

اثربخشی مقایسه‌ای درمان‌های مبتنی بر شفقت با کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV

بیمارستان امام خمینی

منظر امیرخانی^۱، شهره قربان شیروودی^{۲*}، محمدرضا زربخش بحری^۲، سید احمد سید علی نقی^۳

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات اچ‌آی‌وی/ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسؤول: شهره قربان شیروودی
drshohrehshiroudi@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به HIV در معرض بسیاری از مشکلات روانشناختی از جمله انعطاف‌ناپذیری روانشناختی می‌باشند. به نظر می‌رسد مداخلات روانشناسی می‌تواند در بهبود وضعیت روانشناختی این بیماران مؤثر باشد. لذا این پژوهش با هدف مقایسه درمان‌های مبتنی بر شفقت با کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV بیمارستان امام خمینی انجام پذیرفت.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مداخله‌ای در بازه زمانی اردیبهشت تا دی ماه سال ۱۳۹۸ روی ۵۴ بیمار مبتلا به HIV مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری واقع در بیمارستان امام خمینی شهر تهران انجام شد. نمونه‌های مورد بررسی به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۸ نفری درمان مبتنی بر شفقت، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل قرار گرفتند. هر درمان به مدت ۱۰ جلسه به طور هفتگی به ۲ گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران توسط پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارزیابی شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 23 و تحلیل کوواریانس، آزمون بنفرونی و تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان کاهش مبتنی بر استرس بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV مؤثر بود ($p < 0/01$). مقایسه اثربخشی ۲ روش درمانی نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش بیشتری بر شاخص انعطاف‌پذیری روانشناختی شد ($p < 0/01$). تغییرات ایجاد شده در پیگیری ۳ ماه بعد از درمان نیز همچنان پایدار باقی ماند ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد استفاده از درمان‌های این پژوهش می‌تواند در طرح‌ریزی مداخلات روانشناسی جهت ارتقاء و بهبود سلامت روان در بیماران مبتلا به HIV مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: HIV، ذهن آگاهی، شفقت، استرس، درمان

ارجاع: امیرخانی منظر، قربان شیروودی شهره، زربخش بحری محمدرضا، سید علی نقی سید احمد. اثربخشی مقایسه‌ای درمان‌های مبتنی بر شفقت با کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV بیمارستان امام خمینی. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۶(۲): ۱۶-۱۰۳.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۵

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۵/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۷

مقدمه

ابتلا به HIV به‌طور فزاینده‌ای به یک مشکل بهداشت عمومی در سراسر جهان تبدیل شده است (۱). این بیماری نه‌تنها از جنبه جسمانی و اجتماعی، بلکه از بُعد سلامت روانی نیز وضعیت بیماران را متأثر می‌کند و به بروز مشکلات فراوان در این بیماران منجر می‌شود (۲). بسیاری از مطالعات نشان داده که بیماران مبتلا به HIV نسبت به جمعیت عمومی از میزان بالاتری از اختلالات روانی (۳) از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال سازگاری، هذیان، سوء‌مصرف مواد و خودکشی رنج می‌برند (۴). از سوئی اختلالات روانپزشکی با افزایش رفتارهای پرخطر جنسی، سوء مصرف مواد و الکل، احتمال شیوع بیشتر ویروس HIV (۵)، دسترسی ضعیف به درمان و مراقبت‌های بهداشتی، عدم پایبندی به درمان، اختلال در سیستم ایمنی بدن، سیر بیماری، نتیجه بالینی و پیشگیری از HIV در ارتباط می‌باشد (۶).

انعطاف‌پذیری روانشناختی بر مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به HIV موثر می‌باشد (۷). انعطاف‌پذیری روانشناختی را می‌توان به توانایی فرد برای تجربه کامل افکار و احساسات بدون مقاومت در برابر آن‌ها تعریف نمود (۸). افرادی که داری تفکر انعطاف‌پذیر می‌باشند قادرند که از تعبیرهای جایگزین استفاده نموده، به‌صورت مثبتی ساختارهای فکری خویش را بازسازی کرده و توانایی بیشتری در پذیرش موقعیت‌های چالش‌انگیز یا پیشامدهای استرس‌زا داشته باشند (۹). نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عامل خطر مهمی برای دامنه گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب اجتماعی، مصرف مواد، گذرهراسی، فوبی خون، اختلال موکنی، تنش‌های شغلی، سوء مصرف مواد و نگرانی محسوب می‌شود (۱۰-۱۲).

یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده تغییرات سلامت روان و انعطاف‌پذیری روانشناختی، خودشفقتی می‌باشد (۱۳). سازه خودشفقتی توسط کریستین نف مفهوم‌پردازی شده است (۱۴) و دارای ۳ مؤلفه خودمهربانی در برابر خودقضاوتی، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی متعادل از هیجان‌های شخصی در برابر همانندسازی افراطی می‌باشد. این مؤلفه‌ها ارتباط متقابل دارند و ترکیب آن‌ها خودشفقتی را در ذهن شکل

می‌دهند (۱۵). افراد دارای خودشفقتی هنگام مواجهه با شکست‌ها و نقایص خود، به جای انکار یا بزرگ کردن، آن‌ها را خالی از قضاوت می‌پذیرند و به جای منحصر به فرد دانستن خود در شکست‌ها و داشتن نواقص و کاستی‌ها، آن‌ها را در میان تمامی انسان‌ها مشترک می‌دانند (۱۴). خودشفقتی یک پیشگوی قدرتمند برای سلامت روانی بوده و در کاهش اضطراب مؤثر می‌باشد (۱۶،۱۷). عمل شفقت نسبت به خود موجب افزایش رفتارهای پیشگیرانه برای ارتقا و حفظ بهزیستی روانی می‌شود (۱۴).

در راستای تحقیقاتی که در حوزه خودشفقتی انجام گرفت، پائول گیلبرت به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمانی اقدام و در نهایت نظریه "درمان مبتنی بر شفقت" (Compassion-Focused Therapy: CFT) را مطرح نمود (۱۸). محور اصلی درمان مبتنی بر شفقت، پرورش ذهن مشفق می‌باشد. در حقیقت درمان با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی افراد با خود، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی به مراجعان کمک می‌کند (۱۹). در این درمان افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند، سپس نگرش دلسوزانه‌ای به خود داشته باشند (۲۰). مطالعات متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را در جنبه‌های مختلف بیماران مبتلا به HIV از جمله افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی (۲۱،۲۲)، کاهش انگ مرتبط با بیماری (۲۱) کاهش نشخوار فکری، افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش چشمگیر ذهن آگاهی و خود شفقتی نشان داده است (۲۳).

