مقـــاله تحقیقی

اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود بر نشخوار فکری، خصومت و شرم در زنان مبتلا به HIV

فرزانه حاجی زاده[1]، فرناز کشاورزی ارشدی[2*]، فریباحسنی[3]، میترا صفا[4]

[1] دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

[2] دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

[3] استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

[4] استاد روانپزشکی، مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

نشانی الکترونیک:
far.Keshavarzi@Gmail.Com

چکیده

زمینه: زنان مبتلا به HIV به دلیل مشکلات جسمی و روانی، احساسات و هیجانات منفی را تجربه می کنند. در سال های اخیر شفقت به خود، به عنوان راهی برای تعدیل احساسات منفی مورد توجه قرار گرفته است. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود بر نشخوار فکری، خصومت و شرم در زنان مبتلا به HIV انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر شبه آزمایشی، از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود و از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی- هدفمند و گمارش تصادفی استفاده شد. بدین منظور ۶۰ نفر زن مبتلا به HIV به صورت هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ده جلسه ۹۰ دقیقه ای مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود را هفته ای یکبار دریافت کرد. ابزار اندازگیری، شامل پرسشنامه نشخوار فکری تراپنل و کمپل (۱۹۹۹)، خصومت ردفورد (۱۹۹۸) و شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳) بود که توسط گروه نمونه در دو مرحله قبل از مداخله و پایان مداخله جمع آوری شد.

یافته ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که مهارت آموزی شفقت به خود بر کاهش خصومت و شرم در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون موثر می باشد ($p<0/01$). در نشخوار فکری بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوتی مشاهده نشد.

نتیجه گیری: به نظر می رسد مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود، می‌تواند در کاهش خصومت و شرم زنان مبتلا به HIV موثر است. بنابراین این روش برای بهبود علائم روانشناختی زنان مبتلا به HIV پیشنهاد می شود.

واژگان کلیدی: درمان شفقت به خود، نشخوار فکری، خصومت، شرم، بیماری HIV.

