

## مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی بر خود انتقادی و استیگما در مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۲

### خلاصه

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی بر خود انتقادی و استیگما در مبتلایان به ویروس نقص ایمنی (اچ آی وی) انسان بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر، یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش (طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی) و یک گروه کنترل با آزمون پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان (HIV+) که هنوز به مرحله ایدز نرسیده و در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران در بازه زمانی سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ که دارای پرونده بودند و جهت دریافت خدمات درمانی و بهداشتی به این مرکز مراجعه نمودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش ابتدا به صورت نمونه‌گیری هدفمند بود و ۶۰ نفر (هر گروه ۲۰ نفر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. از مقیاس سطوح خود انتقادی تامسون و زاروف (۲۰۰۴) و پرسشنامه استیگما برگر و همکاران (۲۰۰۱) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. همچنین از پروتکل‌های طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و شفقت درمانی گیلبرت (۲۰۱۴) برای مداخله استفاده گردید. از تحلیل آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که هم طرح‌واره درمانی و هم شفقت درمانی بر کاهش خود انتقادی و استیگما اثربخش بودند ( $p < 0.01$ ). همچنین نتایج نشان داد که اثربخشی شفقت درمانی بر کاهش خود انتقادی و طرح‌واره درمانی بر کاهش استیگما بیشتر بود ( $p < 0.01$ ).

**نتیجه‌گیری:** هر دو روان‌درمانی طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی دارای اثربخشی موثری هستند و لزوم توجه به این دو مداخله در چالش‌های روان‌شناختی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی (اچ آی وی) انسان ضروری است.

**کلمات کلیدی:** استیگما، خود انتقادی، شفقت درمانی، طرح‌واره درمانی، ویروس نقص ایمنی (اچ آی وی).

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

زهرا علمی<sup>۱</sup>

شیدا سوداگر<sup>۲\*</sup>

مرجان حسین زاده تقوی<sup>۳</sup>

افشین صلاحیان<sup>۴</sup>

سید جواد حسینی شکوه<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد

اسلامی، کرج، ایران

<sup>۲</sup>گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران، ایران

<sup>۳</sup>گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج،

ایران

<sup>۴</sup>گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

<sup>۵</sup>گروه عفونی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

ارتش، تهران، ایران

Email: sh.sodagar@kiauo.ac.ir

## مقدمه

سندرم ایمنی اکتسابی<sup>۱</sup> در اثر آلوده شدن فرد به ویروس نقص ایمنی انسان<sup>۲</sup> به وجود می‌آید. این ویروس از مهلک‌ترین ویروس‌های شناخته شده در عصر جدید است و به لحاظ کشندگی زیاد و هزینه مراقبتی فراوان تهدیدی جدی برای سلامت و اقتصاد جوامع محسوب می‌شود (۱). بر اساس گزارش‌های علمی موجود ابتلای به اچ آی وی به‌طور فزاینده‌ای به یک مشکل بهداشت عمومی در سراسر جهان (۲-۳)، به‌ویژه در جوامع درحال توسعه‌ای مانند ایران تبدیل شده است (۴-۵). این بیماری نه تنها از جنبه جسمی و اجتماعی بلکه از جنبه سلامت روان‌شناختی نیز به بروز مشکلات فراوانی برای فرد مبتلا منجر می‌گردد (۶).

بسیاری از مطالعات طی چند دهه اخیر نشان داده‌اند که به‌طور کلی مبتلایان به بیماری‌های مزمن طبعی و در این میان، مبتلایان به اچ آی وی نسبت به جمعیت عمومی از آسیب‌پذیری روانی و اجتماعی بالاتری برخوردار هستند (۷). همچنان که برخی مطالعات در این بیماران آمارهای قابل توجهی از مشکلات خلقی و اضطرابی (۸)، ایده‌پردازی خودکشی (۹)، مشکلات شخصیتی و خواب (۱۰)، پایین آمدن سطح کیفیت زندگی (۱۱)، سوءمصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی (۱۲) و خود انتقادی (۱۳) را نشان داده‌اند.

آداجی و همکاران (۱۴) در یک مطالعه مرور سیستماتیک نشان دادند بیماران مزمنی که به نشخوار خشم می‌پردازند، هیجانان منفی و دشواری در تنظیم هیجان خود را تداوم یا شدت می‌بخشند. این‌طور پیشنهاد شده که خود انتقادی نیز زمانی که شکل نشخواری یا به عبارتی نشخوار خودانتقادی‌گری به خود بگیرد مشکل‌ساز است (۱۵). خود انتقادی شکلی از نشخوار فکری و تفکر تکراری منفی است که هدفش بی‌ارزش سازی خود است (۱۶). طبق تعریف خود انتقادی را می‌توان به‌عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خویش توصیف کرد که در آن فرد عملکرد و رفتار خود را ناقص می‌داند و معیارهای سطح بالا برای خود تعیین می‌کند که

در نهایت موجب دوری کردن از شبکه‌های اجتماعی و احساس شرم و گناه می‌گردد (۱۷).

رحمتی نجارکلانی و همکاران (۱۸) در یک مطالعه کیفی نشان دادند که در مبتلایان به اچ آی وی آمار قابل توجهی از سرزنش خود، شرمندگی و مورد تبعیض قرار گرفتن قابل مشاهده است. افزون بر خود انتقادی مطالعاتی که در این گروه از بیماران مزمن انجام گرفته است بیانگر این بوده‌اند که این بیماری تنها محدود به درمان پزشکی و جسمانی نبوده بلکه به‌نوعی یک مشکل اجتماعی و رفتاری محسوب می‌گردد. با این وصف توجه محققین به این بیماران و جنبه‌های اجتماعی-روانی بیماری در سال‌های اخیر رو به فزونی رفته است و در این میان استیگمای<sup>۳</sup> ناشی از ابتلای به بیماری مطرح شده است (۱۹-۲۰).

