

مقدمه

ایدز و HIV از جمله بیماریهایی است که از لحاظ مرگ و میر و هزینه های مراقبتی و درمانی فراوان و ایجاد مشکلات اجتماعی و روان شناختی از قبیل افسردگی و کاهش کیفیت زندگی برای این بیماران و هدف قرار دادن جمعیت جامعه، از معضلات مهم جوامع بشری است (۱). ایدز به عنوان یک بیماری مزمن تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی مبتلایان دارد. بیماری ایدز به صورت یک بیماری مهلک جهانی شناخته شده است و تنها راه مبارزه با آن، شناخت راه های انتقال و روش های پیشگیری است. ویروس نقص ایمنی اکتسابی (Human Immunodeficiency Virus, HIV Acquired Immunodeficiency Syndrom, AID) می شود، در کشورهای در حال توسعه همواره از گسترش بیشتری برخوردار است. یکی از عوامل مهم انتشار ایدز در جوامع، دانش و آگاهی ضعیف درباره این بیماری و طرق پیشگیری و روش های انتقال آن است. عوامل روان شناختی نظیر ترس از برچسب های اجتماعی، نگرانی، ترس از ماهیت بیماری و ترومای ناشی از ابتلا و مکانیسم انکار، ممکن است آگاهی از بیماری را کاهش داده و انتقال آن را تسهیل نماید. در پژوهشی در این خصوص، نتایج حاصل نشان داد که عدم آگاهی از بیماری و نگرش منفی نسبت به بیماری ایدز، یکی از عوامل دخیل در این بیماری است (۲).

پژوهش ها و تلاش های همه جانبه جهانی، منطقه ای و ملی منجر به این باور عمومی شده است که بهترین عامل مهار این بیماری، اصلاح شیوه تربیت و زندگی است. فراهم آوردن زندگی سالم و ایمن، مسئولیت پذیرش فردی، اجتماعی و در نهایت امید به زندگی و ارتقاء کیفیت

زندگی، اصول اساسی در مسیر این اصلاح است که با ملاحظات روان شناختی قابل دسترسی است (۳). وقتی HIV سیستم ایمنی بدن انسان را به حدی ضعیف کند که دیگر نتواند فرد را در مقابل بیماریها حفظ کند و بدن به انواع سرطانها و عفونتها دچار شود به آن ایدز یا نشانگان نقص ایمنی اکتسابی گویند. عوامل روان شناختی در سبب شناسی و درمان این بیماری نقش سازنده ای ایفا می کنند. در مطالعه ای نتایج حاصل آشکار ساخت که میان طول مدت ابتلا به بیماری و کیفیت زندگی رابطه منفی معنی داری وجود دارد. همچنین ارتباط مثبتی میان حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز وجود دارد (۴).

وضعتهایی که بیشتر اوقات موجب افسردگی می شوند، عبارتند از تأخیر در پی بردن به بیماری و گسترش نشانه های جسمانی و روان شناختی بیماری در حدی که توانایی های بیمار را تحلیل می برد. افسردگی وقتی ناپهناجاری تلقی می شود که واقعه افسرده ساز برای فرد خارج از اندازه باشد و از حدی که برای اکثر مردم قابل برگشت و بهبودپذیر است، برای وی فراتر رفته باشد. شخص افسرده ناامید و غمگین است، اغلب گریه و زاری می کند و ممکن است به فکر خودکشی بیفتد، از دست دادن لذت یا خشوندی از زندگی نیز به همین اندازه برای وی شایع است. فعالیت هایی که قبلاً موجب رضایت او می شد، اکنون کسل کننده و غیر لذت بخش است (۵).

کیفیت زندگی، برداشت و پنداری است که افراد از موقعیتشان در زندگی در زمینه فرهنگی و ارزش هایی که به آن معتقدند دارند و به اهداف، انتظارات و علایقشان وابسته است. به عبارت دیگر، دیدگاهی است که فرد به ارزیابی ذهنی از کیفیت زندگی می پردازد، که خود به زمینه های فرهنگی و اجتماعی استوار است (۶).

