

کارآمدی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی زنان مبتلا به HIV

سهیلا رحمانی^۱، سمانه محمدپور^۲، فخری تاجیک‌زاده^{۳*}

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد البرز، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: توجه به حالات روانشناختی زنان مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی به دلیل تاثیر نیرومند بر سیر و پیش‌آگهی بیماری و کیفیت زندگی آن‌ها بسیار مهم است. پژوهش حاضر با هدف بررسی کارآمدی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ایدز انجام شد.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون _ پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. در این پژوهش ۲۴ نفر از زنان مبتلا به ایدز مثبت استان تهران به روش غیرتصادفی داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و با استفاده از نمونه برگ جمعیت‌شناختی، مقیاس افسردگی مرکز مطالعات همه گیر شناختی، مقیاس اضطراب زونگ، مقیاس استرس ادراک شده کوهن و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان هر دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اس. پی. اس. اس. ۲۱ و روش تحلیل واریانس مکرر چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. ($P < 0/001$). به طوری که، میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافته و میانگین نمرات کیفیت زندگی افزایش یافت.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین، براساس نتایج چنین پژوهش‌هایی می‌توان نتیجه گرفت که به منظور بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم روانشناختی این بیماران توجه به این متغیرها طی کارآزمایی‌های بالینی با هدف طراحی مدل‌های مداخله مناسب یا اصلاح مداخله‌های موجود سودمند خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: زنان مبتلا به ایدز، کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی.

*Email: F.tajikzade@shirazu.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۲، پیاپی ۳۱
پائیز و زمستان ۱۳۹۷
صص: ۱۶۹-۱۶۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۰۴

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 2, Serial 31

Autumn & Winter
2018

pp.: 169-179

مقدمه

وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا به ایدز از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

هم‌چنین، نوع درمان‌هایی که افراد مبتلا به ایدز دریافت می‌کنند و وضعیت روانشناختی نامساعد در بسیاری از آن‌ها منجر به کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به ایدز می‌گردد [۶]. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان ارزیابی ذهنی بیماران از تاثیر وضعیت سلامت خود، مراقبت‌هایی درمانی دریافت شده و فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامتی بر توانایی دستیابی و حفظ سطحی از عملکرد رضایت‌بخش تعریف شده است که اجازه می‌دهد فرد اهداف زندگی خود را دنبال نموده و بهزیستی کلی آن‌ها را منعکس می‌کند [۳]. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تنها به عوامل مرتبط با پیشرفت ایدز محدود نمی‌شود، بلکه عوامل روانشناختی نیز در میزان آن نقش تعیین‌کننده‌ایی دارند. در واقع، ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی، پدیده‌ی پیچیده‌ای^۷ است که با عوامل بسیاری از جمله افسردگی، انزوای اجتماعی، تبعیض، فقر و علائم عذاب‌دهنده بیماری [۷]، طول مدت تشخیص بیماری، غم‌اندوه [۸]، داغ‌نگ^۸، از دست دادن حمایت‌های اجتماعی، بار مسئولیت علائم متعدد این بیماری، بیماری‌های هم‌زمان جسمانی و روانشناختی و مختل شدن تکامل شخصیتی فرد را به دنبال دارد که بر کاهش کیفیت زندگی این افراد بسیار تاثیرگذار است [۶].

هم‌چنین، در پژوهش‌های مختلفی نشان داده شده است که بسیاری از این عوامل در زنان مبتلا به ایدز شدیدتر می‌باشد [۹]. بنابراین، انجام پژوهش‌هایی در زمینه عواملی که کیفیت زندگی این بیماران را افزایش می‌دهد، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

این در حالی است که در پژوهش‌های متعددی نشان داده شده است که فنون^۹ ذهن‌آگاهی منجر به بهبود خودمدیریتی^{۱۰} در زمینه مسائل مربوط به سلامتی افراد مبتلا به ایدز شده است [۹]. ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به شیوه‌ای خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون قضاوت و پیشداوری است [۱۰]. در درمان‌های ذهن‌آگاهی، افراد ترغیب می‌شوند تا به تجربیات درونی خود در هر لحظه، حس‌های بدنی، افکار و احساسات هم‌چنین به جنبه‌های محیطی نظیر مناظر و صداها توجه کنند. طی این درمان، توصیه می‌شود که در افراد این نگرش را به وجود

در سال‌های اخیر ویروس نقص ایمنی انسانی^۱ یا سندروم نقص ایمنی اکتسابی^۲ از جمله شایع‌ترین بیماری‌های عفونی سطح جهان بوده که بار بیماری بسیار بالایی را نیز برای مبتلایان به همراه داشته است [۱]. به طوری‌که تخمین زده شده، از سال ۲۰۱۲ حدود ۳۵ میلیون نفر از مردم سراسر جهان با ویروس نقص ایمنی انسانی زندگی می‌کنند و حدود ۲/۳ میلیون نفر به تازگی آلوده شده‌اند [۲]. ویروس‌های نقص ایمنی انسان از جمله عفونت‌های رترو ویروس^۳ هستند که سیستم ایمنی بدن را مورد هدف قرار داده و با پیشرفت و تکثیر این ویروس، فرد مبتلا به سندروم نقص ایمنی اکتسابی^۴ می‌گردد [۱]. از زمانی که درمان‌های ضد رتروویروس^۵ معرفی و ابداع شدند، امکان دسترسی و استفاده از مراقبت‌های پزشکی برای افراد مبتلا به ایدز افزایش یافت. بنابراین، این افراد توانستند از زندگی طولانی‌تری بهره‌مند گشته و وضعیت آن‌ها از ابتلا به یک بیماری کشنده به بیماری قابل کنترل تبدیل شد [۲]. در گذشته صرفاً تلاش می‌شد تا بیماران مبتلا به ایدز از مرگ نجات یابند، اما امروزه با پیشرفت در حیطه درمان این افراد و افزایش امید به زندگی در آن‌ها [۳]، انتظار می‌رود که نیاز به تجدیدنظر در مراقبت‌های روانشناختی آن‌ها نیز مدنظر قرار بگیرد. زیرا وضعیت روانشناختی افراد مبتلا به ایدز از جمله عوامل مهم و تعیین‌کننده در روند پیشرفت بیماری از جمله تعداد و عملکرد سلول‌های سیستم ایمنی بدن مانند سلول‌های تی. سی. دی. ۴^۶ می‌باشد. به عنوان مثال نشان داده شده است که داشتن سابقه استرس مزمن، عدم استفاده از سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه، افسردگی مزمن، اضطراب طولانی، استرس ادراک شده و یا ویژگی‌های شخصیتی خاصی مانند روان‌رنجوری منجر به کاهش تعداد سلول‌های تی. سی. دی. ۴ در افراد مبتلا می‌گردد [۴]. به طور کلی در پژوهش‌های بسیاری نشان داده شده است که افسردگی و اضطراب از جمله علائم بارز در بیماران مبتلا به ایدز هستند که تهدید جدی برای سلامت آن‌ها محسوب می‌شوند و در صورت عدم تشخیص و درمان می‌توانند منجر به خودکشی [۵]، پابندی ضعیف به درمان [۶] و پیشرفت سریع‌تر و سیر و پیش‌آگهی ضعیف‌تر افراد مبتلا می‌گردد [۵]. بنابراین، توجه به عوامل و مداخله‌های موثر در بهبود