استیگما جنبه‌های مهم زندگی فرد همانند منزلت انسانی، موقعیت اجتماعی، فرصت‌های شغلی، ازدواج و روابط خانوادگی و روابط دوستانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. فرد دچار استیگما از یک انسان کامل و معمولی به یک انسان داغ‌دیده و یا نادیده گرفته شده تنزل پیدا می‌کند و این امر می‌تواند پیامدهای متعدد روانی را با خود به دنبال داشته باشد (۲۱-۲۲). در واقع اگرچه استیگما به‌عنوان یک پدیده جهانی شناخته شده است اما تجربه آن و تبعیض‌های وارده در هر محیط از کشوری به کشور دیگر و از یک نوع خاص بیماری به نوع دیگری از بیماری متفاوت می‌باشد (۲۳).

طی سالیان گذشته در راستای درمان و کاهش علائم رفتاری و شناختی-هیجانی در مبتلایان به اچ آی وی طرح‌ها و مداخلات متعددی بر اساس رویکردهای متفاوت مطرح گردیده است (۲۴). باوجود شواهد محکمی که در رابطه با اثربخشی درمان‌های شناخته شده استاندارد وجود دارد نتایج مطالعات حاکی از آن است که به‌کارگیری آن‌ها برای تعداد زیادی از درمانگران و مبتلایان به علائم روانی و عاطفی ناشی از بیماری مزمن دشوار است و اغلب این مداخلات با پاسخ درمانی مناسبی روبه‌رو نمی‌شوند. بااین‌وجود مطالعات حاکی از تأثیر مثبت دو شیوه

<sup>3</sup> stigma

<sup>1</sup> acquired immune deficiency syndrome

<sup>2</sup> human immunodeficiency virus

طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی در بهبود وضعیت روانی- اجتماعی جمعیت‌های مختلف با مشکلات متفاوت بوده است اما در بیماران اچ آی وی سودمندی این دو روش چندان مطالعه نشده است و در این زمینه کمبود پژوهش مشهود است.

طرح‌واره درمانی روش نوین و یکپارچه‌ای است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. این رویکرد به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی مراجعان را در غلبه بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که مفهوم کلیدی در این رویکرد محسوب می‌شود، یاری می‌دهد و هدف اولیه‌ی این درمان، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌ها است و هدف نهایی آن نیز بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (۲۵). طرح‌واره درمانی برخلاف بیشتر رویکردهای سنتی، به‌طور مشخص با شکل‌گیری (سبب‌شناسی) علائم کنونی سروکار دارد، نه صرفاً با عوامل تداوم‌بخش آن، در این شیوه درمانی تأکید ویژه‌ای بر رابطه درمانگر-بیمار وجود دارد و در تدارک آن است که در چارچوب این رابطه، تجارب هیجانی سالم و مواجهه همدلانه صورت پذیرد و در نهایت، طرح‌واره درمانی اهداف روشنی را تعیین می‌کند که درمانگر بایستی به آن‌ها دست یابد مانند کمک به مراجعان برای درک نیازهای هیجانی اصلی خود و آموزش شیوه‌هایی سالم برای برآورده کردن این نیازها به‌گونه‌ای سازگارانه که مستلزم تغییر الگوهای رفتاری، ارتباطی، هیجانی و شناختی است (۲۶).

از دیگر سو، شفقت درمانی باهدف کمک به ترویج سلامت روانی و هیجانی و با تشویق افراد نسبت به شفقت‌ورزی نسبت به خود و دیگران شکل گرفته است. اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۲۷-۲۸). در تمرینات خودشفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و

ذهن آگاهی تأکید می‌شود. در واقع، در این شیوه درمانی به‌جای تمرکز بر تغییر «خودارزیایی» افراد، رابطه افراد با «خودارزیایی» آن‌ها تغییر می‌یابد (۲۹). با اذعان به مطالب بالا و با توجه به اینکه وضعیت بهداشت روانی و اجتماعی بیماران اچ آی وی مثبت باوجود پیامدهای متعدد زیان‌بار اغلب مورد غفلت محققان قرار گرفته و از دریافت خدمات روان‌شناختی به شکلی مناسب محروم بوده‌اند و از سوی دیگر با توجه به آمارهایی که بیانگر افزایش شیوع این بیماری در سطح جامعه می‌باشد (۴-۵)، با توجه به آنچه بیان شد، مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی بر خود انتقادی و استیگما مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسان تفاوت وجود دارد؟

### روش کار

پژوهش حاضر، یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش (طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی) و یک گروه کنترل و مرحله پیگیری ۳ ماهه بود. تمامی افراد مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان (HIV+) که هنوز به مرحله ایدز نرسیده و در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران دارای پرونده بودند و جهت دریافت خدمات درمانی و بهداشتی به این مرکز مراجعه نمودند، در بازه زمانی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به عنوان جامعه آماری پژوهش در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش ابتدا به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند بود. سپس آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. به‌منظور تعیین حجم نمونه از آنجایی که پژوهش از نوع نیمه تجربی بود، برای هر گروه ۲۰ نفر با احتساب ریزش‌ها در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه: شامل تشخیص قطعی ابتلای به HIV بنا به اطلاعات موجود در پرونده آزمودنی و تشخیص متخصص مربوطه، توانایی آزمودنی برای شرکت مرتب در جلسات درمانی تعیین شده و پاسخ‌دهی کامل به تمامی سؤالات ابزارها، دامنه سنی ۲۵ الی ۴۵ سال بود. لازم به ذکر است که در این مطالعه از افراد نمونه نیز رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. ملاک‌های خروج از مطالعه: نیز شامل شرکت به‌طور هم‌زمان یا طی ۶ ماه گذشته در یکی از برنامه‌های