کیفیت زندگی متشکل از ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی می باشد. آموزش به عنوان فرایندی است که بر

(۶). مدل ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، نخستین بار توسط Kabat-Zinn برای دامنه وسیعی از افراد مبتلا به درد مزمن و اختلالات مرتبط با استرس طراحی و تدوین شده است و اثربخشی آن نیز در مورد بیماران تأیید شده است (۷). ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس شامل اشکال چندگانه ای از تمرین ذهن آگاهی از قبیل تمرین مراقبه رسمی و غیررسمی همانند یوگا است. تمرینهای رسمی شامل توجه متمرکز بر تنفس، بازبینی بدن مبتنی بر توجه به ماهیت زودگذر تجربه حسی، تغییر توجه نسبت به ابعاد حسی، بازبینی تجربه لحظه به لحظه، مراقبه قدم زدن و مراقبه خوردن و تمرینهای غیررسمی شامل تغییر ارادی توجه نسبت به آگاهی حال حاضر است. برنامه آموزش ذهن آگاهی به افراد مبتلا به ایدز کمک می کند تا با تمرکز بر تجربیات زمان حال از افکار و نشخوارهای منفی گرانه و بدبینانه رها شده و تجربیات لذت بخش و امیدوارانه را در ذهن خود مرور کند. فراگیری شیوه های جدید مقابله با استرس ناشی از بیماری موجب کاهش افسردگی و متقابلاً افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز می شود. اجرای برنامه مداخله ای حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس، آموزش کنترل توجه، مدیریت زمان، انجام تمرینات مختلف، تغییر نگرش بینش بیماران نسبت به بیماری، انجام تکالیف خانگی و یادگیری راهبردهای مقابله ای صحیح و مؤثر در مورد برخورد با حوادث استرس زای زندگی مانند بیماری و وقایع مربوط به آن باعث ایجاد نشاط و شادابی در انجام فعالیتهای روزانه برای افراد می شود (۷، ۹).

Kathleen و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیقی به ارزیابی اثربخشی برنامه مداخله ای آموزشی روانی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس را بر کیفیت زندگی تعدادی از بیماران دارای بیماری های ایدز و HIV مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که اجرای این برنامه اثربخشی

رفتار بیمار اثر می گذارد و در آگاهیها و مهارتها جهت حفظ سلامت، تغییر ایجاد می کند (۷). بیمارانی که مبتلا به ایدز هستند، ممکن است دچار احساس شرم و گناه شوند. پیامدهای روانی حاصل از بیماری موجب افسردگی و کاهش کیفیت زندگی آنها می شود. با توجه به این که بیماران بیشتر در معرض اضطراب و افسردگی قرار می گیرند، بنابراین درمان های دارویی به تنهایی موجب بهبود آنها نمی شود، بلکه باید از درمان های روانشناختی و خانواده درمانی یا حمایت اجتماعی استفاده کرد. باید به آنها کمک کند تا بتوانند با رنج و استرس حاصل از بیماری مقابله کنند. بیماران مبتلا به ایدز از افراد پیرامون خود انتظار دارند تا به بهزیستی روانشناختی آنها کمک کنند. بکارگیری برنامه آموزش ذهن آگاهی و معنادرمانی تأثیر فراوانی بر کاهش علایم ناشی از بیماری در آنها دارد (۸). در پژوهشی مشخص شد که برنامه های آموزشی به افراد مبتلا و خانواده آنها و استفاده از درمان های شناختی رفتاری، موجب بهبود الگوهای ارتباطی، کاهش علایم روانشناختی و افسردگی و متقابلاً کاهش نشانگان بیماری شده است (۹).

مطالعات متعددی نشان داده شده است که بیماران ایدز و HIV از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند و نیازمند به مداخلات روان شناختی می باشند (۵). تعداد مبتلایان به ایدز در حال افزایش است و رفتارهای مخاطره آمیز، سهم عمده ای در افزایش روند بیماری ایفا می کند. برای عموم جامعه بالاخص بیماران ایدز و HIV امر آموزش با تأکید بر مداخلات روانشناختی، باورهای مذهبی، برنامه های شناختی، رفتاری و حتی الگوهای بومی و غیربومی توصیه و اهمیت زیادی برای مقابله با بیماران ایدز و HIV دارد (۵).

