

اثربخشی مقایسه ای درمان مبتنی بر شفقت و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی انگ بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز بیمارستان امام خمینی

منظر امیرخانی^۱، شهره قربان شیروودی^{۲*}، محمدرضا زریخش بحری^۳، سیداحمد سیدعلی نقی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: با گذشت ۴۰ سال از پاندمی ایدز، انگ ناشی از این بیماری همچنان به عنوان یک چالش مهم برای دستیابی به هدف پایان دادن به ایدز به عنوان یک تهدید بهداشت عمومی و مانع عمده ای برای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی این بیماران محسوب می شود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود که به صورت مداخله ای در بازه زمانی اردیبهشت تا دی ماه سال ۹۸ روی ۵۴ بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری بیمارستان امام خمینی شهر تهران انجام شد. نمونه های مورد بررسی بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در سه 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 بطور هفتگی به دو گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. میزان انگ بیماران در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با مقیاس انگ برگر (Berger Scale Stigma) ارزیابی شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ۲۳، آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون های تحلیل کوواریانس تک متغییری، بونفرونی و تحلیل واریانس یکطرفه) استفاده شد.

یافته ها: نتایج بدست آمده نشان داد که هر دو درمان مبتنی بر شفقت و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی انگ بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز موثر بود. مقایسه اثربخشی دو روش درمانی نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش بیشتری بر میزان انگ بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز شد. تغییرات ایجاد شده در پیگیری سه ماه پس از درمان نیز همچنان پایدار باقی ماند.

نتیجه گیری: یافته های مذکور گویای سودمندی دو روش درمان مبتنی بر شفقت و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی انگ بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز بود. این یافته ها می تواند در طرح ریزی مداخلات پیشگیرانه جهت ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی بیماران مبتلا به اچ.آی.وی موثر باشد.

کلمات کلیدی: اچ.آی.وی، ایدز، انگ، درمان مبتنی بر شفقت، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. Mazaramirkhani@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. Drshohrehshiroudi@gmail.com

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. Rzarbakhsh@yahoo.com

۴. دانشیار، مرکز تحقیقات ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران. S_a_alinaghi@yahoo.com

مقدمه

با گذشت چهار دهه از عمر شناسائی بیماری ایدز و علی رغم در دسترس بودن فن آوری های پزشکی بسیار کارآمد همچنان هدف پایان دادن به این بیماری دور از دسترس می باشد (۱). این چالش تا حد زیادی به دلیل ناتوانی در ارزیابی و مدیریت نقش انگ ناشی از این بیماری به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی در سلامتی بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز، از جمله تأثیر آن بر نتایج پیشگیری، مراقبت و درمان آنها می باشد (۲). انگ را به عنوان فرآیند اجتماعی مرتبط با تجربه های شخصی در خصوص رد، پذیرش، سرزنش و تنزیل ارزش زندگی افراد می دانند که توأم با قضاوت های غیر معمول در مورد آنها است (۳). این پدیده با مواردی چون هویت، قومیت، طبقه اجتماعی و بیماری های مختلف از جمله بیماری ایدز در ارتباط می باشد (۴). مطالعات متعددی نشان داده که انگ مرتبط با ایدز در این بیماران با عوارض مخربی چون رفتارهای پرخطر و محافظت نشده جنسی، ارتباط با شرکای جنسی ناشناخته، مصرف الکل و سوء مصرف مواد (۵) پایبندی ضعیف یا اجتناب از درمان، افزایش بار ویروسی بیماری (۶)، احتمال انتقال بیشتر بیماری و در نهایت با افزایش بروز همه گیری این بیماری در ارتباط است (۳). علاوه بر این، تجربه انگ مرتبط با ایدز در بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز باعث افزایش احتمال بروز اختلالات روانی (۴) از جمله افسردگی، مانیک، سایکوز اضطراب، اقدام به خودکشی شده که این مشکلات روانی نیز سبب پایبندی ضعیف بیمار به درمان های ضد رتروویروسی و نتیجتاً پیشرفت و شیوع بیشتر این بیماری می شود (۷). مولفه ای جدیدی که به عنوان یک مداخله درمانی جدید جهت مشکلات بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز استفاده می شود، خودشفقتی است (۸) که توسط کریستین نف مفهوم پردازی شده و دارای سه مولفه خودمهربانی در مقابل خودقضاوتی، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانند

سازی افراطی می باشد (۹). پائول گیلبرت به استفاده از این سازه در جلسات درمانی خود اقدام نمود و در نهایت درمان مبتنی بر شفقت (Compassion Focuse Therapy) را مطرح نمود (۱۰). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن مشفق می باشد. در حقیقت این درمان با توضیح و تشریح مهارت ها و ویژگی های شفقت به مراجع از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درونی افراد با خود؛ بجای سرزنش کردن، محکوم سازی و یا خودانتقادی به مراجعان کمک می کند (۱۱). مطالعات متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را در جنبه های مختلف بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز از جمله کاهش انگ مرتبط با بیماری (۱۲) افزایش انعطاف پذیری روانشناختی (۱۲، ۱۳) کاهش نشخوار فکری، افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش چشمگیر ذهن آگاهی و خودشفقتی نشان داده است (۱۴). یکی دیگر از استراتژی ها و مداخلات پیشگیرانه برای کنار آمدن با چالش ها و حوادث استرس زا در زندگی بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Stress Reduction Program) می باشد (۱۵) که " توسط کابات-زین در دانشگاه ماساچوستدر سال ۱۹۸۰ ارائه شد و هدف آن کاهش نقش هشیاری محدود شده و تأثیر بر نگرانی های هیجانی و رفتاری بیماران بود (۱۶). ذهن آگاهی هشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه فرد قرار دارد و به دنبال تغییر رابطه فرد با افکار و حوادث استرس زا از طریق کاهش واکنش های عاطفی و افزایش ارزیابی شناختی می باشد (۱۷). مطالعات مختلف مبین تأثیر مثبت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد مختلف زندگی بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز از جمله مدیریت انگ ناشی از بیماری (۱۸)، کاهش میزان افسردگی و استرس (۱۹)، کاهش میزان سطح ویروس اچ.آی.وی، کاهش پرخاشگری و استرس، بهبود قدرت حل مساله،

و انحراف استاندارد ۱۲/۴) انتخاب شدند. از بین این تعداد ۵۴ نفر بطور تصادفی ساده در سه گروه ۱۸ نفری جایگزین شدند، نهایتاً بطور تصادفی دو گروه به‌عنوان گروه آزمایش و یک گروه به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. بدین ترتیب ۱۸ نفر در گروه مداخله با روش درمان مبتنی بر شفقت، ۱۸ نفر در گروه مداخله با روش درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی 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. معیارهای ورود افراد در این مطالعه شامل تشخیص قطعی آزمایشگاهی عفونت اچ‌آی‌وی 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 اطلاعات مندرج در پرونده بیمار، ابتلا به اختلالات حاد یا مزمن جسمی (مانند بیماری‌های ناتوان‌کننده قلبی، تنفسی، کبدی، اسکلتی عضلانی، کلیوی)، اعتیاد به مواد مخدر 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

افزایش رضایت از زندگی، خودتنظیمی، انطباق با دارو، افزایش ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌باشد (۲۰). با توجه به مطالعات انجام شده که جملگی موید اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی مبتلایان به اچ‌آی‌وی/ایدز از جمله انگ‌ناشی از این بیماری می‌باشد، ضرورت انجام تحقیقات بیشتر در مورد این درمان‌ها احساس می‌شود. از طرف دیگر تا کنون هیچ مطالعه‌ای در خصوص اثرات درمان‌های مذکور روی انگ‌بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران صورت نگرفته است. لذا با توجه به اهمیت موضوع و بدیع بودن مساله ضروری بنظر می‌رسد که به این سؤالات پاسخ داده شود که " آیا درمان‌های مبتنی بر شفقت و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی انگ‌بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز مؤثر است؟ "؛ " آیا اثربخشی این دو درمان روی انگ‌بمتلایان به این بیماری متفاوت است؟ " و " آیا تغییرات ایجاد شده سه ماه پس از درمان همچنان پایدار باقی خواهد ماند؟

روش اجرا و ابزار

مطالعه حاضر پژوهشی از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که به صورت مداخله‌ای در بازه زمانی اردی‌بهشت تا دی ماه سال ۱۳۹۸ بر روی مراجعین مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی شهر تهران انجام شد. جهت انتخاب نمونه آماری از بین ۱۲۸۴ نفر از مبتلایان اچ‌آی‌وی/ایدز تحت پوشش مرکز مذکور که دارای پرونده فعال بودند، ۲۹۶ نفر طبق فرمول کوکران و بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ۲۰۸ نفر بر اساس معیارهای‌های ورود به مطالعه وارد پژوهش شده و به‌عنوان پیش‌آزمون پرسشنامه انگ برگر (Berger Scale Stigma) (۲۱) جهت ارزیابی انگ بر روی آنها اجراء گردید؛ سپس ۱۳۷ نفر بر اساس نقطه برش محاسبه شده پرسشنامه که یک انحراف استاندارد بالاتر از نمره میانگین برابر با ۱۳۰ (میانگین ۱۲۱/۷