¹ Human Immunodeficiency Virus (HIV)

² Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

³ retro viruses

⁴ Acquired Immune Deficiency Syndrome

⁵ antiretroviral therapies

⁶ TCD4

⁷ complex phenomenon

⁸ stigma

⁹ techniques

¹⁰ self-management

آزمودنی

الف) جامعه آماری: پژوهش حاضر، کلیه زنان مبتلا به ایدز شهرستان تهران در زمان انجام مطالعه بودند.

ب) نمونه پژوهش: از بین افراد جامعه تحقیق، برای نمونه‌ی پژوهش ۲۴ بیمار دارای ملاک‌های ورود و خروج به روش غیرتصادفی داوطلبانه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر شامل رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات و همکاری در انجام تکالیف، تمایل به همکاری در تکمیل ابزارها، ثبات جسمانی و روانشناختی (نداشتن علامت بارز جسمانی یا روانشناختی که حین شرکت در جلسات مداخله کند نظیر خستگی، درد عضلانی و غیره)، حداقل تحصیلات سیکل و دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال بود. همچنین، ملاک‌های خروج اینطور در نظر گرفته شد: در صورتی که بیمار به علت یک بیماری جسمانی یا روانشناختی تحت درمان بود یا در صورت وجود اختلالات شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی، وجود علائم حاد و شدید بیماری به گونه‌ای که مشارکت بیمار در مطالعه حاضر را دشوار یا تقریباً غیرممکن سازد، بیمار از مطالعه حذف می‌شد.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل نمونه برگ جمعیت‌شناختی، مقیاس افسردگی مرکز مطالعات همه‌گیر شناختی^۴، پرسشنامه اضطراب زونگ^۵، مقیاس استرس ادراک شده کوهن و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود.

۱) مقیاس افسردگی مرکز مطالعات همه‌گیر شناختی: مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی، مقیاس افسردگی را برای ارزیابی خلق افسرده به کار می‌برد که یک پرسشنامه خودگزارشی ۲۰ ماده‌ای می‌باشد که براس سنجش نشانه‌شناسی افسردگی طراحی شده است. پاسخ‌دهندگان به میزانی که نشانه‌ها را در هفته گذشته تجربه کرده‌اند بر روی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای درجه‌بندی می‌کنند. دامنه احتمالی نمره این پرسشنامه از ۰ تا ۶۰ می‌باشد و نمره‌های بالاتر نشان دهنده نشانه‌های افسردگی بیشتر است [۱۴]. پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) این پرسشنامه در تحقیقات پیشین دامنه‌ای از ۰.۸۴ تا ۰.۹۰ داشته است. تحقیقات روانسنجی برای مقیاس فوق اعتبار همگرا و افتراقی قابل قبولی را گزارش دادند. هم‌چنین برای این مقیاس اعتبار و ساختار عاملی مناسبی در میان گروه‌های فرهنگی مختلف

بیاورند که نسبت به امور پذیرش بدون قضاوت باشند. یعنی ایجاد آگاهی در افراد نسبت به ادراکات، شناخت‌ها، هیجانات یا حس‌ها اما بدون اینکه نسبت به خوبی یا بدی، حقیقی یا کاذب، سالم یا ناسالم بودن و مهم بودن یا نبودن آن‌ها قضاوت و ارزیابی شود [خوری و همکاران^۱، ۲۰۱۱]. به نقل از [۱۱]. استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ اولین بار در جهت پیشگیری از افسردگی استفاده شد. با این وجود مشاهده شد که این درمان کیفیت زندگی و وضعیت هیجانی بیماران بالینی مبتلا به بیماری‌های بالینی مختلف مانند سرطان و بیماری‌های قلبی-عروقی را بهبود می‌بخشد [۸]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ترکیبی از مولفه‌ها و اصول ذهن آگاهی به همراه شناختی درمانی است که در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی آن برای کاهش عوارض جانبی درمان‌های ضدتروپروس [۱۲]، بهبود کیفیت زندگی و بهبود مدیریت حالات هیجانی [۸] بیماران مبتلا به ایدز استفاده شده است. با این وجود در ایران پژوهشی در زمینه اثربخشی این درمان در کاهش علائم روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز یافت نشد. بنابراین، یکی از ضرورت‌های پژوهش حاضر رفع این خلا پژوهشی در ایران می‌باشد.