Salivan و همکاران (۲۰۰۹) اظهار داشتند که بیمارهای ایدز و HIV نه فقط شامل نشانه های جسمی، بلکه به طور معنی داری شامل آشفتگی های روان شناختی (اضطراب و افسردگی) و کاهش کیفیت زندگی نیز می باشد

زیادی بر کاهش درد، اختلالات خلقی، آرتروز، آشفتنگی - های خواب و بهبودی قابل توجهی در تمام ابعاد زندگی بیماران داشته است (۹، ۱۰).

روش بررسی

نمونه این تحقیق مشتمل بر ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) است که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. در این پژوهش از طرح تحقیق نیمه تجربی و با استفاده از روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. بیماران ایدز و HIV دارای پرونده‌ی راکد و جاری که روزهای زوج به مرکز مشاوره‌ی بیماریهای رفتاری خرمشهر مراجعه کرده‌اند، در گروه آزمایش و بیماران ایدز و HIV که روزهای فرد مراجعه کرده‌اند در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش و کنترل به روش نمونه‌گیری در دسترس معادل شدند و قبل از اعمال مداخله‌های تجربی در مورد گروه‌های آزمایش و کنترل، پیش‌آزمونی در باره آنها اجرا شد پس آزمونی نیز در پایان مداخله اجرا گردید.

با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، بر اساس روزهای مراجعه بیماران ایدزی و HIV به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری خرمشهر زیر نظر معاونت بهداشتی و دانشگاه علوم پزشکی آبادان، روزهای زوج گروه آزمایشی و روزهای فرد گروه کنترل نمونه‌گیری صورت گرفت. ۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل لنتخاب شدند در ابتدای شروع کار با بیماران دو گروه به صورت انفرادی در جلسات مشاوره صحبت شد و تمام طرح و هدف آن برای آنها تشریح شد. از دو گروه کنترل و آزمایش رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. پیش‌آزمون از دو گروه گرفته شد. مداخلات روانی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) به مدت دو ماه هفته‌ای یک جلسه به تعداد ۸ جلسه دو و نیم ساعته به استثنای جلسه ششم که به مدت تقریبی ۶ ساعت به طول انجامید برای گروه

آزمایش بر گزار شد، اما گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسه هشتم از دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون اخذ گردید. به دلیل ملاحظات اخلاقی، گروه کنترل پس از خاتمه جلسات درمانی گروه آزمایش و انجام پس‌آزمون، در ۲ جلسه، مداخله را دریافت کردند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، شامل پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم و پرسشنامه کیفیت زندگی بوده است. پرسشنامه افسردگی، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک (BDI) است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده است. پرسشنامه افسردگی بک ۲۱ سؤال دارد و پاسخ‌های آن بین ۰ تا ۳۱ نمره‌گذاری می‌شوند، نقاط برش به این صورت است: ۰ تا ۱۳ نشانگر افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط، و ۲۹ تا ۶۳ مشخص‌کننده افسردگی شدید است. به طور معمول نمره افراد افسرده بالینی در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون همبستگی ۰/۷۱ + دارد و پایانی باز آزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ است، همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ است. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به این شرح است گزارش شده است. ضریب آلفا ۰/۸۱ و ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ بوده است (۱۱) در تحقق حاضر، ضرایب پایانی پرسشنامه ۰/۸۹ بوده است.

پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سؤال است و دارای ۴ خرده‌مقیاس، سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد که به ترتیب هر یک از خرده‌مقیاس‌ها دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است. دو سؤال اول به هیچ یک از خرده‌مقیاس‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی

مقایس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷ می‌باشد. این ضرایب بیانگر پایانی مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

روش مداخله

برنامه‌ی مداخله‌ی ذهن آگاهی بر اساس کاهش استرس شامل ۷ جلسه دو نیم ساعته و یک جلسه ۶ ساعته (جلسه ششم) می‌باشد، که بصورت هفته ایی یک جلسه برگزار شد و دو ماه بطول انجامید جهت مراقبت از بیماران و اطمینان انجام تکالیف منزلی مقرر شد همراه هر بیمار یک مراقب از خانواده در جلسات مداخله حضور داشته باشند. پکیج درمانی، مستخرج از برنامه درمانی مبتنی بر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است که توسط Kabat-Zinn از جدول ۱، خلاصه جلسات برنامه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را نشان می‌دهد.