## ابزارها

مقیاس سطوح خود انتقادی: مقیاس سطوح خود انتقادی<sup>۱</sup> خود گزارشی توسط تامسون و زاروف<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۴ به منظور سنجش میزان سطح خود انتقادی فرد ساخته شده است و دارای ۲۲ گویه است که دو مؤلفه خود انتقادی درونی (۱۰ گویه که شامل: سؤال‌های ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۱، ۹، ۷، ۵، ۳، ۱) و خود انتقادی مقایسه‌ای (۱۲ گویه که شامل: ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۸، ۶، ۴) را می‌سنجد. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای است (از دامنه ۰ هرگز تا ۶ همیشه). نمره کل آزمون بین ۲۲ تا ۱۱۰ قرار دارد. حداقل امتیاز ممکن، ۲۲ و حداکثر ۱۱۰ است. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر خود انتقادی در فرد است. نمره بین ۲۲ تا ۴۴ نشان‌دهنده سطوح خود انتقادی پایین، نمره بین ۴۵ تا ۶۶ نشان‌دهنده سطوح خود انتقادی متوسط و نمره ۶۶ به بالا نشان‌دهنده سطوح خود انتقادی بالا در فرد است. آیت‌های ۶-۸-۱۱-۱۲-۱۶-۲۰-۲۱-۲۲ معکوس محاسبه می‌شوند. برای به دست آوردن نمره کلی کافی است امتیاز همه عبارات باهم جمع شوند. روایی و پایایی مقیاس سطوح خود انتقادی را تامسون و زاروف (۳۰) به ترتیب برای خود انتقادی مقایسه‌ای ۰/۷۸ و برای خود انتقادی درونی ۰/۸۴ گزارش کردند. در پژوهش شریعتی، حمید، هاشمی، بشلیده و مرعشی (۳۱) آلفای کرونباخ به ترتیب برای خرده‌مقیاس خود انتقادی مقایسه‌ای ۰/۸۸ و خود انتقادی درونی ۰/۸۹ است (۳۲). میزان همسانی درونی برای این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای خرده‌مقیاس خود انتقادی مقایسه‌ای ۰/۹۱ و خود انتقادی درونی ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه استیگما: این پرسشنامه خود گزارشی توسط برگر و همکاران در سال ۲۰۰۱ به منظور سنجش جنبه‌های روان‌شناختی استیگمای ادراک شده در بیماران مبتلا به علائم نقص ایمنی تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال با ۴ زیرمقیاس شامل استیگمای شخصی تجربیاتی از طرد، از دست دادن شغل، تبعیض‌ها و قطع روابط اجتماعی می‌شود. نمره گذاری سؤالات در این پرسشنامه به شیوه لیکرت ۴ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = نمره ۱

روان‌درمانی و روان‌پزشکی، ابتلای به هر یک از بیماری‌های حاد روان‌پزشکی و طبی دیگر در طول اجرای مطالعه و غیبت بیش از دو جلسه از شرکت در جلسات درمانی در نظر گرفته شد.

برای اجرای پژوهش، ابتدا مجوز لازم برای انجام این مطالعه در جمعیت مبتلایان به HIV از دانشگاه محل تحصیل اخذ و با مراجعه به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران و طی نمودن مراحل انتخاب نمونه، ابتدا مرحله پیش‌آزمون با استفاده از ابزارهای خود گزارشی فوق اجرا شد. سپس افراد انتخاب شده به شیوه تصادفی در سه گروه گمارش شده و برای آزمودنی‌های قرار گرفته در گروه‌های آزمایش طی مدت‌زمان از قبل تعیین شده برنامه‌های مداخلاتی اعمال و اجرا شد اما آزمودنی‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار داده شده و به‌جز دریافت درمان دارویی مرسوم هیچ مداخله روان‌شناختی دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات مداخله مجدداً با همان ابزارهای خود گزارشی از افراد سه گروه پس‌آزمون گرفته شد و سه ماه پس از آن مرحله پیگیری اجرا گردید. برای رعایت اخلاق پژوهشی، در پایان این پژوهش در گروه کنترل نیز روش‌های طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی اجرا شد. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به‌منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا برای توصیف اطلاعات جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. در مرحله بعدی برای تأیید و یا رد فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی استفاده شد. در این بخش قبل از انجام تحلیل، پیش فرض‌های نرمال بودن داده‌ها بررسی شدند و بعد از تأیید نرمال بودن داده‌ها در متغیرهای پژوهش اقدام به انجام تحلیل آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر شد. همچنین برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

<sup>۱</sup> Levels Of Self-Criticism Scale (LOSC)

کرونیخ برای کل ابزار ۰/۸۵ و زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۷۱ به دست آمده است.

پکیج طرح‌واره‌درمانی

طرح‌واره‌درمانی با توجه به پروتکل درمانی یانگ و همکاران (۲۵) باهدف بهبود وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه طی ۸ جلسه گروهی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه (۱/۵ ساعته) اجرا خواهد شد. به دلیل این‌که این پکیج کلی می‌باشد لذا در مطالعه حاضر قبل از اجرای درمان CVI و CVR آن محاسبه شد.

تا کاملاً موافقم = نمره ۴) انجام می‌شود. این ابزار پیش‌ازاین در سایر کشورها نیز استفاده شده است. روایی و پایایی این ابزار توسط سازندگان آن مطلوب و در دامنه‌ای بین ۰/۸۱ الی ۰/۸۵ گزارش شده است. در ایرن نیز مسعودنیا و چنانی‌نسب (۳۳) به هنجاریابی این مقیاس در بین بیماران مبتلا به سندرم نقص ایمنی اکتسابی پرداختند و با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی بر روی ۲۰ آیت ۴ عامل شامل استیگمای شخصی شده، دغدغه افشا، خودانگاره منفی و نگرانی درباره نگرش دیگران در مورد این ابتلای به این سندرم شناسایی شد. میزان پایایی درونی مقیاس توسط مسعودنیا و چنانی‌نسب (۳۳) با روش ضریب آلفای

