

Determining the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Increasing the Psychological Well-being, Life Expectancy, and Psychological Flexibility of Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome

Khalaj F¹, *Dolatshahi B², Bagheri F³

Author Address

1. PhD Student, Psychology Group, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Clinical Psychology Group, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Clinical Psychology Group, Science and Research branch, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: be.dolatshahi@uswr.ac.ir

Received: 2021 August 4; Accepted: 2022 January 24

Abstract

Background & Objectives: Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), a chronic and debilitating disease, affects different aspects of a person's life. Besides the physical aspects of this disease, patients diagnosed with AIDS, are faced with psycho-emotional stresses, such as anxiety, depression, sleep disorders, suicidal ideation, sexual dysfunction, impaired daily functioning, psychosocial stress, and psycho-existential stress. Most patients report low life expectancy, often accompanied by more physical and mental problems. Psychological well-being and psychological flexibility are two other important factors in the life of patients with chronic disorders. One of the modern treatments drawing therapists' attention in the last decade is acceptance and commitment therapy (ACT). Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of ACT in improving psychological well-being, life expectancy, and psychological flexibility in HIV-infected individuals.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and a 3-month follow-up design with a control group. The statistical population consisted of women and men suffering from AIDS with an active file in Tehran Blood Transfusion Organization in 2018 and were eligible to enter the study. The inclusion criteria were having an active file as an HIV patient, having an age range of 18-45 years, lacking history of psychiatric disorders, not using psychiatric drugs, not undergoing psychological treatment in the past six months, and not being a drug or alcohol addict. On the other hand, patients skipping more than two treatment sessions were excluded. Thirty-four cases were selected by purposive sampling and randomly assigned into two groups of acceptance and commitment therapy (n=17) and control (n=17). While conducting the research, two people from the intervention group and two from the control group were excluded due to their unwillingness to continue the sessions and the absence of more than two sessions. Finally, the data obtained from 30 subjects were analyzed. The participants were evaluated at three intervals: before the intervention, after the intervention, and follow-up (three months after the intervention). Participants were assessed with the Psychological Well-being Scale (Ryff, 1995), Life Expectancy Scale (Schneider et al., 1991), and Acceptance and Action-II Questionnaire (Bond et al., 2011). To analyze the data, in addition to descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, and percentage), an analysis of variance and repeated measures were performed. For comparing qualitative variables (i.e., education and marital status) between the groups, the Chi-square test used SPSS version 20 for data analysis. The significance level of statistical tests was 0.05.

Results: The results showed significant differences between the scores of the stages (pretest, posttest, and follow-up) in the two groups (intervention and control) in the variables of life expectancy, psychological flexibility, and psychological well-being ($p<0.001$). A significant difference was observed in the variables of life expectancy and psychological flexibility, and psychological well-being between the three time points ($p<0.001$). Also, the general examination of the difference between the two groups showed a significant difference between the groups in the variables of psychological well-being ($p<0.001$), life expectancy ($p<0.001$), and psychological flexibility ($p=0.029$).

Conclusion: Based on the study results, ACT improves psychological well-being, life expectancy, and psychological flexibility in HIV-infected individuals. Therefore, therapists are recommended to utilize this treatment method to mitigate the psychological problems of these patients.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Psychological well-being, Life expectancy, Psychological flexibility, HIV.

تعیین کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی، امید به زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به نشانگان نقص ایمنی

فرزانه خلیج^۱، * بهروز دولتشاهی^۲، فریبرز باقری^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
 ۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛
 ۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: be.dolatsahi@uswr.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ مرداد ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۴ بهمن ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: انجام پژوهش‌هایی که مداخلات اثربخش بر بهبود وضعیت بیماران مبتلا به ایدز را بررسی کند، ازجمله ضروریات تحقیقات امروزی است؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به نشانگان نقص ایمنی صورت گرفت.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری را زنان و مردان مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ در سازمان انتقال خون شهر تهران پرونده فعال داشتند و دارای شرایط ورود به مطالعه بودند. از میان این افراد، ۳۴ نفر به روش هدفمند و به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه قرار گرفتند. در روند انجام پژوهش، دو نفر از گروه مداخله و دو نفر از گروه گواه حذف شدند. شرکت‌کنندگان با مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف و کیز، ۱۹۹۵) و مقیاس امید به زندگی (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) و نسخه دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) ارزیابی شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین نمره‌های سه مرحله‌ای زمانی در دو گروه در متغیرهای امید به زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). در متغیرهای مذکور بین سه مرحله‌ای زمانی تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0/001$). همچنین بررسی کلی تفاوت دو گروه نشان‌دهنده معنادار بودن تفاوت بین گروه‌ها در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی ($p < 0/001$) و امید به زندگی ($p < 0/001$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($p = 0/029$) بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد مبتلا به نشانگان نقص ایمنی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روان‌شناختی، امید به زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، نشانگان نقص سیستم ایمنی.

که در دهه اخیر مدنظر درمانگران قرار گرفته، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ است. محوریت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر غنی سازی زندگی و کاهش اجتناب تجربه ای^۶ است. باتوجه به اینکه افراد مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی دارای سطوح بالایی از اجتناب تجربه ای هستند و پذیرش بیماری برایشان دشوار است و از طرفی کیفیت و غنای زندگی آن‌ها تحت تأثیر این بیماری و انگ‌های آن قرار می‌گیرد، این روش درمانی برای بیماران مناسب است (۱۶).