را به شکلی ارزیابی می‌کند. بنابر این این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. طیف نمره گذاری به روش لیکرت پنج گزینه ای از ۵-۱ که عبارت گزینه ها در کل مولفه های مقیاس از بسیار بد، خیلی کم، هرگز و کاملاً ناراضی با نمره ۱ و همیشه، خیلی زیاد، خیلی خوب و کاملاً راضی با نمره ۵ متفاوت است. پس از محاسبات لازم در هر خرده مقیاس امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر خرده به تفکیک بدست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت خرده مقیاس مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۱۰۰-۰ می‌باشند. این پرسشنامه به ارزیابی کیفیت زندگی در ۴ دامنه زندگی می‌پردازد. باز آزمایی ۰/۶۷، ضریب دو نیمه آن ۰/۸۷ و همسانی درونی این آزمون نیز ۰/۸۴ بوده است (۱۲). در تحقیق حاضر، ضرایب پایانی پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل

جدول ۱: خلاصه جلسات برنامه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول: معارفه، معرفی سیستم هدایت خودکار/نحوه کاربرد آگاهی در لحظه حاضر از احساسات بدنی، هیجان‌ها در کاهش استرس/تمرین خوردن کشمش و دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین/فضای تنفس چند دقیقه‌ای/تعیین تکلیف هفته آینده، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش هر روز، انجام فعالیت‌های روزمره با حضور ذهن و توزیع و سی دی مراقبه‌ها، ارائه تکالیف و ثبت فعالیت‌ها جهت دریافت بازخورد.

جلسه دوم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، تمرین مجدد واری بدن/تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس/تمرین کششی یوگا، ثبت وقایع خوشایند روزانه و تمرکز بر آن‌ها، توزیع جلسه اول و سی دی مراقبه‌ها، توضیح و تمرین تکالیف مراقبت از خود در برابر بیماری، دریافت آموزش‌های لازم، ارائه تکالیف و دریافت سی دی‌های آموزشی و ثبت تکالیف خانگی جهت دریافت بازخورد.

جلسه سوم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و تکالیف، انجام هوشیارانه برخی فعالیت‌ها با آگاهی و تمرکز کامل و یکپارچه بر احساس‌های دریافتی، تجربه زمان حال و عدم توجه و تفکر به رویدادهای گذشته یا آینده، وقوف و تجربه کامل زمان و لحظات حال، توجه به یک سیب و تمرکز حواس پنجگانه به آن، خوردن سیب با تمرکز فکر و لذت بردن از بو و مزه سیب، به اشتراک گذاشتن تجربیات اعضا با یکدیگر و کمک به هم در درک تجربه ذهن آگاهانه، توصیف احساسات حاصل از این تجربه، ارائه تکالیف و تنظیم قرارداد رفتاری برای انجام فعالیت‌های ذهن آگاهانه.

جلسه چهارم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، تمرین ده دقیقه‌ای دیدن، شنیدن، بوییدن و لمس کردن، تمرین ۳۰ دقیقه مراقبه با تجسم فرار درد و آرام جسمی، تمرین نشست آگاهانه، تماشای فیلم مراقبه شفابخش، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.

جلسه پنجم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، تمرین تنفس و آرامش عمیق عضلانی، نشست هوشیارانه و تمرکز بر فرایند تنفس، احساسات بدنی، صداها و افکار خوشایند، توضیح استرس و بررسی تجربه اعضا از استرس و کمک به آن‌ها در کسب مهارت

ذهن آگاهانه جهت دور کردن استرس و تجربه های ناخوشایند، تمرین یوگای هوشیارانه، دریافت بازخورد مثبت، تعیین تکالیف جلسه قبل.

جلسه ششم: مرور خلاصه ای از جلسه و تکالیف، انجام مراقبه هوشیارانه و حضور ذهن بر نشستن و احساس های گوناگون، تمرین فضای تنفس ۵ دقیقه‌ای، تمرکز بر پیام‌های مربوط به مقابله با استرس و تجربه احساس حاصل، تمرین ۳۰ دقیقه مراقبه با تجسم فرار درد و آلام جسمی، تمرین نشست آگاهانه، تعیین تکالیف جلسه نهایی و تلاش در تمرین تجارب دریافتی به طور مستمر در منزل و در مواجهه با رویدادهای مختلف، تمرکز بر فعالیت‌های لذت بخش فردی در اوقات فراغت، تمرکز فکر و ذهن بر تجربه‌های امیدوارانه و خوشایند و فرار از تجارب ناخوشایند، تمرین مهارت فرار درد.