بر این اساس دشواری مدیریت بالینی افراد مبتلا به ایدز، مداخلات روانی آموزشی^۳ (غیردارویی) می‌تواند یک روش درمانی مطلوب برای کاهش ناراحتی‌های روانشناختی این افراد باشد [۸]. با این حال، به نظر می‌رسد که ضرورت توجه به این امر در زنان پررنگ‌تر می‌باشد. زیرا علی‌رغم درمان‌های بسیار موثر برای کنترل ایدز نرخ مرگ و میر در زنان مبتلا به طور نگران‌کننده‌ای بالا است و همین امر ضرورت توجه بیشتر به آن‌ها را نشان می‌دهد [۱۳]. بنابراین، به منظور رفع این خلاءهای پژوهشی و نیز نیاز به ارتقای کیفیت زندگی این بیماران چنین مطالعه‌ای ضرورت می‌یابد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی کارآمدی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ایدز انجام شد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس آزمون و دوره پیگیری بود.

^۴ Center for Epidemiologic Studies Depression (CES_D)

^۵ Self Rating anxiety scale (SRAS)

^۱ Khoury et al

^۲ Mind-fulness-based cognitive therapy

^۳ psychoeducational intervention

(۱۹۹۶) به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است و در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است و چهار حیطه سلامت جسمانی (۷ سوال)، سلامت روانی (۶ سوال)، روابط اجتماعی (۳ سوال) و سلامت محیط (۸ سوال) را با ۲۴ سوال مورد ارزیابی قرار می‌دهد و ۲ سوال نیز کیفیت زندگی کلی را ارزیابی می‌کنند. دامنه امتیازات هر حیطه بین ۴ (بدترین وضعیت) تا ۲۰ (بهترین وضعیت) می‌باشد [۲۰]. در ایران نجات و همکاران [۲۱] این مقیاس را هنجاریابی نموده و ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش نموده‌اند. در پژوهش نصیری و جوکار [۲۰] تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس مشخص نمود که چهار زیر مقیاس موجود در مقیاس اصلی از قبیل سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی در این مقیاس وجود دارند که نشان دهنده روایی ساختاری این پرسشنامه است. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را ۰/۸۴ به دست آوردند.

شیوه انجام پژوهش

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که، برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی زنان مبتلا به نقص ایمنی اکتسابی از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری استفاده شد که شامل مراحل اجرایی زیر بود. ابتدا از بین بیمارانی که برای انجام پژوهش داوطلب شده بودند، تعداد ۲۴ نفر که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند انتخاب شدند. سپس ۲۴ برگه که روی ۱۲ برگ A و روی ۱۲ برگ دیگر B نوشته شده بود تهیه شد. در هنگام انجام پیش‌آزمون با استفاده از مقیاس افسردگی مرکز مطالعات همه گیر شناختی، پرسشنامه اضطراب زونگ، مقیاس استرس ادراک شده کوهن و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱ برای تک تک بیماران به صورت جداگانه توسط پژوهشگر، از هر بیمار خواسته می‌شد که از بین برگه‌های تهیه شده ۱ برگ انتخاب کند و به این صورت کلیه بیماران به صورت تصادفی در دو گروه A و B جایگزین شده و در ادامه به صورت تصادفی یک گروه به عنوان گروه گواه و گروه دیگر تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (خلاصه درمان مذکور

به دست آمده است [۱۵]. این مقیاس در پژوهش‌های مختلفی در ایران استفاده شده است و پایایی و روایی آن به مناسب گزارش شده است. به عنوان مثال در پژوهش بختیارپور و همکاران [۱۴] ضرایب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده از نظر اعتبار نیز همبستگی این آزمون با پرسشنامه افسردگی بک معنادار بوده است (۰/۹۰ = r و ۰/۰۰۱ = P).

۲) پرسشنامه اضطراب زونگ: این پرسشنامه که توسط زونگ و همکاران در سال ۱۹۷۰ طراحی شده است دارای ۲۰ سوال می‌باشد و براساس طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از هیچگاه یا به ندرت (نمره ۱) تا دائم یا تقریباً همیشه (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در برگیرنده نشانگان عاطفی نظیر تشویش و عصبانیت، ترس، عدم انسجام روانی، وحشت و هراس و بیم از آینده می‌باشد. این آزمون به دو صورت فردی و گروهی قابل اجرا است و طی آن از آزمودنی خواسته می‌شود که براساس اینکه در هفته‌ی گذشته چه فکر یا احساسی داشته است به یکی از گزینه‌های «هیچ‌گاه، گه‌گاه، بیشتر اوقات یا تقریباً همیشه» پاسخ دهد [۱۶]. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش ضریب انسجام نشان دهنده ضریبی برابر ۰/۸۴ و روایی آن براساس اطلاعات حاصل از اجرای دو مقیاس روی بیش از ۵۰۰ مورد و با استفاده از روش همبستگی پیرسون میان دو آزمون زانک و هامیلتون برابر ۰/۷۱ بوده است [ایرون کوتاش و دیگران، ۱۹۸۷؛ به نقل از ۱۷]. همچنین، نتیجه مطالعه زونگ و همکاران [۱۹۷۶؛ به نقل از ۱۶] به روی ۵۰۰ دانشجو نشان داد که ضریب پایایی این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ضریب اعتبار همگرا این پرسشنامه در مقایسه با پرسشنامه اضطراب هامیلتون ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس استرس ادراک شده کوهن: این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط شلدون کوهن تدوین شده و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در طول یک ماه گذشته به کار می‌رود. هر ماده براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (نمره ۰) و تا بسیاری اوقات (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌گردد و سوالات ۴-۵-۷-۹-۱۰ و ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و در نهایت نمره فرد بین ۰ تا ۵۶ خواهد بود. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده‌ی بیشتر است [۱۸]. آلفای کرونباخ این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است [کوهن، ۱۹۸۳؛ به نقل از ۱۹].

۳) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت

^۱ World health organization Quality of life questionnaire

پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی و شاخص‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس مکرر چند متغیری با نرم‌افزار آماری اس. پی. اس. نسخه ۲۱ استفاده شد.