مقدمه

در سال های اخیر میزان ابتلای زنان به بیماری HIV[1] افزایش یافته است. احتمال ابتلا به بیماری HIV، در زنان به دلیل عوامل بیولوژیکی، محیطی و جنسی بیشتر از مردان است. ابتلا به بیماری در زنان به دلیل آسیب پذیری بالا، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. براساس آمار احتمال انتقال ویروس از مرد به زن ۲۰ برابر بیشتر از انتقال این بیماری از زن به مرد است (۱). اکثر زنان مبتلا، قادر به تحمل و کنار آمدن با مشکلات ناشی از بیماری نمی باشند (۲). بیش از ۷۰% از زنان مبتلا به بیماری HIV توسط شریک زندگی خود و گروهی دیگر از طریق رفتارهای پرخطر جنسی به بیماری مبتلا می شوند (۳). در سالهای اخیر ابتلا از طریق رفتارهای پر خطر جنسی افزایش یافته است(۴) بیماری موجب اختلال در عملکرد و روابط زناشویی، اعتمادبه نفس، خلق و مشکلات اقتصادی و شغلی می‌شود (۵). زنان مبتلا به HIV علاوه بر مشکلات جسمی با مشکلاتی مانند نشخوار فکری[2]، خصومت[3]، شرم[4]، فقر و افسردگی مواجه می شوند. بیمارانی که که نشخوارفکری و خود ارزیابی منفی بیشتری نسبت به خود دارند کمتر نسبت به خود شفقت دارند (۶). نشخوار فکری، یکی از انواع الگوهای ناسازگارانه در اختلالات هیجانی است که زنان مبتلا به HIV آن را تجربه می‌کنند. نشخوار فکری، افکار تکراری، منفی و غیر قابل برگشتی است که همراه با خلق منفی بوده و بدنبال رویدادهای زندگی ایجاد می‌شود (۷). زنان مبتلا به HIV احساس یک فرد قربانی را دارند. این احساس موجب بروز احساس خصومت می‌گردد. خصومت، یک سازه روانشناختی است که زنان مبتلا به بیماری HIV آن را با تعداد زیادی از هیجانات مانند پرخاشگری، خشم، آزردگی، بدگمانی، تحریک پذیری و نفرت تجربه می‌کنند (۸). بین شرم و خصومت رابطه وجود دارد (۹). شرم، عاطفه دردناک قدرتمندی است که وجود فرد را در بر می‌گیرد. شرم می‌تواند بیرونی (عزت نفس) یا درونی (کمرویی) باشد (۱۰). مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود[5] از سوی کریستین نف در سال ۲۰۰۷ معرفی شد (۱۱). در این روش فرد آموزش می بیند، تا افکار و تصاویر تسکین بخش بیرونی را درونی کند و در واکنش به عوامل بیرونی بتواند درون خود را آرام سازد (۱۲). شفقت به خود[6] به فرد کمک می کند تا در موقعیت‌های چالش انگیز اجتماعی مشکلات کمتری را تجربه کند و رضایت بیشتری از زندگی داشته باشد (۱۳). از طرفی شفقت به خود موجب کاهش هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت می‌شود (۱۱). آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال باعث می‌شود تا جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته شود و فرد به جای اجتناب از تجربه هیجانات آزار دهنده، مهربانانه آنها را بپذیرد (۱۰). افزایش مهربانی با کاهش انزوا و ذهن آگاهی مرتبط است و عاملی برای افزایش سلامت روانی می‌باشد (۱۴). داشتن احساس مشترک و نگرش مشفقانه نسبت به خود و دیگران موجب کاهش آسیب‌ها و بهبود روابط بین فردی می‌شود (۱۵). وقتی فرد نسبت به خود مهربان می‌شود سازگارتر شده و به سلامت عاطفی و روانی بیشتری دست می‌یابد (۱۶) سازگاری و مهربانی موجب می‌شود تا فرد مراقبت از خود را جایگزین انتقاد و سرزنش کند (۱۷). شفقت به خود، یک ویژگی ذاتی می‌باشد اما می‌توان آن را با آموزش افزایش داد (۱۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت بر کاهش شرم، نشخوار فکری و خود انتقادی موثر است (۱۸) و به فرد کمک می‌کند تا با حفظ دیدگاه عینی، احساسات منفی و تغییرات ناخوشایند زندگی را بپذیرد (۱۹). تاکنون پژوهش‌های متعددی به منظور تعیین اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر سلامت روان بیماران مبتلا به HIV صورت گرفته است (۱۹). با توجه به اینکه شفقت به خود به عنوان یکی از درمان‌های موج سوم شناختی – رفتاری موثر در سال‌های اخیر در مورد بیماران به شدت مورد توجه قرار گرفته است و از سوی دیگر، توجه به سلامت روان زنان مبتلا به HIV الزامی است، اهمیت و ضرورت این پژوهش آشکار می‌شود.

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر شفقت به خود بر کاهش نشخوار فکری و زیر مقیاس‌هایش، کاهش خصومت و شرم در زنان مبتلا به HIV بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی، از نوع پیش آزمون–پس آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند و گمارش تصادفی استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری HIV تحت درمان دارویی کامل ضدویروس HIV بستری در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری تهران در سال۹۸–۱۳۹۷ بودند. پس از تایید طرح پژوهشی در شورای پژوهشی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری از میان زنان مبتلا به بیماری HIV، ۶۰ نفر زن مبتلا به HIV به صورت غیر تصادفی و هدفمند و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش (۳۰نفر) و گروه گواه (۳۰نفر) قرار گرفتند. مشکلات ناشی از بیماری موجب ریزش تعدادی از شرکت‌کنندگان قبل از شروع پژوهش گردید. به علت اینکه حجم گروه آزمایش ۳۰ نفر بود و انجام گروه درمانی عملا برای ۳۰ نفر صحیح نمی باشد، بیماران به ۶ گروه ۵ نفری تقسیم شدند. بیماران گروه آزمایش ده جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) آموزش مهارت شفقت به خود را هفته ای یکبار دریافت کردند (جدول ۱). ضمن ارائه توضیحات کافی درباره پژوهش، کسب رضایت آگاهانه