جلسه هفتم: مرور خلاصه ای از جلسه و مرور تکالیف، تمرینات مربوط به مراقبه جنگل و طبیعت، تجسم فعالیت‌های لذت بخش و تمرین احساس های حاصل، تجسم لحظات بهبودی و فرار درد، تمرکز بر انرژی های مثبت دریافتی و تمرکز بر اثرات مفید و شفافبخش آن، تمرکز بر نیروی برتر الهی و توسل به آن جهت شفا و بهبودی عاجل.

جلسه هشتم: مرور خلاصه‌ای از جلسه و مرور تکالیف، تمرین مراقبه طبیعت و کوهستان، انجام یوگای هوشیارانه، تمرینات واری بدن، بحث در مورد برنامه‌های موجود، انجام مراقبه هایینجواي ذهني، ثبت وقایع خوشایند روزانه و تمرکز بر آنها، دریافت بازخورد، اختتام جلسه و اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و کنترل را در دو گروه نشان می‌دهد.

به منظور کنترل اثر پیش آزمون وقتی که دو یا بیش از دو متغیر داشته باشیم از تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده می‌شود که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطوح معنی داری همه‌ی آزمون‌های جدول، بیانگر آن است که بین بیماران مبتلا به ایدز و HIV گروه های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی و کیفیت زندگی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/100$ و $F = 406/43$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کواریانس یک متغیری در متن مانکوا انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است. به علاوه، میزان تأثیر برابر با $0/96$ است. یعنی، ۹۶ درصد تفاوت های فردی در نمره ها پس آزمون افسردگی و کیفیت زندگی مربوط به تأثیر مداخلات روانی- آموزشی ذهن آگاهی بر اساس

کاهش استرس است. توان آماری برابر با ۱ است. به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

همان طوری که در جدول ۴، مشاهده می‌شود، بین بیماران مبتلا به ایدز و HIV گروه های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ میزان سطح افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$ و $F = 651/98$). میزان تأثیر برابر با $0/94$ می‌باشد، یعنی ۹۴ درصد تفاوت های فردی در نمره ها پس آزمون افسردگی مربوط به تأثیر مداخلات روانی- آموزشی ذهن آگاه بر اساس کاهش استرس می‌باشد. توان آماری برابر با ۱ است. به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به ایدز و HIV گروه های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$ و $F = 714/372$). میزان تأثیر مداخلات روانی - آموزشی ذهن آگاهی بر اساس کاهش استرس می‌باشد. توان آماری برابر با ۱ است. به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره های افسردگی و کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون دو گروه

تعداد	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری		مرحله	افسردگی	کیفیت زندگی
			کنترل	آزمایش			
۲۰	۵/۱۶	۳۹/۰۵	آزمایش	کنترل	پیش		
۲۰	۷/۶۰	۳۶/۲۵	کنترل	آزمایش	آزمون		
۲۰	۳/۵۷	۲۰/۸۵	آزمایش	کنترل	پس		
۲۰	۸/۰۲	۳۵/۰۰	کنترل	آزمایش	آزمون		
۲۰	۱/۳۳	۶۶/۲۴	آزمایش	کنترل	پیش		
۲۰	۰/۸۵	۶۰/۷۲	کنترل	آزمایش	آزمون		
۲۰	۰/۷۷	۹۹/۸۸	آزمایش	کنترل	پس		
۲۰	۰/۸۳	۶۱/۸۰	کنترل	آزمایش	آزمون		

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمره های افسردگی و کیفیت بیماران گروه های آزمایش و کنترل، در تحلیل پس آزمون با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	شاخص های آماری	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	F	سطح معناداری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلائی	۰/۹۵۹	۲	۳۵	۴۰۶/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱/۰۰	
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۴۱	۲	۳۵	۴۰۶/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱/۰۰	
آزمون اثر هتلینگ	۲۳/۲۲	۲	۳۵	۴۰۶/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱/۰۰	
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲۳/۲۲	۲	۳۵	۴۰۶/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱/۰۰	

