام تحقیق
۶۶	۳-۶ متغیرها و شیوه سنجش آن‌ها
۶۶	۳-۷ ابزار جمع‌آوری داده‌ها
۶۶	۳-۷-۱ فرم اطلاعات جمعیت‌نگاری (بیوگرافی)
۶۷	۳-۷-۲ مقیاس نشانگان افت روحیه (DS)
۶۷	۳-۷-۳ مقیاس سنجش تحریفات شناختی
۶۸	۳-۷-۴ پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)
۶۹	۳-۸ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

۳-۹ شیوه انجام کار ۷۰

۳-۱۰ محتوای طرح درمان ۷۱

۳-۱۱ ملاحظات اخلاقی ۷۳

فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده‌ها

۴-۱-۱ مقدمه ۷۵

۴-۲-۱ بیوگرافی زنان مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان ۷۵

۴-۲-۱-۱ آزمودنی اول ۷۵

۴-۲-۲-۱ آزمودنی دوم ۸۰

۴-۲-۳-۱ آزمودنی سوم ۸۴

۴-۳ تجزیه و تحلیل یافته‌ها ۸۷

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۵-۱ مقدمه ۹۶

۵-۲ بحث ۹۶

۵-۳ نتیجه‌گیری ۱۱۳

۵-۴ محدودیتها ۱۱۳

۵-۵ پیشنهادها ۱۱۴

۵-۵-۱ پیشنهادهای کاربردی ۱۱۴

۵-۵-۲ پیشنهادهای پژوهشی ۱۱۵

منابع ۱۱۶

منابع فارسی ۱۱۷

منابع انگلیسی ۱۲۰

پیوست ۱۲۵

فرم رضایتنامه زنان مبتلا به HIV برای شرکت در جلسات مداخله‌های رویکرد شناختدرمانی هستینگر ۱۲۶

شیوه نامه (پروتکل) شناخت درمانی هستی نگر: ۱۲۷

۱۳۲	فرم اطلاعات جمعیت شناختی
۱۳۳	پرسشنامه نشانگان افت روحیه
۱۳۵	پرسشنامه تحریفات شناختی
۱۳۷	پرسشنامه افسردگی بک
۱۴۰	Abstract

فهرست جداول و نمودار

- جدول ۱-۴ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها ۸۷
- جدول و نمودار ۲-۴ نمرات خام نشانگان افت روحیه و نمودار روند تغییرات نمرات خام ۸۸
- جدول ۳-۴ شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری آزمودنی‌ها در مقیاس نشانگان افت روحیه ۸۹
- جدول و نمودار روند ۴-۴، نمرات خام و نمودار روند تغییرات بی‌معنایی ۹۰
- جدول ۴-۵ شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری آزمودنی‌ها در مقیاس بی‌معنایی ۹۰
- جدول و نمودار روند ۴-۶ نمرات خام و نمودار روند تغییرات ملالت ۹۱
- جدول ۴-۷ شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری آزمودنی‌ها در مقیاس ملالت ۹۲
- جدول و نمودار روند ۴-۸ نمرات خام و نمودار روند تغییرات یاس ۹۳
- جدول ۴-۹ شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری آزمودنی‌ها در مؤلفه یاس ۹۴
- جدول و نمودار روند ۴-۱۰ نمرات خام و نمودار روند تغییرات مؤلفه شکست ۹۴
- جدول ۴-۱۱ شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری آزمودنی‌ها در مؤلفه شکست ۹۵
- جدول و نمودار روند ۴-۱۲ نمرات خام و نمودار روند تغییرات درماندگی ۹۶
- جدول ۴-۱۳ شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری آزمودنی‌ها در مؤلفه درماندگی ۹۶
- جدول و نمودار روند ۴-۱۴ نمرات خام و نمودار روند تغییرات تحریفات شناختی ۹۷
- جدول ۴-۱۵ شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری آزمودنی‌ها در تحریفات شناختی ۹۸