یکی دیگر از راه‌های افزایش ظرفیت‌های حمایت‌کننده روانی مانند انعطاف‌پذیری روانشناختی در راستای بهبود سلامت روان و مواجهه با استرس، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی ("Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR") می‌باشد که توسط کابات-زین در دانشگاه ماساچوست ارائه شد. هدف این درمان کاهش نقش هشیاری محدود شده و تأثیر بر نگرانی‌های هیجانی و رفتاری بیماران بود (۲۴). ذهن آگاهی



شامل هوشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه فرد قرار دارد و به دنبال تغییر رابطه فرد با افکار و حوادث استرس‌زا از طریق کاهش واکنش‌های عاطفی و افزایش ارزیابی شناختی می‌باشد (۲۵).

مطالعات مختلف مبین تأثیر مثبت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد مختلف زندگی بیماران مبتلا به HIV از جمله کاهش افسردگی و استرس ادراک‌شده ناشی از بیماری (۲۶)، مدیریت انگ ناشی از این بیماری (۲۷)، کاهش میزان سطح ویروس HIV و کاهش پرخاشگری و استرس، بهبود قدرت حل مساله، افزایش رضایت از زندگی، خود تنظیمی، انطباق با دارو و افزایش ذهن آگاهی، دقت شناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی بوده است (۲۸).

با توجه به مطالعات انجام شده که مؤید اثربخشی روش‌های درمان متمرکز بر خودشفقتی (CFT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی مبتلایان به HIV از جمله انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV می‌باشند، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر در مورد این درمان‌ها احساس می‌شود. از طرف دیگر تاکنون هیچ مطالعه‌ای در خصوص اثرات درمان‌های مذکور بر روی انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV در ایران صورت نگرفته است. لذا با توجه به اهمیت موضوع و بدیع بودن مساله ضروری به نظر می‌رسد که به این سؤالات پاسخ داده شود که " آیا درمان متمرکز بر شفقت و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV مؤثر است؟"، " آیا اثربخشی این دو درمان بر روی انعطاف‌پذیری روانشناختی مبتلایان به این بیماری متفاوت است؟" و " آیا تغییرات ایجاد شده پس از ۳ ماه از درمان همچنان پایدار باقی خواهد ماند؟"

روش پژوهش

مطالعه حاضر پژوهشی توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مداخله‌ای در بازه زمانی اردیبهشت تا دی ماه سال ۱۳۹۸ بر روی مراجعین مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر تهران انجام شد. جهت انتخاب نمونه آماری از بین ۱۲۸۴ نفر از مبتلایان HIV تحت پوشش مرکز مذکور که دارای پرونده فعال بودند، ۲۹۶ نفر طبق فرمول کوکران و براساس نمونه‌گیری در

دسترس جهت انجام پیش آزمون انتخاب شدند و پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (Acceptance and Action Questionnaire-II:AAQ-II) (۲۹) جهت ارزیابی انعطاف‌پذیری روانشناختی بر روی آن‌ها اجراء گردید؛ سپس ۱۳۷ نفر بر اساس نقطه برش محاسبه شده پرسشنامه که یک انحراف استاندارد بالاتر از نمره میانگین (۳۰) برابر با ۴۵/۲۵ (میانگین ۳۸/۷۸ و انحراف استاندارد ۶/۳۸) و ملاک‌های ورود به جلسه انتخاب شدند. از بین این تعداد ۵۴ نفر به‌طور تصادفی ساده انتخاب و با همین روش تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۸ نفری جایگزین شدند، نهایتاً به‌طور تصادفی ۲ گروه به عنوان گروه آزمایشی و ۱ گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. بدین ترتیب ۱۸ نفر در گروه مداخله اول با روش درمان مبتنی بر شفقت، ۱۸ نفر در گروه مداخله دوم با روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۸ نفر نیز در گروه کنترل تخصیص داده شد. سپس مداخله درمان مبتنی بر شفقت در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به همراه پرسش و پاسخ با تواتر هفتگی برای بیماران گروه آزمایشی اول و مداخله درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به همراه پرسش و پاسخ با تواتر هفتگی برای آزمودنی‌های گروه آزمایشی دوم برگزار شد. هر دو درمان توسط درمانگر آموزش دیده توسط متخصصان در درمان‌های مذکور به بیماران ارائه گردید. بیماران گروه کنترل در طی ارائه درمان‌های مذکور به گروه‌های آزمایشی، هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرده و در لیست انتظار قرار گرفتند.

لازم به ذکر است که حداقل حجم نمونه در تحقیقات تجربی برای هر گروه ۱۵ نفر می‌باشد ولی برای جلوگیری از تاثیر افت احتمالی آزمودنی‌ها بر اعتبار بیرونی تحقیق، حجم نمونه در هر گروه ۱۸ نفر در نظر گرفته شد (۳۰).

معیارهای ورود افراد در این مطالعه شامل تشخیص قطعی آزمایشگاهی HIV و تأیید بیماری توسط متخصص عفونی با توجه به پرونده بیمار، حداقل ۶ ماه سابقه ابتلا به بیماری، دامنه سنی ۱۵ تا ۵۵ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل ابتدایی، عدم دریافت خدمات روانشناختی خارج از جلسات درمانی و تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه بود. ملاک خروج افراد از مطالعه نیز شامل داشتن معیارهای تشخیصی برای اختلالات بارز روانپزشکی بر اساس

۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به‌دست آمده است (۲۹). در ایران نیز ایمانی (۱۳۹۵) به بررسی ساختار عاملی AAQ-II پرداخت که در یک مطالعه با نمونه ۳۵۴ نفری ضریب پایایی همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ به‌دست‌آمد (۳۳).

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده حاصل از این پژوهش از نرم‌افزار SPSS 23 استفاده شد. برای مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت با درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی در مرحله پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. همینطور برای تعیین تفاوت اثربخشی درمان‌ها، آزمون بنفرونی اجرا شد. در پایان برای بررسی تداوم اثربخشی درمان در مرحله پیگیری، ابتدا نمرات اختلافی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شدند. سپس برای تعیین تفاوت اثربخشی درمان در این مرحله از آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد.