در جدول ۱ ارائه شده است) که توسط سگال و تیزدل مطرح شده است و محمد خانی به فارسی ترجمه نموده است قرار گرفتند. به این ترتیب گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت ۲ ساعت توسط دو کارشناس ارشد بالینی که آموزش لازم را دیده بودند تحت درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ی دریافت نکردند و در پایان جلسات آموزشی مجدداً پس از آزمون برگزار شد.

جدول ۱. پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

موضوع	مداخله
جلسه اول هدایت خودکار	تمرین خوردن ذهن آگاه کشمش (نوعی مراقبه جهت جلب توجه شرکت کنندگان به ویژگی‌های حسی کشمش بینایی، بویایی، چشایی و لمس کشمش) تمرین واریسی بدن (جلب توجه شرکت کنندگان در پژوهش از طریق تنفس به قسمت‌های مختلف بدن که حدود ۴۵ دقیقه طول می‌کشد) تکلیف خانگی: انجام ذهن آگاهانه یک فعالیت روزمره به مدت ۶ روز و انجام واریسی بدنی هر روز، ارائه جزوه در رابطه با بیماری ایدز، هدایت خودکار و تمرین‌های ذهن آگاهانه.
جلسه دوم رویارویی با موانع	بررسی تکلیف جلسه قبل و از بین بردن موانع اجرای صحیح آن‌ها تمرین افکار و احساسات (از طریق تجسم موقعیت‌های مبهم، تمرکز بیش‌تر بر بدن نجوای ذهنی و آگاهی از ذهن سرگردان که منجر به کنترل بیش‌تر واکنش فرد نسبت به وقایع روزانه می‌شود) تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند و ارائه جزوه در رابطه با هدف جلسه و راهکارهایی برای اجرای بهتر تکلیف
جلسه سوم تنفس	تمرین مراقبه نشسته: تمرکز توجه شرکت کنندگان به الگوهای تنفس، مشاهده کنجکاوانه سرگردان شدن ذهن، سپس بازگردان توجه به تنفس به آرامی و بدون درگیر شدن با افکار راه رفتن ذهن آگاهانه: ارائه تمرین‌های حرکتی جهت متمرکز ساختن توجه شرکت کنندگان به وضعیت حرکت و قرار گرفتن بدن تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند و تمرین فضای تنفس به مدت ۳ بار در هر ۶ روز ارائه جزوه خلاصه جلسات
جلسه چهارم ماندن در زمان حال	مراقبه دیدن و شنیدن: تمرکز توجه شرکت کنندگان به صداها یا مناظر بینایی اطراف و بازگردان آرام ذهن به این حس‌ها در صورت سرگردان شدن مراقبه نشسته: با تاکید بر ادراک و احساس بدن تکلیف خانگی: تمرین فضای تنفس در هر زمان که احساس استرس نمودند و ارائه جزوات در رابطه با حضور و ماندن در زمان حال، برگه ثبت تکلیف خانگی
جلسه پنجم مجوز حضور	مراقبه نشسته: با تاکید بر آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار آگاهی از افکار و احساسات، وقایع خوشایند و ناخوشایند و شناسایی واکنش‌های شرکت کنندگان نسبت به آن‌ها و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم تکلیف خانگی: تمرین مراقبه نشسته هدایت شده و ثبت آن، ارائه جزوه خلاصه جلسه و دستورالعمل‌های گسترده استفاده از فضای تنفس
جلسه ششم افکار حقایق نیستند	مراقبه نشسته تجسم: تجسم افکار و مشغله‌های ذهنی به عنوان پرده سینما و توجه به موقتی بودن آن‌ها تمرین تغییر خلق و افکار: از طریق تلقی افکار به عنوان فکر نه واقعیت تکلیف خانگی: تمرین تنفس ۳ دقیقه‌ای در زمان تجربه هیجانات ناخوشایند و ارائه جزوات جلسه
جلسه هفتم مراقبت از خود	مراقبه نشسته: آگاهی از تنفس، حس‌های بدنی، صداها و افکار هشیاری بودن از نشانه‌های بیماری: تنظیم برنامه برای روبه رو شدن احتمالی با نشانه‌های بیماری آگاهی از ارتباط بین خلق با فعالیت‌های روزمره: تهیه لیستی از فعالیت‌های افزایش دهنده خلق و انرژی
جلسه هشتم فراتر رفتن از ترس	تمرین واریسی بدنی: توضیح اینکه تجارب و پاسخ به تمرین‌ها با یادگیری‌های جدید ممکن است تغییر کند بازنگری کل برنامه: آنچه در گروه یاد گرفته شده و مرور کل برنامه برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی

در جدول ۲ گزارش شده است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نه تنها نمرات افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده در گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است، بلکه در مرحله پیگیری از ثبات نسبی برخوردار بوده است. برای متغیر کیفیت زندگی نیز نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته است و در مرحله پیگیری از ثبات نسبی برخوردار بوده است.

در این مطالعه تحلیل آماری نمرات افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و

نتایج

میانگین و انحراف معیار کلی سن شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، $21/2 \pm 34/25$ بود. از نظروضعیت تاهل ۱۰ نفر مجرد (۴۱/۷ درصد)، ۱۱ نفر متأهل (۴۵/۸) و ۳ نفر (۱۲/۵ درصد) مطلقه بود. از نظر میزان تحصیلات ۹ نفر (۳۷/۵ درصد) زیردیپلم، ۱۲ نفر (۵۰ درصد) دیپلم و ۳ نفر (۱۲/۵ درصد) فوق دیپلم و بالاتر بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر حسب گروه‌های آزمایشی و کنترل

گواه با تحلیل کوواریانس چندمتغیری با مقادیر تکراری انجام شد. در این تحلیل نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی و نمرات پس آزمون و پیگیری به عنوان متغیر وابسته محسوب شدند و زمان به عنوان متغیر تعدیل کننده در نظر گرفته شد. پیش از انجام تحلیل‌ها، ابتدا پیش فرض‌های استفاده از مدل بررسی شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ابعاد افسردگی، اضطراب، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری ایدز بر حسب زمان (پیش آزمون - پس آزمون - پی‌گیری)