و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در نظر گرفته شد. محتوای جلسات درمانی مبتنی بر شفقت برگرفته از پروتکل درمانی گیلبرت (۲۲) و پکیج جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نیز بر اساس طرح درمانی مدون شده توسط کابات-زین و هنه (۲۳) بود. پس از پایان جلسات مداخله درمانی، از هر سه گروه پس از آزمون بعمل آمد. جهت بررسی ماندگاری اثر مداخلات درمان مبتنی بر شفقت و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، ۳ ماه پس از اتمام مداخله، مجدداً پرسشنامه انگ برگر جهت سنجش میزان انگ توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. ابزار مورد استفاده در این پژوهش ویرایش انگلیسی «مقیاس انگ برگر» می‌باشد. این مقیاس شامل ۴۰ گویه است که پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت نمره گذاری می‌شود. نمرات برای هر آیتیم از ۱ تا ۴ می‌باشد و دامنه نمرات بین ۱۶۰-۴۰ است. سازندگان این مقیاس بیان می‌دارند که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس ۴۰ سوالی ۰/۹۶ می‌باشد که بیانگر ثبات درونی و پایایی ابزار می‌باشد (۲۱). در مطالعه نوربالا در ایران، ضریب روائی و پایایی برای این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ به دست آمد (۲۴). برای تحلیل داده‌های جمع آوری شده حاصل از این پژوهش از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت با درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شاخص انگ بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز در مرحله پس از آزمون از تحلیل کوواریانس تک متغییری و آزمون بنفرونی و برای بررسی تداوم اثربخشی درمان های مذکور در مرحله پیگیری نسبت به پس از آزمون از تحلیل واریانس یک طرفه 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 اطلاع رسانی لازم را انجام نمود و به ایشان اطمینان داده شد که 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.۱۳۹۹.۰۴ در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه‌ها در پیش آزمون- پس آزمون گروه‌های آزمایشی و کنترل با روشهای آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین سنی نمونه‌های گروه‌های شرکت کننده در مطالعه ۳۷ سال بود که از بین این تعداد حدود ۶۱٪ مرد و ۵۹٪ زن بود. از نظر وضعیت تاهل ۳۵٪ شرکت کنندگان مجرد، ۵۲٪ متأهل و ۱۳٪ مطلقه بودند. همچنین از نظر تحصیلات ۶٪ دارای تحصیلات ابتدائی، ۲۸٪ راهنمائی، ۲۲٪ دیپلم و ۴۴٪ تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند. یافته‌های توصیفی نمرات انگ در پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری بر حسب عضویت در گروه درمانی به شرح ذیل بود: طبق نتایج جدول (۳) مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون بنفرونی نشان داد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان انگ (MD=۴/۴۰؛ P<۰/۰۵) بیماران تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. لذا می‌توان گفت که میزان تاثیر درمان مبتنی

بر شفقت بر میزان انگ بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز بیشتر از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بود. همانطوریکه در جدول (۴) مشاهده می شود نسبت f حاصل از تحلیل واریانس گویای آن است که تفاوت آماری معنی داری

بین میزان انگ در مرحله پیگیری ($P > 0.05$; $F(2, 50) = 2.03$) و گروه های آزمایشی و کنترل وجود ندارد. مبتلایان به اچ.آی.وی می گردد (۳۰). برپایان و همکاران

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به میزان انگ در پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری

	درمان مبتنی بر شفقت		کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۱۳۵/۶۷	۱۵/۹۱	۱۴۱/۹۴	۱۰/۷۷	۱۴۱/۷۸	۱۵/۵۶
پس آزمون	۹۹/۳۳	۹/۲۵	۱۰۸/۳۳	۹/۱۵	۱۴۲/۴۴	۱۴/۸۸
پیگیری	۱۰۲/۰۶	۹/۰۶	۱۰۹/۷۲	۹/۱۵	۱۴۲/۶۷	۱۴/۶۲