۱. Human immunodeficiency virus
۲. Rumination
۳. Hostility
۴. Shame
۵. Self-Compassion skill training
۶. Self-Compassion

و شفاهی از بیماران، مبانی اصول اخلاقی طبق بیانیه هلسینکی رعایت شد و دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU. TMU. REC. 1399. 065 اخذ گردید. طرح پژوهشی توسط روانشناس با تجربه در محیطی آرام و بدون استرس صورت گرفت. به بیماران اطمینان کامل داده شد که اطلاعات درج شده کاملا محرمانه می‌باشد. گروه کنترل نیز به موازات گروه آزمایش تحت نظارت دقیق قرار داشتند. نحوه انتخاب و اجرای پرسشنامه‌ها در این گروه درست مانند گروه آزمایش بود، اما مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود، برای گروه کنترل در نظر گرفته نشد. البته در پایان پژوهش با آزمودنی‌های حاضر در گروه کنترل، توافق شد تا در لیست انتظار قرار گیرند و درصورت تمایل پس از خاتمه طرح، در دوره مهارت‌آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود شرکت کنند. پس از اتمام دوره مهارت آموزی، بلافاصله از هر دو گروه در تمامی متغیرها آزمون گرفته شد و همان پرسشنامه‌های مرحله اول دوباره اجراشد (۲۰).

ملاک‌های ورود، دامنه سنی ۵۵-۲۰ سال، داشتن توانایی جسمانی لازم، سواد و توانایی درک و پاسخگویی به سؤالات (داشتن تحصیلات سیکل و بالاتر)، تمایل به مشارکت در پژوهش، داشتن تشخیص قطعی بیماری HIV و عدم سابقه اختلال حاد روانپزشکی و عدم بستری در طی یکسال گذشته بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مانند محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، جداول توزیع و آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

ابزار پژوهش: در تحقیق حاضر و برای گرداوری اطلاعات، از سه پرسشنامه استانداردشده به شرح زیر استفاده شد.

پرسشنامه نشخوار فکری RRS[۷]: این پرسشنامه توسط تراپنل[۸] و کمپل[۹](۱۹۹۹) جهت تمایز میان مولفه‌های سازگارانه و ناسازگارانه تهیه شد که شامل دومولفه، تفکرهای مکرر منفی و تامل است. تفکرهای مکرر مرتبط به حالت‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم است. مولفه تامل مرتبط به ارزیابی، تمرکز، باز بودن نسبت به تجربه، کنجکاوی فکری، علاقه ذاتی به تفکر انتزاعی و یا فلسفی است. این پرسشنامه شامل ۲۴ آیتم است ۱۲ آیتم تمرکز و نشخوارفکری برخود می باشد و ۱۲ آیتم تفکر تاملی و ارزیابی منفی خود است. پاسخ به هر ماده درمقیاس لیکرت درجه بندی شده است. آلفای کرونباخ همسانی درونی خوبی در تامل ۰/۹۱ و در نشخوار فکری ۰/۹۰ نشان داد. واتسون و هارکیس، همسانی درونی را در آمریکا ۰/۸۱ گزارش کردند. قربانی در ایران (با استفاده از آلفای کرونباخ) همسانی درونی۰/۸۱ گزارش کرد(۲۱).

پرسشنامه خصومت ردفوردRWHI[۱۰] : این پرسشنامه توسط ردفورد- ویلیامز ساخته شده است (۱۹۹۸) و دارای ۱۲عبارت است. پاسخدهی به این پرسشنامه در مقیاس بله- خیر می باشد. روایی و پایایی پرسشنامه درایران (در یک گروه ۲۰ نفره)، با ضریب باز آزمایی ۰/۸۲ و ضریب همسانی ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی محتوای آن نیز مورد تایید و مطلوب گزارش شده است و پایایی آن طبق آلفای کرونباخ بالای ۹۰ ذکر شده است (۲۲).

پرسشنامه شرم درونی شده کوک[۱۱] : ISS[۱۲] این پرسشنامه توسط کوک (۱۹۹۳) تهیه شد. شامل ۳۰ ماده، شامل دو خرده مقیاس کمرویی و عزت نفس است. پاسخ به هر ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه ای می باشد. نمره های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی ارزشی، بی کفایتی، احساس حقارت، پوچی، تنهایی و نمره پایین نشان دهنده اعتماد به نفس بالا است. رجبی و همکارانش در ایران نمره میانگین ۲۲,۳۴ و انحراف معیار ۲,۲۹ ضریب پایایی آلفای کرونباخ نمره کل را ۰/۹۰ در خرده مقیاس‌های عزت نفس ۰/۹۴، کمرویی ۰/۹۰ گزارش کردند و در نمره کل شرم درونی شده ۰/۹۰ در مردان ۰/۸۹ و زنان۰/۹۱ ذکر شده است (۲۳).