جهت انجام مطالعه هماهنگی‌های لازم از طریق معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران با محیط پژوهش انجام و سپس جمع‌آوری داده‌ها و مداخله آغاز گردید. طبق بند ۶ منشور حقوق بیمار معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمونه‌های مورد پژوهش این مطالعه در خصوص حفظ حریم شخصی، محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی بیمار، نتایج مشاوره‌های بالینی و درمانی اطمینان خاطر داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. همچنین پژوهشگر به واحدهای مورد مطالعه، جهت استقلال بیمار و حق خروج از مطالعه اطلاع‌رسانی لازم را انجام نمود و به ایشان اطمینان داده شد خروج از مطالعه در هر مقطع زمانی میسر بوده و هیچ عواقبی برای بیمار در پی نداشته و مراحل درمانی طبق مسیر معمول و جاری در نظام سلامت اجرا و پیگیری می‌گردد. این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1399.04 در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مورد تأیید قرار گرفته است.

اطلاعات مندرج در پرونده بیمار، ابتلا به اختلالات حاد یا مزمن جسمی (مانند بیماری‌های ناتوان‌کننده قلبی، تنفسی، کبدی، اسکلتی-عضلانی، کلیوی)، اعتیاد یا مصرف الکل، سابقه شرکت در برنامه‌های درمانی در ارتباط با روش‌های مذکور در طی ۶ ماه گذشته و غیبت بیش از ۳ جلسه در گروه درمان‌های مبتنی بر شفقت و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در نظر گرفته شد.

محتوای جلسات درمانی مبتنی بر شفقت برگرفته از پروتکل درمانی گیلبرت (۲۰۱۰) بود (۱۷) که به طور خلاصه در جدول ۱ ذکر شده است. همچنین پکیج جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نیز بر اساس طرح درمانی مدون شده توسط کابات-زین و هنه (۲۰۱۱) بود (۳۱) که به‌صورت مجمل در جدول ۲ مندرج گردیده است. پس از پایان جلسات مداخله درمانی، از هر ۳ گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد. جهت بررسی ماندگاری اثر مداخلات درمان مبتنی بر شفقت و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، ۳ ماه پس از اتمام مداخله (۳۲) ، مجدداً AAQ-II جهت سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. همچنین جهت رعایت مسائل اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش برای آزمودنی‌های گروه کنترل جهت همکاری آن‌ها در فرایند اجرای پژوهش تشکر و قدردانی به‌عمل آمد.

AAQ-II به‌وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱) برای سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی تدوین شده که دارای ۱۰ سؤال می‌باشد و بر روی مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌گردد. این پرسشنامه پذیرش، اجتناب تجربی و عدم انعطاف‌پذیری روانی را اندازه می‌گیرد که دارای ۲ حیطه اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی می‌باشد. نمره‌های بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایینتر و اجتناب تجربی بیشتر است و نمره‌های پایینتر در این مقیاس حاکی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتر و اجتناب تجربی کمتر می‌باشد. پایایی آزمون - بازآزمون این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱)

جدول ۱: خلاصه بسته درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و برقراری رابطه اولیه و تکمیل کردن پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی، تشریح هدف پژوهش و اهمیت مسئله، تعیین رؤس و ساختار کلی جلسات، اخذ رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش از آزمودنی‌ها و تأکید بر اصل رازداری.
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم و مباحث کلی در مورد ابتلا به HIV، مفهوم انعطاف‌پذیری روانشناختی و اثرات آن بر روی بیماری آن‌ها و معرفی کلی درمان متمرکز بر شفقت.
جلسه سوم	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، معرفی ۳ سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق. تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه، آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش و نحوه اجرای آن، معرفی مهارت‌های ذهن آگاهی (به عنوان مثال: تمرین شنیدن صداهای اطراف) تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام‌بخش در موقعیت‌های خارج از جلسه (شنیدن، دیدن و خوردن ذهن آگاه در خانه)
جلسه پنجم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن شامل خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی و مسئولیت‌پذیری، توضیح این موضوع که مراجع برای اینکه به فرد مشفقی تبدیل شود باید چه مهارت‌هایی را بیاموزد. تکلیف: مراجع نمونه‌هایی از مؤلفه‌های بعد اشتیاق در زندگی‌اش را برای جلسه آتی بنویسد. مراجع ویژگی‌های فرد مشفق را در خود بررسی کند.
جلسه ششم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، استفاده از ریتم تنفسی آرام‌بخش، آموزش نحوه تصویرسازی خود مشفق، و ادراک شفقت و رز، ایفای نقش فرد در ۳ بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقادشونده و خودشفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت. تکلیف: مراجع چند تایتله نشخوار فکری کنند و بعد تمرین خود شفقتی را انجام دهند و به تفاوت این دو وضعیت دقت کند، مراجع با استفاده از تمرین صندلی خالی گشتالت به مقابله با خودانتقادگری بپردازد.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش، معرفی تصویر پردازی ذهنی و منطق آن، آموزش تصویرسازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت ورزی). تکلیف: استفاده از تصویرسازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج در موقعیت‌های زندگی.
جلسه هشتم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش قبل از تمرین، تمرین شفقت ورزی به خود، فن ایجاد یک تصویر مشفق □ برای خود، اشاره به مفهوم ترس از شفقت. تکلیف: مراجع تمرین‌های یادگرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به کار برد.
جلسه نهم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود. تکلیف: مراجع هر روز اقدامی مهربانانه برای خود یا فرد دیگری انجام دهد، مراجع ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه تولید و تمرین کند، نامه‌ای مشفقانه برای خود در خانه بنویسد.
جلسه دهم	جمع بندی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات گذشته، بازنگری تکالیف خانگی و بازنگری کل برنامه، دریافت بازخورد از اعضای گروه، اجرای پس آزمون، واری و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین.