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه

طبق تعریف مرکز بین‌المللی آمارهای بهداشتی آمریکا^۱ (۲۰۱۱) بیماری مزمن^۲ از جمله بیماری‌هایی است که برای مدت طولانی فرد را درگیر کرده و به مدت سه ماه یا بیشتر طول می‌کشد. علی‌رغم این که علم پزشکی پیشرفت‌های چشم‌گیری در توسعه درمان‌های مؤثر برای تبعات 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 بیماری‌های ناتوان‌کننده‌ی دستگاه ایمنی بدن، بیماری نشانگان اکتسابی نقص دستگاه ایمنی بدن (AIDS) است. همان طور که از اسم آن پیداست، در اثر نوعی نقص در دستگاه ایمنی بدن به وجود می‌آید و یک سندرم محسوب می‌شود زیرا در آن علائم متفاوتی وجود دارد که در همه‌ی بیماران یکسان و به یک شکل نیستند. همچنین اکتسابی است به علت آن که ایدز یک بیماری عفونی مسری و ویروسی است که ویروس آن به طریق مختلف از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود (هابلی^۳، ۱۹۴۸/۱۳۸۶). ویروس HIV مثبت به سیستم ایمنی بدن حمله می‌کند و به مرور زمان، سیستم ایمنی بدن را به قدری ضعیف می‌کند که دیگر نمی‌تواند بدن را در برابر آن محافظت کند. این همان عفونت پیشرفته ویروس HIV مثبت، یعنی بیماری کشنده ایدز است (هابلی، ۱۹۴۸/۱۳۸۶).

آگاهی از آلوده شدن به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان فشارهای روان‌شناختی و مشکلات اجتماعی زیادی از جمله افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی را در پی دارد (ایوانز^۴، ۲۰۰۳). به این ترتیب افراد مبتلا به HIV مثبت با عوامل روان‌شناختی بسیار زیادی روبرو هستند که شامل عدم سازگاری با بیماری HIV مثبت، کاهش سلامت روانی، خودمدیریتی ضعیف، آشفتگی هیجانی، افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیتی، باورهای پایین خود کارآمدی، حمایت اجتماعی ضعیف و روبرو شدن با مفاهیم وجودی مانند اضطراب مرگ، بی‌معنایی و بی‌هدفی در زندگی و بی‌مسئولیتی است.

¹ U.S National Center for Health Statistics

² Chronic illness

³ Hubley

⁴ Evans

بر اساس آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تا تاریخ ۱۳۹۲/۷/۱ مجموعاً ۲۷۰۴۱ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده‌اند که ۸۹٫۳ درصد آنان را مردان و ۱۰٫۷ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. ۴۶/۱ درصد از مبتلایان به HIV در زمان ابتلا در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال قرار داشتند که بالاترین نسبت در بین گروه‌های سنی را به خود اختصاص می‌دهند. علل ابتلا به HIV در بین کل مواردی که از سال ۱۳۹۲ گزارش شده است، اعتیاد تزریقی ۵۲/۱ درصد، برقراری روابط جنسی ۳۳/۶ درصد و انتقال از مادر به کودک ۳/۲ را تشکیل داده است. در ۱۱/۱ درصد از موارد شناسایی‌شده در این سال راه انتقال نامشخص بوده و هیچ مورد جدید ابتلا از راه خون و فرآورده‌های خونی گزارش نشده است (مرکز مدیریت بیماری‌ها وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲).

۱-۲ بیان مسئله

افراد مبتلا به ایدز به واسطه گرفتار شدن به یک بیماری مزمن، ناتوان‌کننده، بالقوه کشنده و با پیش‌آگهی وخیم، در گستره‌ای از فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی محدود می‌شوند که به عنوان عاملی تنش‌زا در این بیماران مطرح است. به واسطه ویژگی‌های این بیماری و روش‌های انتقال آن در معرض انگ اجتماعی و به تبع آن فشارهای روحی-روانی ویژه‌ای قرار می‌گیرند. این افراد همچنین باید با ترس مرتبط با بیماری؛ مانند ناتوانی، افزایش وابستگی، کاهش مهار بدنی و درد مبارزه کنند. دور از انتظار نیست که گستره‌ای از آشفتگی‌های روانی از حالت نسبتاً سبک مانند بی‌تفاوتی بیمارگونه، احساس گناه، درماندگی و ناامیدی تا حالت‌های شدید مانند اختلال‌های اضطرابی، افسردگی و گاهی افکار خودکشی در این افراد دیده می‌شود (شاگری و همکاران، ۱۳۸۷). ابتلا به HIV سیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و باعث کاهش اعتمادبه‌نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود و عملکرد روزانه فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند (اولیو^۱، روآ^۲ و دلیون^۳، ۲۰۰۳). ادبیات پژوهشی نشان داده که افراد به دنبال تشخیص‌های بیماری تهدیدکننده زندگی، یک بحران وجودی را تجربه

^۱. Oliva

^۲. Roa

^۳. Dellion

می‌کنند (کات^۱، ۲۰۰۲، کوچینو^۲ و کان^۳، ۲۰۰۵). بحرانی که شامل به هم ریختن فرضیات اولیه‌مان در مورد احساس کنترل و توانایی‌مان در پیش‌بینی آینده است (لیانگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ نقل از نقیائی، بهمنی، خراسانی و قنبری مطلق، ۱۳۹۲).