همان گونه که در جدول (۱) مشاهده می شود نتایج در رابطه با میانگین و انحراف معیار نمره کلی شاخص انگ حاکی از کاهش نمرات آزمودنی ها پس از مداخلات درمانی می باشد که نشان دهنده کاهش شاخص انگ در آزمودنی ها می باشد، اما تفاوت محسوسی از مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری مشاهده نشد. همانطوریکه در جدول (۲) نشان می دهد، نسبت f حاصل از تحلیل کوواریانس گویای آن است که پس از حذف اثرات متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) تفاوت آماری معنی داری بین نمرات تعدیل شده انگ در مرحله پس آزمون

($P < 0.01$; $F(2, 50) = 37.5/3.5$) در گروه های آزمایشی و کنترل وجود داشت. بدین معنی که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان انگ بیماران متفاوت بوده است. به عبارتی درمان مبتنی بر شفقت و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بطور متفاوتی سبب کاهش میزان انگ بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز شده است. مجذور سهمی اتا نشان می دهد که ۹۳/۸ درصد از تغییرات یا کاهش میزان انگ در بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز ناشی از تاثیر روش های درمانی بود.

جدول ۲. نتیجه تحلیل کوواریانس تک متغیری برای تعیین تفاوت اثرگذاری درمان بر میزان انگ

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت f	سطح معنی داری	مجذور سهمی اتا
گروه	۱۵۸۸۰/۹۱	۲	۷۹۴۰/۴۷	۳۷۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳۸
خطا	۱۰۵۷/۷۲	۵۰	۲۱/۱۵			
کل	۲۵۲۶۵/۲۶	۵۲				

جدول ۳. مقایسه های زوجی میانگین های نمرات میزان انگ بر اساس نوع درمان

مقایسه ها	اختلاف میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
درمان مبتنی بر شفقت- درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	۴/۴۰	۱/۵۵	۰/۰۲۱
درمان مبتنی بر شفقت- کنترل	۳۸/۶۳	۱/۵۶	۰/۰۰۱
درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی- کنترل	۳۴/۲۳	۱/۵۳	۰/۰۰۱

اثربخشی مقایسه ای درمان مبتنی بر شفقت و درمان ...

ورز در بافتار درمان مبتنی بر شفقت، باعث ایجاد احساس پیوند بین خویشتن و دیگران می‌شود و به دلیل ایجاد این حس در فرد توانائی غلبه بر احساس طرد ایجاد می‌گردد. لذا افرادی که دارای خود شفقتی بالاتری هستند در تجربه اتفاقات ناگوار؛ علی‌الخصوص تجربه هائی که در بردارنده برآورد مقیاس اجتماعی می‌باشد، با توجه به این موضوع که هر انسانی

در نمونه ای ۱۸۷ نفری از بیماران مبتلا به اچ آی وی دریافت که خود شفقتی سبب کاهش استرس، اضطراب، شرم و بهبود واکنش‌های سازگارانه تر در خصوص بیماری ایدز در بین این مبتلایان به این بیماری می‌شود (۳۱). در تحلیل اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت روی انگ بیماران مبتلا به اچ آی وی/ایدز می‌توان گفت که تمرینات ذهن شفقت

جدول ۴. نتیجه تحلیل واریانس یکطرفه برای تعیین تفاوت اثرگذاری درمان (پایداری نتایج) بر میزان انگ در مرحله پیگیری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت f	سطح معنی داری
گروه	۱۰/۶۲	۲	۵/۳۱	۲/۰۳	۰/۱۴۲
خطا	۵۵۷/۶۸	۵۰	۱۱/۱۵		
کل	۸۲۴/۰۹	۵۳			

بحث و نتیجه گیری

پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به اچ آی وی بود (۲۵). داده های پژوهش اقارب پرست و همکاران نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت در افزایش کیفیت زندگی و کاهش احساس تنهایی زنان مبتلا به اچ آی وی دارای تاثیر معناداری می‌باشد (۲۶). یافته های مطالعه ایفاینیچوکو و مایا نشان گر این بود که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش افکار خودکشی در بیماران جدید مبتلا به اچ آی وی با افکار خودکشی می‌گردد (۲۷). داده های مطالعه فراستادوتیر و دورجی نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش چشمگیری در میزان ذهن آگاهی، خود شفقتی و کاهش نشخوار فکری، افسردگی، اضطراب و استرس در بین مبتلایان به اچ آی وی می‌شود، این نتایج در پیگیری یک ماهه پس از این مطالعه نیز همچنان پایدار باقی ماند (۲۸). داده های مطالعه اسکینا و همکاران مبین این بود که می‌توان از تمرینات مبتنی بر شفقت به عنوان ابزاری برای افزایش تاب‌آوری و کاهش انگ در همجنس‌گرایان مبتلا به اچ آی وی استفاده نمود (۲۹). اوداناوان و همکاران دریافتند که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری و پذیرش وضعیت بیماری در بین

هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی انگ بیماران مبتلا به اچ آی وی/ایدز بلافاصله و سه ماه پس از درمان بود. مطالعه حاضر نشان داد که هر دو درمان در کاهش انگ این بیماران موثر بوده و اثر آن تا سه ماه پس درمان نیز همچنان باقی ماند. در مقایسه اثربخشی دو 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 روی انگ مبتلایان به اچ آی وی/ایدز می‌توان گفت که اگر چه پژوهش حاضر به لحاظ بدیع بودن از نظر متغیرهای مستقل و وابسته به طور مستقیم با هیچ برنامه مداخله درمانی قبلی در خصوص انگ بیماران مبتلا به اچ آی وی/ایدز در ایران قابل مقایسه نیست اما می‌توان به مطالعات همخوان با این پژوهش از جمله مطالعه خلج و همکاران اشاره داشت که نتایج آن حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر روی انعطاف

آگاهی، بهبود توانائی حل مسئله، خود تنظیمی و انطباق با دارو در این بیماران می‌شود، این نتایج در پیگیری سه ماهه پس از این مطالعه نیز همچنان پایدار باقی ماند (۳۸). نتایج حاصل از بررسی آزمایشی جورج و همکاران که به تاثیر اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی مبتلایان به اچ.آی.وی با درد عصبی-عضلانی پرداخت، نشان داد که این درمان در کاهش درد مزمن و استرس ادراک شده ناشی از این بیماری در بین این بیماران موثر بود (۳۹). گو و همکاران در یک مطالعه سیستماتیک و فراتحلیلی که بر روی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی انجام داد؛ شواهد محکمی در کاهش نشخوار فکری و نگرانی، بهبود واکنش شناختی و عاطفی، افزایش ذهن آگاهی، خودشفقتی و انعطاف پذیری روانشناختی در گروه‌های مورد مطالعه را عنوان نمود (۴۰). یافته‌های حاصل از پژوهش سبینگا و همکاران بر روی نوجوانان مبتلا به اچ.آی.وی مبین این بود که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش علائم روانی، عصبانیت، خصومت و افسردگی و بهبود عوامل استرس‌زای مخصوص به این بیماران مانند مصرف دارو، ترس از بیماری و مرگ، تجربه انگ و تبعیض می‌گردد (۴۱). در خصوص تبیین اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی مبتلایان به اچ.آی.وی/ایدز می‌توان گفت هدف مطلوب این درمان، پرورش آگاهی پایدار و غیرواکشی در مورد تجربه‌های درونی (مانند تجارب شناختی، عاطفی و حسی) و تجارب بیرونی افراد (مانند تجارب اجتماعی و محیطی) است. در این روش فرد به جای سرکوب کردن یا رد کردن افکار و احساسات منفی و دردناک خویش، تنها به مشاهده آنها می‌پردازد و به آنها مجال می‌دهد که همانگونه که هستند، باشند و با توسعه توجه پایدار و آگاهی غیرقضاوتی و غیرواکنشی، دامنه گسترده‌ای از عرصه‌های گوناگون از قبیل؛ آرمیدگی جسمی، تعادل هیجانی، تنظیم رفتاری، تغییرات در خودقضاوتی، خودآگاهی و