### جدول ۱. محتوای جلسات طرح‌واره‌درمانی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه، بیان اهمیت و هدف طرح‌واره‌درمانی و مشکلات مراجعان در قالب طرح‌واره‌درمانی
دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته، بحث و گفتگو پیرامون جنبه طرح‌واره موجود با طرح‌واره سالم
سوم	آموزش تکنیک‌های شناختی مانند آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
چهارم	آموزش تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی، شناسایی نیازهای ارضا نشده آن‌ها و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه‌شده، آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی
پنجم	آموزش تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها
ششم	آموزش رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید
هفتم	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
هشتم	مرور مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی و تمرین راهکارهای یادگرفته‌شده

مدت ۹۰ دقیقه (۱/۵ ساعته) اجرا خواهد شد. به دلیل این‌که این پکیج کلی می‌باشد لذا در مطالعه حاضر قبل از اجرای درمان CVI و CVR آن محاسبه خواهد شد.

پکیج شفقت‌درمانی: شفقت‌درمانی با توجه به پروتکل درمانی گیلبرت (۲۹) باهدف بهبود وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه طی ۸ جلسه گروهی و هر جلسه به

## جدول ۲. محتوای جلسات شفقت درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه جلسه اول درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	توضیح و تشریح شفقت "اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد". آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین جلسه دوم واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه.
چهارم	آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت. آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در جلسه پنجم زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
پنجم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان «شفقت ورز» یا «غیر شفقت‌ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی جلسه چهارم و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز»، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت ورز می‌توانند باشند، کاربر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز.
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای جلسه هشتم پس‌آزمون.

## نتایج

در این بخش شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی ذکر شده است.

## جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر خود انتقادی و مؤلفه‌های آن در مراحل مختلف اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خود انتقادی	طرح‌واره درمانی	۷۸/۶۵	۵/۵۸	۶۸/۴۰	۵/۱۱	۶۸/۲۰	۵/۱۵
	شفقت درمانی	۷۸/۷۵	۷/۹۱	۵۸/۱۰	۷/۲۸	۵۸/۲۵	۷/۶
استیگما	گواه	۷۷/۴	۸/۳۹	۷۹/۳۰	۵/۳۳	۷۸/۵۵	۵/۱
	طرح‌واره درمانی	۵۸	۵/۰۳	۲۷/۲۵	۷/۷۵	۲۶/۰۵	۷/۹۶
	شفقت درمانی	۵۹/۶۰	۶/۰۹	۳۹/۸۰	۵/۰۶	۳۹/۳۵	۵/۳۰
	گواه	۵۷/۸۰	۷/۳۶	۵۹/۴۵	۶/۱۰	۵۸/۸۰	۷/۶۳

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیر خود انتقادی و استیگما در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و با توجه به گروه‌ها نشان می‌دهد.

## جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای خود انتقادی و مؤلفه‌های آن

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
خود انتقادی	درون گروهی	۳۳۳۸/۸۴	۱/۱۴۸	۲۹۰۷/۸۳	۱۱۳/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	زمان*گروه	۳۹۰۵/۷۸	۲/۲۹	۱۷۰۰/۷۹	۶۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	بین گروهی	۴۸۵۶/۵۴	۲	۲۴۲۸/۲۷	۱۹/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰

مراحل اندازه‌گیری در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین مقدار F به دست آمده اثر بین گروهی برای متغیر خود انتقادی ( $F=113/05, P<0/01$ ) معنادار هست؛ یعنی بین نمرات گروه‌های آزمایش طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی و گروه کنترل در هر سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معنادار وجود دارد؛ بنابراین می‌توان گفت بین اثربخشی درمان مبتنی بر طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی بر خود انتقادی بیماران مبتلا

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را نشان می‌دهد. مقدار F به دست آمده اثر درون گروهی عامل زمان برای متغیر خود انتقادی ( $F=113/05, P<0/01$ ) معنادار هست، بنابراین بین سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این سه متغیر تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار F به دست آمده اثر تعاملی زمان در گروه برای متغیر خود انتقادی ( $F=66/12, P<0/01$ ) معنادار هست، این بدان معنی است بین

ویروس نقص ایمنی مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد و این دو روش درمانی باعث کاهش خود انتقادی در بیماران شده است.

### جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیر خود انتقادی

مرحله/گروه	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
طرح‌واره درمانی	شفقت درمانی	*-۶/۷۱	۲/۰۴	۰/۰۰۵
	کنترل	*-۱۲/۷۱	۲/۰۴	۰/۰۰۱
شفقت درمانی	کنترل	*-۶	۲/۰۴	۰/۰۱۴

طرح‌واره درمانی با گروه گواه است که نشان‌دهنده این است شفقت درمانی اثربخشی بیشتری بر کاهش خود انتقادی در بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی دارد.

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی را برای بررسی تفاوت اثربخشی طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی در متغیر خود انتقادی را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، تفاوت میانگین شفقت درمانی با گروه گواه در متغیر خود انتقادی بیشتر از تفاوت

### جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیر استیگما

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
استیگما	زمان	۱۱۷۱۴/۹۷	۱/۵۹	۷۳۶۶/۰۷	۱۲۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	زمان*گروه	۶۹۷۰/۰۵	۳/۱۸	۲۱۹۱/۲۹	۳۸/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	بین گروهی	۱۳۱۹۳/۶۷	۲	۶۵۹۶/۸۳	۴۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲

جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را نشان می‌دهد. مقدار F به دست آمده اثر درون گروهی عامل زمان برای استیگما ( $F=128/17, P<0/01$ )، معنادار است، بنابراین بین سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر استیگما تفاوت معناداری وجود دارد. بعلاوه مقدار F به دست آمده تعامل زمان در گروه برای متغیرهای استیگما ( $P<0/01, F=38/13$ )، معنادار است. همچنین مقدار F به دست آمده اثر

بین گروهی برای متغیرهای استیگما ( $P<0/01, F=47/58$ ) معنادار است؛ یعنی بین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر استیگما و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین می‌توان گفت بین اثربخشی طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی بر استیگما بیماران مبتلا به سندرم نقص ایمنی انسان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و این روش‌های درمانی باعث کاهش استیگما در این بیماران شده است.

### جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه مراحل در متغیر استیگما

مرحله/گروه	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
طرح‌واره درمانی	شفقت درمانی	*-۹/۱۵	۲/۱۵	۰/۰۰۱
	کنترل	*-۲۰/۹۱	۲/۱۵	۰/۰۰۱
شفقت درمانی	کنترل	*-۱۱/۷۶	۲/۱۵	۰/۰۰۱



\*  $P < 0/05$ 

بودند؛ اما در تبیین اثربخشی بیشتر شفقت درمانی نسبت به طرحواره درمانی می‌توان اذعان کرد که طرحواره درمانی و شفقت درمانی هر دو رویکرد موثری در کاهش خودانتقادی هستند، اما بعضی افراد ممکن است اثربخشی شفقت درمانی را بیشتر از طرحواره درمانی تجربه کنند. شفقت درمانی یک روش درمانی مبتنی بر ارتباط است که هدف اصلی آن افزایش احساس حمایت، فهم و احترام نسبت به خود و دیگران است. این روش می‌تواند به کاهش خودسرزنشگری کمک کند زیرا با ایجاد ارتباط همدلانه و محترمانه با خود و دیگران، افراد قادر خواهند بود تا احساس قدرتمندی نسبت به خودشان داشته باشند و از خود سختگیری کمتری نشان دهند (۳۷). با ارتباط برقرار کردن با احساسات و افکار خود، افراد قادر به درک عواطف خود و تفکرات ناخواسته خود می‌شوند و از این طریق می‌توانند بر تصمیمات و رفتارهای خود کنترل بیشتری داشته باشند. همچنین، افزایش احساس حمایت و فهم موجب تقویت اعتماد به نفس و ارزشمندی شخصی می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا بتوانند با خود مهربان‌تر باشند و از انتقاد خود کاسته شود (۳۸). بنابراین، شفقت درمانی می‌تواند به افراد کمک کند تا به خود با دید انسانی‌تر نگاه کرده و از خود رضایت بیشتری داشته باشند که این موجب کاهش خودسرزنشگری و افزایش رضایت و خوشحالی زندگی آن‌ها می‌شود.

از سویی دیگر طرحواره درمانی معمولاً به تمرین مهارت‌های مواجهه با خودانتقادی می‌پردازد، که این مهارت‌ها می‌تواند به افراد کمک کنند با این احساسات برخورد کنند و آن‌ها را کاهش دهند. از سویی دیگر طرحواره درمانی به شناخت و تغییر الگوهای فکری نادرست مرتبط با خودانتقادی می‌پردازد، که این الگوهای فکری می‌تواند موجب کاهش این احساسات منفی شود. از طریق شناخت و تغییر این الگوها، افراد می‌توانند بهبود یابند. خود انتقادی یکی از عوامل خطر ساز مرتبط با ایجاد و تداوم باورهای نادرست است و می‌توان گفت که با دریافت مداخلات طرحواره درمانی، افراد مبتلا به ایدز از ماهیت خشن، نفرت انگیز و تخریب

جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی یونفرونی را برای بررسی تفاوت اثربخشی طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی در متغیر استیگما را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، تفاوت میانگین طرح‌واره درمانی با گروه گواه در متغیر استیگما بیشتر از تفاوت شفقت درمانی با گروه گواه است که نشان‌دهنده این است طرح‌واره درمانی اثربخشی بیشتری بر کاهش استیگما در بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی دارد.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی بر خود انتقادی و استیگما در مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسان انجام شد. نتیجه اول نشان داد که تفاوت میانگین شفقت درمانی با گروه گواه در متغیر خود انتقادی بیشتر از تفاوت طرح‌واره درمانی با گروه گواه است که نشان‌دهنده این است شفقت درمانی اثربخشی بیشتری بر کاهش خود انتقادی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی دارد. این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین بود (۳۴-۳۶). نتایج پژوهش ثلاثی و همکاران (۳۴) نشان داد که در گروه طرح‌واره‌درمانی، نمرات پس آزمون و پیگیری خود سرزنش‌گری، احساس شرم و مؤلفه‌های آن‌ها در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون به طور معناداری کاهش پیدا کرده است. همچنین تفاوت معناداری در نمرات متغیرهای مذکور بین مراحل پس-آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهنده تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری است. با توجه به یافته‌های به دست آمده، این نتیجه حاصل می‌شود که طرح‌واره‌درمانی با بازسازی و بازنگری در طرحواره‌های ناساگار اولیه، باعث کاهش مشکلات احتمالی روانشناختی مانند خودسرزنش‌گری و احساس شرم می‌شود.

در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که هر دو روان‌درمانی یعنی طرح‌واره درمانی و شفقت درمانی در کاهش خود انتقادی در مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسان اثربخش