جدول ۲: خلاصه بسته درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و برقراری رابطه اولیه و تکمیل کردن پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی، تشریح هدف پژوهش و اهمیت مسئله تعیین رؤس و ساختار کلی جلسات، اخذ رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش از آزمودنی‌ها و تأکید بر اصل رازداری.
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم و مباحث کلی ابتلا به HIV، مفهوم انعطاف‌پذیری روانشناختی و اثرات آن بر روی بیماری و معرفی کلی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی.
جلسه سوم	تمرین خوردن کشمش، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، تمرین واریسی بدن. تکلیف خانگی: پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته‌اند در مورد غذا خوردن.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل و بحث در مورد موانع تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن، تمرین واریسی بدن، ثبت وقایع خوشایند، بحث در ارتباط با برخی ویژگی‌های ذهن آگاهی همچون غیر قضاوتی بودن یا رهاکردن، تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس.
جلسه پنجم	تکلیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره. بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، تمرین کوتاه دیدن یا شنیدن، مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس بدنی، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تمرین حرکات آگاهانه بدن، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند.
جلسه ششم	تکلیف خانگی: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند. بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث درباره استرس و واکنش‌های معمول افراد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و واکنش‌های جایگزین، راه رفتن آگاهانه.
جلسه هفتم	تکلیف خانگی: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد خوشایند). بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث درباره اذعان و پذیرش واقعیت موقعیت حاضر، همان‌طور که هست، تمرین حرکات آگاهانه بدن.
جلسه هشتم	تکلیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره. بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث درباره اینکه افکار ما اغلب محتوای واقعی نیست.
جلسه نهم	تکلیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره. بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بحث درباره بهترین راه برای مراقبت از خود چیست، تمرین بررسی فعالیت‌های روزانه خوشایند در برابر ناخوشایند و یادگیری برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های خوشایند، تمرین عشق و مهربانی.
جلسه دهم	تکلیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است؛ تمرین تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد خوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید. جمع بندی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات گذشته، بازنگری تکالیف خانگی و بازنگری کل برنامه، دریافت بازخورد از اعضای گروه، اجرای پس آزمون، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین.

یافته‌ها

درصد راهنمائی، ۲۲ درصد و ۴۴ درصد نیز تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند. یافته‌های توصیفی نمرات انعطاف‌پذیری شناختی در پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری بر حسب عضویت در گروه درمانی به شرح ذیل بود:

نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین سنی نمونه‌های گروه‌های شرکت کننده در مطالعه ۳۷ سال که از بین این تعداد حدود ۵۱ درصد مرد و ۴۹ درصد زن بود. از نظر وضعیت تاهل ۳۵ درصد مجرد، ۵۲ درصد متاهل و ۱۳ درصد مطلقه بودند. همچنین از نظر تحصیلات ۶ درصد ابتدائی، ۲۸

جدول ۱: میانگین نمرات انعطاف پذیری شناختی در پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری

زمان	درمان مبتنی بر شفقت	درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل
	انحراف معیار \pm میانگین		
پیش آزمون	۵۱/۶۱ \pm ۷/۶۹	۵۲/۱۱ \pm ۶/۹۱	۴۸/۹۴ \pm ۶/۵۷
پس آزمون	۲۳/۳۹ \pm ۴/۷۹	۲۹/۱۱ \pm ۳/۱۸	۴۹/۹۰ \pm ۶/۳۵
پیگیری	۲۵/۱۷ \pm ۴/۷۴	۲۹/۹۰ \pm ۳/۱۰	۴۹/۴۴ \pm ۶/۲۶

آزمایشی پس از مداخله می باشد که نشان دهنده بهبود انعطاف پذیری شناختی آزمودنی ها می باشد، اما تفاوت محسوس از مرحله پس آزمون به مرحله پیگیری مشاهده نشد.

همانگونه که جدول ۱ نشان می دهد نتایج در رابطه با میانگین و انحراف معیار نمره کلی انعطاف پذیری روانشناختی نشان دهنده کاهش محسوس نمرات آزمودنی های گروه های

جدول ۲: تحلیل کوواریانس تک متغیری برای تعیین تفاوت اثرگذاری درمان بر انعطاف پذیری روانشناختی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت f	مقدار p	مجذور سهمی اتا
گروه	۷۵۸۶/۳۸	۲	۳۷۹۳/۱۹	۳۴۰/۰۹	* ۰/۰۰۱	۰/۹۳۲
خطا	۵۵۷/۶۸	۵۱	۱۱/۱۵	-	-	-
کل	۸۱۴۸/۰۹	۵۳	-	-	-	-

* معنی دار در سطح معنی داری $p < ۰/۰۱$

اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری روانشناختی بیماران در مرحله پس آزمون متفاوت بود. مجذور سهمی اتا نشان می دهد که ۹۳/۲ درصد از تغییرات یا افزایش انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به HIV ناشی از تأثیر روش های درمانی بود.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود نسبت f حاصل از تحلیل کوواریانس گویای آن بود که پس از حذف اثرات متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) تفاوت آماری معنی دار بین نمرات تعدیل شده انعطاف پذیری شناختی در مرحله پس آزمون ($p < ۰/۰۱$)؛ $f(۲, ۵۱) = ۳۴۰/۰۹$ ؛ $p < ۰/۰۱$) ۲ گروه آزمایشی و کنترل وجود داشت. بدین معنی که

جدول ۳: مقایسه های زوجی میانگین های نمرات انعطاف پذیری شناختی بر اساس نوع درمان

مقایسه ها	اختلاف میانگین ها (MD)	خطای استاندارد	مقدار p
درمان مبتنی بر شفقت با درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	۵/۴۶	۱/۱۱	* ۰/۰۰۱
درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل	۲۷/۸۹	۱/۱۲	* ۰/۰۰۱
درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل	۲۲/۴۲	۱/۱۳	* ۰/۰۰۱

* معنی دار در سطح معنی داری $p < ۰/۰۱$

معنی داری وجود دارد. با توجه به نتایج جدول ۱ می توان گفت میزان تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف پذیری روانشناختی بیشتر از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است.

طبق نتایج جدول ۳، نتیجه آزمون بنفرونی نشان می دهد بین اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی بیماران ($p < ۰/۰۱$)؛ $MD = ۵/۴۶$) تفاوت آماری

جدول ۴: نتیجه آنالیز واریانس یکطرفه برای تعیین مقایسه میانگین‌های انعطاف‌پذیری شناختی در مرحله پیگیری

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	نسبت f	مقدار p
بین گروهی	۴۴/۵۹	۲	۲۲/۲۹	۱۴/۸۳	۰/۰۰۱ *
درون گروهی (خطا)	۷۶/۶۸	۵۱	۱/۵۰	-	-
کل	۱۲۱/۲۵	۵۳	-	-	-

 * معنی‌دار در سطح معنی‌داری $p < 0/01$

همانطوریکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود نسبت f حاصل از تحلیل واریانس نشان داد تفاوت آماری معنی‌داری بین نمرات اختلافی انعطاف‌پذیری روانشناختی از مرحله پس آزمون به مرحله پیگیری ($p < 0/01$; $f(2, 51) = 14/83$) گروه‌های آزمایشی و کنترل وجود دارد.

بحث

هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV بلافاصله و ۳ ماه پس از درمان بود. مطالعه حاضر نشان داد که هر دو درمان در افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مؤثر بوده و اثر آن تا ۳ ماه پس از درمان نیز همچنان باقی ماند. در مقایسه ۲ درمان مذکور نیز یافته حاکی از این بود که درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از اثربخشی بالاتری برخوردار بود.