امکان بروز اشتباه را دارد، احساسات ناگوار کمتری را تجربه می‌کنند (مولفه اشتراکات انسانی)(۳۲). همچنین افرادی که از میزان خودشفقتی بالاتری برخوردار می‌باشند، به این دلیل که خویش را با سخت‌گیری کمتری قضاوت می‌کنند؛ اتفاقات منفی زندگی را آسان‌تر پذیرفته و خودارزیابی و عکس‌العمل‌های بهتر و بر اساس واقعیت از خود بروز می‌دهند، زیرا قضاوت این افراد از خودانتقادی‌گری اغراق آمیز به سوی خوددفاعی هنجار شده هدایت می‌شود (۳۳). لذا مداخلاتی که موجب ارتقاء خودشفقتی می‌شوند می‌توانند سبب کاهش خودانتقادی‌گری و شرم شده و واکنش‌های ناکارآمدی را که اغلب همراه با خود سرزنشی هستند را بهبود بخشند (۳۴،۳۵). همچنین افزایش احساس اشتیاق شخصی می‌تواند سبب کاهش انگ و شرم ناشی از بیماری و بروز پاسخ‌های رفتاری صحیح و سازگارانه‌تر در بیماران مبتلا به اچ.آی.وی گردد (۳۱). در راستای اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روی انگ مبتلایان به اچ.آی.وی/ایدز می‌توان به مطالعات همخوان با این تحقیق از جمله نتایج پژوهش حمید و همکاران اشاره داشت که نشان داد درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اچ.آی.وی موثر است. یافته‌های مطالعه پرهون و همکاران نیز مبین این بود که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور قابل توجهی منجر به کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اچ.آی.وی می‌گردد (۳۷). داده‌های حاصل از پژوهش وب و همکاران روی نوجوانان مبتلا به اچ.آی.وی حاکی از این بود که افراد شرکت‌کننده بعد از مداخله درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از سطوح بالاتری از انعطاف‌پذیری و دقت شناختی در مواجهه با محرک‌های هیجانی برخوردار بودند. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که این درمان منجر به کاهش میزان پرخاشگری و استرس، ارتقاء سطح ذهن

ارتباط با دیگران به طور بالقوه تحت تأثیر قرار می‌گیرد. کسب این مهارت‌ها توجه فرد را قادر می‌سازد تا انجام واکنش‌های هیجانی، قضاوتی و یا تحلیلی از روی عادت نسبت به موضوع مورد توجه را قطع و یا محدود نماید و با آگاهی بیشتری به مسائل زندگی پاسخ دهد (۴۲). همچنین ذهن آگاهی به طور خاص کمک می‌کند تا فرایندهای شناختی منفی از بین برود و از این طریق به افراد کمک می‌کند تا سوگیری‌های منفی خود را به آگاهی برسانند و افکار و باورهای ناسازگار را به چالش کشیده و بازسازی کنند (۴۳). همچنین وجود ذهن آگاهی باعث خنثی‌سازی تحریفات شناختی مرتبط با پریشانی بالا، افسردگی و اضطراب می‌شود، به عبارت دیگر ذهن آگاهی باعث کاهش سرکوب احساسات و نشخوار فکری و افزایش آگاهی از احساسات در جمعیت‌های دچار انگ می‌شود (۴۴، ۴۵). در تبیین اثربخشی بالاتر درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش انگ بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم به‌ویژه افرادی که دچار شرم و خودانتقادی بالایی بودند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خودحمایتگر دشواری‌هایی داشتند (۱۰)، این در حالی است که افراد مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز از نظر روانشناختی معمولاً دچار نقصان در تصور از خود، احساس شرم یا گناه و هراس از تبعیض توسط دیگران می‌شوند. لذا محتوای درمان مبتنی بر شفقت به‌واسطه تمرینات ذهن شفقت ورز برای بیماران مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز که دارای احساس شرم، گناه و افکار خودتخریبگر هستند، موثر می‌باشد (۴۶) زیرا پرورش خودشفقتی باعث می‌شود که افراد، خود را کمتر مورد قضاوت قرار داده، سختگیری کمتری به خود اعمال نموده و در نتیجه وقایع منفی زندگی را راحت‌تر پذیرفته و خودارزیابی و واکنش

های دقیق‌تر و بر پایه عملکرد واقعی از خود بروز دهند (۴۷). این یافته‌ها با ادعای گیلبرت در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر روی احساس شرم، گناه و خودسرزنشگری؛ همخوان می‌باشد (۴۸). از دیگر مطالعات همخوان با این یافته می‌توان به نتایج مطالعه چان و همکاران اشاره داشت که حاکی از این بود که مقاومت در برابر انگ با ذهن آگاهی دارای ارتباط مثبت بوده و این ارتباط با واسطه‌های خودشفقتی و انعطاف‌پذیری روانشناختی صورت می‌پذیرد که هر دوی این مولفه‌ها از اجزای اصلی درمان متمرکز بر شفقت می‌باشد (۴۹).

قدردانی و تشکر

پژوهشگران خود را موظف می‌دانند به رسم امانتداری علمی و به پاس همکاری از کلیه کارمندان مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری که در مراحل اجرای مطالعه کمال همکاری را داشتند و همچنین از تمامی بیمارانی که در این مطالعه همکاری داشته، به پرسشنامه‌ها پاسخ داده و در جلسات درمانی شرکت نموده‌اند؛ تشکر و قدردانی نمایند.