گرایانه انتقادها و به ویژه سرزنش‌هایی که نسبت به خویش داشته‌اند، آگاه می‌شوند. آن‌ها همچنین به این درک دست می‌یابند که لازم است بین خود و انتقاداتی که نسبت به عملکرد خود ابراز می‌نمایند، تمایز قایل شوند و در نهایت به کمک همین تفکیک است که افراد توانمند می‌شوند تا خود انتقادی را به عنوان یک ندای درونی متمایز از کلیت شخصیت خود درک و نسبت به کاهش و حذف آن اقدام کنند. در تبیین دیگر این یافته در خصوص اثربخشی بیشتر شفقت درمانی نسبت به طرحواره درمانی در کاهش خودانتقادی می‌توان بیان کرد که در این روش، تمرکز اصلی بر ارتباط انسانی و احساسات و افکار فرد است. این روش افراد را به محیطی محترمانه و پذیرش‌کننده کشانده و آن‌ها را تشویق می‌کند تا با احساسات و تفکرات خود به صورت صادقانه و باز روبرو شوند. طرحواره درمانی به صورت معمول بیشتر بر از بین بردن نقطه ضعف و مشکلات فرد تمرکز دارد، در حالی که شفقت درمانی به افزایش احساسات حمایت و فهم فرد نسبت به خود و دیگران می‌پردازد. این به افراد کمک می‌کند که احساسات منفی که منجر به خودانتقادی می‌شوند را تسلی دهند و احترام و توجه بیشتری به خود داشته باشند. بنابراین، شفقت درمانی با فراهم کردن یک بستر انسانی و پذیرا نسبت به احساسات و تفکرات فرد، می‌تواند راه حل بهتری برای کاهش خودانتقادی باشد.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که تفاوت میانگین طرحواره درمانی با گروه گواه در متغیر استیگما و مؤلفه‌های آن بیشتر از تفاوت شفقت درمانی با گروه گواه است که نشان‌دهنده این است طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری بر کاهش استیگما و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی دارد. این نتیجه همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین بود (۳۹-۴۰). پژوهش پيسکوفسکا و استوجک (۲۰۲۲) نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به تنهایی ۳۹ درصد از واریانس توضیح داده شده توسط استیگما را به خود اختصاص می‌دهند، و با افزودن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ۲ درصد اضافی توضیح داده شد. تحلیل‌های میانجی‌گری موازی نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تا حدی رابطه بین حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استیگما را واسطه می‌کند. به نظر می‌رسد که سختی روان‌شناختی مربوط به

استیگما است. همچنین دوسین لاگارد و همکاران (۳۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مداخله با استفاده از علت‌شناسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای اسکیزوفرنی تنها مداخله‌ای بود که به کاهش قابل توجهی در استیگما منجر شد. در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می‌توان گفت که هر دو روان‌درمانی طرحواره و شفقت بر کاهش استیگما در افراد مبتلا به ایدز اثربخش بودند؛ اما اثربخشی طرحواره درمانی بیشتر بود که می‌توان چنین بیان کرد با توجه به اینکه رویکرد طرحواره درمانی با تأکید بر مهارت‌های ثبت برنامه فعالیت‌های روزانه جهت مواجهه با اجتناب‌ها و گنجانیدن فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط بخش در برنامه مراجعان با همکاری خود آن‌ها، آموزش و به کار بردن مهارت‌های ارزیابی، انتخاب، امتحان کردن، الحاق، مشاهده نتیجه، هرگز تسلیم نشو، غلبه بر الگوهای اجتنابی و همچنین، مهارت‌های رسیدگی به خود، ابراز وجود و جرأت‌مندی به شرکت کنندگان کمک می‌کند تا بر اجتناب‌های خود غلبه نموده و این روند به درمان رفتار اجتنابی و کاهش استیگما در آن‌ها کمک می‌کند. از اینرو، برتری آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی در مقایسه با رویکرد شفقت ورزی بر کاهش استیگما قابل تبیین است. همچنین، رویکرد طرحواره درمانی نسبت به رویکرد شفقت ورزی ساختار روشن‌تری دارد و از فنون رفتاری و اعتباربخشی به طور همزمان استفاده می‌کند. آن فنون شامل اصول و فونونی (مانند خود مشاهده‌گری) است که منجر به ثبات تغییرات می‌گردد. افراد آسیب دیده از بیماری در فاصله‌گیری و بیرون آمدن از احساسات و خلق خود خوب عمل نمی‌کنند و طی فرایند درمان از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن آگاهی با تمرینات رفتاری در حالی بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می‌پردازند و علاوه بر تلاش برای پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را می‌آموزند و با پرآموزی این تمرینات، آن را به سبک خودکار ذهن خود تبدیل می‌کنند (۴۱). انجام این تمرینات منجر به فاصله‌گیری از استیگما می‌شود و افراد آسیب دیده از بیماری می‌آموزند ارزیابی‌های منفی نسبت به خود و دیگران یا حوادث را فقط به عنوان

پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از مصاحبه نیز جهت غنی تر کردن داده ها استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود این دو درمان می توانند روی سایر اقشار جامعه تکرار شود، یعنی برای تعمیم پذیری بهتر، در جوامع مختلف آماری اثربخشی این دو روان درمانی سنجیده شود.

افکاری که لزوماً واقعی نیستند مورد مشاهده قرار داده و به این طریق آن ها را کاهش دهند. استفاده از ابزارهای خودگزارشی مربوط به درمان، محدودیتی برای تفسیر نمرات درمان در این پژوهش محسوب می شود. همچنین در این پژوهش امکان کنترل سایر عوامل تأثیر گذار روی آزمودنی ها مثل عوامل خانوادگی و مالی و... امکان پذیر نبود.