متغیرها و ابعاد	آزمایش (n= ۱۵)			کنترل (n= ۱۵)		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
افسردگی	۶/۱۴±۳۳/۰۸	۵/۳۵±۲۳/۸۳	۵/۸۵±۲۵/۱۷	۶/۵۰±۳۳/۹۲	۶/۶۵±۳۳/۵۰	۶/۴۵±۳۵/۱۷
اضطراب	۹/۲۶±۳۵/۹۲	۹/۴۹±۲۸/۵۸	۹/۲۵±۳۰/۲۵	۵/۵۲±۳۵/۷۵	۵/۰۴±۳۶/۱۷	۶/۱۲±۳۶/۰۸
استرس ادراک شده	۶/۲۷±۳۲/۵۸	۵/۷۹±۲۳/۵۸	۵/۷۸±۲۵/۱۷	۴/۱۸±۳۱/۹۲	۳/۸۲±۳۲/۵۰	۴/۲۸±۳۳/۰۱
کیفیت زندگی	۱/۶۹±۴۱/۵۰	۲/۴۴±۵۱/۱۰	۲/۴۰±۴۹/۱۶	۱/۳۵±۴۲/۷۶	۱/۵۷±۴۲/۱۸	۱/۸۲±۴۱/۶۶

جدول ۳. نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان در مؤلفه‌های پژوهش

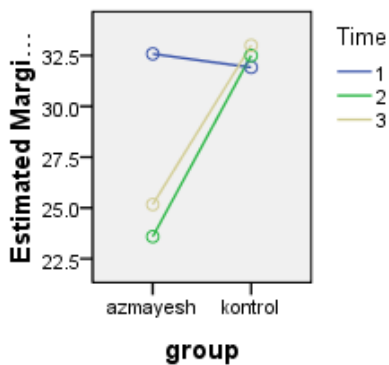
سطح معنی داری	Df2	Df1	F	
۰/۲۲۷	۲۲	۱	۱/۵۴۸	پیش آزمون - کیفیت زندگی
۰/۷۸۳	۲۲	۱	۰/۰۷۸	پس آزمون - کیفیت زندگی
۰/۳۷۲	۲۲	۱	۰/۸۳۰	پیگیری - کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۲۲	۱	۵۰/۱۹۷	پیش آزمون - استرس
۰/۰۴۸	۲۲	۱	۴/۳۷۳	پس آزمون - استرس
۰/۰۳۱	۲۲	۱	۵/۳۰۶	پیگیری - استرس
۰/۶۰۷	۲۲	۱	۰/۲۷۲	پیش آزمون - اضطراب
۰/۷۷۹	۲۲	۱	۰/۰۰۸۰	پس آزمون - اضطراب
۰/۵۸۷	۲۲	۱	۰/۳۰۵	پیگیری - اضطراب
۰/۰۰۶	۲۲	۱	۰۹۷/۹	پیش آزمون - افسردگی
۰/۵۲۵	۲۲	۱	۰/۴۱۷	پس آزمون - افسردگی
۰/۱۳۴	۲۲	۱	۰/۴۲۵	پیگیری - افسردگی

جدول ۴، مهم ترین نتایج برای تفسیر نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر بوده و معنی داری و عدم معنی داری کل مدل و نیز تاثیر جداگانه متغیر مستقل را بر متغیر وابسته نشان می دهد.

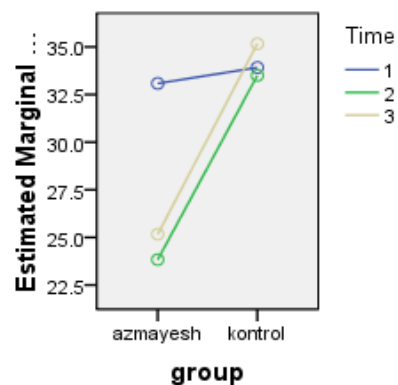
با توجه به میزان F و سطح معنی داری مشخص شد که واریانس خطای مراحل مختلف آزمایش در چهار متغیر ذکر شده در افراد متفاوت است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در مؤلفه‌های پژوهش در سه مرحله آزمون

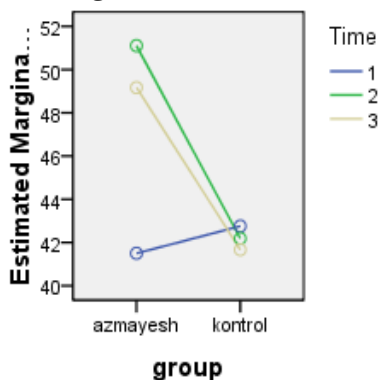
مجذور اتا	سطح معنی داری	F	میانگین مجذور	Df	مجموع مجذور	
۰/۲۶۵	۰/۰۱	۷/۹۲۴	۹/۳۷۵	۱	۹/۳۷۵	اضطراب
۰/۴۴۱	۰/۰۰۰۱	۱۷/۳۶۲	۲۲۷/۴۷	۱	۴۷/۲۲۷	افسردگی
۰/۷۸۲	۰/۰۰۰۱	۸۳/۸۳۹	۱۰۰/۰۴۲	۱	۱۰۰/۰۴۲	استرس
۰/۶۱۴	۰/۰۰۰۱	۳۵/۰۵۵	۹۶۳/۶۹۶	۱	۹۶۳/۶۹۶	کیفیت زندگی



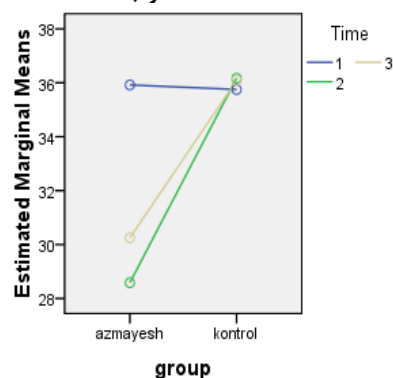
نمودار ۳. مربوط به اثر متقابل زمان و گروه بر استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی



نمودار ۱. مربوط به اثر متقابل زمان و گروه بر افسردگی بر اضطراب



نمودار ۴. مربوط به اثر متقابل زمان و گروه



نمودار ۲. مربوط به اثر متقابل زمان و گروه

برند [۲۳] و پژوهشگران از موثر بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانه‌های اضطراب حمایت کرده‌اند و بهبود کیفیت زندگی حمایت کرده‌اند [۲۴ و ۶]. این برنامه‌ی درمانی می‌تواند یک مداخله روانی - اجتماعی موثر در بهبود علائم افسردگی، اضطراب و استرس باشد [۲۵]. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران مبتلا در پژوهش‌های مختلفی نشان داده شده است که با نتایج پژوهش حاضر همسوست [۲۶، ۲۷، ۲۸]. پژوهشگران نشان دادند که رابطه مهمی بین تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و سطوح ذهن آگاهی، علایم طبیی و روان‌شناختی و نیز بهزیستی کلی در یک درمان مبتنی بر ذهن آگاهی وجود دارد. پژوهشگران [۲۹] نشان داده‌اند که انجام مراقبه‌های ذهن آگاهی بطور معنی داری باعث افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان و نیز کاهش تنش بدنی در بیماران می‌شود. آنها به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نقش مهمی در نشانه‌های بهبودی دارد و نتایج مثبتی را به دنبال شرکت آزمودنی در برنامه درمانی به همراه دارد. گاینر^۱ و همکاران [۳۰] نشان

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری نشان داد که در مؤلفه اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی تفاوت معنی داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پیرو هدف مطالعه حاضر مبنی بر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری، یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به روش گروهی باعث بهبود معنادار علائم افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده و افزایش کیفیت زندگی این بیماران پس از مداخله و پی‌گیری ۲ ماهه می‌شود.

هر چند ویژگی کلیدی عفونت ایدز، افت تدریجی توانایی بدن برای بروز پاسخ ایمنی سلولی متناسب همراه با عوارض طبیی مربوطه است، اما پدیده‌های عصبی روانی نیز به طور بارز دیده می‌شوند [۲۲]. پژوهشها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به ایدز/ ویروس نقص ایمنی اکتسابی به دلیل نشانه‌های بیماری و سخت بودن کنترل بیماری از اضطراب و احساس پریشانی بیشتر نسبت به جمعیت عمومی رنج می‌

¹ Gayner

شیوهی درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که تجربه کردن در لحظه‌ی حال را انجام دهند، به طور موقت از نگرش و باورهای خود که ریشه در گذشته دارد و متاثر از ترس‌ها و نگرانی‌های آینده است رها شود. همچنین این نگرش در آنها به وجود می‌آید که به تمامی امور (خوشایند و ناخوشایند) پذیرش بدون داوری داشته باشند [۴۵]. درواقع، سطوح بالای ذهن‌آگاهی با سطوح بالای عواطف مثبت، انتظارات خلقی منظم و پذیرش خود همبستگی مثبت و با اختلالات افسردگی همبستگی منفی دارد [۴۶]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این درمان در بهبود هیجانات آشفته و تنظیم آن به بیماران مبتلا به ایدز کمک می‌کند [۴۷]. بنابراین در نتیجه‌گیری پایانی می‌توان گفت که استفاده از روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با کاهش استرس ادراک شده و الگوی معیوب بیماران همراه است و این شیوهی درمانی را می‌توان مستقل یا در کنار سایر شیوه‌های درمانی مانند دارودرمانی به کار برد و مشکلات روان‌شناختی و رفتاری ناشی از استرس ادراک شده را در افراد بهبود بخشید [۴۸].

این مطالعه دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت‌هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دیگر مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است.

این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. محدودیت سوم مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش بینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، از نمونه‌هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی درمان استفاده شود. این مطالعه بر روی بیماران مبتلا به ایدز شهر تهران اجرا شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی را بر روی بیماران مبتلا به ایدز در سایر بیمارستانها اجرا کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از مساعدت‌های مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی استان تهران و همچنین،

دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مدیریت و کاهش نشانه‌های بیماری و بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا موثر است. باروز^۱ [۳۱]، لاگسدون-کانرادسن^۲ [۳۲]، سبینگا^۳ و همکاران [۳۳] نشان دادند که ذهن‌آگاهی در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی و کاهش استرس در افراد مبتلا موثر واقع شده است و در پیگیری پس از درمان نیز این کارآمدی واضح بوده است. پژوهش‌های دیگری از پژوهشگران نیز اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را تایید کردند که سبب بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم روانی از جمله افسردگی و اضطراب می‌گردد که با نتایج پژوهش حاضر همسوست [۳۴، ۳۵، ۳۶].

مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان یک شیوه در دسترس برای کاهش رنج کشیدن و گسترش کیفیت‌های مثبت مانند هشیاری، بینش، خرد و همدردی توصیف می‌شود [۳۷]. استفاده از آموزش آرمیدگی به شکل گسترده و تاکید زیاد بر آن به عنوان یک مهارت ارزشمند مدیریت استرس که بایستی به طور منظم در زندگی فرد استفاده شود و به عنوان جزئی پایدار از مهارت‌های مقابله فرد در آید [۳۸]. استفاده از روش ذهن‌آگاهی برای کمک به بیماران در دستیابی به شیوه‌ای برای مقاومت در برابر نشخوارهای فکری است و خود ارزشیابی‌های مرکزی که به دنبال تغییرات ادراک شده درباره وضعیت جاری و وضعیت مطلوب خلقی به راه می‌افتد بیان می‌کند [۳۹]. همچنین در تبیین موثر بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان گفت که این درمان به بیماران مبتلا کمک می‌کند تا با طیف وسیعی از علائمشان کنار بیایند و همین کنار آمدن و سازگاری با شرایط یکی از فاکتورهای مهم بهبودی است [۴۰]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نه تنها نگرش بیماران مبتلا به بیماری ایدز را از نگرش منفی به سمت نگرش مثبت تغییر می‌دهد بلکه درجه‌ی واکنش‌پذیری و تکانشگری را کاهش می‌دهد، همچنین سبب پیشرفت سطح خود مراقبتی در این بیماران می‌گردد و سطح اجتماعی شدن و برقراری ارتباط با دیگران را افزایش می‌دهد [۴۱]. اثرات درمانی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بالا رفتن توان مقابله سازگاری، ایجاد حس امیدواری، پاسخگویی بیشتر به درمان شده و لذا پیامد‌های درمانی بیشتری تحت تاثیر قرار می‌گیرند [۴۲، ۴۳]. در تبیین این یافته می‌توان گفت که استرس بیماران، بیشتر جنبه‌ی ذهنی و شناختی دارد و از آنجا که در این