سازمان حمایت کنند

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 انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به اچ.آی.وی بیمارستان امام خمینی با کد ۱۶۲۲۷۰۷۴۲ از گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن می‌باشد که از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- Günthard HF, Saag MS, Benson CA, Del Rio C, Eron JJ, Gallant JE, Hoy JF, Mugavero MJ, et al. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in adults: 2016 recommendations of the International Antiviral Society–USA panel. *Jama*. 2016;316(2):191-210.
- Kerrigan D, Barrington C. Structural dynamics of HIV. Springer; 2018. Available from: <https://www.springer.com/series/11922>.
- Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling--stereotype--discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(5):391-5.
- Ullah S, Naz A. Stigma and Diseases: Analyzing The Impact of Stigmatization On Treatment And Prevention Of Hiv IN District Dir Lower, Khyber Pakhunkhwa. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*. 2021;18(4):412-20.
- Nelson LE, Wilton L, Agyarko-Poku T, Zhang N, Aluoch M, Thach CT, et al. The Association of HIV Stigma and HIV/STD Knowledge With Sexual Risk Behaviors Among Adolescent and Adult Men Who Have Sex With Men in Ghana, West Africa. *Res Nurs Health*. 2015;38(3):194-206.
- Nyblade L, Mingkwan P, Stockton MA. Stigma reduction: an essential ingredient to ending AIDS by 2030. *The Lancet HIV*. 2021;8(2):106-13.
- Junaid K, Ali H, Khan AA, Khan TA, Khan AM, Khan A, et al. Prevalence and associated factors of depression among patients with Hiv in Lahore, Pakistan: cross-sectional study. *Psychology research and behavior management*. 2021;14:77-84
- Kemppainen J, Johnson MO, Phillips JC, Sullivan KM, Corless IB, Reid P, et al. A multinational study of self-compassion and human immunodeficiency virus-related anxiety. *International nursing review*. 2013;60(4):477-86.
- Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*. 2009;52(4):211-14.
- Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011;12(2):128-39.
- Gilbert P. Moving beyond cognitive behaviour therapy. *Psychologist*. 2009;22(5):400-3.
- Martins A, Canavarro M C, Pereira M."The role of psychological flexibility and self-compassion in mental health and quality of life of HIV-infected adults" Paris, International AIDS Society (IAS) Conference on HIV Science .(2017).
- 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.
- 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;17;10:1099.
- Scott-Sheldon LA, Balletto BL, Donahue ML, Feulner MM, Cruess DG, Salmoirago-Blotcher E, Wing RR, Carey MP. Mindfulness-based interventions for

- adults living with Hiv: a systematic review and meta-analysis. *AIDS and Behavior*. 2019;23(1):60-75.
16. Reich RR, Lengacher CA, Alinat CB, Kip KE, Paterson C, Ramesar S, Han HS, Ismail-Khan R, Johnson-Mallard V, Moscoso M, Budhrani-Shani P. 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.
 17. 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.
 18. Luoma JB, Platt MG. Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Current opinion in Psychology*. 2015;2:97-101.
 19. Hecht FM, Moskowitz JT, Moran P, Epel ES, Bacchetti P, Acree M, Kemeny ME, Mendes WB, Duncan LG, Weng H, Levy JA. A randomized, controlled trial of mindfulness-based stress reduction in HIV infection. *Brain, behavior, and immunity*. 2018;73:331-9.
 20. 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.
 21. Berger BE, Kapella MC, Larson JL. The experience of stigma in chronic obstructive pulmonary disease. *Western journal of nursing research*. 2011;33(7):916-32.
 22. Gilbert P. Compassion focused therapy special issue. *Int J Cogn Therap* 2010; 3(2): 197-201.
 23. Kabat-Zinn J, Hanh TN. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. *Delta*; 2009 Jul 22.
 24. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim research J*, 2009; 11(4): 47-53. [Persian].
 25. 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 Oct 10;8(4):317-24.
 26. Agharabparast N, Sarpolaki B, Abbasi S, Mohammadi E (2018). The effectiveness of compassion-focused therapy on quality of life and loneliness of women living with HIV, *Proceedings of the 5th National Conference on Recent Innovations in Psychology, Applications and Empowerment with a Focus on Psychotherapy* [Persian].
 27. Ifeanyichukwu O, Maia O. Compassion-focused therapy (CFT) as an intervention against suicidal ideation in newly diagnosed people living with HIV/AIDS (PLWHA) attending a Nigerian maternity teaching hospital. *Global Psychiatry*. 2020;3(1):104-12.
 28. 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.
 29. Skinta MD, Fekete EM, Williams SL. HIV-stigma, self-compassion, and psychological well-being among gay men living with HIV. *Stigma and Health*. 2019;4(2):179.
 30. O'Donovan A, Gibson S, Gill E. Compassion-focused therapy for people living with HIV: pilot of a