## References

- Dandachi D, Geiger G, Montgomery MW, Karmen-Tuohy S, Golzy M, Antar AA, Llibre JM, Camazine M, Díaz-De Santiago A, Carlucci PM, Zacharioudakis IM. Characteristics, comorbidities, and outcomes in a multicenter registry of patients with human immunodeficiency virus and coronavirus disease 2019. *Clinical Infectious Diseases*. 2021 Oct 1;73(7):e1964-72.
- Eisinger RW, Lerner AM, Fauci AS. Human immunodeficiency virus/AIDS in the era of coronavirus disease 2019: a juxtaposition of 2 pandemics. *The Journal of infectious diseases*. 2021 Nov 1;224(9):1455-61.
- Marconi, V. C., Moser, C., Gavegnano, C., Deeks, S. G., Lederman, M. M., Overton, E. T., ... & Lennox, J. J. (2022). Randomized Trial of Ruxolitinib in Antiretroviral-Treated Adults With Human Immunodeficiency Virus. *Clinical Infectious Diseases*, 74(1), 95-104.
- Mehmandoust, S., Khezri, M., Mousavian, G., Tavakoli, F., Mehrabi, F., Sharifi, H., ... & Shokoohi, M. (2022). Prevalence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus among incarcerated people in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 203, 75-82.
- Amirkhani M, Ghorbanshiroudi S, Zarbakhsh Bahri M, Seyed Alinaghei S A. A Comparison of Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Psychological Flexibility of HIV Patients in Imam Khomeini Hospital. *Manage Strat Health Syst* 2021; 6 (2) :103-116
- Ho, H. E., Peluso, M. J., Margus, C., Matias Lopes, J. P., He, C., Gaisa, M. M., ... & Mullen, M. P. (2021). Clinical outcomes and immunologic characteristics of coronavirus disease 2019 in people with human immunodeficiency virus. *The Journal of infectious diseases*, 223(3), 403-408.
- de Mello Vianna, C. M., & Mosegui, G. B. G. (2022). Cost-effectiveness analysis of the implementation of Cryptococcal Antigen lateral flow assay for the diagnosis of Cryptococcal Meningitis in symptomatic people living with human immunodeficiency virus in Brazil. *Value in Health Regional Issues*, 29, 53-59.
- Mukerji, S. S., Misra, V., Lorenz, D. R., Chettimada, S., Keller, K., Letendre, S., ... & Gabuzda, D. (2021). Low neuroactive steroids identifies a biological subtype of depression in adults with human immunodeficiency virus on suppressive antiretroviral therapy. *The Journal of infectious diseases*, 223(9), 1601-1611.
- Namuli, J. D., Nalugya, J. S., Bangirana, P., & Nakimuli-Mpungu, E. (2021). Prevalence and factors associated with suicidal ideation among children and adolescents attending a pediatric HIV clinic in Uganda. *Frontiers in Sociology*, 6, 127.
- Kunisaki, K. M., De Francesco, D., Sabin, C. A., Winston, A., Mallon, P. W., Anderson, J., ... & Redline, S. (2021, January). Sleep disorders in human immunodeficiency virus: a substudy of the pharmacokinetics and clinical observations in People Over Fifty (POPPY) Study. In *Open forum infectious diseases* (Vol. 8, No. 1, p. ofaa561). US: Oxford University Press.
- Amara, P. S., Naveed, Z., Wichman, C. S., Fox, H. S., & Baccaglini, L. (2021). Neurocognitive impairment and health-related quality of life among people living with Human Immunodeficiency Virus (HIV). *PloS one*, 16(4), e0248802.
- Lloyd, A. R., Savage, R., & Eaton, E. F. (2021). Opioid use disorder: a neglected human immunodeficiency virus risk in American adolescents. *AIDS*, 35(14), 2237-2247.
- Pham, N. T., Lee, J. J., Pham, N. H., Phan, T. D. Q., Tran, K., Dang, H. B., ... & Ozdemir, S. (2021). The prevalence of perceived stigma and self-blame and their associations with depression, emotional well-being and social well-being among advanced cancer patients: evidence from the APPROACH cross-sectional study in Vietnam. *BMC palliative care*, 20(1), 1-9.
- Adachi, T., Yamada, K., Fujino, H., Enomoto, K., & Shibata, M. (2021). Associations between anger and chronic primary pain: a systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Pain*.
- Kline, N. K., Berke, D. S., Rhodes, C. A., Steenkamp, M. M., & Litz, B. T. (2021). Self-blame and PTSD following sexual assault: A longitudinal analysis. *Journal of interpersonal violence*, 36(5-6), NP3153-NP3168.

16. Kochaki Amirhendeh, M., Karbalayi, A., Sabet, M. The Mediating Role of Anger Rumination and Self-Criticism Rumination in Relationship between Disaffection and Marital Violence. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2017; 12(43): 47-56.
17. Karimi, E., Mohammadi, N., Rahimi, C. Effectiveness of Self Compassion Group Training on Self Criticism and Cognitive Behavioral Avoidance in Depressed Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 2020; 11(4): 23-32. doi: 10.22075/jcp.2020.18969.1752
18. Rahmati Najarkalai Fatemeh, Niknami Shamsuddin, Amin Shokravi Farkhandeh, Ravari Ali. HIV/AIDS patients' experiences of social stigma: a qualitative study. Qualitative research in health sciences 1391;1(2):71-80. Available from: <https://sid.ir/paper/215530/fa>. (persian)
19. Nayyer, F., & Batool, I. (2021). Translation and cross language validation of human immunodeficiency virus stigma scale in a Pakistani context. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 1-10.
20. Johnson, M. C., Chung, R., Leung, S. Y. J., Edelstein, Z., Yuan, Y., & Flavin, S. M. (2021). Combating stigma through HIV self-testing: New York State's HIV Home Test Giveaway Program for sexual minorities. *Journal of Public Health Management and Practice*.
21. Surratt, H. L., Otachi, J. K., McLouth, C. J., & Vundi, N. (2021). Healthcare stigma and HIV risk among rural people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 226, 108878.
22. Logie, C.H., Okumu, M., Kibuuka Musoke, D., Hakiza, R., Mwima, S., Kyambadde, P., ... & Baral, S. (2021). Intersecting stigma and HIV testing practices among urban refugee adolescents and youth in Kampala, Uganda: qualitative findings. *Journal of the International AIDS Society*, 24(3), e25674.
23. Arabi S. Social Stigma COVID-19 More Dangerous COVID-19 Pandemic. *Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2021; 15(46): e8.
24. Akbarinejhad H, Faroughi P. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Logotherapy on the Psychological Well-being and Death Anxiety of Women with AIDS. *Qom Univ Med Sci J* 2021; 14 (11) :48-60
25. Young, J.; Klosko, J.; Vishar, M. (2003). *Schema therapy (a practical guide for clinicians). The first volume.* (Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Indozi, 2018). Tehran: Arjamand Publication. P.: 14-18. Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022 Sep;61(3):579-97.
26. Fox, J., Cattani, K., & Burlingame, G. M. (2021). Compassion focused therapy in a university counseling and psychological services center: A feasibility trial of a new standardized group manual. *Psychotherapy Research*, 31(4), 419-431.
27. Lucre, K., & Clapton, N. (2021). The Compassionate Kitbag: A creative and integrative approach to compassion-focused therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 497-516.
28. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
29. Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self- criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, 36(2), 419-430.
30. Shariati Maryam, Hamid Najmeh, Hashemi Seydasmail, Beshlideh Kiyomarth, Marashi Seyed Ali. The effectiveness of compassion-based therapy on depression and self-criticism of female students. Knowledge and research in applied psychology [Internet]. 2015;17(1 (63 series)):43-50. Available from: <https://sid.ir/paper/163588/fa>
31. Hosseini Mehr, N; Khazri Moghadam, N.; and Pour Ehsan, S. (1400). The effectiveness of compassion-based education on social self-efficacy, distress tolerance and self-criticism in adolescent girls under the supervision of welfare organization. *Journal of Positive Psychology*, 7(2), 33-48. saeidi A, Malihi Al-Zakerini S, Ahadi M, Sarami Foroushani G, Sirafi M R. THE MEDIATING ROLE OF PERCEIVED STRESS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN DIMENSIONS OF SOCIAL SUPPORT AND SELF-CARE IN PATIENTS WITH ASTHMA. *Nursing and Midwifery Journal* 2021; 19 (1) :20-28
32. Salasi B, Ramezani M A, Jahan F. (2023). Investigating the efficacy of schema therapy on self-criticism and shame in addicts undergoing methadone maintenance treatment. *Journal of Psychological Science*. 22(121), 153-170. doi:10.52547/JPS.22.121.153
33. golizadeh, D. The effectiveness of schema therapy on self-criticism and emotional self-regulation in depressed women. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2022; 17(67): 219-227. doi: 10.22034/jmpr.2022.15304
34. Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743.
35. Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2023 Jan 18;74:193-218.