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس به راه در متن مانکوا بر روی میانگین نمره های افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز و HIV گروه های آزمایش و کنترل، در مرحله پس آزمون با کنترل پیش آزمون

شاخص های آماری متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
افسردگی	پیش آزمون گروه	۱۳۱۵/۹۱۳	۱	۱۳۱۵/۹۱۳	۳۲۳/۲۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰
	خطا	۱۵۶/۹۸۹	۳۶	۴/۳۶۱	۶۵۱/۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۰
کیفیت زندگی	پیش آزمون گروه	۸/۱۹۵	۱	۸/۱۹۵	۱۸/۳۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۸۶
	خطا	۱۶/۰۶۱	۳۶	۳۱۸/۷۱۲	۷۱۴/۳۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱

بحث

بحث هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرسبر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز و HIV بوده است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که اجرای برنامه‌ی

و HIV شناسایی شده اند و در این میان، بر تجربه هیجان های منفی تأکید شده است در حدی که عوامل روانشناختی، نقش مهمی در سبب شناسی بیماری ایدز و درمان آن ایفا می کنند (۲۲). غمگینی و دلمردگی برجسته ترین علامت هیجانی در افسردگی است. با توجه به یافته های حاصل بین بیماران مبتلا به ایدز و HIV گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$ و $F=714/372$).

در تبیین نتایج حاصل می توان گفت که برنامه آموزش ذهن آگاهی به افراد مبتلا به ایدز کمک می کند تا با تمرکز بر تجربیات زمان حال از افکار و نشخوارهای منفی گرانه و بدبینانه رها شده و تجربیات لذت بخش و امیدوارانه را در ذهن خود مرور کند. فراگیری شیوه های جدید مقابله با استرس ناشی از بیماری موجب کاهش افسردگی و متقابلاً افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز می شود. با توجه به نتایج حاصل، استفاده از برنامه های آموزش ذهن آگاهی به درمانگران و متخصصان توصیه می شود. این تحقیق نیز مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت است. از جمله این محدودیت ها می توان حجم اندک نمونه را نام برد. مسلماً تعمیم پذیری نتایج مستلزم پژوهش های بیشتر در این زمینه می باشد. از جمله پیشنهادات کاربردی این پژوهش شامل: ۱- توجه مسئولین بهداشت و درمان و پزشکان مسئول به برگزاری کارگاه های آموزشی راهبردی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) برای بیماران ایدز و HIV، ۲- اجرای برنامه مداخله ای حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس، آموزش کنترل توجه، مدیریت زمان، انجام تمرینات مختلف، تغییر نگرش بینش بیماران نسبت به بیماری، انجام تکالیف خانگی و یادگیری راهبردهای مقابله ای صحیح و مؤثر در مورد برخورد با حوادث استرس زای زندگی مانند بیماری و وقایع مربوط به آن باعث ایجاد نشاط و شادابی در انجام فعالیت های روزانه برای افراد می شود.

قدردانی

مداخله ی روانی- آموزشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)، موجب کاهش افسردگی، بهبود کیفیت زندگی و در بیماران ایدز و HIV گروه آزمایش شده است، این یافته با نتایج حاصل از پژوهش های پیشین (۱،۲،۷،۸،۱۰) هماهنگ و همسو می باشد.

در راستای تبیین این یافته ها می توان گفت که بیماری های ایدز و HIV به مرور زمان بخاطر محدودیت های روانی- جسمی و اجتماعی که می گذارد، عملکرد های مختلف فرد را (عملکرد شغلی، اجتماعی و خانوادگی) را تحت الشعاع قرار می دهد و موجب تغییر در خلق، کردار و بینش بیماران می شود. تغییر در نگرش و افکار بیماران، پایین آمدن عزت نفس و اعتماد به نفس و ترس از مرگ، همراه با محدودیت هایی که بیماری ایجاد می کند، باعث ایجاد اختلالاتی مثل افسردگی در نتیجه پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران می شود که مطمئناً این تأثیرات متقابل خواهد بود. متأسفانه به دلیل عدم توجه افراد به این بیماریها و تأخیر در تشخیص به موقع، انگ، برداشت سوء و منفی از این بیماری، عوارض ناشی از آنها (روانشناختی، جسمی و اجتماعی) تشدید می شود.