¹ Barrows

² Logsdon-Conradson

³ Sibinga

- living with HIV. *AIDS Education and Prevention*. 35, 3, pp.272-285.
- ۱۱- محمد پور، سمانه، احمدی، فاطمه، نظری، هدایت. (۱۳۹۴). مقایسه اثر بخشی دارو درمانی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۳، ۴، صص. ۶۱۷-۶۲۴.
- 12- Duncan, L.G., Moskowitz, J.T., Neilands, T.B., Dilworth, S.E., Hecht, F.M., Johnson, M.O. (2012). Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: a randomized, wait-list controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 43, 2, pp.161-71.
- 13- Brownley, J.R., Fallot, R.D., Berley, W.R & Himelhoch. (2015). Trauma history in African-American women living with HIV: effects on psychiatric symptom severity and religious coping. *AIDS Care*. 27, 8, pp.964-971.
- ۱۴- بختیار پور، سعید، حافظی، فریبا، کوچکی، لادن، خاجونی، ابراهیم. رابطه افسردگی و رضایت زناشویی مادران با مشکلات رفتاری دختران. یافته های نو در روانشناسی. ۸، ۲۵، صص. ۴۱-۵۴.
- 15- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1, pp. 385-401.
- ۱۶- کرمی، داوود. (۱۳۸۸). میزان شیوع اهمالکاری در دانشجویان و ارتباط آن با اضطراب و افسردگی. *اندیشه و رفتار*. ۴، ۱۳، صص. ۲۵-۳۴.
- ۱۷- کاظمیان، سمیه، کلانتر هرمزی، آتوسا. (۱۳۹۱). اثر بخشی آموزش تفکیک خویشتن بر مبنای نظریه بوون بر کاهش میزان اضطراب و افزایش اعتماد به نفس دانش آموزان دبیرستانی خانواده های طلاق. *فصلنامه یافتی نو در روانشناسی*. ۷، ۲۲، صص. ۶۳-۷۲.
- 18- Bougea, A.M., Spandideas, N., Alexopoulos, E.C., Thomaidis, T., Chrousos, G.P & Darviri, C. (2013). Effect of the Emotional Freedom Technique on Perceived Stress, Quality of Life, and Cortisol Salivary Levels in Tension-Type Headache Sufferers: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Science and Healing*. 9, 2, pp. 91-99.
- ۱۹- اکبری، محمد اسماعیل، نفیسی، ناهید، جمشیدی فر، زهرا. (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار*. ۷، ۲۷، صص. ۷-۱۶.
- تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.
- منابع**
- 1- World Health Organization. The global burden of disease: 2008 update. Geneva: World Health Organization.
 - 2- Sweeney, S.M., & Vanable, P.A. (2016). The Association of HIV-Related Stigma to HIV Medication Adherence: A Systematic Review and Synthesis of the Literature. *AIDS and Behaviour*. 20, 1, pp.50-29.
 - 3- Ballester-Arnal, R., Gomez-Martinez, A., Fumaz, C.R., Gonzalez-Garcia, M., Remor, E & Fuster, M.J. (2016). A Spanish Study on Psychological Predictors of Quality of Life in People with HIV. *AIDS and Behaviour*. 20, 2, pp.281-291.
 - 4- Baiiester-Arnal, R., Gomez-Martinez, S., Fumaz, C.R., Gonzalez-Garcia, M., Remor, E & Fuster, M.J. (2016). A Spanish Study on Psychological Predictors of Quality of Life in People with HIV. *AIDS Behav*. 20, 2, pp.281-291.
 - 5- Willie, T.C., Overstreet, N.M., Peasant, C & Kershaw, T. (2016). Anxiety and Depressive Symptoms among People Living with HIV and Childhood Sexual Abuse: The Role of Shame and Posttraumatic Growth. *AIDS Behav*, pp.1-12.
 - 6- Bengtson, A.M., Pence, B.W., O'Donnell, J., Thielman, N., Heine, A., Zinski, A & et al. (2015). Improvements in depression and changes in quality of life among HIV-infected adults. *AIDS Care*. 27, 1, pp. 53-47.
 - 7- Stanton, G.A., Moadel, A.B., Kim, R.S., Weinberger, A.H & Shuter, J. (2015). Loneliness in HIV-infected smokers. *AIDS Care*. 27, 2, pp. 268-272.
 - 8- Gonzalez-Garcia M, Ferrer MJ, Borrás X, Muñoz-Moreno JA, Miranda C, Puig J, Perez-Alvarez N, Soler J, Feliu-Soler A, Clotet B, Fumaz CR (2014). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life, emotional status, and CD4 cell count of patients aging with HIV infection. *AIDS and Behavior* 18, pp. 676-685.
 - 9- Vyavaharkar, M., Moneyham, L., Murdaugh & Tavakoli, A. (2012). Factors Associated with Quality of Life Among Rural Women with HIV Disease. *AIDS and Behaviour*. 16, 2, pp.295-303.
 - 10- Gayner, B., Esplen, M.J., DeRoche, P., Wong, J., Bishop, S., Kavanagh, L & Butler, Kate. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men