به این ترتیب تجربه دردناکی که تشخیص و درمان عفونت HIV به همراه دارد می‌تواند موقعیت بنیادین و اساسی وجود بشر را لمس کند و در ارتباط با متناهی بودن، بی‌مسئولیتی در برابر زندگی، تنهایی و بی‌معنایی موضوعات و مسائلی را بیافریند.

یکی از عوامل روان‌شناختی که باعث شده فرد مبتلا به HIV مثبت با مرگ، مسئولیت، بی‌هدفی و احساس تنهایی دست و پنجه نرم کند، اضطراب وجودی است. اضطراب، ابزار ارزشمندی برای کمک به ما در جهت آگاه شدن بیشتر از واقعیت است. اگر بخواهیم زندگی را به طور کامل تجربه کنیم باید بتوانیم اضطرابمان را پذیرفته و آن را بشناسیم (یالوم و می، ۲۰۰۱؛ نقل از بهمنی، اعتمادی، شفیع آبادی، دلاور و قنبری مطلق، ۱۳۸۹). از دید وجودنگرها نخستین احساس مورد توجه برای درک هیجان‌های انسان، اضطراب است. اضطراب به دو نوع اضطراب روان نژند و اضطراب وجودی یا سالم بازمی‌گردد (رولو می، ۱۹۷۰؛ نقل از بهمنی و همکاران، ۱۳۸۹). درحالی‌که اضطراب وجودی بخش طبیعی و سالم موقعیت انسانی را تشکیل می‌دهد، اضطراب روان نژند حاصل پاسخ نامناسب به منبع تهدید یا محصول بازپس‌زنی و یا یک تعارض درونی است. وجودنگرها منشأ بسیاری از حالات هیجانی ناخوشایند را اضطراب و روشی که فرد برای مواجه‌شدن با آن در پیش می‌گیرد، می‌دانند. اضطراب از تلاش‌های فرد برای زنده ماندن و حفظ کردن و دفاع کردن از وجود خویش ناشی می‌شود و احساس‌هایی را که اضطراب به وجود می‌آورد، جنبه اجتناب‌ناپذیر شرایط انسان است. اضطراب وجودی به صورت نتیجه اجتناب‌ناپذیر روبرو شدن با مرگ، انزوای وجودی و بی‌معنایی توصیف شده است (یالوم، ۱۹۸۰؛ نقل از کوری، ۲۰۰۵)؛ بنابراین وجودنگرها این

1. Kaut

2. Chochinov

3. Cann

اضطراب را تحت عنوان اضطراب وجودی معرفی کرده و آن را تجربه‌ای اصیل می‌دانند که هر انسانی باید بتواند با آن مواجه شده و پاسخ اصیل نیز به آن بدهد.

موراتا^۱ (۲۰۰۳) در توصیف خود از مشکلات وجودی به واژه‌ی درد معنوی^۲ برای اشاره به تجربه‌ی ذهنی بیمارانی که با احتمال مرگ خود مواجه شده‌اند، استفاده می‌کند و مقصود او رنجی است که افراد در پی وقوف به احتمال انقراض وجود فردی و معنای خود^۳ تجربه می‌کنند. از منظر موراتا درد معنوی به معنای احساس بی‌معنایی، بی‌ارزشی، فقدان قصد و هدف و هویتی است که در اثر از دست دادن‌های متعدد در حوزه‌ی روابط بین فردی، اقتدار و امید به آینده ایجاد می‌شود (نقل از بهمنی و همکاران، ۱۳۸۹).