یافته‌ها

درصد فراوانی و اطلاعات دموگرافیک زنان مبتلا به HIV در جدول-۲ گزارش شده است. میانگین سن زنان مبتلا به HIV ۳۸/۷۳ سال بود. از نظر تحصیلات ۴۸/۳۴درصد از آنان تحصیلات زیر دیپلم، ۳۵درصد دیپلم و ۱۶/۶۶درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۱۰ درصد از زنان مبتلا به HIVمجرد، ۴۰درصد متاهل و۵۰ درصد بیوه و مطلقه بودند. ۵۱/۶۶ درصد فاقد فرزند بودند، ۳۵ درصد دارای ۱ تا ۲ فرزند و ۱۳/۳۴درصد دارای ۳ فرزند یا بیشتر بودند. بین گروه آزمایش و کنترل ازنظر سن، وضعیت تاهل و تعداد فرزندان اختلاف معنادار مشاهده نشد.

برای پاسخ به سه پرسش اصلی پژوهش حاضر، آزمون‌های آماری زیر انجام شد که یافته‌ها در طی جداول زیر آمده است. همانطور که نتایج جدول-۳، نشان می‌دهد، با توجه به سطح معناداری ($p<۰/۰۱$) آزمون‌های اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هلتینگ، بزرگترین ریشه قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف عادی بودن توزیع متغییرهای نشخوارفکری (تمرکز برخود و خود ارزیابی منفی)، خصومت و شرم را در سطح معناداری ($p<۰/۰۱$) در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد. پیش فرض تساوی واریانس دو گروه آزمایش و کنترل توسط آزمون لوین تایید شد.

یافته‌های جدول-۴، نمره میانگین و انحراف استاندارد در متغیرهای زیرمقیاس‌های نشخوار فکری (تمرکز برخود و ارزیابی منفی)، خصومت

۷. Rumination-reflection scale
۸. Trapnell
۹. Campbell
۱۰. Redford -Williams Hostility Inventory
۱۱. Coock
۱۲. Internalized Shame scale

جدول ۱. خلاصه جلسات مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود (گیلبرت۲۰۱۰)

جلسه	هدف	محتوای هر جلسه	تکلیف
اول	مفهوم سازی	آشنایی افراد گروه با یکدیگر، مفهوم سازی و تعریف شفقت، معرفی وآشنایی با درمان مبتنی بر شفقت.	
دوم	معرفی سیستم هیجانی	معرفی سه سیستم هیجانی و چگونگی تاثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق. بررسی سیستم هیجانی فعال درموقعیت رنج آور، آموزش توجه آگاهی برای مثال خوردن کشمش.	آگاهی از موقعیت رنج آور و سیتم هیجانی فعال.
سوم	آشنایی با خصوصیات شفقت و شناخت فرد مشفق	توضیح خصوصیات ششگانه شفقت، شامل حساسیت و مراقبت ازخود، بهزیستی، همدلی همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی، تعریف فرد مشفق و ویژگیهای آن(خردمندی، قدرت، مهربانی، غیر قضاوتی بودن، مسئولیت پذیری). مهارت آموزی جهت یادگیری مشفق بودن.	توجه به نمونه هایی از مولفه های شفقت و فرد مشفق در زندگی.
چهارم	استدلال و توجه مشفقانه	استفاده از ریتم نفسی آرام بخش، آموزش نحوه تصویر سازی خود مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای تکنیک صندلی مشفق(باتکنیک سه صندلی) جهت توجه به تفاوت نشخوار فکری و خود مشفق.	تمرین صندلی مشفقانه و مقابله با خود انتقادگر.
پنجم	تصویر سازی و تجربه حسی مشفقانه	معرفی قدرت تصویر سازی برای انسانها و ارتباط آن با سه سیستم هیجانی، تصویر سازی ایجاد مکانی امن، رنگ آمیزی مشفقانه تصویر.	ایجاد تصویرسازی مشفقانه هنگام مواجه با رنج.
ششم	نگارش نامه مشفقانه	نگارش نامه مشفقانه به خود، بدون قضاوت و خشم، بیان احساسات مشفقانه و آگاهانه بدون ترس از شفقت.	تمرین نگارش نامه شفقت برای پذیرش احساسات و افکارخودبدون ترس و قضاوت.
هفتم	کار باصندلی مشفق	تمرکز بر صندلی برای نمایش افکار، احساسات و بخشهای متفاوت فرد(خشم و شفقت) برای به تعادل رسیدن افکار فرد، شناخت خطاهای تفسیری و تاثیر آن، ابراز احساسات مشفقانه توام با ذهن آگاهی.	تمرین و تولیدافکار خودسرزنشی، خطاهای تفسیری و ابراز احساسات مشفقانه توام با آگاهی.
هشتم	تصویر ساز و کاربرد خاطره مهربانی	تمرکز، تصویر سازی خاطره فردی مهربان که احساس مهربانی ایجاد کرده، تصویر سازی احساسات مهربانانه با ارائه مراقبه های لازم جهت تصویر سازی.	تمرین وتصویر سازی خاطره مهربانانه همراه با مراقبه.
نهم	مسئولیت پذیری	آموزش مسئولیت پذیری مولفه اساسی شفقت، ایجاد احساسات ارزشمندی، احترام، برخورد مناسب و کار آمد، بررسی معایب و مزایای افکار و باورهای غیر مفید در مورد حمله به خود.	تمرین مسئولیت پذیری در مورد احساسات وافکار.
دهم	مرور و جمع بندی	خاتمه کار گروه، انجام پس آزمون.	