با توجه به یافته های حاصل بین بیماران مبتلا به ایدز و HIV گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ میزان سطح افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$ و $F=651/98$). بنابراین با اجرای برنامه ی مداخله ی روانی- آموزشی گروهی ذهن آگاه مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بنظر می رسد موجب کاهش افسردگی در گروه آزمایش بیماران ایدز و HIV شده است، که با یافته های پیشین (۱۱ و ۱۲ و ۱۴ و ۱۶) همخوان بوده است.

در راستای تبیین این یافته می توان گفت بیماری ایدز و HIV از اختلال هایی به شمار می روند که جنبه های روان شناختی (اضطراب، افسردگی و کیفیت سبک زندگی) در تشدید و گسترش این بیماری نقش اساسی دارند. عوامل روانشناختی چندی در بروز اختلال های بیماری ایدز

بیماریهای رفتاری خرمشهر مراجعه کرده‌اند. نویسندگان مقاله، مراتب سپاس و قدردانی خود را از کادر درمانی بیمارستان‌های خرمشهر و سایر همکارانی که در انجام این پژوهش، مساعدت نمودند، صمیمانه قدردانی می‌کنند.

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد آقای حمید بچاری است که دکتر نجمه حمید، استاد راهنما و دکتر عطای استاد مشاور بودند. بیماران ایدز و HIV دارای پرونده‌ی راکد و جاری که روزهای زوج به مرکز مشاوره‌ی

منابع

- 1-CaneT P C. "Facilitating and supporting HIV+ parenthood: Lessons for developing the advocate role of voluntary HIV support services workers." *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2018, 16: 186-191.
- 2-Zarabady poor M, Borhanmajaby K, Bagherzade S, Mozafary F. A survey on the knowledge and attitude of patients referring to the Qazvin dental faculty about AIDS, *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2018, 22 (1), 96: 87-91.
- 3-Warren N C J, Portillo C, Dawson-Rose and Stringari-Murray S. "HIV Primary Care Curriculum Improves HIV Knowledge, Confidence and Attitudes." *The Journal for Nurse Practitioners*, Available online, 10 May 2018.
- 4-Behmanesh M, Tahery K, Hoseiny S M, Bromand Z. Relationship between quality of life and social support in women with HIV / AIDS. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 2012, 3(86): 41-47.
- 5-King B. and Winchester M S. "HIV as social and ecological experience." *Social Science & Medicine*, 2018, 208: 64-71.
- 6-Zarabady poor M, Borhanmajaby K, Bagherzade S, Mozafary F. A survey on the knowledge and attitude of patients referring to the Qazvin dental faculty about AIDS, *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2018, 22 (1), 96: 87-91.
- 7-Ren JM, Zhao B, Liu Q, Wu and Zheng T. "Factors Associated with Sleep Quality in HIV." *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* Available online, 2018, 23 April 2018.
- 8-Brandt CP DJ, Paulus C, Jardin L, Heggeness and Zvolensky M J. "Examining anxiety sensitivity as an explanatory construct underlying HIV-related stigma: Relations to anxious arousal, social anxiety, and HIV symptoms among persons living with HIV." *Journal of Anxiety Disorders*, 2017, 48: 95-101.
- 9-Gokengin D C, Oprea J, Begovac A. Horban and O. Yurin (2018). "HIV care in Central and Eastern Europe: How close are we to the target?" *International Journal of Infectious Diseases*, 70: 121-130.
- 10-Rahbarian M, Hoseinzadeh R, Dosty P. The Effect of Effective Communication Training on Narcotic Drugs Based on Cognitive-Behavioral Model on Communication Patterns and Relapse. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. Qazvin University of Medical Sciences, 2016, 5 (88): 44-51.
- 11-Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp psychiatry*. 1982; 4: 33-47.
- 12-Masumian S, Shairi MR, Hashemi M. The effect of mindfulness based stress reduction on quality of life of the patients with chronic low back pain. *Anesthesiol Pain*. 2013; 4: 25-37.
- 13-Feldman G, Dunn E, Stemke C, Bell K, Greeson J. Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task. *Person Indiv Diff*. 2014; 56: 154-8.
- 14-Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. 5th ed. New York: Dell Publishing; 2005: 121-45.
- 15-Kuhlmann J M, Keaei R, Conde S M A A Evers and Hiligsmann M. "A Cost-of-Illness Study of Patients with HIV/AIDS in Bogotá, Colombia." *Value in Health Regional Issues*, 2017, 14: 103-107.
- 16-Kumar SJ, Tadakamadla A Y B H Areeshi and Tobaigy H A W M. "Knowledge and attitudes towards HIV/AIDS among dental students of Jazan University, Kingdom Saudi Arabia." *The Saudi Dental Journal*, 2018, 30(1): 47-52.