این روش با یک دست کردن مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به افراد کمک می‌کند به زندگی پرطراوت و باهدف و معنادار دست پیدا کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف رویکردهای سنتی تر، هدف اصلی، تقویت کردن انعطاف پذیری روان شناختی یا به عبارتی توانایی تماس با لحظه های زندگی و تغییر دادن یا ثابت کردن رفتارهای به خصوصی است؛ رفتاری که با موقعیت تناسب دارد و در هماهنگی با ارزش های فرد است. در جمع بندی خلاصه وار، این مداخله به افراد کمک می‌کند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات منفی، زندگی رضایت بخش تر و با کیفیت تری داشته باشند (۱۷). این روش درمانی در بهبود انعطاف پذیری روان شناختی و بهزیستی روان شناختی و امید به زندگی در گروه های بالینی و غیر بالینی دستاوردهای مطلوبی نشان داده است. در یکی از پژوهش ها کوبا و ویسفلگ دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افرادی که از بیماری های مزمن رنج می‌برند، فواید درخور توجهی دارد (۱۱). در پژوهشی دیگر تریسی و همکاران گزارش کردند، این مداخله توانسته است باعث ارتقای بهزیستی روان شناختی در افراد با خطر اختلالات هیجانی و رفتاری شود (۱۸). منتظر و همکاران نیز این مداخله را در بهبود امید به زندگی بیماران سرطانی مؤثر دانستند (۱۹).

با وجود اهمیت ابعاد پیامدهای روان شناختی در بیماران مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی و نیز ارتباط مستقیم این ابعاد با بازده فرایند درمانی در فرد بیمار، تاکنون پژوهشی به تعیین کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی و انعطاف پذیری روان شناختی این بیماران به شکل هم زمان نپرداخته است. پس از مرور و بررسی اسناد و مدارک علمی موجود، نظر به خلأ در زمینه تعیین کارآمدی این روش مداخله بر متغیرهای عنوان شده و نیز باتوجه به نقش تعیین کننده این متغیرها بر سلامت بیماران مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی، تصمیم به انجام پژوهش حاضر گرفته شد. همچنین انجام پژوهشی در این زمینه می‌تواند در کمک به مشکلات روان شناختی بیماران مذکور گام مؤثری در طی کردن مسیر این بیماری بردارد؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان شناختی و امید به زندگی و انعطاف پذیری روان شناختی افراد مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی انجام گرفت.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه

بیماری ایدز یا نشانگان نقص سیستم ایمنی انسان^۱ که آخرین مرحله از آلودگی فرد به نشانگان نقص سیستم ایمنی به شمار می‌رود، در قرن گذشته مهم ترین تهدید برای سلامت مردم جهان بوده است. بیش از ۳۵ میلیون نفر در سراسر دنیا به این بیماری مبتلا هستند (۱). آمارها در ایران نشان می‌دهد، بیش از ۵۶ هزار نفر مبتلا شناسایی شده و چندین برابر این آمار هنوز شناسایی نشده اند (۲). به عنوان یکی از بیماری های مزمن و ناتوان کننده، افراد مبتلا با دشواری هایی از قبیل فشارهای روانی هیجانی (اضطراب، افسردگی، مشکلات خواب، افکار خودکشی، بدکارکردی جنسی، اختلال در فعالیت روزانه، فشارهای روانی اجتماعی و فشارهای روانی وجودی) روبه رو می‌شوند. این واقعیت که هنوز درمان کامل و قطعی برای این بیماری وجود ندارد، ممکن است بیمار را به جای مدیریت و کنترل بیماری، به سمت پذیرش احساس درماندگی و خودناکارآمدی^۲ سوق دهد. به همین دلیل اغلب این بیماران امید به زندگی^۳ ضعیفی را گزارش می‌کنند و امید ضعیف با مشکلات جسمی و روانی بیشتر همراه است (۳،۴). امید، مفهومی شناختی است که به آینده توجه دارد. افراد امیدوار از سیستم ایمنی بهتری برخوردار هستند و در مدیریت بیماری عملکرد بهتری نشان می‌دهند. سیر این بیماری و میزان کارآمدی آن بر وضعیت روانی افراد تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد که عوامل شخصیتی و توانمندی های روان شناختی از جمله آن‌ها است (۵).

بهزیستی روان شناختی^۴، توانایی افزایش ظرفیت حالت های مثبت و کاهش حالت های منفی تعریف می‌شود و به منزله شاخصی چندبُعدی مهم در سنجش سلامت روانی افراد شناخته شده است (۶،۷)؛ به طور کلی بهزیستی روان شناختی مستلزم درک کردن دشواری هایی است که جزء جدایی ناپذیری از زندگی هر فردی به شمار می‌رود؛ بر این اساس این رویکرد، رشد و تحول مشاهده شده در برابر دشواری ها و محدودیت های طبیعی زندگی را بررسی می‌کند (۸). انعطاف پذیری روان شناختی^۵ یکی از توانایی های ارزشمند شخصیتی است که می‌تواند در شرایط استرس زا مانند ابتلا به یک بیماری مزمن به فرد کمک کند تا از نظر فکری و رفتاری در پاسخ به تغییرات مختلف زندگی سازگاری بیشتری نشان دهد (۹). انعطاف پذیری روان شناختی به معنای توانایی فرد برای رفتار کردن به شیوه ای مؤثر در جهت ارزش های خود حتی با وجود حضور مشکل است (۱۰)؛ از این رو افزایش انعطاف پذیری روان شناختی می‌تواند باعث افزایش انطباق پذیری فرد با بیماری مزمن شود (۱۱).

رویکردهای مختلف روان درمانی علاوه بر مداخلات گسترده در اختلالات روانی، برای اختلالاتی با منشأ جسمانی نیز طرح های درمانی گوناگونی داشته اند (۱۲،۱۳). از آنجا که بیماری ایدز دارای تأثیر گسترده ای بر سلامت روان است، روان درمانگران طرح های درمانی مختلفی برای کاهش علائم روان شناختی این بیماری و ارتقای کیفیت زندگی بیماران در نظر گرفته اند (۱۴،۱۵). یکی از درمان های مدرنی