جدول۲. ویژگیهای جمعیت شناختی گروه نمونه

وضعیت تاهل			تعداد فرزندان			تحصیلات		
	N	٪		N	٪		N	٪
مجرد	**۳**	**۱۰**	**۰**	**۳۱**	**۵۱/۶۶**	**زیر دیپلم**	**۲۹**	**۴۸/۳۳**
متاهل	۲۴	۴۰	۱-۲	۲۱	۳۵	دیپلم	۲۱	۳۵
بیوه ومطلقه	**۳۳**	**۵۰**	**≥۳**	۸	**۱۳/۳۳**	**دانشگاهی**	**۱۰**	**۱۶/۶۶**

جدول ۳ . نتایج آزمون پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هلتینگ، بزرگترین ریشه روی برای بررسی کل مدل

آزمون	Value	F	Hypothesis df	Error df	Partial Eta	Sig	Observed Power
اثر پیلای	۰/۲۲	۳/۶۱	۴/۰۰	۵۱/۰۰	۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۸۴
لامبدای ویلکز	۰/۷۷	۳/۶۱	۴/۰۰	۵۱/۰۰	۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۸۴
اثر هلتینگ	۰/۲۸	۳/۶۱	۴/۰۰	۵۱/۰۰	۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۸۴
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۸	۵۳/۶۱	۴/۰۰	۵۱/۰۰	۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۸۴

و شرم در زنان مبتلا به HIV در پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد.

برای تعیین اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود بر نشخوار فکری، خصومت و شرم در زنان مبتلا به HIV، در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در جدول–۵ ارائه شده است. همانطور که جدول نشان می دهد، بین گروه آزمایش و کنترل در میانگین‌های تعدیل شده از لحاظ متغیرهای وابسته خصومت و شرم تفاوت معنادار مشاهده شد ($p<۰/۰۱$). در رابطه با نشخوار فکری و زیرمقیاس هایش بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد.

با توجه به نمره میانگین های ارائه شده و با توجه به سطح معناداری می توان گفت که مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود توانسته است میانگین خصومت و شرم را در گروه آزمایش در پس آزمون کاهش دهد.

بحث

بیماری HIV علاوه بر ایجاد مشکل در سلامت جسمی، مشکلات فراوانی برای بیماران در حوزه روانشناختی ایجاد می کند (۲۴). زنان مبتلا به HIV هیجانات منفی متعددی را تجربه می کنند. با توجه به اینکه پژوهشگران کمتر به مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به HIV پرداخته‌اند(۶). پژوهش

جدول۴. نمرات میانگین، انحراف استاندارد زیر مقیاسهای،نشخوار فکری، خصومت وشرم در به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	میانگین± انحراف استاندارد	
		پیش آزمون	پس آزمون
نشخوار فکری تمرکز برخود	آزمایش	۲۷/۰۰ ± ۰/۴۴	۲۵/۵۰ ± ۲/۲۶
	کنترل	۲۷/۴۶ ± ۰/۴۹	۲۶/۷۰ ± ۲/۵۰
نشخوار فکری خود ارزیابی منفی	آزمایش	۲۶/۲۳ ± ۲/۴۳	۲۴/۵۰ ± ۲/۱۶
	کنترل	۲۵/۴۰ ± ۲/۷۳	۲۴/۵۳ ± ۲/۳۸
نمره کل نشخوار فکری	آزمایش	۵۳/۲۳ ± ۴/۴۵	۵۰/۰۰ ± ۳/۷۶
	کنترل	۵۲/۸۶ ± ۴/۴۷	۵۱/۲۳ ± ۳/۹۴
خصومت	آزمایش	۷/۵۳ ± ۲/۷۳	۶/۴۰ ± ۲/۵۴
	کنترل	۷/۶۳ ± ۲/۹۰	۷/۳۰ ± ۲/۷۰
شرم	آزمایش	۵۲/۲۶ ± ۱۰/۲۸	۴۹/۱۳ ± ۹/۷۴
	کنترل	۵۲/۰۳ ± ۱۰/۹۹	۵۱/۱۰ ± ۱۱/۰۷

جدول ۵.نتایج تحلیل کوواریانس، اثر بخشی مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود بر نشخوار فکری، خصومت و شرم درزنان مبتلا به HIV در دوگروه آزمایش و کنترل

متغییر وابسته		SS	Df	MS	F	P	Partial Eta	Observed Power
نشخوار فکری تمرکز برخود	بین گروهی	۸/۹۱	۱	۸/۹۱	۳/۵۲	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۴۵
	درون گروهی	۱۳۶/۶۶	۵۴	۲/۵۳				
نشخوار فکری خودارزیابی منفی	بین گروهی	۰/۸۱	۱	۰/۸۱	۰/۲۳	۰/۶۳	۰/۰۰	۰/۰۷
	درون گروهی	۱۸۹/۹۷	۵۴	۳/۵۱				
نمره کل نشخوار فکری	بین گروهی	۱۵/۱۳	۱	۱۵/۱۳	۲/۳۹	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۳۲
	درون گروهی	۳۴۷/۹۰	۵۴	۶/۴۴				
خصومت	بین گروهی	۱۰/۳۱	۱	۱۰/۳۱	۶/۰۴	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۶۷
	درون گروهی	۹۲/۱۱	۵۴	۱/۷۰				
شرم	بین گروهی	۶۵/۱۱	۱	۶۵/۱۱	۷/۸۱	۰/۰۰	۰/۱۲	۰/۷۸
	درون گروهی	۴۴۹/۷۵	۵۴	۸/۳۲				

حاضر به منظور تعیین اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود در زنان مبتلا به HIV بر نشخوار فکری، خصومت و شرم انجام شد. تغییرات کسب شده در طی جلسات مداخله مهارت آموزی در زنان مبتلا به HIV در گروه آزمایش به وضوح مشاهده می‌شد. بیمارانی که به دلیل احساس خصومت و شرم ناشی از بیماری، همکاری لازم جهت درمان را نداشتند، نسبت به خود مشفقانه تر رفتار می‌کردند، بیماری خود را پذیرفته بودند و شفقت به خود را جایگزین هیجانات منفی کرده بودند. بریون و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی شفقت به خود بر روی بیماران مبتلا بهHIV پرداختند و نتایج نشان داد که آموزش شفقت به خود در کاهش مشکلات روانشناختی و افزایش سازگاری در این بیماران موثر است(۲۵). کمالی نسب و محمدخانی در پژوهشی رابطه بین شفقت به خود و سازگاری را تایید کردند(۲۶). نشخوار فکری، یکی از مولفه‌های مهم در اثربخشی مهارت‌آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود می‌باشد. شفقت به خود موجب آگاهی از هیجانات و کاهش نشخوارفکری می‌شود. افرادی که خودتاملی بالایی نسبت به خود دارند نشخوارفکری پایین‌تری را تجربه می‌کنند. اگر نشخوار فکری در حد بالایی باشد، شفقت به خود حتی می‌تواند نشخوار فکری را تشدید کند(۲۷). زنان مبتلا به HIV نسبت به خود، ارزیابی منفی و نشخوار فکری بالایی دارند(۲۸). در پژوهش حاضر زنان مبتلا به HIV به دنبال جلسات مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود و آگاهی از هیجانات خود، به دلیل عدم همخوانی بین شرایط آرمانی و موقعیت فعلی نشخوار فکریشان کاهش نیافت که با پژوهش گیلبرت و پاولی و همکارانش همسو بود (۲۹ و ۲۷). یکی از اصلی‌ترین مولفه های شفقت به خود داشتن احساس مشترک و نگرش مشفقانه نسبت به خود و دیگران است. شفقت ذهن را تلطیف می کند و موجب کاهش احساس خصومت می‌گردد (۳۰). چراغی و همکاران در پژوهشی به مقایسه احساس خصومت بین زنان مبتلا به ایدز و غیرمبتلا پرداختند. نتایج نشان داد که زنان مبتلا به ایدز احساس خصومت بیشتری را به دلیل مشکلات جسمی و روانی تجربه می کنند (۳۱). نتایج پژوهش حاصل با پژوهش جین و همکاران مبنی بر کاهش احساس خصومت در زنان مبتلا به HIV به دنبال مداخله همخوانی دارد. بر این اساس زنان مبتلا به HIV احساس شرم را تجربه می کنند (۳۲). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که جلسات دهگانه مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود توانسته احساس شرم را در زنان مبتلا به HIV کاهش دهد. این نتایج با پژوهش ایرون و همکاران که به منظور بررسی شفقت به خود بر کاهش احساس شرم و خود انتقادی در افراد با تجربه‌ی پریشانی پس از سانحه بود، همسو بود(۳۳). سعیدی و همکاران در پژوهشی به بررسی اثر القای شفقت به خود بر کاهش احساس شرم پرداختند. نتایج نشان داد که شفقت به خود موجب کاهش احساس شرم می شود که همراستا با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد (۳۴). در مطالعه حاضر فرض اول پژوهش، مبنی براثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود بر کاهش نشخوار فکری تایید نگردید. فرضیه های دوم و سوم پژوهش مبنی بر اثر بخش بودن جلسات دهگانه بر کاهش احساس خصومت و شرم در زنان مبتلا به HIV تایید شد.

محدودیت‌های پژوهش

ازجمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به جنسیت نمونه اشاره کرد که همگی زن بودند. برخی از پژوهش‌ها نشان داده که زنان شفقت به خود کمتری دارند و تغییر این سازه در زنان به دشواری صورت می‌گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در هردو جنس صورت گرفته و مقایسه شوند. ابتلا به بیماری HIV و مشکلات ناشی از بیماری موجب ریزش تعدادی از شرکت کنندگان قبل از شروع پژوهش گردید. با توجه به شرایط سخت جسمانی زنان مبتلا به HIV گاهی فرایند آموزش بسیار دشوار بود. این امر موجب طولانی‌تر و چند مرحله‌ای شدن جلسات می‌شد، اما با تمام مشکلات به دلیل اهمیت پژوهش سعی شد تاحد امکان جلسات در مناسبترین زمان ممکن انجام شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، قابل کاربردی بودن آن در جامعه آماری زنان مبتلا به HIV می‌باشد و نمی‌توان نتایج آن را به جامعه آماری دیگر تعمیم داد.

در پایان پیشنهاد می شود تا پژوهشگران آتی به پژوهشهای مشابه در گروههای وسیعتر و در هر دو جنسیت بپردازند. همچنین مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت مبتنی به خود، به عنوان یک درمان مکمل در کنار دارو درمانی برای بهبود علائم روانشناختی بیماران استفاده شود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر بیان کننده اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود بر کاهش شرم و خصومت در زنان مبتلا به HIV می‌باشد. لذا در مراحل مختلف درمان می توان با انجام این گونه آموزش‌ها و مداخلات مربوطه به بهبود مشکلات روانشناختی، کاهش شرم و خصومت در زنان مبتلا به HIV کمک کرد. مهارت آموزی مبتنی بر درمان شفقت به خود می تواند بسیاری از مشکلات و هیجانات منفی در زنان مبتلا به HIV را کاهش دهد و توانایی آنها را برای سازگاری با بیماری افزایش دهد.

تشکر و قدردانی

مجریان این طرح از کلیه همکاران بیمارستان دکتر مسیح دانشوری که در انجام این طرح ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می کنند.

منابع

1. Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. Reprod Health 2015;12:53.

2. Siuki HA, Peyman N, Vahedian-Shahroodi M, Gholian-Aval M, Tehrani H. Health education intervention on HIV/AIDS prevention behaviors among health volunteers in healthcare centers: An applying the theory of planned behavior. Journal of Social Service Research 2019;45(4):582-8.

3. Satar P. Women with AIDS lived experience of social relations. Women in Politics Birth 2014.

4. Torkashvand F, Asadpor M, SheikhFathollahi M, Sheikhi E, SalehiShahrbabaki MH, RezaHoseini O, et al. Frequency of High Risk Behaviour in HIV Positive Patients Referred to Centers for Behavioural Disorders of Rafsanjan and Kerman in 2012. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2015;14(7):587-98.

5. Salimi A, Arsalandeh F, Zahrakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. The Horizon of Medical Sciences 2018;24(2):125-31.