در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV می‌توان به مطالعات همخوان با این پژوهش از جمله مطالعه خلج و همکاران (۱۳۹۹) که بین ۳۴ نفر از بیماران مبتلا به HIV شهر تهران انجام شد؛ اشاره داشت و نتایج آن حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر روی انعطاف‌پذیری روانشناختی این بیماران بود (۲۲). همچنین پژوهش رستم‌پور و همکاران (۱۳۹۹) بر روی ۳۰ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی در شهر قائم نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران با کودک کم‌توان ذهنی مؤثر می‌باشد (۳۴). داده‌های مطالعه اسکلتون و همکاران (۲۰۲۰) بر روی ۳۴ بیمار مبتلا به HIV در یک مرکز مراقبت سرپایی شهری فیلادلفیای آمریکا نشان داد که ارتقاء خود شفقتی باعث تجربه شرم کمتر و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران می‌گردد (۳۵). مطالعه فراستادوتیر و درجی (۲۰۱۹) روی ۴۰

نفر از مراجعان به کلینیک توانبخشی و بهداشتی در ایسلند حاکی از این بود که درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش چشمگیری در میزان ذهن آگاهی و خود شفقتی و کاهش نشخوار فکری، افسردگی، اضطراب و استرس در بین این مراجعان می‌گردد، این نتایج در پیگیری یک ماهه پس از این مطالعه نیز همچنان پایدار باقی ماند (۲۳). یافته‌های تحقیق یانگ و ماک (۲۰۱۷) که روی ۲۹۱ نفر از افراد مبتلا به HIV و ۱۶۹ نفر از افراد مبتلا به مشکلات روانشناختی کلینیکی در هونگ کونگ چین انجام شد مبین این بود که افزایش خودشفقتی و ذهن آگاهی با رضایت از زندگی در هر ۲ گروه مرتبط است. همچنین در این پژوهش مشخص شد که خودشفقتی باعث تعدیل رابطه بین خود انگ زنی و رضایت از زندگی در میان بیماران مبتلا به HIV می‌گردد (۳۶). مطالعه مارشال و بروکمن (۲۰۱۶) روی ۱۴۴ دانشجوی روانشناسی در استرالیا نشان داد که خودشفقتی، به طور قابل‌توجهی با فرآیندهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، از جمله پذیرش آگاهانه و سلامت روانی ارتباط معنی‌داری دارد، به‌طوری‌که خودشفقتی، پیش‌بینی‌کننده انعطاف‌پذیری روانشناختی و بهزیستی هیجانی است که مبین ارتباط بین انعطاف‌پذیری روانشناختی، خودشفقتی و سلامت روانی می‌باشد (۳۷). مطالعه مارتینز و همکاران (۲۰۱۷) روی ۸۹ فرد بزرگسال مبتلا به HIV کشور پرتغال، مبین این حقیقت بود که انعطاف‌پذیری روانشناختی و خودشفقتی با سلامت روان، اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری دارد (۲۱).

در تحلیل اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌توان گفت که در چارچوب درمان مبتنی بر شفقت با انجام تمرین‌های مهرورزانه در قالب تن آرامی و پرورش ذهن آرام و دلسوز، به تدریج ایجاد و تقویت یک سیستم تسکین بخش و آرامش دهنده در افراد تسهیل می‌شود که این فرایند خود می‌تواند موجب افزایش سطح انعطاف‌پذیری



روانشناختی در شرکت کنندگان گردد (۳۸). همچنین این درمان، بر ذهن آگاهی و توجه آگاهانه بر تجارب درونی تأکید می‌کند تا به کمک فرآیندهای ذهن آگاهی، مهارت قضاوت نکردن خود و توانایی پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از اشتراکات انسانی در فرد شکل گیرد و دستیابی به ملاحظت با خود و دیگران، به جای قضاوت سختگیرانه تسهیل شود (۳۶). لذا افراد در بستر درمان مبتنی بر شفقت با آموزش تمرین‌هایی نظیر مدیتیشن، بخشش، ابراز عشق و محبت به خود و دیگران یاد می‌گیرند تا در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند، ضمن خودآگاهی نسبت به رنج خود، با نگرشی مشفقانه و عاری از هرگونه انتقاد با آن برخورد نمایند و با دیدی روشن و واقع‌گرایانه نسبت به مشکلات خود، رابطه صمیمی‌تری با خود و دیگران برقرار سازند که این جریان خود می‌تواند علاوه بر کاهش سرزنش خود و دیگران، باعث ارتقاء انعطاف‌پذیری روانشناختی در افراد گردد. به‌طور کلی، درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر نسبت به احساسات درونی به کاهش تعارض‌های درونی، ایجاد حالت صلح با خود و دیگران و در نتیجه کاهش مشکلات روانشناختی فرد می‌انجامد که کاهش خودانتقادی و افزایش انعطاف‌پذیری می‌تواند پیامد چنین فرایندی باشد (۳۹).

در راستای اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV می‌توان به مطالعات همخوان با این پژوهش از جمله نتایج مطالعه مؤمنی و رادمهر (۱۳۹۸) که به اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی انعطاف‌پذیری روانشناختی همسران جانبازان شهر کرمانشاه پرداخت؛ اشاره کرد که نشان داد این درمان در ۲ مقطع زمانی پس از مداخله و ۳ ماه پس از پایان درمان باعث افزایش سازگاری زناشویی و انعطاف‌پذیری روانشناختی گروه مورد مطالعه شد (۴۰). داده‌های مطالعه شفیع‌نادی و همکاران (۱۳۹۹) روی ۱۵ دانش‌آموز دختر دارای عملکرد تحصیلی پایین شهر یزد مبین این بود که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دارای عملکرد تحصیلی پایین در دوره دوم متوسطه تأثیر معنی‌دار دارد (۴۱). داده‌های مطالعه وب و همکاران (۲۰۱۸) بر روی ۷۲ نفر از نوجوانان