- Bishop, S., Kavanagh, L., & Butler, K. (in press). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. Doi: 10.1007/s10865-011-9350-8.
- 31-Barrows, K. (2006). The application of mindfulness to HIV. *Focus*, 21, 8, pp. 1-5.
- 32-Logsdon-Conradson, S. (2002). Using mindfulness meditation to promote holistic health in individuals with HIV/AIDS. *Cognitive and Behavioral Practice* 9, 1, pp. 67-71.
- 33- Sibinga, E., Stewart, M., Magyari, T., Welsh, C., Hutton, N., & Ellen, J. (2008). Mindfulness-based stress reduction for HIV-infected youth: a pilot study. *Explore*, 4, 1, pp. 36-37.
- 34- Tian, X., & Song, G- M. (2016). Mindfulness-based therapies for patients living HIV/AIDS. *International journal of nursing sciences*. 3, pp. 137-138.
- 35- Weston, E., Moran, P., Acree, M., Moskowitz, J., Kemeny, M., Elissa, E., et al. (2012). Effect of MBSR and psychological state on inflammatory markers in HIV positive adults. *BMC Complement Altern Med*, 12, 1.
- 36- Annemiek, S., Grootheest, G. v., & Smit, J. H. (2016). Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) as An Addition to Psychiatric Care as Usual for HIV-infected Patients with Mental Health Symptoms. *Journal of AIDS & Clinical Research*, 7, 2, pp. 1-5.
- 37- Carlson, L., Specia, M., Patel, K., Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and levels of cortisol, dehydroepiandrosteronesulfate, and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*. 29, pp. 74- 448.
- 38- Carlson, L., Specia, M., Faris, P., Patel, K. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction in breast and prostate cancer outpatients. *Brain Behave Immune*. 21, pp. 1038-1049.
- 39- Flugel Colle, K., Cha, S., Loehrer, L., Bauer, B., Wahner-Roedler, D. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 19, pp. 36-40.
- 40- Niazi, A.K., Niazi, S.K. (2011). Mindfulness-
- ۲۰- بهرامی، بتول، بهرامی، عبدالله، مشهدی، علی، کارشکی، حسین. (۱۳۹۴). نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی. *مجله دانشکده علوم پزشکی مشهد*، ۵۸، ۲، صص. ۹۶-۱۰۵.
- ۲۱- نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نائینی، کوروش، محمد، کاظم، مجد زاده، سید رضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. *فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. ۴، صص. ۱-۱۲.
- 22- Israelski, D.M., Prentiss, D.E., Lubega, S., Balmas, G., Garcia, P., Muhammad, M., et al. (2007). Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 19, 2, pp. 220-225.
- 23- Palbom, K., Wilson, M. G. (2012). Mindfulness-based therapy for people living with HIV. Toronto, ON: Ontario HIV Treatment Network.
- 24- Fumaz, C. R. (2014). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Quality of Life, Emotional Status, and CD4 Cell Count of Patients Aging with HIV Infection. *AIDS and Behaviour*. 18, 4, pp.676-685.
- 25- Matchim, Y., Armer, J., Stewart, B. (2011). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Health among Breast Cancer Survivors. *West J Nurs*. 33, 1, pp. 996-101.
- 26- Duncan, L.G., Moskowitz, J.T., Neilands, T.B., Dilworth, S.E., Hecht, F.M., Johnson, M.O. (2012). Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: A randomized, wait-list controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43, 2, pp. 161-171.
- 27- Creswell, J.D., Myers, H.F., Cole, S.W., Irwin, M.R. (2009). Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior & Immunity*, 23, 2, pp. 184-188.
- 28- Gayner, B., Esplen, M.J., Deroche, P., Wong, J., Bishop, S., Kavanagh, L., et al. (2011). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, DOI: 10.1007/s10865-011-9350-8.
- 29- Forti, A. (2011). Mindfulness and quality of life among breast cancer survivors. Carolina: Harvard Health Publications. [http:// Library.uncg.edu](http://Library.uncg.edu).
- 30- Gayner, B., Esplen, M.J., DeRoche, P., Wong, J.,

based stress reduction: A non-pharmacological approach for chronic illnesses. *North American Journal of Medical Sciences*, 3, 1, pp. 20-3.

۴۱- شریفی، محمد امین، محمود علیلو، مجید، هاشمی نصرت آباد (۱۳۹۰). مقایسه الگوهای شخصیت بالینی و اختلالات شدید شخصیتی در بیماران مبتلا به عفونت HIV و افراد سالم. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۳، ۴، صص. ۱۷-۳۰.

42- Yang, Y., Liu, Y. H., Zhang, H-F., Liu, J. Y. (2015). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing sciences*, 2, pp. 283-294.

43- Shannon, C, Payne, S., Fenlon, D. (2010). What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psychooncology*. 20.

44- Fang, C., Reibel, D., Longacre, M., Rosenzweig, S., Campbell, D., Douglas, S. (2010). Enhanced psychosocial well-being following participation in a mindfulness-based stress reduction program's associated with increased natural killer cell activity. *J Altern Complement Med*, 16, pp. 531-38.

۴۵- اکبری، محمد اسماعیل، نفیسی، ناهید، جمشیدی فر، زهرا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار*. ۷، ۲۷، صص. ۷-۱۶.

۴۶- زمزمی، آزاده، آگاه هریس، مژگان، علی پور، احمد. (۱۳۹۳). کارآمدی مداخله رفتاری- ذهن آگاهی در ارتقا خود پنداشت و بهبود کیفیت زندگی در دانشجویان دختر دارای تصویر بدنی منفی. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۲۱، ۱۱، صص. ۷۱-۸۴.

47- Uday, K., Sinha, D. K. (2010). Mindfulness-based Cognitive Behavior Therapy with Emotionally disturbed Adolescents affected by HIV/AIDS. *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*, 6, 1, pp.19-30.

48- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2005). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behavior research and therapy*, 44, pp.1849-18.