- mindfulness and compassion-based cognitive therapy group. *HIV Med.* 2015;16:63.
31. Brion JM, Leary MR, Drabkin AS. Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of health psychology.* 2014;19(2):218-29.
 32. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity.* 2010;9(3):225-40.
 33. 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.
 34. Gilbert P, Irons C. Therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional imagery and compassionate mind training. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy.* 2005;263-325.
 35. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice.* 2006;13(6):353-79.
 36. Hamid N, Attari YA. The effectiveness of Mindfulness based on stress reduction (MBSR) on depression and quality of life in AIDS/HIV+ patients. *Jundishapur Scientific Medical Journal.* 2019;17(6):653-36. [Persian].
 37. Parhoon H, Masomzadeh K, Moradi A, Parhoon K, Mirmotahari M. Effectiveness of mindfulness-based Stress reduction (MBSR) on anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in patients with HIV/AIDS. *International Journal of Behavioral Sciences.* 2016;10(2):81-6. [Persian].
 38. 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.
 39. 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.
 40. 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;37:1-2.
 41. Sibinga EM, Kerrigan D, Stewart M, Johnson K, Magyari T, Ellen JM. Mindfulness-based stress reduction for urban youth. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 2011;17(3):213-8.
 42. Epstein BJ. Effects of a mindfulness based stress reduction program on fathers of children with developmental disability. *Hofstra University;* 2010.
 43. Harrell SP. Writing your way to peace and power: Empowerment journaling as a pathway to healing and growth. *Surviving sexual violence: A guide to recovery and empowerment.* 2011;16:328-48.
 44. Graham JR, West LM, Roemer L. The experience of racism and anxiety symptoms in an African-American sample: Moderating effects of trait mindfulness. *Mindfulness.* 2013;4(4):332-41.
 45. Masuda A, Anderson PL, Sheehan ST. Mindfulness and mental health among African American college students. *Complementary Health Practice Review.* 2009;14(3):115-27.
 46. Smeets E, Neff K, Alberts H, Peters M. Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-

- compassion intervention for female college students. *Journal of clinical psychology*. 2014;70(9):794-807.
47. 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.
48. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):6-41.
49. Chan KK, Lee CW, Mak WW. Mindfulness model of stigma resistance among individuals with psychiatric disorders. *Mindfulness*. 2018;9(5):1433-42.



A Comparison of Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on stigma of HIV/AIDS patients in Imam Khomeini Hospital

Manzar Amirkhani¹, Shohreh Ghorbanshiroudi^{2*}, Mohammadreza zarbakhshbahri³, Seyed Ahmad Seyed Alinaghi⁴

Abstract

Background and objective: After 40 years of the pandemic of AIDS, stigma associated with this disease is a major challenge to achieving the goal of ending AIDS as a public health threat and a main obstacle to physical, psychological and social health of these patients.

Materials and method: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group that was performed as an intervention in the period from May to January in 2020 on 54 HIV/AIDS patients referred to Behavioral Consultation Center of Imam Khomeini Hospital. The samples of the study mode were selected by available sampling and randomly divided in three groups of 18 people based on Compassion-Focused Therapy, mindfulness-based stress reduction therapy session and the control group. Each treatment was presented to two experimental groups for 10 sessions per week and the control group was placed on a waiting list. Patients' stigma was assessed by the "Berger scale stigma" in three stages: pre-test, post-test and follow-up. for data analysis, SPSS 23 software, descriptive statistics and inferential statistics (Univariate analysis of covariance, Bonferroni test and one-way analysis of variance) were used.

Results: The results showed that both interventions based on Compassion-Focused Therapy and and Mindfulness-Based Stress Reduction were effective on the HIV/AIDS-associated stigma, as well as this effect was maintained until the follow-up stage. Changes in follow-up remained stable for three months after treatment.

Conclusion: This study supports that Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction can be effective in decreasing HIV/AIDS-associated stigma. These findings can be effective in planning preventive interventions to promote mental and social health of HIV patients.

Keywords: HIV, AIDS, Stigma, Compassion-Focused Therapy, Mindfulness-Based Stress Reduction

1. PhD Candidate of Counseling, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

2*. Corresponding Author, Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

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

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