6. Moseholm E, Weis N. Women living with HIV in high-income settings and breastfeeding. J Intern Med 2020;287(1):19-31.

7. Robinson MS, Alloy LB. Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. Cognitive Therapy and Research 2003;27(3):275-91.

8. Masoudnia E. Hostility, anger and risk of coronary artery atherosclerosis. Journal of Shahid Sadoughi University Of Medical Sciences And Health Services 2011; 18(6): 540-1.

9. Manstead AS. Social psychology of emotion. Oxford University Press: New York, NY, USA. 2010.

10. Gh R, Abbasi GH. Investigation relationship between self criticism, social anxiety and fear of fail with same among students. Journal of Research Clinical Psychology and Consultation 2011;1:171-82.

11. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. Journal of Research in Personality 2007;41(1):139-54.

12. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. J Clin Psychol 2013;69(1):28-44.

13. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and Identity 2003;2(3):223-50.

14. Homan KJ. Self-compassion and psychological well-being in older adults. Journal of Adult Development 2016;23(2):111-9.

15. Bistricky SL, Gallagher MW, Roberts CM, Ferris L, Gonzalez AJ, Wetterneck CT. Frequency of interpersonal trauma types, avoidant attachment, self-compassion, and interpersonal competence: A model of persisting posttraumatic symptoms. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 2017;26(6):608-25.

16. Shonin E, Van Gordon W, Griffiths MD. The psychotherapeutic applications of loving-kindness and compassion meditation. 2014.

17. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. J Health Care Chaplain 2014;20(3):95-108.

18. Bluth K, Gaylord SA, Campo RA, Mullarkey MC, Hobbs L. Making Friends With Yourself: A Mixed Methods Pilot Study of a Mindful Self-Compassion Program for Adolescents. Mindfulness (NY) 2016;7(2):479-492.

19. Pu H, Hernandez T, Sadeghi J, Cervia JS. Systematic review of cognitive behavior therapy to improve mental health of women living with HIV. J Investig Med 2020;68(1):30-36.

20. Hooman H. Understanding the scientific method in behavioral science Organization for the Study and Compilation of Humanities Books of Universities. Tehran P Samt 2006.

21. Ghorbani N, Watson PJ, Weathington BL. Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. Current Psychology 2009;28(4):211.

22. Shokoohi YM, Akbari ZS, Shahmohammadi K. The Effects of Using Problem Solving and Anger Management Package on Mental Health and Teaching Style of Preschool Teachers. Journal of School Psychology 2014; 2(4): 98-117.

23. Rajabi Gh, Abbasi GH. [Investigation relationship between self criticism, social anxiety and fear of fail with same among students]. Journal of research clinical psychology and consultation 2011; 1:171-82. (Persian)

24. Avanessian E, Naserirad M, Abrahamian H, Anis S. Size of Social Network and Probability of Occurrence of HIV/AIDS among Sexually Affected Patients in Behavioral Diseases Consulting Centers. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2017;5(2):73-80.

25. Brion JM, Leary MR, Drabkin AS. Self-compassion and reactions to serious illness: the case of HIV. J Health Psychol 2014;19(2):218-29.

26. Kamalinasab Z, Mohammadkhani P. A comparison of self-compassion and self-esteem based on their relationship with adaptive and maladaptive emotion regulation strategies. Practice in Clinical Psychology 2018;6(1):9-20.

27. Gilbert P, editor. Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy. Routledge; 2005.

28. Travaglini LE, Himelhoch SS, Fang LJ. HIV Stigma and Its Relation to Mental, Physical and Social Health Among Black Women Living with HIV/AIDS. AIDS Behav 2018;22(12):3783-3794.

29. Pauley G, McPherson S. The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 2010;83(2):129-43.

30. Lutz A, Brefczynski-Lewis J, Johnstone T, Davidson RJ. Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. PLoS One 2008;3(3):e1897.

31. Gharaghi A, Esmaeilinasab, M, Rassoolzadeh Tabatabaee SK. Comparison of feelings of hostility in women with and without AIDS. Journal of Research in Psychological Health 2016; 9(4): 32-45.

32. JIN G, LI D. The effects of loving-kindness and compassion meditation on altruistic behavior and its cognitive neural mechanisms. Advances in Psychological Science 2020;28(6):978-86.

33. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. Australian Clinical Psychologist 2017;3(1):1743.

34. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz MR, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. Contemporary Psychology 2013; 8(1): 91-102.