با شروع درمان‌ها و پیامدهایی مثل خستگی، ناتوانی در تمرکز، کاهش انرژی، تغییر نقش‌ها و اختلال در فعالیت‌های روزمره، بیمار ممکن است دریابد که در رابطه با موقعیتی که در آن قرار دارد، کاری از دستش بر نمی‌آید، در نتیجه به جای مدیریت و کنترل مشکلات، به احساس درماندگی و خود ناکارآمدی دچار می‌شود. در صورتی که کمک‌های اطرافیان نیز در دسترس به نظر نرسد، فرد ممکن است به احساس ناامیدی و انزوا رسیده و از احساس شرم و شکست رنج ببرد. این علائم می‌تواند در نهایت فرضیات بنیادین و ارزش‌های نهفته در احساس معنا و هدف زندگی بیمار را زیر سؤال برده و مورد چالش قرار دهد (کیسان^۴ و کلارک^۵، ۲۰۰۱).

سؤالاتی مثل اینکه «چرا من؟ آیا خدا داره منو به خاطر گناه‌های گذشته‌ام تنبیه و مجازات می‌کنه؟ آیا خدا اصلاً نگران من هست؟ آیا خدا قدرت داره که تغییری توی وضعیت من به وجود بیاره؟» همگی بیانگر نگرانی‌ها و اضطراب‌های وجودی^۶ برانگیخته‌شده متعددی ست که در این مرحله بیماران با آن مواجه

¹. Morita

². Spiritual pain

³. Self-meaning

⁴. Kissane

⁵. Clarck

⁶. Existential anxiety

می‌شوند. بسیاری از بیماران در مواجهه با این پرسش‌ها قادرند تا بیماری را به عنوان یک فرصت یا بخشایش ببینند و دیگران ممکن است که آن را تنبیهی از طرف خدا یا نفرین تلقی کنند (کوئنیگ^۱، ۲۰۰۴).

از طرفی انتخاب راهبرد مقابله توسط افراد ممکن است به خاطر فشارهای روان‌شناختی از قبیل فشار روانی و نشانه‌های افسردگی تحت تأثیر قرار گرفته و افراد را از یافتن معنا در زندگی بازدارد (جیم^۲، گولدن-کورتز^۳، ریچاردسون^۴ و اندرسون^۵، ۲۰۰۶؛ نقل از دهخدا، بهمنی، دادخواه و گودرزی پور، ۱۳۹۲). این نشانه‌های افسردگی از طریق طرح‌واره‌های ناسازگار بر طبق نظر بک یا باورهای غیرعقلانی بر اساس نظر الیس، پردازش اطلاعات را دست‌خوش تغییر می‌کنند. بر اساس نظریه‌های شناختی در مورد سازگاری با استرس زهای عمده از قبیل HIV مثبت، به این علت که بین معانی ذاتی موجود در آن استرس‌زا از یک طرف و انتظارات تحریف‌شده‌ی مثبت مردم و اعتقاداتشان در مورد جهان از طرف دیگر، اختلاف وجود دارد، دید فرد نسبت به خود و جهان را به چالش کشیده و ممکن است که آن‌ها را تخریب و تحریف کند. این اختلافات و نزاع‌های روانی آزاردهنده‌اند و ممکن است منجر به اعمال تلاش‌های مقابله‌ای شناختی از جانب آن‌ها برای حل و فصلشان شود. این کوشش‌های مقابله‌ای شناختی را می‌توان به عنوان تلاش‌هایی برای درک مفهوم یا معنای وضعیت زندگی توسط بیمار تعبیر کرد (کرنان^۶ و لیپور^۷، ۲۰۰۹).

این تجارب زندگی بر طبق نظریه‌ی مبتنی بر طرح‌واره‌های بک، فعال‌کننده‌ی طرح‌واره‌های ناسازگارانه از خود، جهان و آینده است. این حالت منجر به پردازش ترجیحی سوگیرانه در مورد اطلاعات همگن با طرح‌واره و تسلط یافتن متعاقب افکار، تصاویر و تفاسیر تهدیدکننده و منفی می‌شود (کلارک و بک، ۲۰۱۰؛ نقل از دهخدا و همکاران، ۱۳۹۲). چرا که بر طبق نظر بک ارزیابی‌ها، تفسیرات و معناهای منفی‌ای که افراد به

1. Koenig
2. Jim
3. Golden-kreutz
4. Richardson
5. Anderson
6. Kernan
7. Lepore

بیماری‌ها و درمان آن نسبت می‌دهند، تعیین‌کننده‌ی واکنش‌های رفتاری و عاطفی و شیوه‌ی سازگاری آن‌ها با شرایط است (کوهن^۱ و کوتن^۲، ۲۰۰۶؛ نقل از دهخدا و همکاران، ۱۳۹۲).