مبتلا به HIV تحت درمان کلینیکی در شهر بالتیمور آمریکا حاکی از این بود که افراد شرکت کننده بعد از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و در پیگیری سه ماهه از سطوح بالاتری از انعطاف‌پذیری و دقت شناختی در مواجهه با محرک‌های هیجانی برخوردار بودند. همچنین این درمان به ارتقاء سطح ذهن آگاهی، توانایی حل مسئله، رضایت از زندگی، کاهش میزان پرخاشگری و استرس، بهبود خود تنظیمی و انطباق با دارو و همچنین کاهش میزان سطح ویروس (احتمالاً به دلیل پذیرش سطح بالاتری از داروهای HIV) منجر گردید (۴۲). در بررسی آزمایشی جورج و همکاران (۲۰۱۷) در اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی ۳۲ شرکت کننده مبتلا به اچ‌آی‌و با درد عصبی-عضلانی در کلینیکی در مانت ساینای آمریکا، نشان داده شد این درمان در کاهش درد مزمن و استرس ادراک شده ناشی از این بیماری در بین مبتلایان به HIV مؤثر بود (۴۳). مطالعه نیلا و همکاران (۲۰۱۶) بر روی ۴۹ شرکت کننده با مشکلات روانشناختی (تحمل‌پریشانی و انعطاف‌پذیری پائین) در شهر هایدلبرگ آلمان، حاکی از این بود که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تحمل‌پریشانی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و کاهش اختلالات روانی شده و همچنین باعث می‌شود که افراد در برابر استرس‌های آینده، پاسخ سازگارانه‌تری از خود بروز بدهند (۴۴). گوو و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه سیستماتیک و فراتحلیلی که در انگلستان بر روی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی انجام دادند؛ شواهد محکمی در کاهش نشخوار فکری و نگرانی، بهبود واکنش شناختی و عاطفی، افزایش ذهن آگاهی، خودشفقتی و انعطاف‌پذیری روانشناختی را در گروه‌های مورد مطالعه را عنوان نمودند (۴۵).

در تحلیل اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌توان چنین گفت که انعطاف‌پذیری روانشناختی به توانایی‌های فرد برای برقراری ارتباط کامل با لحظه حال و افکار و احساسات موجود در آن، بدون دفاع بی‌مورد (ذهن آگاهی) و در عین حال، عمل بر اساس اهداف و ارزش‌های بلند مدت اشاره دارد (۳۰). از سوئی ذهن آگاهی قابلیت مثبتی است که به فرد اجازه می‌دهد به جایگزین‌ها فکر کند و خود را با شرایط جدید محیط پیرامون

واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان گردد. لذا شفقت به خود مانند یک ضربه گیر در مقابل وقایع منفی عمل می‌کند (۴۹) که این عمل باعث پاسخ‌های سازگارانه‌تری در برابر شکست و در نهایت انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌گردد (۸،۱۶).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و پژوهش‌های انجام شده دنیا در راستای اثربخشی درمان‌های درمان‌های موج سوم از جمله درمان مبتنی بر شفقت و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان گفت که این درمان‌ها از اثربخشی بالایی در مرتفع نمودن مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به HIV برخوردار می‌باشند که از نقاط قوت این پژوهش محسوب می‌شود. از دیگر نقاط قوت مطالعه می‌توان به اقتصادی بودن مداخلات روانشناسی در ارتقاء سلامت روان بیماران مبتلا به HIV اشاره داشت. از آنجائیکه اطلاعات بیماران مبتلا به HIV بسیار محرمانه می‌باشد، جلب همکاری این بیماران جهت شرکت در مطالعه از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین به دلیل انتخاب نمونه در دسترس به علت سکونت برخی از بیماران در شهرهای دیگر، عدم تمایل برخی برای مشارکت در پژوهش و غیره، امکان نمونه‌گیری تصادفی میسر نشد؛ بنابراین شایسته است در تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جمعیت بزرگتر احتیاط نمود. همچنین پژوهش حاضر صرفاً بر روی نمونه‌ای از بیماران مبتلا به HIV صورت گرفته و برای تعمیم به جمعیت‌های دیگر، به بررسی و پژوهش‌های بیشتری نیاز می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر مبین اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV بود بنابراین با توجه به شیوع بالای مشکلات روانی در بین بیماران مبتلا به HIV می‌توان از مداخلات روانشناختی جهت ارتقاء سلامت روان این بیماران استفاده کرد، لذا سیاستگذاران حوزه سلامت می‌توانند از آن به‌عنوان الگوی مناسب، مطمئن و اثرگذار، هم در پیشگیری و ارتقای سلامت روانی و هم در درمان این بیماران استفاده کنند. همچنین توصیه می‌گردد که پژوهش‌هایی در همین راستا با تعداد نمونه بیشتر و در سایر

سازگار کند که این همان انعطاف‌پذیری است. در واقع فرد ذهن آگاه، شیوه‌های روانشناختی پردازش را به کار می‌برد و انعطاف‌پذیری در پاسخ به تهدید را افزایش می‌دهد. همچنین ذهن آگاهی افراد را قادر می‌سازد تا از نظر روانشناختی، انعطاف‌پذیرتر به تجربیات دشوار پاسخ دهند و در نتیجه از پریشانی روانشناختی آن‌ها بکاهد (۴۶). همچنین می‌توان چنین استنباط کرد که ذهن آگاهی موجب توقف چرخه تجارب منفی درونی مانند نشانه‌های افسردگی و یا نشخوارگری یک رویداد در گذشته می‌شود؛ زیرا ذهن آگاهی فرآیندی است که از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ نموده و امکان انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌نماید و بدین ترتیب سازگاری روانشناختی خود را افزایش می‌دهد (۴۷).

در خصوص تبیین و توصیف یافته‌های مطالعه فعلی حاکی از افزایش اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان گفت که این درمان علاوه بر پرداختن به ذهن آگاهی (۲۰) که تاکید عمده در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد (۳۱)؛ به مؤلفه‌های خودشفقتی مانند مهربانی به خود (۱۸) نیز می‌پردازد که در افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی مؤثر می‌باشد (۲۲). در توضیح این مهم می‌توان گفت که ذهن آگاهی نوعی خارج شدن از خود و مشاهده تجارب خویش از چشم اندازی بالاتر می‌باشد؛ به‌طوری‌که تجربه‌های فرد عینی‌تر و با عمق بیشتری به نظر آید و این امر مانع تمرکز زیاد بر مسائل رنج‌آور و پیگیری مستمر آن می‌گردد (فرآیندی که نف آن را همانند سازی افراطی می‌نامد) (۴۸). در واقع افزایش ذهن آگاهی و تماس با رویدادها، به جای کنترل کردن و به چالش کشیدن افکار و احساسات، آمیختگی شناختی را کاهش و سبب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود (۸). همچنین مهربانی با خود و احساس ارتباط داشتن، می‌تواند باعث افزایش ذهن آگاهی شود، به‌طوری‌که اگر فردی قضاوت و سرزنش کردن خود را متوقف کند و به میزان کافی پذیرش خود را تجربه کند، اثر منفی تجارب هیجانی کاهش می‌یابد و حفظ آگاهی متعادل از افکار و هیجانات آسان‌تر می‌شود. از سوئی پرورش خودشفقتی باعث می‌شود که افراد خود را کمتر مورد قضاوت قرار داده و سختگیری کمتری به خود اعمال نموده و در نتیجه وقایع منفی زندگی را راحت‌تر پذیرفته و خودارزیابی و

نگارش و اصلاح مقاله: ش. ق ش، م. الف، م. ز ب، س الف.
 س ع
سازمان حمایت کننده
 مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری رشته مشاوره تحت عنوان "مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر میزان انگ، خودشفقتی و انعطاف پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به HIV بیمارستان امام خمینی با کد ۱۶۲۲۷۰۷۴۲ از گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن می باشد که از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.
تعارض منافع
 هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

- 1) Obsa AG, Weldihanes B. Knowledge and self-efficacy on Hiv/Aids among undergraduate students of Maddawalabu university, Southeast Ethiopia. *Glob J Hum Social Sci* 2017; 17(1): 60-8.
- 2) Strasser S, Gibbons S. Development of Hiv-related mental health and psychosocial services for children and adolescents in Zimia: the case for learning by doing. *Children and Youth Service Re-view* 2014; 45: 150-7. doi: 10.1016/j.chilyouth.2014.03.032.
- 3) Chander G, Himelhoch S, Moore RD. Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients. *Drugs* 2006; 66(6): 769-89.
- 4) Nurutdinova D, Chrusciel T, Zeringue A, Scherrer JF, Al-Aly Z, McDonald JR, et al. Mental health disorders and the risk of AIDS-defining illness and death in HIV-infected veterans. *Aids* 2012; 26(2): 229-34. doi: 10.1097/QAD.0b013e32834e1404.
- 5) Mayston R, Kinyanda E, Chishinga N, Prince M, Patel V. Mental disorder and the outcome of HIV/AIDS in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Aids* 2012; 26: 117-35. doi: 10.1097/QAD.0b013e32835bde0f.
- 6) Schadé A, Grootheest GV, Smit JH. HIV-infected mental health patients: characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. *BMC Psychiatry* 2013; 13(1): 1-10. doi: 10.1186/1471-244x-13-35.
- 7) Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, et al. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *AIDS* 2016; 30(12): 1973. doi: 10.1097/QAD.0000000000001145.

نقاط کشور جهت تعمیم نتایج به کلیه بیماران مبتلا به HIV تکرار شود.
سپاسگزاری
 پژوهشگران خود را موظف می دانند به رسم امانتداری علمی و به پاس همکاری از کلیه کارمندان مرکز مشاوره بیماری های رفتاری که در مراحل اجرای مطالعه کمال همکاری را داشتند و همچنین از تمامی مردان و زنانی که در این مطالعه همکاری داشته، به پرسشنامه ها پاسخ داده و در جلسات درمانی شرکت نموده اند تشکر و قدردانی نمایند.
مشارکت نویسندگان
 طراحی پژوهش: م. الف، ش. ق ش
 جمع آوری داده ها: م. الف، م. ز ب
 تحلیل داده ها: م. الف، م. ز ب، س الف، س ع





- 8) Hayes S, Strosahl K, Wilson K. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: Guilford press, Inc.; 2011; 380-9.
- 9) Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the ready program. *Psychology, Health & Medicine* 2010; 15(3): 266-77. doi: 10.1080/13548501003758710.
- 10) Kato T. Psychological inflexibility and depressive symptoms among Asian english speakers: a study on Indian, Philippine and Singaporean samples. *Psychiatry Research* 2016; 23(8): 1-7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.007.
- 11) Masuda A, Mandavia A, Tully EC. The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States. *Asian American Journal of Psychology* 2014; 5(3): 230. doi: 10.1037/a0034437.
- 12) Woodruff SC, Glass CR, Arnkoff DB, Crowley KJ, Hindman RK, Hirschhorn EW. Comparing self-compassion, mindfulness, and psychological inflexibility as predictors of psychological health. *Mindfulness* 2014; 5(4): 410-21. doi:10.1007/s12671-013-0195-9.
- 13) Seligowski AV, Miron LR, Orcutt HK. Relations among self-compassion, PTSD symptoms, and psychological health in a trauma-exposed sample. *Mindfulness* 2015; 6(5): 1033-41. doi: 10.1007/s12671-014-0351-x.
- 14) Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-



- compassion program. *Journal of Clinical Psychology* 2013; 69(1): 28-44. doi: 10.1002/jclp.21923.
- 15) Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology* 2013; 69(8): 856-67. doi: 10.1002/jclp.22021.
 - 16) Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality* 2007; 41(4): 908-16. doi: 10.1016/j.jrp.2006.08.002.
 - 17) Gilbert P. Compassion focused therapy special issue. *Int J Cogn Therap* 2010; 3(2): 197-201. doi:10.1521/ijct.2010.3.2.95.
 - 18) Feldman C, Kuyken W. Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism* 2011; 12(1): 143-55. doi: 10.1080/14639947.2011.564831.
 - 19) Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009; 15(3): 199-208.
 - 20) Gilbert P. Compassion focused therapy: a special section. *International Journal of Cognitive Therapy* 2010; 3(2), 95-6.
 - 21) Martins A, Canavarro MC, Pereira M. The role of psychological flexibility and self-compassion in mental health and quality of life of HIV-infected adults. *Proceedings of the congress on, International AIDS Society (IAS) Conference on HIV Science; 2017 June 27; Paris, France.*
 - 22) Khalaj F, Dolatshahi B, Bagheri F. Effects of compassion-focused therapy on psychological wellbeing, life expectancy, and psychological flexibility in individuals with human immunodeficiency virus. *Practice in Clinical Psychology* 2020; 8(4): 317-24. doi: 10.32598/jpcp.8.4.726.1.
 - 23) Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in Psychology* 2019; 10: 1099. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01099.
 - 24) Reich RR, Lengacher CA, Alinat CB, Kip KE, Paterson C, Ramesar S, et al. Mindfulness-based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: immediate and sustained effects across multiple symptom clusters. *Journal of Pain and Symptom Management* 2017; 53(1): 85-95. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.08.005.
 - 25) Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2015; 78(6): 519-28. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009.
 - 26) Hecht FM, Moskowitz JT, Moran P, Epel ES, Bacchetti P, Acree M, et al. A randomized, controlled trial of mindfulness-based stress reduction in HIV infection. *Brain, Behavior, and Immunity* 2018; 73: 331-9. doi:10.1016/j.bbi.2018.05.017.
 - 27) Luoma JB, Platt MG. Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychology* 2015; 2: 97-101. doi: 10.1016/j.copsyc.2014.12.016
 - 28) Webb L, Perry-Parrish C, Ellen J, Sibinga E. Mindfulness instruction for HIV-infected youth: a randomized controlled trial. *AIDS Care* 2018; 30(6): 688. doi: 10.1080/09540121.2017.1394434.
 - 29) Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy* 2011; 42(4): 676-88. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007.
 - 30) Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. *Research methods in the behavioral sciences*. 11th ed. Agah; 2005: 248-50. [Persian]
 - 31) Jam S, Imani AH, Foroughi M, SeyedAlinaghi S, Koochak HE, Mohraz M. The effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program in Iranian HIV/AIDS patients: a pilot study. *Acta Medica Iranica* 2010; 48(2): 101-6.
 - 32) Kabat-Zinn J, Hanh TN. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Available from URL: <https://www.amazon.com/Full-Catastrophe-Living-Revised-Illness/dp/0345536932>. Last access: Aug 7, 2021.
 - 33) Imani M. Examine the factor structure of the acceptance and action questionnaire-II in students. *Journal of Teaching and Learning* 2016; 8(1): 162-81. [Persian]
 - 34) Rostampour Brenjestanaki M, Abbasi G, Mirzaian B. Effectiveness of compassion-focused therapy on psychological flexibility recovery and self-criticism decrease in mothers with mentally retarded children. *Biannual Journal of Applied Counseling* 2020; 10(2): 1-8. [Persian]
 - 35) Skelton WM, Cardaciotto L, O'Hayer CV, Goldbacher E. The role of self-compassion and shame in persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care* 2021; 33(6): 818-26. doi: 10.1080/09540121.2020.1769836.
 - 36) Yang X, Mak WW. The differential moderating roles of self-compassion and mindfulness in self-stigma and well-being among people living with mental illness or HIV. *Mindfulness* 2017; 8(3): 595-602. doi: 10.1007/s12671-016-0635-4.
 - 37) Marshall EJ, Brockman RN. The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive*

- Psychotherapy 2016; 30(1): 60-72. doi: 10.1891/0889-8391.30.1.60.
- 38) Keel C, Pidgeon A. Mediating role of self-compassion, emotional regulation on the relationship between, and psychological distress. *Journal of Basic and Applied Research* 2017; 3(3): 107-13.
- 39) Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness* 2016; 7(1): 264-74 .doi: 10.1007/s12671-015-0479-3.
- 40) Momeni K, Radmehr F. The effect of treatment of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on marital adjustment, sense of coherence and psychological flexibility of veteran's wives. *J Mil Med* 2019; 21(1): 12-21. [Persian]
- 41) Shafianaderi M, Sharifi T, Ghazanfari A, Ahmadi R. Effectiveness of mindfulness-based stress decrease on the psychological well-being and psychological flexibility in the students with low academic performance. *Analitical-Cognitive Psychology* 2020; 11(41): 79-91. [Persian]
- 42) Webb L, Perry-Parrish C, Ellen J, Sibinga E. Mindfulness instruction for HIV-infected youth: a randomized controlled trial. *AIDS Care* 2018; 30(6): 688-95. doi:10.1080/09540121.2017.1394434.
- 43) George MC, Wongmek A, Kaku M, Nmashie A, Robinson-Papp J. A mixed-methods pilot study of mindfulness-based stress reduction for HIV-associated chronic pain. *Behavioral Medicine* 2017; 43(2): 108-19. doi: 10.1080/08964289.2015.1107525.
- 44) Nila K, Holt DV, Ditzen B, Aguilar-Raab C. M
indfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. *Mental Health & Prevention* 2016; 4(1): 36-41 .doi:10.1016/j.mhp.2016.01.001.
- 45) Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? a systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review* 2015; 37: 1-12. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.006.
- 46) Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJA, Partridge K. Letting go: mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research* 2007; 32(6): 758-74. doi: 10.1007/s10608-007-9142-1.
- 47) Cardaciotto L. Assessing mindfulness: the development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance. USA: Drexel university press, Inc.; 2005: 66-8.
- 48) Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; 84(4): 822. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822.
- 49) Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology* 2007; 92(5): 887. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887.

A Comparison of Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Psychological Flexibility of HIV Patients in Imam Khomeini Hospital

Manzar Amirkhani ¹ , Shohreh Ghorbanshiroudi ^{2*} , Mohammadreza Zarbakhsh Bahri ² , Seyed Ahmad Seyed Alinaghei ³ 

¹ Ph.D. student of Counseling, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

³ Associate Professor, Iranian Research Center for HIV/AIDS, Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Shohreh Ghorbanshiroudi
drshohrehshiroudi@gmail.com

ABSTRACT

Citation: Amirkhani M, Ghorbanshiroudi Sh, Zarbakhsh Bahri M, Seyedalinaghei SA. A Comparison of Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Psychological Flexibility of HIV Patients in Imam Khomeini Hospital. *Manage Strat Health Syst* 2021; 6(2): 103-16.

Received: May 15, 2021

Revised: August 04, 2021

Accepted: August 08, 2021

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

Background: HIV patients are exposed to many psychological problems, including psychological inflexibility. It seems that psychological interventions can be effective to improve the psychological state of these patients. Therefore, in this study, we aimed to compare the effectiveness of interventions with 2 methods of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program on psychological flexibility of HIV patients in Imam Khomeini Hospital.

Methods: The present study was a descriptive-analytical study that was performed as an intervention in the period from May to January in 2020 on 54 HIV patients referred to Voluntary Counseling and Testing (VCT) center of Imam Khomeini Hospital Complex. The samples of the study mode were selected by available sampling and randomly divided in 3 groups of 18 people based on CFT, MBSR session and the control group. Each treatment was presented to 2 experimental groups for 10 sessions per week and the control group was placed on a waiting lists. Patients' psychological flexibility was assessed by the Acceptance and Action Questionnaire- II "AAQ-II" in 3 stages: pre-test, post-test and follow-up. SPSS 23 software and analysis of covariance, bonferoni test and one-way analysis of variance were used to analyze the data.

Results: The results showed that CFT and MBSR were effective on increasing psychological flexibility of HIV patients ($p < 0.01$). Comparison of the effectiveness of the 2 therapies showed that CFT caused a further increase on increasing psychological flexibility ($p < 0.01$). Changes in follow-up 3 months after treatment also remained stable ($p < 0.01$).

Conclusion: Findings of the study show that the use of therapies in this study can be effective in planning psychological interventions to promote and improve mental health in HIV patients.

Key words: HIV, Mindfulness, Compassion, Stress, Therapeutics