۵. Psychological flexibility

۶. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

۷. Experiential avoidance

۱. Human immunodeficiency syndrome (AIDS)

۲. Helplessness and inefficiency

۳. Life expectancy

۴. Psychological well-being

با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری را زنان و مردان مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ در سازمان انتقال خون پرونده فعال داشتند. ابتدا مطابق فهرست، با افراد مصاحبه تلفنی اولیه‌ای صورت گرفت تا از واجد شرایط بودن آنها برای دعوت به تحقیق اطمینان حاصل شود. مبتلایان واجد شرایط برای جلسه معارفه و توجیهی دعوت شدند. در طی این جلسه ابتدا از آزمودنی‌ها خواسته شد فرم رضایت آگاهانه را امضا کنند. سپس مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس^۱ (۲۰) اجرا شد تا از همگن بودن افراد برای ورود به پژوهش اطمینان حاصل شود. سپس از میان افراد، ۳۴ نفر به‌طور هدفمند و براساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شده و به‌صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند. پس از آن به‌روش تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه (هر گروه هفده نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است، این تعداد با استناد به جدول کوهن برای حجم مناسب نمونه در پژوهش‌های تجربی و نیمه‌تجربی در نظر گرفته شد. تعداد مناسب نمونه (با حجم اثر ۰/۵ و توان آزمون ۸۴ درصد) برای هر گروه پانزده نفر پیشنهاد شده است (۲۱). در غالب پژوهش‌های مداخله‌ای باتوجه به پیش‌بینی افت نمونه معمولاً تعداد بیشتری آزمودنی برای هر گروه انتخاب می‌شود؛ اما باتوجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر زنان و مردان مبتلا به ویروس نشانگان نقص ایمنی بودند، دسترسی به بیش از هفده نفر امکان‌پذیر نبود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن پرونده فعال به‌عنوان بیمار آلوده به نشانگان نقص سیستم ایمنی؛ دارا بودن سن ۱۸ تا ۴۵ سال؛ نداشتن سابقه اختلال روان‌پریشی (براساس اطلاعات پرونده) و روان‌شناختی (براساس اطلاعات پرونده و نیز نمره مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس (۲۰))؛ استفاده نکردن از داروهای روان‌پزشکی و مواد (براساس اطلاعات پرونده)؛ دریافت نکردن درمان روان‌شناختی دیگر در شش ماه گذشته. معیارهای خروج از پژوهش حضور نداشتن بیش از دو جلسه در جلسات مداخله و مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی در طول مداخله بود. در روند انجام پژوهش، دو نفر از گروه مداخله و دو نفر از گروه گواه به‌دلیل تمایل نداشتن به ادامه جلسات و غیبت بیش از دو جلسه حذف شدند و در نهایت، داده‌های به‌دست آمده از سی آزمودنی تجزیه و تحلیل شد.

مباحث اخلاقی پژوهش، توضیح درباره محرمانه ماندن اطلاعات و ترک همکاری در صورت تمایل نداشتن و امضا نکردن رضایت‌نامه کتبی آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان بود. همچنین طرح پژوهش به‌صورت دوسوکور بود و درمانگر و آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش بی‌اطلاع بودند و تنها نویسنده اول از اطلاعات مربوط به پژوهش آگاهی داشت. در این پژوهش مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس برای همگن‌سازی جمعیت تحقیق به‌کار رفت. مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس (DASS-21) توسط لایویند و لایویند^۲ (۱۹۹۵) طراحی شد و فرم کوتاه این مقیاس را هنری و کراوفورد در سال ۲۰۰۵ طراحی کرده و به‌لحاظ روایی سازه مطالعه و تأیید کردند (۲۰). در پژوهش حاضر نمرات کمتر از نقطه برش مقیاس افسردگی و اضطراب و

استرس به‌عنوان معیار بیماران بدون اختلالات روان‌پزشکی در نظر گرفته شد. در این مطالعه شرکت‌کنندگان در سه بازه زمانی قبل از مداخله و بعد از مداخله و پیگیری (نود روز بعد از مداخله) ارزیابی شدند. ارزیابی شرکت‌کنندگان علاوه بر پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات، مدت بیماری، سابقه بیماری دیگر، سابقه روان‌درمانی، وضعیت تأهل) شامل ابزارهای استاندارد شده زیر بود. - مقیاس امید به زندگی^۳: این مقیاس توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای ارزیابی امید به‌ویژه در جوانان با بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج طراحی شد (۲۲). این ابزار، مقیاسی دوازده‌سؤالی با لیکرت هشت‌درجه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۸ است. خرده‌مقیاس تفکر عامل شامل چهار سؤال ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ و خرده‌مقیاس مسیرها شامل چهار سؤال ۱، ۴، ۷ و ۸ و سؤال‌های ۳، ۵، ۶ و ۱۱ به‌منزله سؤال‌های انحرافی است. نمره‌گذاری سؤال‌های ۳، ۵، ۶ و ۱۱ به‌عنوان سؤال‌های انحرافی که برای افزایش دقت آزمون است، حذف می‌شود (۲۲). اشنایدر و همکاران اعتبار ساختاری (۹۱ درصد)، سازگاری درونی (۸۸ درصد)، پایایی (۳۴ درصد)، اعتبار متقابل فرهنگی (۳۴ درصد)، اعتبار محتوایی (۲۵ درصد) و روایی معیار (۱۵ درصد) را برای مقیاس گزارش کردند (۲۲). در ایران کرمانی و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس را روی ۲۵۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی ارزیابی کردند. یافته‌های آن‌ها نشان داد، این مقیاس از نظر اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ دارای ضریب ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ است و روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی نشان از برازش مدل اندازه‌گیری دارد (۲۳).

- مقیاس بهزیستی روان‌شناختی^۴: این مقیاس توسط ریف در فرم اصلی ۱۲۰ سؤالی طراحی شد. پاسخ به هر سؤال براساس طیفی از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۶ مشخص می‌شود و نمره بیشتر بیانگر سطح بالای بهزیستی روان‌شناختی است. لازم به ذکر است، در پژوهش‌های بعدی فرم‌های ۸۴ و ۵۴ و ۱۸ سؤالی این مقیاس نیز ارائه شد. در این پژوهش فرم کوتاه هیجده‌سؤالی به‌کار رفت که توسط ریف و کیز در سال ۱۹۹۵ طراحی شد (۲۴). ریف و کیز مقدار آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها ۰/۴۰ تا ۰/۵۲ به‌دست آوردند (۲۴). سفیدی و فرزاد در رواسازی فرم هیجده‌سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بر دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین، همسانی درونی را برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها بین ۶۵ درصد تا ۷۵ درصد گزارش کردند. همچنین نتایج بررسی عاملی نشان داد، محتوای مقیاس از چهار عامل با بارهای حداقل ۰/۳ اشباع شده است که روی هم ۵۰/۳۷ درصد از واریانس کا را تبیین می‌کند (۲۵).

- نسخه دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل^۵: این پرسش‌نامه توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ برای سنجش تجربی/انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری

با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری را زنان و مردان مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ در سازمان انتقال خون پرونده فعال داشتند. ابتدا مطابق فهرست، با افراد مصاحبه تلفنی اولیه‌ای صورت گرفت تا از واجد شرایط بودن آنها برای دعوت به تحقیق اطمینان حاصل شود. مبتلایان واجد شرایط برای جلسه معارفه و توجیهی دعوت شدند. در طی این جلسه ابتدا از آزمودنی‌ها خواسته شد فرم رضایت آگاهانه را امضا کنند. سپس مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس^۱ (۲۰) اجرا شد تا از همگن بودن افراد برای ورود به پژوهش اطمینان حاصل شود. سپس از میان افراد، ۳۴ نفر به‌طور هدفمند و براساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شده و به‌صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند. پس از آن به‌روش تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه (هر گروه هفده نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است، این تعداد با استناد به جدول کوهن برای حجم مناسب نمونه در پژوهش‌های تجربی و نیمه‌تجربی در نظر گرفته شد. تعداد مناسب نمونه (با حجم اثر ۰/۵ و توان آزمون ۸۴ درصد) برای هر گروه پانزده نفر پیشنهاد شده است (۲۱). در غالب پژوهش‌های مداخله‌ای باتوجه به پیش‌بینی افت نمونه معمولاً تعداد بیشتری آزمودنی برای هر گروه انتخاب می‌شود؛ اما باتوجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر زنان و مردان مبتلا به ویروس نشانگان نقص ایمنی بودند، دسترسی به بیش از هفده نفر امکان‌پذیر نبود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن پرونده فعال به‌عنوان بیمار آلوده به نشانگان نقص سیستم ایمنی؛ دارا بودن سن ۱۸ تا ۴۵ سال؛ نداشتن سابقه اختلال روان‌پریشی (براساس اطلاعات پرونده) و روان‌شناختی (براساس اطلاعات پرونده و نیز نمره مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس (۲۰))؛ استفاده نکردن از داروهای روان‌پزشکی و مواد (براساس اطلاعات پرونده)؛ دریافت نکردن درمان روان‌شناختی دیگر در شش ماه گذشته. معیارهای خروج از پژوهش حضور نداشتن بیش از دو جلسه در جلسات مداخله و مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی در طول مداخله بود. در روند انجام پژوهش، دو نفر از گروه مداخله و دو نفر از گروه گواه به‌دلیل تمایل نداشتن به ادامه جلسات و غیبت بیش از دو جلسه حذف شدند و در نهایت، داده‌های به‌دست آمده از سی آزمودنی تجزیه و تحلیل شد.

مباحث اخلاقی پژوهش، توضیح درباره محرمانه ماندن اطلاعات و ترک همکاری در صورت تمایل نداشتن و امضا نکردن رضایت‌نامه کتبی آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان بود. همچنین طرح پژوهش به‌صورت دوسوکور بود و درمانگر و آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش بی‌اطلاع بودند و تنها نویسنده اول از اطلاعات مربوط به پژوهش آگاهی داشت. در این پژوهش مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس برای همگن‌سازی جمعیت تحقیق به‌کار رفت. مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس (DASS-21) توسط لایویند و لایویند^۲ (۱۹۹۵) طراحی شد و فرم کوتاه این مقیاس را هنری و کراوفورد در سال ۲۰۰۵ طراحی کرده و به‌لحاظ روایی سازه مطالعه و تأیید کردند (۲۰). در پژوهش حاضر نمرات کمتر از نقطه برش مقیاس افسردگی و اضطراب و

4. Psychological Wellbeing Scale
5. Acceptance and Action Questionnaire-II

1. Depression Anxiety Stress Scales (DASS)
2. Lovibond & Lovibond
3. Life Expectancy Scale

(۲۰۰۶) (۲۸) براساس شش فرایند اصلی این درمان شامل پذیرش، گسلس، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، تهیه شد. گروه مداخله مطابق با جدول ۱، هشت جلسه نود دقیقه‌ای به صورت گروهی و هفته‌ای یک بار مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد؛ در حالی که برای آزمودنی‌های گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد و در بازه زمانی تحقیق به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی تنها یک جزوه آموزشی دریافت کردند. اجرای مداخله در گروه آزمایش به این ترتیب انجام پذیرفت که در جلسات اولیه شیوه برگزاری و اهداف جلسات برای بیماران توضیح داده شد. سپس آموزش‌های مرتبط با مدل درمانی و بحث‌های آموزشی آغاز شد و در جلسات بعدی همراه با ارائه تمرین‌های لازم در هر جلسه، پیشرفت آزمودنی‌ها نیز ارزیابی شد. در گروه گواه فقط پیش‌آزمون اجرا شد و هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در جلسه آخر از دو گروه مداخله و گواه پس‌آزمون گرفته شد و پس از سه ماه نتایج پیگیری شد. شایان ذکر کرد که روایی محتوای پروتکل استفاده‌شده در این پژوهش پیش‌تر در پژوهش بنی‌اسدی و همکاران (۲۹) بررسی شده است.

در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شد (۲۶). این پرسش‌نامه دارای هفت پرسش است. پرسش‌های این پرسش‌نامه تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته (از احساس‌های می‌ترسم) و ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت ارزش‌های درونی (خاطرات دردناکم، مرا از داشتن یک زندگی رضایت‌بخش محروم می‌کند) را می‌سنجد. سوالات پرسش‌نامه براساس مقدار توافق در مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی به ندرت=۲، به ندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمره‌های بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ضعیف‌تر است (۲۶). پایایی آزمون بازآزمون پرسش‌نامه توسط بوند و همکاران ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمد (۲۶). روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه در پژوهش ایمانی به تأیید رسید. به این ترتیب که مقدار آلفا ۰/۸۶ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شد (۲۷).

مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد: طرح‌ریزی و اعمال جلسات مداخله براساس جدول ۱ صورت گرفت. پروتکل درمانی براساس دستورعمل‌ها و پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با اهداف پژوهش، پاسخ به پرسش‌نامه و بستن قرارداد درمانی
دوم	سنجش مشکلات بیماران از نگاه پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های افراد
سوم	کمک به بیماران برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بهبودی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش تمایل به هیجانات و تجارب منفی، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی (استعاره فنان بد) و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح درباره مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌های جزو محتوای ذهنی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون

جمعیت‌شناختی سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت بیماری تفاوت معناداری نداشتند و همگن بودند ($p > 0/05$). به این صورت که ۸۰ درصد از گروه مداخله و ۷۳/۳ درصد از گروه گواه تحصیلات کمتر از دیپلم، ۱۳/۳ درصد از گروه مداخله و ۲۰ درصد از گروه گواه تحصیلات دیپلم تا کارشناسی و ۶/۷ درصد در هر دو گروه تحصیلات کارشناسی‌ارشد و دکتری داشتند. میانگین سنی در گروه مداخله ۳۰/۷۳ سال با انحراف معیار ۷/۰۵ و در گروه کنترل ۳۳/۱۳ سال با انحراف معیار ۵/۵۰ به دست آمد. مدت زمان بیماری گروه مداخله ۲/۶۰ سال و گروه کنترل ۲/۴۰ سال و انحراف معیار دو گروه به ترتیب ۰/۸۳ و ۱/۲۹ بود که به لحاظ آماری همگن بودند و بین دو گروه اختلاف معناداری وجود نداشت.

داده‌های گردآوری‌شده توسط یک تحلیلگر مستقل که درباره اهداف پژوهش ناآگاه بود، تجزیه و تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ به کار رفت و سطح معناداری برای آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود. در هنگام مقایسه متغیرهای کیفی (تحصیلات و وضعیت تأهل) گروه‌ها از آزمون کای اسکور استفاده شد. برای انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولموگوروف اسمیرنوف بررسی شد. سپس بررسی داده‌ها با آزمون کرویت صورت گرفت. در نهایت برابری واریانس‌ها با آزمون لون بررسی شد.

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی (جدول ۲)، سه گروه از نظر ویژگی‌های

جدول ۲. مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه مداخله و گواه

نتیجه آزمون	گواه		پذیرش و تعهد		متغیرهای جمعیت‌شناختی
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
$\chi^2=1/72$ $p\text{-value}=0/781$	۱۱ (۷۳/۳)	۱۲ (۸۰/۰)	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	کمتر از دیپلم تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم و کارشناسی کارشناسی ارشد و دکتری
$\chi^2=2/58$ $p\text{-value}=0/634$	۱۰ (۶۶/۷)	۱۲ (۸۰/۰)	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	مجرد وضعیت تأهل متاهل مطلقه یا بیوه
	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	
$F=0/89$ $p\text{-value}=0/415$	۵/۵۰	۳۳/۱۳	۷/۰۵	۳۰/۷۳	سن
$F=1/04$ $p\text{-value}=0/351$	۱/۲۹	۲/۴۶	۰/۸۳	۲/۶۰	مدت بیماری (سال)
$F=0/12$ $p\text{-value}=0/883$	۳/۹۷	۳۷/۶۰	۴/۴۶	۳۷/۰۶	افسردگی و اضطراب و استرس

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای امید به زندگی و مداخله و گواه نشان می‌دهد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی را در گروه‌های

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
امید به زندگی	گواه	۳۴/۰۲	۳/۳۲	۳۴/۲۶	۳/۷۱	۳/۸۵
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	گواه	۲۱/۸۶	۱/۸۸	۲۱/۱۳	۲/۰۶	۲/۴۳
بهزیستی روان‌شناختی	گواه	۳۷/۲۰	۷/۵۷	۳۸/۷۳	۷/۵۳	۷/۸۶
	مداخله	۳۵/۲۶	۴/۳۵	۴۰/۴۰	۴/۰۴	۳/۹۷
	مداخله	۲۲/۸۶	۱/۸۸	۱۸/۸۶	۲/۲۳	۲/۳۲
	مداخله	۴۱/۶۰	۶/۸۸	۵۳/۸۶	۶/۶۶	۶/۶۶

باتوجه به نتایج جدول ۳، در گروه مداخله، میانگین نمرات متغیرهای امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش و میانگین نمرات متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کاهش یافت. براساس این نتایج و مقایسه آن با نتایج گروه گواه می‌توان بیان کرد، مداخله اعمال‌شده باعث بهبود متغیرهای پژوهش در گروه مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در بررسی تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

منبع	امید به زندگی		انعطاف‌پذیری روان‌شناختی		بهزیستی روان‌شناختی	
	مقدار F	مقدار احتمال	مقدار F	مقدار احتمال	مقدار F	مقدار احتمال
اثر زمان	۱۱۴/۶۹	<۰/۰۰۱	۶۱/۶۹	<۰/۰۰۱	۱۱۸/۴۱	<۰/۰۰۱
اثر گروه	۱۲/۸۳	<۰/۰۰۱	۵/۲۹	۰/۰۲۹	۲۱/۲۵	<۰/۰۰۱
اثر زمان و گروه	۹۴/۹۵	<۰/۰۰۱	۳۰/۶۸	<۰/۰۰۱	۶۵/۴۷	<۰/۰۰۱

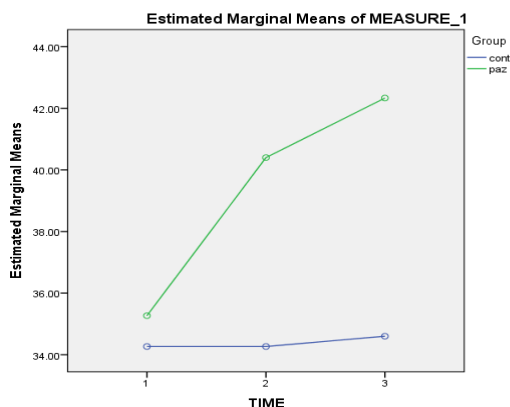
پس از بررسی و اطمینان از رعایت پیش‌فرض‌ها (آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها، آزمون‌های لون و کرویت موچلی برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها)، داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند که نتایج در جدول ۴ گزارش شده است. براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) در دو گروه (مداخله و گواه) در متغیر امید به زندگی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$).

با اندازه‌گیری مکرر، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش معناداری در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش معناداری در امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به نشگانگان نقص ایمنی شد.

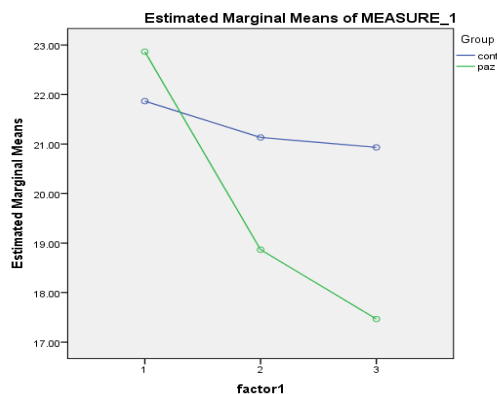
بررسی تغییرات نمرات متغیرها در گروه‌های مداخله و گواه نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب تغییرات معناداری در متغیرهای پژوهش شد و با توجه به میانگین‌های به دست آمده، این تغییر درجهت بهبود متغیرهای پژوهش بود. بررسی مجدداً مشخص کرد، مداخله مدنظر ۳۱ درصد تغییرات در متغیر امید به زندگی، ۲۱ درصد تغییرات درجهت بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ۴۳ درصد در متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه ایجاد کرده است.

نمودارهای ۱ تا ۳ تفاوت دو گروه را در بازه‌های زمانی نشان می‌دهد. در ابتدا نمرات در دو گروه مداخله و گواه به هم نزدیک بود؛ در حالی که نمرات در گروه مداخله در بازه زمانی پس‌آزمون و پیگیری در دو متغیر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افزایش درخور توجهی و در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کاهش درخور توجهی داشت. این تفاوت در گروه گواه محسوس نبود.

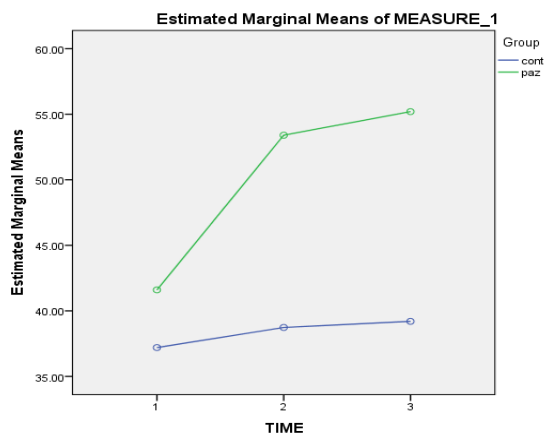
$F(1/28)=94/95$. در متغیر امید به زندگی بین سه مرحله زمانی تفاوت معناداری مشاهده شد ($F(1/28)=114/69, p<0/001$). همچنین بررسی کلی تفاوت دو گروه بیانگر معنادار بودن تفاوت بین گروه‌ها در این متغیر بود ($F(1/28)=12/83, p<0/001$). در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) در دو گروه (مداخله و گواه) تفاوت معناداری مشاهده شد ($F(1/28)=30/68, p<0/001$). در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین سه مرحله زمانی تفاوت معناداری مشاهده شد ($F(1/28)=61/69, p<0/001$). همچنین بررسی کلی تفاوت دو گروه نشان‌دهنده معنادار بودن تفاوت بین گروه‌ها در این متغیر بود ($F(1/28)=5/29, p=0/029$). در نهایت بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) در دو گروه (مداخله و گواه) در متغیر بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود داشت ($F(1/28)=65/47, p<0/001$). در متغیر بهزیستی روان‌شناختی بین سه مرحله زمانی تفاوت معناداری مشاهده شد ($p<0/001$). همچنین بررسی کلی تفاوت دو گروه بیانگر معنادار بودن تفاوت بین گروه‌ها در این متغیر بود ($F(1/28)=118/41, p<0/001$). به این ترتیب براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس $F(1/28)=21/25$.



نمودار ۱. مراحل زمانی و تفاوت گروه‌ها در متغیر امید به زندگی



نمودار ۲. مراحل زمانی و تفاوت گروه‌ها در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی



نمودار ۳. مراحل زمانی و تفاوت گروه‌ها در متغیر بهزیستی روان‌شناختی

پذیرش و تعهد نامش را از پیام اصلی خود می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل شخص تو است را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد، متعهد باش. هدف این رویکرد، کمک به مراجع برای ایجاد زندگی غنی و کامل و معنادار است؛ در عین پذیرش رنجی که زندگی به‌ناچار با خود دارد (۳۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش خود و شرایط و بیماری، از اصول محوری است. باتوجه به اینکه پذیرش خود یکی از مؤلفه‌های اصلی بهزیستی روان‌شناختی است و از طریق افزایش پذیرش، افراد هدفمندتر عمل می‌کنند، سازگارتر می‌شوند و استقلال عمل بیشتری نشان می‌دهند (۱۰، ۱۱). بهبود در متغیرهای پژوهش دور از انتظار نبود. افراد مبتلا به نشانگان نقص ایمنی می‌توانند افکار زیادی مانند «اگر دیگران وضعیت بیماری مرا بدانند، مرا طرد می‌کنند» داشته باشند. این افکار ممکن است در غیاب تجربه واقعی این اتفاقات رخ دهد و فرد را درگیر انکار یا دلیل‌تراشی برای کاهش تجربه شرم کند. همچنین این افکار می‌تواند به رفتارهای اجتنابی منجر شود که باعث کاهش تجربه روابط مؤثر می‌شود. در این حالت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را قادر می‌سازد تا با پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند، پریشانی هیجانی را به‌طور مستقیم هدف قرار دهد. درواقع این درمان با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عملکرد فرد را در جهت کاهش پریشانی بهبود می‌بخشد. با اجتناب از احساسات ناخوشایند (اجتناب تجربه‌ای)، رنج روان‌شناختی دوام می‌یابد. آمادگی برای تجربه‌کردن احساسات ناخوشایند و اجتناب‌نکردن از آن‌ها که به‌عنوان پذیرش به آن اشاره شده، فرایندی کلیدی در این درمان است که خود منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (۳۲). به‌علاوه، باتوجه به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که ازجمله تکنیک‌های مهم‌تر آن تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه است (۳۳)، این موضوع در پابندی به درمان در بیماران مبتلا به این ویروس و در نتیجه بهبود امید به زندگی نیز بسیار مؤثر بوده است.

بیماری، وابستگی مالی و روانی به‌علاوه مراجعات مکرر به پزشک و هزینه‌های هنگفت درمان و عوارض دارویی باعث افزایش احساس ناتوانی و ناامیدی در بیماران مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی می‌شود. این بیماران به‌دلیل سیستم ایمنی ضعیف خود همواره در معرض خطر هم‌ابتلائی قرار دارند که این موضوع در کنار عوارض

۴ بحث

این پژوهش با هدف تعیین کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی صورت گرفت. نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی اثر مثبت و معناداری داشت. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، کوبا و ویس‌فلاگ به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (۱۱). اورکی و همکاران نیز در میان زنان سالمند به نتایج مشابهی دست یافتند (۳۰). همچنین تریسی و همکاران دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی اثر مثبت معناداری دارد (۱۸). منتظر و همکاران درخصوص کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه نتایج مثبتی گزارش کردند و به این نتیجه رسیدند که پذیرش بیماری می‌تواند موجب افزایش امید به زندگی و بهبود خودمراقبتی در بیماران شود (۱۹).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، باتوجه به اینکه مرکزیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و به‌تبع آن غنی‌سازی زندگی است (۴)، این رویکرد درمانی، برای درمان بیماران نشانگان نقص سیستم ایمنی سودمند است. واقعیت این است که بیماری مذکور مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و باعث کاهش اعتمادبه‌نفس و افزایش احساس آسیب‌پذیری اجتماعی و روانی و جسمانی می‌شود؛ چراکه ابتلا به این ویروس، در کنار ماهیتش و انگ ابتلا به آن، فرد را به‌شکل تأمل‌برانگیزی دچار اجتناب تجربه‌ای می‌کند؛ بنابراین پذیرش زندگی با این بیماری در این افراد به موضوعی مشکل‌ساز تبدیل می‌شود و این امر به‌نوبه خود روند درمان و مراقبت‌های بهداشتی را در کنار کیفیت و غنای زندگی آن‌ها تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۶)؛ ازاین‌رو هر رویکرد درمانی که قادر باشد به کاهش اجتناب تجربه‌ای کمک کند، می‌تواند تبعات مثبتی برای این بیماران به‌همراه داشته باشد.

زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی تأیید می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی کارکنان و بیمارانی که در انجام این مطالعه نویسنندگان را یاری کردند، تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از انجام پژوهش، پرسش‌نامه رضایت شرکت در پژوهش توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. همچنین فرایند تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط آزمونگر مستقل انجام گرفت و گردآوری شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های این پژوهش از طریق ارتباط با نویسنده اول مقاله دردسترس است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول مقاله بوده و بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسنندگان

نویسنده اول مقاله نظارت و هماهنگی روند اجرای پژوهش، تحلیل آماری و نگارش یافته‌ها را بر عهده داشت. نویسنده دوم نگارش مقدمه و روش‌شناسی تحقیق را عهده‌دار بود. نویسنده سوم نگارش قسمت بحث مقاله و اصلاح مقاله را انجام داد.

درمانی و ویژگی‌های خود بیماری، امید به زندگی را در آن‌ها کاهش می‌دهد؛ از این‌رو، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد (۳۴)؛ بنابراین باتوجه به نتایج تحقیق حاضر می‌توان نتیجه گرفت، برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب افزایش سازگاری به درمان و مدیریت بهتر بیماری می‌شود که این موضوع خود، افزایش احساس امید را در پی دارد.

باتوجه به اینکه فنون ارائه‌شده در جلسات ترکیبی از شیوه‌های پذیرش و توجه‌افزایی همراه با تعهد و تغییر رفتار بود، به آزمودنی‌ها آموخت به‌جای چالش با افکار خود، آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرند و ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی کنند و براساس آن‌ها طرح‌ریزی کرده و اقدام عملی انجام دهند. این فرایند، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را موجب می‌شود که با افزایش سازگاری با شرایط سبب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و متعاقب آن پذیرش و امید در شرکت‌کنندگان می‌شود (۱۱،۳۱).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله تعداد نمونه محدود مواجه بود که باتوجه به مشکلات و سختی‌های دسترسی به فهرست افراد مبتلا به نشانگان نقص سیستم ایمنی و تمایل نداشتن اکثر بیماران به همکاری، این محدودیت برای پژوهشگر ایجاد شد. مشکل دیگر امکان نداشتن مصاحبه بالینی عمیق برای بررسی وضعیت سلامت روان بیماران بود و تنها به نمرات بیماران در مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی بسنده شد. از طرفی امکان پیگیری طولانی‌مدت فراهم نشد و بیماران با سابقه طولانی بیماری حاضر به همکاری با محقق نشدند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، کارآمدی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و امید به

References

- Hall HI, An Q, Tang T, Song R, Chen M, Green T, et al. Prevalence of diagnosed and undiagnosed HIV Infection-United States, 2008–2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep. Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015;64(24):657–62.
- Abbasnia S, Hassannia T, Ariaee N, Sabet F, Razavi Pashabayg K, Keyvani H, et al. Immunovirological assessment of HIV-infected patients and phylogenetic analysis of the virus in northeast of Iran. *Jundishapur J Microbiol*. 2021;14(3):1–8. <https://dx.doi.org/10.5812/jjm.112123>
- Alizade M, Rajae A, HosseiniGhasr S. The effect of group hope therapy on the HIV patients to increase life expectancy. *Health Psychology*. 2013;2(8):70–82. [Persian] https://hpijournals.pnu.ac.ir/article_1002.html?lang=en
- Mohammadpour A, Parsa Yekta Z, Nikbakht Nasrabadi A, Ahmadi R, Mohammadzadeh A. Hope and fear in living with HIV/AIDS: a phenomenological study. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery*. 2014;20(2):25–37. [Persian] <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-793-en.html>
- Zarei A, Haghayegh SA. The predict of psychological well-being based on defense mechanisms and adaptation strategies in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Health Psychology*. 2017;5(20):137–51. [Persian] https://hpijournals.pnu.ac.ir/article_3496.html?lang=en
- Linley PA, Maltby J, Wood AM, Osborne P, Hurling R. Measuring happiness: the higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Pers Individ Dif*. 2009;47(8):878–84. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.010>
- Delle Fave A, Brdar I, Freire T, Vella-Brodrick D, Wissing MP. The eudaimonic and hedonic components of happiness: qualitative and quantitative findings. *Soc Indic Res*. 2011;100(2):185–207. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>
- Oraki M, Sami P. The effect of mindfulness integrated behavior-cognitive therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. *Health Psychology*. 2017;5(20):34–47. [Persian] https://hpijournals.pnu.ac.ir/article_3294.html?lang=en
- McLean CL, Fiorillo D, Follette VM. Self-compassion and psychological flexibility in a treatment-seeking sample of women survivors of interpersonal violence. *Violence Vict*. 2018;33(3):472–85. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.v33.i3.472>

10. Gharaei Ardakani Sh, Azadfallah P, Tavallaee A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain experience in women with chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;4(2):39–50. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2087.html?lang=en
11. Kuba K, Weißflog G. Acceptance and commitment therapy in the treatment of chronic disease. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2017;67(12):525–36. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118742>
12. Hokmabadi ME, Bigdeli I, Asadi J, Asghari Ebrahim Abad MJ. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on personality type D and adherence to treatment in patients with coronary artery disease: the modulatory role of working- and prospective memory performance. *Health Psychology*. 2018;6(24):138–61. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4540.html?lang=en
13. Hor M, Manshaee GR. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on mental health of the patients with type 2 diabetes in the city of Isfahan. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2017;16(6):309–16. [Persian] <http://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5566-en.html>
14. Hamid N, Bachari H, Attari Y. The effectiveness of mindfulness based on stress reduction (MBSR) on depression and quality of life in AIDS/HIV+ patients. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2019;17(6):653–36. [Persian] https://jsmj.ajums.ac.ir/jentashapir/index.php/jentashapir/article/view/article_85078.html?lang=en
15. Sherr L, Clucas C, Harding R, Sibley E, Catalan J. HIV and depression—a systematic review of interventions. *Psychol Health Med*. 2011;16(5):493–527. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.579990>
16. Luoma JB, Platt MG. Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Curr Opin Psychol*. 2015;2:97–101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>
17. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. *Acceptance and commitment therapy: distinctive features*. First edition. Routledge; 2010.
18. Tracey D, Gray T, Truong S, Ward K. Combining acceptance and commitment therapy with adventure therapy to promote psychological well-being for children at-risk. *Front Psychol*. 2018;9:1565. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01565>
19. Montazer A, Nemat F, Dehghani F, Fallah T. Efficacy of acceptance and commitment therapy on breast cancer female patients' hope. *Int J Cancer Manag*. 2017;10(2):5526. <https://dx.doi.org/10.5812/ijcp.5526>
20. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2005;44(2):227–39. <https://doi.org/10.1348/014466505x29657>
21. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. *Ravesh haye tahghigh dar oloom raftari [Research Methods in Behavioral Sciences]*. Tehran: Agah Pub; 2019. [Persian]
22. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*. 1991;60(4):570–85. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.60.4.570>
23. Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometric features of The Snyder Hope Scale. *Applied Psychology*. 2011;5(3):7–23. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_95512.html?lang=en
24. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995;69(4):719–27. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
25. Sefidi F, Farzad V. Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin university of medical sciences (2009). *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2012;16(1):65–71. [Persian]
26. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676–88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
27. Imani M. *Barrasiye sakhthare ameli porseshname en'etaf paziri ravan shenakhti dar daneshjooyan [Examining the factor structure of psychological flexibility questionnaire in students]*. *Journal of Teaching and Learning Studies*. 2015;8(1):162–81. [Persian]
28. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
29. Baniasadi F, Poursharifi H, Borjali A, Mofid B. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress in people with prostate cancer. *J Prevent Med*. 2021;8(1):22–12. [Persian] <http://dx.doi.org/10.52547/jpm.8.1.22>
30. Oraki M, Jahani F, Rahmani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological flexibility of the elderly women. *Clinical Psychology*. 2018;10(1):47–56. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_3027.html?lang=en
31. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. *Ebnesina-IRIAF Health Administration*. 2016;18(1):11–18. [Persian] <http://ebnesina.ajajums.ac.ir/article-1-401-en.html>
32. Mogadamfar N, Amraei R, Asadi F, Amani O. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on hope and psychological well-being in women with breast cancer under chemotherapy. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018;6(5):1–8. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1155-en.html>
33. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapie. In: O'Donohue WT, Fisher JE; editors. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2009.
34. Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):198. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-198>