36. Agin-Liebes G, Nielson EM, Zingman M, Kim K, Haas A, Owens LT, Rogers U, Bogenschutz M. Reports of self-compassion and affect regulation in psilocybin-assisted therapy for alcohol use disorder: An interpretive phenomenological analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2023 Jun 5.
37. Devoisin-Lagarde, C., Trémolière, B., Charbonnier, E., & Caparos, S. (2022). Effects of a Cognitive Schema Account on the Stigma of Schizophrenia: A Study in a French University Student Sample. *The American Journal of Psychology*, 135(3), 287-300.
38. Kassaw, C., Sisay, D., Awulachew, E., & Endashaw Hareru, H. (2022). Perceived Stigma and Its Association with Gender and Disclosure Status among People Living with HIV/AIDS and Attending Antiretroviral Therapy Clinics in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS research and treatment*, 2022, 3246249.
39. Bachrach N, Rijkeboer MM, Arntz A, Huntjens RJ. Schema therapy for Dissociative Identity Disorder: a case report. *Frontiers in Psychiatry*. 2023 Apr 21;14:1151872.

## Original Article

# Comparing the effectiveness of schema therapy and compassion therapy on self-criticism and stigma in patients with human immunodeficiency virus

Received: 11/05/2024 - Accepted: 11/06/2024

Zahra Elmi<sup>1</sup>  
Sheyda Sodagar<sup>2\*</sup>  
Marjan Hossein-Zadeh Taqvaei<sup>3</sup>  
Afshin Salahian<sup>4</sup>  
Seyyed Javad Hoseini Shokouh<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Department of Health Psychology,  
Karaj Branch, Islamic Azad University,  
Karaj, Iran

<sup>2</sup> Department of Health Psychology,  
Karaj Branch, Islamic Azad University,  
Karaj, Iran

<sup>3</sup> Department of Psychology, Karaj  
Branch, Islamic Azad University,  
Karaj, Iran

<sup>4</sup> Department of Psychology, Science  
and Research Unit, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> Department of Infectious Diseases,  
Faculty of Medical Sciences, Army  
University of Medical Sciences,  
Tehran, Iran

Email: sh.sodagar@kia.ac.ir

### Abstract

**Background:** The purpose of this study was to compare the effectiveness of schema therapy and compassion therapy on self-criticism and stigma in people with human immunodeficiency virus (HIV).

**Materials and Methods:** The present study was a semi-experimental design of pre-test-post-test type with two experimental groups (schema therapy and compassion therapy) and a control group with a 3-month follow-up test. The statistical population of this research includes all the people infected with the human immunodeficiency virus (+HIV) who have not yet reached the stage of AIDS and who were in Imam Khomeini (RA) hospital in Tehran in the period of 1401-1402, who had a case file and to receive medical services and They referred to this center. The sampling method in this research was firstly targeted sampling and 60 people (20 people in each group) were selected as a sample. Thomson and Zarov's (2004) self-criticism level scale and Berger et al.'s (2001) stigma questionnaire were used to collect data. Also, Yang et al.'s schema therapy protocols (2003) and Gilbert's compassion therapy (2014) were used for intervention. Mixed analysis with repeated measurements with SPSS version 26 software was used for data analysis.

**Results:** The results showed that both schema therapy and compassion therapy were effective in reducing self-criticism and stigma ( $p < 0.001$ ). Also, the results showed that the effectiveness of compassion therapy on reducing self-criticism and schema therapy on reducing astigmatism was higher ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Both schema therapy and compassion therapy are effective and it is necessary to pay attention to these two interventions in the psychological challenges of human immunodeficiency virus (HIV) sufferers.

**Keywords:** stigma, self-criticism, compassion therapy, schema therapy, immunodeficiency virus (HIV).

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest