



اثر بخشی رویکرد درمانی متمرکز بر شفقت بر تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به HIV+

شیوا رضائی: دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی سلامت، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی
11 جواد خلعتبری: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (* نویسنده مسئول) Javadkhalatbaripsy2@gmail.com
 مریم کلهرنیا گلکار: استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
 بیوک تاجری: گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان متمرکز بر شفقت،
تاب آوری،
بهزیستی روان شناختی،
کیفیت زندگی،
+HIV

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۶

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

زمینه و هدف: با توجه به آثار منفی روانی بیماری ایدز در بیماران مبتلا به این بیماری، این پژوهش با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به HIV صورت گرفت.
روش کار: پژوهش حاضر آزمایشی و از جمله طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران HIV+ مرکز بیماری‌های رفتاری به تعداد ۳۳۰ نفر در سال ۱۳۹۷ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر از افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و برای این پژوهش اعلام آمادگی کردند، وارد مطالعه شدند. داوطلبین به طور تصادفی در یک گروه ۱۵ نفره آزمایش و یک گروه ۱۵ نفره کنترل جایگزاری شدند. گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه مداخله ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند. گروه گواه تا پایان جلسات هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. از تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.
یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت، بر همه متغیرهای پژوهش شامل تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی تأثیرگذار بوده است و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشند.
نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان اذعان داشت که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به عنوان یک راهکار روان درمانی در بهبود سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز بکار رود و چنین رویکرد درمانی به عنوان یک عامل غیردارویی می‌تواند در جهت سلامت روانی زندگی بیماران مبتلا به ایدز استفاده شود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Rezaei S, Khalatbari J, Kalthornia Golkar M, Tajeri B. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapeutic Approach on Resilience, Psychological Well-Being and Quality of Life of HIV+ Patients. Razi J Med Sci. 2023;29(11):68-78.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.



Original Article

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapeutic Approach on Resilience, Psychological Well-Being and Quality of Life of HIV+ Patients

Shiva Rezaei: PhD Student of Health Psychology, Department of Psychology, Dubai Branch, Islamic Azad University, Dobai, Emirates

Javad Khalatbari: Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran (* Corresponding author) Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

Maryam Kalhornia Golkar: Assistant Professor, Department of psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Biouk Tajeri: Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

Background & Aims: Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is a chronic disease with a high mortality rate and is completely different from other diseases. It is an infectious disease caused by HIV, which is transmitted through contact between blood and semen. The disease is a rapidly expanding health challenge, and research findings show that people struggling with chronic diseases such as HIV + show high levels of psychological problems and dysfunction. HIV + is also associated with low resilience. Resilience is the ability to adapt to stressors in the face of adversity, which is a learnable skill and its mechanisms moderate the relationship between pain and its consequences. In other words, resilient and stubborn people can overcome a variety of adverse effects, have a greater ability to solve problems and respond better to adverse conditions to maintain their psychological well-being. Accordingly, research shows that people with HIV + have low psychological well-being in addition to low resilience. Psychological well-being is the pursuit of perfection in the realization of one's potential, which includes self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, purposeful living, personal growth, and mastery of the environment. Unfortunately, in addition to affecting and lowering the quality of life of an infected person, HIV + can also affect the functioning of the family and the quality of life of those around them, including parents. Quality of life is a social concept according to which a person gives a mental understanding of the good or bad of life. Accordingly, the World Health Organization defines the quality of life as an individual's perception of life in the context of society's culture and values in line with the individual's goals and interests and relates it to physical, mental, beliefs, self-reliance, and social relationships. Knows. Therefore, some researchers believe that there is as much quality of life as there are people on earth because everyone can give a different perception and meaning to life. Compassion-focused therapy (CFT) was proposed by Paul Gilbert. Although the components of this treatment were initially proposed by Neff and he introduced them as awareness, kindness to oneself, and a sense of fellowship with humanity, it was Gilbert who used these structures in treatment sessions and introduced CFT. Although research findings support the effectiveness of compassion-focused therapy in a wide range of clinical problems, the researcher's research shows that so far a study on the effect of this treatment on variables of resilience, psychological well-being, and quality of life in HIV + patients Has not taken place. Accordingly, this study seeks to answer the question of whether

Keywords

Compassion-Focused Therapy,
Resilience,
Psychological Well-Being,
Quality of Life,
HIV +

Received: 17/12/2022

Published: 07/02/2023

a course of treatment focused on compassion has a significant effect on resilience, psychological well-being, and quality of life of HIV + patients?