- 17-Betancur M N L, Lins I R D, Oliveira and Brites C. "Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil." *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2017, 21(5): 507-514.
- 18-Suyanti T S, Keliat B A, Daulima N H C. "Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS." *EnfermeríaClínica*, 2018, 28(1): 98-101.
- 19-Shadloo B M, Amin-Esmaeili A, Motevalian M, Mohraz and Rahimi-Movaghar A. "Psychiatric disorders among people living with HIV/AIDS in IRAN: Prevalence, severity, service utilization and unmet mental health needs." *Journal of Psychosomatic Research*, 2018, 110: 24-31.
- 20-Haile K T A, Ayele A B, Mekuria C A, Demeke and Erku D A. "Traditional herbal medicine use among people living with HIV/AIDS in Gondar, Ethiopia: Do their health care providers know?" *Complementary Therapies in Medicine*, 2017, 35: 14-19.
- 21-Adelekan M. "A critical review of the effectiveness of educational interventions applied in HIV/AIDS prevention." *Patient Education and Counseling*, 2017, 100(1): 11-16.
- 22- Santos K D, Azevedo A P K, Silveira J C, Leitão and Knackfuss M I. "Physical activity and sleep of persons living with HIV/AIDS: A systematic review." *Value in Health Regional Issues*, 2017, 10(1): 19-24.
- 23-Giménez-García C, Ruiz-Palomino E, Gil-Llario M, Ballester-Arnal R, Castañeras C, García G. Why Do Young Hispanic Women Take Sexual Risks? *Psychological and Cultural Factors for HIV Prevention*, 2018, 29, 5: 762-769.

The Effectiveness of Mindfulness Based on Stress Reduction (MBSR) on Depression and Quality of Life in AIDS/HIV⁺ Patients

Najmeh Hamid^{1*}, Hamid Bachari², Yoosof Ali Attari³

1-Associate Professor of Clinical Psychology.

2-MSc Student of Counselling.

3-Professor of Counselling.

1-Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

2-Mental Health Expert, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Abadan, Iran.

3-Department of Counselling, Shahid Chamran University Ahvaz, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Najmeh Hamid; Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Tel: +989161187586

Email: n.hamid@scu.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: Behavioral interventions may reduce depression and, conversely, may increase the quality of life of patients. The aim of present research was to investigate the effectiveness of mindfulness based on stress reduction on depression and quality of life in patients with AIDS/HIV.

Subjects and Methods: The research method was semi experimental with pre- and post-test and control group. Patients with AIDS/HIV who referred to counseling center in Khoramshar city, were selected according their age, educational status, not suffering from other physical disease, and having one standard deviation below the mean in depression inventory and quality of life questionnaire. The experimental group underwent 8 sessions of mind fullness based on stress reduction but the control group did not receive any intervention. The data were analyzed with MAOVA and ANCOVA.

Results: The results revealed that there was a significant difference between experimental and control group in depression and quality of life ($P < 0.001$). The rate of depression in experimental group significantly decreased in comparison with pre-test and control group, but the rate of quality of life increased significantly.

Conclusion: In conclusion, in order to complete the process of treatment of patients with AIDS, in addition to the therapeutic medication, reduction of depression and increase in the quality of life by use of mind-awareness training based on stress reduction can be useful in these patients.

Key words: Mindfulness, Stress reduction, Depression, Quality of life, AIDS/HIV⁺Patients.

►Please cite this paper as:

Hamid N, Bachari H, Attari YA. The Effectiveness of Mindfulness Based on Stress Reduction (MBSR) on Depression and Quality of Life in AIDS/HIV⁺ Patients. *Jundishapur Sci Med J* 2019; 17(6):653-663.

Received: Dec 19 2018

Revised: Feb 17, 2019

Accepted: Feb 25, 2019