زمانی که حادثه تهدیدکننده‌ای باعث اختلال در سبک زندگی آرام فرد می‌شود، وی با هسته مرکزی وجودی خود مواجه می‌شود (استیونز^۳، ۱۹۹۲) و نگرانی‌های وجودی که با آگاهی فرد از مرگ و خطر بالقوه تهدیدکننده به وجود می‌آید، می‌تواند منبع قابل توجه آزرده‌گی در افرادی باشد که با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی دست به گریبان هستند (لیانگ^۴ و اسپلن^۵، ۲۰۱۰؛ نقل از بهمنی و همکاران، ۱۳۹۲).

کیسان (۲۰۰۰) از اصطلاح آزرده‌گی وجودی^۶ برای توصیف تجربه پریشانی^۷ روانی افرادی که با مرگ قریب‌الوقوع مواجه می‌شوند، استفاده می‌کند و بیان می‌کند که چنین وضعیتی از آزرده‌گی اغلب با احساس‌های پشیمانی^۸، ناتوانی و ضعف^۹، پوچی و بیهودگی^{۱۰} و احساس بی‌معنایی^{۱۱} زندگی، همراه است. وی مضامین وجودی نظیر نگرانی درباره مرگ، از دست دادن معنا، تنهایی، آزادی و ارزشمندی را به عنوان چالش‌های کلیدی وجودی افرادی می‌داند که با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مواجه هستند. همچنین بیان می‌کند که بیماران ممکن است همچنان که عواطف مرتبط با این مضامین وجودی را تجربه می‌کنند، دچار نشانگان افت روحیه^{۱۲} شوند (کیسان و کلارک^{۱۳}، ۲۰۰۲؛ نقل از نقیائی و همکاران، ۱۳۹۲). نشانگان افت روحیه یکی از مظاهر آزرده‌گی وجودی است و درعین حال بیانگر فقدان انسجام و کلیات در فرد است (کیسان و همکاران، ۲۰۰۱).

1. Cohen

2. Kuten

3. Stevens

4. Leung

5. Esplan

6. Existential distress

7. Turmoil

8. Remorse

9. Powerlessness

10. Futility

11. Meaninglessness

12. Demoralization

13. Clark

به نظر می‌رسد در مواردی که فرد به طور مداوم با مشکلات جسمی نافر رو به رو می‌شود، می‌تواند نقطه آغازین فرآیند نشانگان افت روحیه باشد (وهلینگ^۱، لهما^۲، اچسل^۳، بوک مایر^۴، کرول^۵، کوچ^۶ و مهنرت^۷، ۲۰۱۲). 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 خود کارآمدی برای به دست آوردن آن، فرد دچار نشانگان افت روحیه را از انگیزه مقابله جدید و متفاوت، محروم می‌کند (نقیائی و همکاران، ۱۳۹۲؛ وهلینگ و همکاران، ۲۰۱۲)؛ بنابراین رنج، آزرده‌گی وجودی و اضطراب شخصی عمیق در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی یکی از وضعیت‌های ناتوان‌کننده و طاقت‌فرسا ست (اسکریر^۸، بروس^۹ و بوستون^{۱۰}، ۲۰۱۱).

شاید به نظر برسد نشانگان افت روحیه و افسردگی، در پدیدارشناسی و نحوه توسعه‌شان بسیار به هم مرتبط باشند و این امکان وجود داشته باشد که نشانگان افت روحیه پیش‌درآمد و یا پیش‌بینی‌کننده افسردگی بوده و یا حتی با آن هم بودی داشته باشد (کیسان و واتسون^{۱۱}، ۲۰۱۱؛ نقل از نقیائی و همکاران، ۱۳۹۲)، اما در واقع هر دو اساساً مفاهیم متفاوتی هستند.

بهمنی، نقیائی، علی محمدی، دهخدا (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای در ارتباط با همبستگی خطی مؤلفه‌های اضطراب وجودی، نشانگان افت روحیه و افسردگی در مادران کودکان مبتلا به بیماری‌های بالقوه مهلک نشان دادند که بین این سه متغیر رابطه معناداری وجود دارد، به طوری که اضطراب وجودی بالا پیش‌بینی‌کننده نشانگان افت روحیه بوده و درعین حال نشانگان افت روحیه بالا پیش‌بینی‌کننده افسردگی است.

-
1. Vehling
 2. Lehmann
 3. Oechsle
 4. Bokemeyer
 5. Krull
 6. Koch
 7. Mehnert
 8. Schreiber
 9. Bruce
 10. Boston
 11. Watson