Methods: The present study was applied and included experimental designs of pre-test-post-test with an experimental group and a control group. The statistical population of the study is all 330 HIV + patients in the Center for Behavioral Diseases in 1397. According to Fidel and Tapachik's (2001) purposeful sampling method, 107 people (104+ number of dependent variables) had the criteria for inclusion in the study. They were selected from the mentioned community. For screening, the selected candidates first answered the Connor and Davidson Resilience Questionnaire (2003), the Reef Psychological Well-Being Questionnaire (1989), and the Weir and Sherborn Quality of Life Questionnaire (1992), followed by 55 people with the lowest scores. Were selected in response to the questionnaires, and finally 30 people who met the inclusion criteria and declared their readiness to conduct the study were included in the study. Candidates were randomly assigned to a 15-member experimental group and a 15-member control group. Inclusion criteria included at least one year of HIV + infection, not receiving any other psychological intervention during the study, the age range of at least 20 and at most 30 years, higher education, single marital status, and no gender consideration is. Exclusion criteria included the unwillingness of volunteers to continue the sessions and the absence of more than one session in group interventions. The experimental groups underwent 8 sessions of 120-minute treatment focused on compassion therapy (CFT). The control group did not receive any intervention until the end of the study. At the end of the interventions, all three groups were re-evaluated and the results of the interventions were compared with each other. To evaluate the stability of treatment, 1 month after the interventions, the volunteers were re-evaluated. The instruments of this study included the Connor and Davidson Resilience Questionnaire (2003), the Reef Psychological Well-Being Questionnaire (1989), and the Weir and Sherborne Quality of Life Questionnaire (1992). Data analysis was performed in two parts: descriptive and inferential. Covariance analysis was used to analyze the data.

Results: The findings indicate that the independent variable, ie compassion-focused treatment, has affected all research variables including resilience, psychological well-being, and physical and psychological quality of life, and are significant at the level of 0.001.

Conclusion: Explaining the findings of this study in the sense that compassion-focused therapy affects the variables of resilience, psychological well-being, and quality of life, it can be said that compassion-focused therapy, like acceptance and commitment therapy, is opposed to clinical diagnosis. And these variables, as described earlier, are positive psychological variables. The three basic principles taught to people living with HIV in this treatment include mindfulness awareness, common human principles, and self-kindness. People in the group learned how to be kinder to themselves and useless self-blame. This may also provide a good explanation for how this affects research variables.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Rezaei S, Khalatbari J, Kalthornia Golkar M, Tajeri B. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapeutic Approach on Resilience, Psychological Well-Being and Quality of Life of HIV+ Patients. Razi J Med Sci. 2023;29(11):68-78.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

۷۰

مقدمه

نشانگان نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز، یک بیماری مزمن با مرگومیر بالا و کاملاً متفاوت از سایر بیماری‌ها است (۱). این بیماری عفونی بوده و عامل ایجاد آن ویروس HIV است که از راه تماس خون و منی منتقل می‌شود (۲). این بیماری یک چالش مهم بهداشتی است که با سرعت در حال گسترش است و یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند افرادی که با بیماری‌های مزمنی مثل HIV+ دست و پنجه نرم می‌کنند سطح بالایی از مشکلات روانشناختی و نقص در عملکرد را نشان می‌دهند و همچنین ابتلا به HIV+ با تاب آوری پایین در ارتباط می‌باشد (۳). تاب آوری در واقع توانایی سازگاری با عوامل تنش‌زا در مواجهه با مصیبت‌ها است که به صورت یک مهارت قابل یادگیری می‌باشد و سازوکارهای آن ارتباط بین درد و پیامدهای آن را تعدیل می‌کند (۴). به عبارتی دیگر، افراد تاب آور و سر سخت می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند، توانایی بیشتری در حل مشکلات داشته باشند و به شرایط نامطلوب واکنش بهتری نشان دهند تا بهزیستی روان شناختی خود را حفظ کنند (۵). بر این اساس تحقیقات نشان می‌دهند، مبتلایان به HIV+ علاوه بر تاب آوری پایین دارای بهزیستی روان شناختی پایین نیز می‌باشند (۶).

بهزیستی روان شناختی تلاشی برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه فرد است که شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، و تسلط بر محیط می‌باشد (۷). به عبارت دیگر، بهزیستی روان شناختی به مفهومی اشاره دارد که به جای تمرکز بر بیماری و ضعف‌های انسان، بر توانایی‌ها و داشته‌های افراد تمرکز می‌کند (۸). بهزیستی روان شناختی صرفاً به نداشتن بیماری یا احساس سلامت کفایت نمی‌کند، بلکه شرایطی را توصیف می‌کند که در آن رضایت از زندگی، پیشرفت، تعامل کارآمد و موثر با جهان، و کیفیت زندگی را شامل می‌شود (۹). با این حال، متأسفانه ابتلا به HIV+ علاوه بر اینکه کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تاثیر قرار داده و پایین می‌آورد، می‌تواند عملکرد خانواده و کیفیت زندگی اطرافیان از جمله والدین را نیز تحت تاثیر قرار دهد (۱۰).

کیفیت زندگی یک مفهوم اجتماعی است که بر اساس آن فرد درک ذهنی‌ای از خوب یا بد بودن زندگی را معنا می‌دهد (۱۱). بر این اساس، سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به صورت درک فرد از زندگی در چارچوب فرهنگ و ارزش جامعه همسوی با اهداف و علائق فرد تعریف می‌کند و با آن را مرتبط با وضعیت جسمانی، روانی، اعتقادات، خود ا تکلیبی، و ارتباطات اجتماعی می‌داند (۱۲). لذا برخی از پژوهشگران معتقدند به اندازه تعداد افراد روی زمین، کیفیت زندگی وجود دارد، زیرا هر کس می‌تواند ادراک و معنای متفاوتی را به زندگی بدهند (۱۱).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند، افرادی که بیماری‌های مزمنی مثل HIV، بیماری‌های قلبی و ... مبتلا هستند، سطح پایینی از تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی را از خود نشان می‌دهند (۱۳). انجمن قلب آمریکا (۲۰۰۱) کیفیت زندگی را از عوامل مهم مستعد کننده انواعی از بیماری‌ها و مرگ و میر می‌داند. همچنین دیگر یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که بین بهزیستی روان شناختی و سلامت عمومی همبستگی وجود دارد (۱۴). از این رو امروزه طیف زیادی از درمان‌های روان شناختی و غیردارویی بر متغیرهای تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی صورت می‌گیرد. با این حال، هرچند مطالعات گذشته ارزش پژوهشی خود را دارند، اما نیاز به مطالعه روش‌های جدیدتر و مقایسه میزان اثربخشی آنها بر این سه متغیر در بین افراد دارای بیماری‌های مزمن مثل HIV+ احساس می‌شود. درمان متمرکز بر شفقت یکی از این مداخلات درمانی جدید می‌باشد (۱). درمان متمرکز بر شفقت دارای مولفه‌هایی از قبیل توجه، آگاهی، مهربانی با خود و داشتن حس اشتراک با انسانیت می‌باشد (۳). شفقت به خود یعنی ما هنگام مواجهه با سختی‌ها یا نارسایی‌های ادراک شده از خود مراقبت کنیم و این امر از ما در برابر فشارهای وارد شده مراقبت می‌کند که یافته‌ها از همبستگی این موضوع با بهزیستی روان شناختی حمایت می‌کنند (۷).

چوی (Choi) و همکاران (۲۰۲۱) در یک مطالعه که در برزیل انجام دادند، تاب آوری ۲۰۰ نفر از افراد مبتلا به HIV را مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه در درجه اول نشان داد که تاب آوری افراد مبتلا به HIV کمتر از

افراد بدون این بیماری است. سایر یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که مقابله مذهبی می‌تواند بر روند غلبه بر ناملایمات و افزایش تاب آوری تأثیر بگذارد (۲). برنان (Brennan) و همکاران (۲۰۱۹) به اثربخشی معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش روانی خانواده بر افسردگی و خود-انگ زنی زنان خانه دار مبتلا به HIV پرداختند. یافته‌ها نشان داد که هر سه درمان میزان اثربخشی برابری بر افسردگی و خود-انگ زنی زنان خانه دار مبتلا به HIV دارد (۳). وانجالا (Wanjala) و همکاران (۲۰۲۱) در یک مطالعه مروری نشان دادند مداخلات روانشناختی بر تاب آوری افراد مبتلا به HIV می‌تواند با بهبود روش‌های مقابله سیستم بدن آنها با ویروس اثرگذار باشد (۴). همچنین موکورو (Mocorro) و همکاران (۲۰۲۰) در یک مطالعه مروری به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انواعی از متغیرهای مرتبط به سلامت روان در بیماران دارای مشکلات مزمن HIV و سرطان پرداختند. یافته‌های آنها نشان می‌دهد که در مجموع اکثر یافته‌ها نشان دهنده این موضوع هستند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مان قابل قبولی برای افراد دارای مشکلات مزمن می‌باشد (۱۵). آرنولد (Arnold) و همکاران (۲۰۱۴) به بررسی اثربخشی ترکیب درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شرم، خود انتقاد گری و افزایش کیفیت زندگی افراد دارای بیماری‌های مزمن پرداختند. نتایج آنها نشان داد ترکیبی از درمان متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد درمانی می‌تواند به کاهش شرم، خود انتقاد و کیفیت زندگی افراد کمک کند (۸). همچنین پلوس (Pleuhs) و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود به تأثیر افزایش کمپ‌های تفریحی بر بهزیستی روان شناختی افراد دارای مشکلات مزمن پرداختند و دریافتند افزایش تعداد مسافرت‌های افراد و کمپ‌های تفریحی می‌تواند با افزایش بهزیستی روان شناختی همراه باشد (۱۶).

خودکارآمدی، بهزیستی روان شناختی و عملکرد مثبت افراد شود (۱۳). انجام این پژوهش از این حیث اهمیت دارد که یافته‌ها نشان می‌دهد مبتلایان به HIV انواعی از احساس‌های ناخوشایند روان شناختی را تجربه می‌کنند. مبتلایان به این بیماری تا سال‌ها بعد از ورود ویروس به بدن شان زندگی می‌کنند و تجربه این احساس‌های روان شناختی ناخوشایند، می‌تواند به طور محسوس‌تری بر کیفیت زندگی و تعاملات اجتماعی آنها تأثیر بگذارد (۱۰). از طرفی دیگر، اطلاعات ناکافی ما از HIV موجب برخوردهای نامناسب اطرافیان با مبتلایان به این ویروس می‌شود و مبتلایان به آن اغلب احساس شرم و بی‌آبرویی می‌کنند و این امر کیفیت کلی زندگی آنها را پایین می‌آورد. آنها نگرانند که خانواده، دوستان، همسایه‌ها و همکاران طردشان کنند و این مسئله به انزوای این افراد می‌انجامد؛ در نتیجه از حمایت‌های اجتماعی که در هنگام شدت یافتن بیماری به آنها نیاز دارند، محروم می‌مانند (۱۴). فشارهای روانی در افراد آلوده به ویروس HIV و مبتلا به ایدز، از فردی به فرد دیگر تفاوت دارد، اما مداخلات روان‌شناختی به این دلیل مهم است که سرعت پیشرفت بیماری در افراد افسرده آلوده به ویروس HIV، بیشتر از افراد غیر افسرده است (۹). با این حال، هر چند یافته‌های پژوهشی از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در طیف گسترده‌ای از مشکلات بالینی حمایت می‌کنند (۵)، اما جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد تا کنون مطالعه‌ای در خصوص تأثیر درمان متمرکز بر شفقت در متغیرهای تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به HIV+ صورت نگرفته است. بر این اساس، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به HIV+ تأثیر معناداری دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر کاربردی و از جمله طرح‌های آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود که با کد اخلاق

IR.SBMU.RETECH.REC.1399.380 در کمیته معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تصویب رسید. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران HIV+ مرکز بیماری‌های رفتاری به تعداد ۳۳۰ نفر در سال ۱۳۹۷ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۱۰۷ نفر (۱۰۴+ تعداد متغیر وابسته) که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند از جامعه مذکور انتخاب شدند. به منظور غربالگری، ابتدا داوطلبین انتخاب شده به پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) و کیفیت زندگی ویر و شربورن (۱۹۹۲) پاسخ دادند، سپس تعداد ۵۵ نفر از افرادی که پایین‌ترین نمرات را در پاسخ به پرسشنامه‌های مذکور کسب کرده بودند انتخاب، و در نهایت ۳۰ نفر از افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و برای انجام این تحقیق اعلام آمادگی کرده بودند، وارد مطالعه شدند. داوطلبین به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و یک گروه ۱۵ نفره کنترل جایگزاری شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل گذشت حداقل یک سال از ابتلا به HIV+، دریافت نکردن هیچ مداخله روانشناختی دیگری در حین انجام این پژوهش، دامنه سنی حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۰ سال، تحصیلات بالاتر از دیپلم، وضعیت تاهل مجرد و در نظر نگرفتن جنسیت بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل داوطلبین برای ادامه روند جلسات و غیبت بیش از یک جلسه در مداخلات گروهی بود.

گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفت. گروه گواه تا پایان پژوهش هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخلات هر دو گروه مجدداً مورد سنجش قرار گرفتند و نتایج بررسی شد. پس از سنجش پایانی، به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش گروه کنترل تحت ۸ جلسه مداخله پذیرش و تعهد درمانی قرار گرفتند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹)، و کیفیت زندگی ویر و شربورن (۱۹۹۲) بود. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) دارای

۲۵ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع می‌کنید. این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می‌باشد. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) یک مقیاس خودگزارشی است که بهزیستی روان‌شناختی افراد را مورد سنجش قرار می‌دهد. ویژگی‌های روان‌سنجی و ضریب پایایی این ابزار به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۸۲ به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/01$). همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد. این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال می‌باشد، اما به دلیل پایین بودن بار عاملی دو سوال، دو سوال حذف شد و در نهایت ۱۶ سوال از آن باقی ماند که به ترتیب کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۹۰ می‌باشد که نقطه برش نمره بهزیستی روان‌شناختی در فرم کوتاه این پرسشنامه ۵۰ است.

پرسشنامه کیفیت زندگی ویر و شربورن (۱۹۹۲) یک پرسشنامه خودگزارشی است که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود و دارای ۳۶ عبارت است. گذشته از این، SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مولفه فیزیکی که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مولفه روانی که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌نماید. نمره آزمودنی در

جدول ۱- شرح جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	شرح جلسه
اول	شرکت کنندگان به یکدیگر معرفی شدند. در این جلسه آنها به تفاوت رفتار با خودشان و عزیزانشان توجه کردند. سه عنصر شفقت آموزش داده شد.
دوم	به اعضا تمرین تنفس آگاهانه داده شد. همچنین آنها به ویژگی‌های نفس کشیدن خود نیز توجه کردند.
سوم	تمرین مهربانی و مهرورزیدن با اعضا انجام شد و به آنها یادآوری شد زمانی که این عبارات را استفاده می کنند، ممکن است ذهن شان به آنها بگوید که چقدر در زندگی احساس ناامنی کرده‌اند.
چهارم	در این جلسه آموزش داده شد که چطور از تکرار صرف عبارات‌های مهرورزی فراتر بروند و به صورت طبیعی شفقت به خود را تمرین کنند. همچنین تمرین در طبیعت به اعضا داده شد.
پنجم	در این جلسه به بررسی و کشف ارزش‌های اصلی زندگی اعضا پرداخته شد و توضیح داده شد در صورت عدم تطابق زندگی‌مان با ارزش‌هایمان، چطور شفقت به خود را حفظ کنیم.
ششم	در این جلسه مدیریت احساسات و عواطف دشوار به اعضا آموزش داده شد و بیان شد مدیریت آنها از طریق کشف عناصر آرام فیزیکی در بدن است.
هفتم	در این جلسه به تعبیر روابط اعضا با خودشان پرداخته شد. شرکت کنندگان یاد گرفتند که برای دردهایی که در شرایط دشوار زندگی تحمل کرده‌اند، از جملات و عبارات شفقت آمیزتری استفاده کنند.
هشتم	این جلسه به قبول و پذیرش زندگی پرداخت و تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار داد.

استنباطی صورت گرفت و از تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد و تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار آماری spss ورژن ۲۱ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گردید.

یافته‌ها

یافته‌های جدول ۲ حاکی از آن است که نمرات پیش آزمون در متغیر تاب آوری افرادی که تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته بودند از ۴۳/۷۳ به ۵۰/۵۳ تغییر یافت. با این حال نمرات گروه گواهی حاکی از تغییر نمره این مقیاس از ۴۳/۶۰ به ۴۴/۰۶ بود. همچنین نمرات بهزیستی روان شناختی در افراد تحت مداخله با درمان متمرکز بر شفقت نیز از ۳۵/۵۳ به ۴۶/۲۰ تغییر یافت. نمرات این مقیاس در گروه کنترل ۳۴/۸۶ در پیش آزمون و ۳۴/۲۶ در پس آزمون بود. در خصوص بعد جسمانی کیفیت زندگی، افرادی که تحت مداخله با درمان متمرکز بر شفقت از ۴۹/۱۳ به ۵۶/۰۶ بود. در گروه کنترل نیز این مقیاس در پیش آزمون ۴۷/۰۶ و در پس آزمون ۴۷/۴۶ بود. نمرات بعد روانی کیفیت زندگی نشان می‌دهد این تغییر در افراد تحت درمان با متمرکز بر شفقت از ۲۷/۸۶ به ۳۷/۸۰ بود و در خصوص گروه کنترل نیز، نمرات در پیش آزمون ۲۷/۴۰

هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ با نقطه برش ۶۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. در تحلیل همخوانی درونی، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه، ۰/۹۳۴ به دست آمد و به جز حوزه خانواده ($\alpha = ۰/۵۸$) سایر حوزه‌های پرسشنامه، از ضرایب استاندارد پایایی بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۰ برخوردار بودند. در آزمون پایایی در بازآزمایی، ضریب همبستگی اسپیرمن و ضریب توافق کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۸ بود. سایر حیطه‌های پرسشنامه به جز حوزه خانواده ($ICC = ۰/۲۵۵$) ضرایب قابل قبولی داشتند. روایی ملاکی همزمان و روایی سازه، به ترتیب همبستگی مثبت معنی‌داری بین این پرسشنامه با پرسشنامه SF-۳۶ و حمایت اجتماعی واکس نشان داد. آزمون تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار EQS نیز نشان دهنده این بود که ساختار عاملی پرسشنامه در اجرا بر نمونه مطالعه تکرار شده است.

شرح مداخله درمان متمرکز بر شفقت: الگوی استفاده شده در این قسمت برگرفته از الگوی نف (Neff) و همکاران (۲۰۱۳) بود که تعداد جلسات این الگو ۸ جلسه و مدت زمان هر جلسه ۱۲۰ دقیقه بود (۱۷). شرح دقیق جلسات در جدول ۱ آورده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو قسمت توصیفی و

جدول ۲- اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه گواه		درمان متمرکز بر شفقت		مرحله	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۳/۹۲	۴۳/۶۰	۷/۳۴	۴۳/۷۳	پیش آزمون	تاب آوری
۳/۹۷	۴۴/۰۶	۷/۱۷	۵۰/۵۳	پس آزمون	
۳/۵۴	۳۴/۸۶	۲/۷۴	۳۵/۵۳	پیش آزمون	بهزیستی روان شناختی
۳/۰۵	۳۴/۲۶	۲/۷۵	۴۶/۲۰	پس آزمون	
۳/۷۶	۴۷/۰۶	۲/۹۴	۴۹/۱۳	پیش آزمون	بعد جسمانی کیفیت زندگی
۳/۹۰	۴۷/۴۶	۳/۴۱	۵۶/۰۶	پس آزمون	
۳/۴۵	۲۷/۴۰	۳/۳۵	۲۷/۸۶	پیش آزمون	بعد روانی کیفیت زندگی
۳/۵۳	۲۷/۷۳	۳/۶۸	۳۷/۸۰	پس آزمون	

جدول ۳- تحلیل کوواریانس چند متغیره بر متغیرهای پژوهش

میزان اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذور	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	منبع تغییرات
۰/۹۱۶	۰/۰۰۱	۲۰۶/۵۲۱	۳۳۲/۸۴۷	۲	۶۶۵/۶۹۴	تاب آوری	گروه
۰/۹۶۷	۰/۰۰۱	۵۵۴/۳۷۹	۴۶۲/۰۰۵	۲	۹۲۴/۰۰۹	بهزیستی روان شناختی	
۰/۸۰۶	۰/۰۰۱	۷۸/۹۳۲	۱۷۰/۶۲۵	۲	۳۴۱/۲۴۹	بعد جسمانی کیفیت زندگی	
۰/۹۲۰	۰/۰۰۱	۲۱۹/۰۷۵	۳۰۱/۰۷۴	۲	۶۰۲/۱۴۸	بعد روانی کیفیت زندگی	
			۱/۶۱۲	۳۸	۶۱/۳۴۴	تاب آوری	خطا
			۰/۸۸۳	۳۸	۳۱/۶۶۸	بهزیستی روان شناختی	
			۲/۱۶۲	۳۸	۸۲/۱۴۳	بعد جسمانی کیفیت زندگی	
			۱/۳۷۴	۳۸	۵۲/۲۲۳	بعد روانی کیفیت زندگی	
				۴۵	۱۱۳۴۱۷/۰۰۰	تاب آوری	مجموع
				۴۵	۸۱۷۵۵/۰۰۰	بهزیستی روان شناختی	
				۴۵	۱۳۰۴۰۶/۰۰۰	بعد جسمانی کیفیت زندگی	
				۴۵	۵۲۹۷۷/۰۰۰	بعد روانی کیفیت زندگی	

جدول ۴- تحلیل L Matrix بین گروه درمان متمرکز بر شفقت و کنترل

متغیر وابسته				منبع
بعد روانی کیفیت زندگی	بعد جسمانی کیفیت زندگی	بهزیستی روان شناختی	تاب آوری	
۹/۵۱۱۰	۶/۷۴۱	۱۱/۱۰۰	۶/۳۶۷	تخمین تضاد
۹/۵۱۱۰	۶/۷۴۱	۱۱/۱۰۰	۶/۳۶۷	تفاوت (تخمین - فرضیه)
۰/۴۵۵	۰/۵۷۰	۰/۳۵۴	۰/۴۹۲	انحراف استاندارد
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	سطح معناداری

جدول ۴ به تحلیل L Matrix بین گروه تحت درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل در متغیرهای پژوهش می‌پردازد. یافته‌های جدول ۴ حاکی از آن است که درمان متمرکز بر شفقت بر همه متغیرهای پژوهش در سطح معناداری ۰/۰۰۱ تاثیر گذار بوده است.

و در پس آزمون ۲۷/۷۳ بود. یافته‌های جدول ۳ حاکی از آن است که متغیر مستقل یعنی درمان متمرکز بر شفقت، بر همه متغیرهای پژوهش شامل تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی تأثیر گذار بوده است و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشند.

بحث

یافته‌ها نشان می‌دهند که درمان متمرکز بر شفقت بر هر سه متغیر تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به HIV اثربخش بوده است. هرچند جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد تا کنون پژوهشی دقیقاً مشابه پژوهش حاضر صورت نگرفته است و نمی‌توان یافته‌های این پژوهش را به طور کامل با آن مقایسه کرد، اما یافته‌های این پژوهش از حیث تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی با یافته‌های چوی (Choi) و همکاران (۲۰۲۱) (۲)، برنان (Brennan) و همکاران (۲۰۱۹) (۳)، همچنین موکورو (Mocorro) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۵)، آرنولد (Arnold) و همکاران (۲۰۱۴) (۸)، همچنین پلوس (Pleuhs) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۶) همسو بوده و از این حیث که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تاثیر بگذارند با یافته‌های وانجالا (Wanjala) و همکاران (۲۰۲۱) (۶)، چن (Chen) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۳) همسو می‌باشد. همچنین این یافته‌ها از لحاظ تاثیر درمان‌های روان‌شناختی بر کیفیت زندگی، با یافته‌های برنان (Brennan) و همکاران (۲۰۱۹) (۳)، همچنین موکورو (Mocorro) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های این پژوهش از این حیث که درمان متمرکز بر شفقت بر متغیرهای تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی تاثیر داشته است می‌توان گفت: درمان متمرکز بر شفقت مخالف تشخیص‌گذاری بالینی است و این متغیرها، از متغیرهای روان‌شناسی مثبت‌گرا هستند (۶). سه اصل اساسی که در این درمان به مبتلایان به HIV آموزش داده شد، شامل توجه آگاهی، اصول مشترک بشری، و مهربانی با خود است. در خصوص اصل مشترک بشری باید گفت، طی این فرایند به مبتلایان آموزش داده شد که درد بخش جدایی‌ناپذیری از تجربه انسان بودن است. زمانی که افراد یاد گرفتند آنها تنها افرادی در زمین نیستند که درد می‌کشند، راحت‌تر توانستند با مشکل خود کنار بیایند (۱۵). این موضوع شاید تبیین مناسبی برای چگونگی تاثیر این درمان بر تاب‌آوری باشد. مضاف بر این، افراد زمانی که

چنین آگاهی‌ای را پیدا کردند، طی جلسات متعددی شدند که زین پس تمرکز بیشتری بر برنامه‌های اساسی زندگی خود بگذارند و شاید بتوان این موضوع را به نوعی مرتبط با متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی دانست (۳). از سوی دیگر، مولفه دیگر در درمان متمرکز بر شفقت، مهربانی با خود است. چنانچه مبتلایان به HIV تصویر نامناسبی از خود دارند و به انواع مختلفی احساس شرم و خجالت می‌کنند. طی فرایند مهربانی با خود، آنها یاد گرفتند که خود را به عنوان یک انسان با همه تجارب و محدودیت‌های انسانی بپذیرند و تغییراتی در خودصحتی‌های خود انجام دهند (۱۳). افراد در گروه آموختند که چطور با خود مهربان‌تر باشند و از خود سرزنشی‌های کمتری استفاده کنند (۱۶). این امر نیز شاید تبیین مناسبی برای چگونگی این تاثیر گذاری بر متغیرهای پژوهش فراهم آورد. یکی از اهداف اساسی درمان متمرکز بر شفقت، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. این مفهوم به معنی برگشتن به لحظه حال و انجام دادن اقداماتی منطبق با ارزش‌هایمان با وجود رویدادها و عواطفی ناخوشایند است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به درمانجویان آموزش می‌دهد، انواعی از افکار و احساس‌های ناخوشایند طبیعی هستند و می‌توانند بخشی از تجربه بهنجار هر انسانی باشند، اما این افکار و احساس‌ها نمی‌توانند مانع غنی‌سازی زندگی ما شوند (۸). طی فرایند اجرای درمان متمرکز بر شفقت، محور اساسی بر این است که افراد بتوانند پذیرای تمام افکار و احساس‌های ناخوشایند حاصل از ابتلا به HIV خود شوند، آنها را به عنوان افکاری که وجود دارند بپذیرند و بر چگونگی ارزشمند زندگی کردن خود تمرکز کنند. این موضوعی است که در درمان متمرکز بر شفقت کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. همچنین در تبیین این موضوع که درمان متمرکز بر شفقت بر بعد روانی متغیر کیفیت زندگی داشته است، می‌توان گفت: شاید تاکید بیشتر درمان متمرکز بر شفقت بر فرایندهای مشترک بشری و مهربانی با خود، تبیین مناسبی برای این یافته باشد (۱۳). چرا که به نظر می‌رسد افراد زمانی که متوجه می‌شوند درد تجربه مشترک بشری است و مضاف بر

2. Choi JP, Seo BK. HIV-Related Stigma Reduction in the Era of Undetectable Equals Untransmittable: The South Korean Perspective. *Infect Chemother*. 2021;53(4):661-675.

3. Brennan-Ing M. Diversity, stigma, and social integration among older adults with HIV. *Eur Geriatr Med*. 2019;10(2):239-246.

4. Mulawa MI, Rosengren AL, Amico KR, Hightow-Weidman LB, Muessig KE. mHealth to reduce HIV-related stigma among youth in the United States: a scoping review. *Mhealth*. 2021;7:35.

5. MacLean JR, Wetherall K. The Association between HIV-Stigma and Depressive Symptoms among People Living with HIV/AIDS: A Systematic Review of Studies Conducted in South Africa. *J Affect Disord*. 2021;287:125-137.

6. Wanjala SW, Too EK, Luchters S, Abubakar A. Psychometric Properties of the Berger HIV Stigma Scale: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13074.

7. Taylor TN, DeHovitz J, Hirshfield S. Intersectional Stigma and Multi-Level Barriers to HIV Testing Among Foreign-Born Black Men From the Caribbean. *Front Public Health*. 2020;7:373.

8. Arnold EA, Rebhook GM, Kegeles SM. 'Triply cursed': racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Cult Health Sex*. 2014;16(6):710-22.

9. Babel RA, Wang P, Alessi EJ, Raymond HF, Wei C. Stigma, HIV Risk, and Access to HIV Prevention and Treatment Services Among Men Who have Sex with Men (MSM) in the United States: A Scoping Review. *AIDS Behav*. 2021;25(11):3574-3604.

10. Stockton MA, Giger K, Nyblade L. A scoping review of the role of HIV-related stigma and discrimination in noncommunicable disease care. *PLoS One*. 2018;13(6):e0199602.

11. Tan RKJ, Tang W, Tucker JD. Public health services and intersectional stigma: a social sciences perspective with implications for HIV service design and delivery. *Curr Opin HIV AIDS*. 2023;18(1):18-26.

12. Nyblade L, Mingkwan P, Stockton MA. Stigma reduction: an essential ingredient to ending AIDS by 2030. *Lancet HIV*. 2021;8(2):e106-e113.

13. Chen S, Lu Q, Bai J, Deng C, Wang Y, Zhao Y. Global publications on stigma between 1998-2018: A bibliometric analysis. *J Affect Disord*. 2020;274:363-371.

14. Aidoo-Frimpong G, Agbemenu K, Orom H. A Review of Cultural Influences on Risk for HIV and Culturally-Responsive Risk Mitigation Strategies Among African Immigrants in the US. *J Immigr Minor Health*. 2021;23(6):1280-1292.

این، آنها تنها افرادی نیستند که به HIV مبتلا هستند، بخشی از فشار روانی آنها کاسته می شود. شاید بتوان این موضوع را بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط دانست. مضاف بر این، مولفه مهربانی با خود نیز شاید تاثیر زیادی بر کسب این نتیجه داشته باشد. چرا که شاید افراد اگر بتوانند رفتاری دوستانه تر با خود داشته باشند، از لحاظ روانی بهتر بتوانند زندگی خود را پیش برند (۳).

به دلیل دسترسی سخت به جامعه مورد مطالعه، روش نمونه گیری این پژوهش فقط مراجعه کنندگان به یک مرکز بود که این امر موجب می شود تعمیم داده ها به کل جامعه مبتلایان به HIV با احتیاط صورت پذیرد. در ملاک های ورود به این پژوهش، به علت دسترسی سخت به جامعه، امکان غربالگری بر اساس میزان مدت ابتلا به HIV وجود نداشت.

پیشنهاد می شود با هماهنگی دستگاه های اجرایی مرتبط، پژوهشگران سایر مداخلات روانشناختی را در مراکز مربوط به بیماری های رفتاری مورد آزمون قرار دهند. به پژوهشگران پیشنهاد می شود مهارت های شفقت ورزی را با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ترکیب نمایند و همزمان نتیجه آن را با اجرای این درمان ها به صورت مجزا مقایسه کنند. به پژوهشگران پیشنهاد می شود این پژوهش را بر سایر متغیرها و همچنین سایر جامعه ها مثل مبتلایان به سرطان و دیگر بیماری های مزمن نیز، انجام دهند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج می توان اذعان داشت که درمان متمرکز بر شفت می تواند به عنوان یک راهکار روان درمانی در بهبود سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز بکار رود و چنین رویکرد درمانی به عنوان یک عامل غیردارویی می تواند در جهت سلامت روانی زندگی بیماران مبتلا به ایدز استفاده شود.

References

1. Brown MJ, Adeagbo O. HIV and Aging: Double Stigma. *Curr Epidemiol Rep*. 2021;8(2):72-78.

15. Mocorro I, Sandhu PJ, Rowniak S, Leonard A. Initiation of HIV pre-exposure prophylaxis in adolescents and young adults: Barriers and opportunities. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2020;33(9):700-708.
16. Pleuhs B, Quinn KG, Walsh JL, Petroll AE, John SA. Health Care Provider Barriers to HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the United States: A Systematic Review. *AIDS Patient Care STDS.* 2020;34(3):111-123.
17. Mullins TLK, Zimet G, Lally M, Xu J, Thornton S, Kahn JA. HIV Care Providers' Intentions to Prescribe and Actual Prescription of Pre-Exposure Prophylaxis to At-Risk Adolescents and Adults. *AIDS Patient Care STDS.* 2017;31(12):504-516.